Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Tid: 2022-01-25 kl. 13:00-16:30

Plats: Digitalt

Ärenden

1	Upprop och val av protokollsjusterare	
2	Fastställande av dagordning	
3	Föregående mötesprotokoll	
4	Anmälan av informationshandlingar	2022/5
5	Anmälan av delegationsbeslut	2022/6
6	Inkomna remisser, promemorior och motioner	

Informationsärenden och aktuellt

7	Aktuell information	
8	Månadsrapport	2021/133
9	Uppskjuten vård Föredragande: Kristina Bertov	
10	Patientkontrakt Föredragande: Maria Johansson och Jonas Almgren	
11	Frågor	
12	Återrapportering från andra forum	

Beslutsärenden för nämnden

13	Handlingsplan 2022-23 till Strategin Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län 2016-2025 Föredragande: Charlotte Jerkelund	2020/2857
14	Remiss - Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården	2021/2046
15	Remiss - Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar SOU 2021:80	2021/2144
16	Remiss - Börja med barnen! Följa upp hälsa och dela information för en god och nära vård	2021/2270

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Tid: 2022-01-25 kl. 13:00-16:30

17	Remiss - Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur	2021/2260
18	Ombyggnad av lokaler i hus D3 och D4 på Länssjukhuset Ryhov i Jönköping Föredragande: Agneta Ståhl och Eva-Lena Enell	2021/2308
19	Intern kontrollplan 2022 Föredragande: Ulrika Stråange	2021/2331
20	Arbete med uppdraget i budget avseende lokalt ledarskap	2021/2683
21	Arbete med uppdraget i budget avseende länsklinikernas uppdrag	2021/2736
22	Arbete med uppdraget i budget avseende att säkra akutsjukhusen på längre sikt	2022/115

Övrigt

23	Övriga frågor

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)
Märit Strindberg (MP)
Elisabeth Töre (V)
Lisbeth Andersson (M)
Håkan Karlsson Nyborg (SD)
Olle Moln Teike (SD)

För kännedom
Ersättare
Ann-Kristin Göransson (S)
Martin Malmerfors (BA)
Magnus Berndtzon (M)
Tobias Gyllensten (S)
Linda Vestman (S)
Emma Ewaldsson (KD)
Per Danielsson (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)

Tjänstemän
Jane Ydman, regiondirektör

Regionråd
Maria Frisk (KD)

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Tid: 2022-01-25 kl. 13:00-16:30

Mats Bojestig, hälso- och sjukvårdsdirektör
Anette Peterson, hälso- och sjukvårdsstrateg
Kristina Bertov, chefscontroller
Nathalie Bijelic Eriksson, nämndsekreterare

Personalrepresentanter
Darick Wardh, Kommunal
Fatmir Zogaj, Vårdförbundet
Rumi Uygul, Vision
Carina Sjögren, ersättare

Marcus Eskdahl (S)
Rachel De Basso (S)
Per Eriksson (C)
Jimmy Ekström (L)
Martin Nedergaard-Hansen (BA)
Jon Hammarin-Heinpalu (MP)
Mikael Ekvall (V)
Malin Wengholm (M)
Samuel Godrén (SD)
Dan Sylvebo (-)

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 181-196

Tid: 2021-12-14 kl. 13:00-16:30 Ajournerats 14:55-15:15

Plats: Digitalt, Zoom

Innehållsförteckning

		Diarienr	Sida
§ 181	Val av protokollsjusterare		4
§ 182	Fastställande av dagordning		5
§ 183	Föregående mötesprotokoll		6
§ 184	Anmälan av informationshandlingar - Nämnden för folkhälsa och sjukvård 2021	2021/19	7
§ 185	Anmälan av delegationsbeslut - Nämnden för folkhälsa och sjukvård 2021	2021/16	8
§ 186	Inkomna remisser, promemorior och motioner		9
§ 187	Kurser och konferenser		10
§ 188	Aktuell information		11
§ 189	Månadsrapport		12
§ 190	Frågor		13
§ 191	Återrapportering från andra forum		14
§ 192	Uppskjuten vård		15
§ 193	Läkemedel		16
§ 194	Budget med verksamhetsplan 2022	2021/127	17 - 18
§ 195	Ansökan -Bidrag till länsorganisationer med folkhälsomål i Jönköpings län år 2022	2021/727	19 - 20
§ 196	Nya lokaler för psykiatri i Värnamo	2021/1778	21 - 22
	Övriga frågor		

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 181-196

Tid: 2021-12-14 kl. 13:00-16:30 Ajournerats 14:55-15:15

Plats: Digitalt, Zoom

Närvarande

Beslutande
Rachel De Basso (S) ordf. § 181-§194, § 196
Martin Nedergaard-Hansen (BA) 1:e v ordf.
Martin Nedergaard-Hansen (BA) ers Rachel De Basso (S) ordf. §195
Thomas Bäuml (M) 2:e v ordf. § 181-§194, § 196
Erik Wågman (S)
Eva Eliasson (S)
Per Danielsson (KD) ers Pernilla Mårtensson (KD)
Peter Iveroth (KD)
Helena Stålhammar (C)
Linda Gerdin (BA)
Jimmy Ekström (L)
Märit Strindberg (MP)
Elisabeth Töre (V)
Lisbeth Andersson (M)
Håkan Karlsson Nyborg (SD) § 181-§194
Mona Milton (SD) ers Håkan Karlsson Nyborg (SD) § 195-§196
Olle Moln Teike (SD)

Ersättare
Ann-Kristin Göransson (S)
Tobias Gyllensten (S)
Linda Vestman (S)
Frida Aronsson (BA)
Angela Hafström (L)
Gunnel Svensson (M)
Mona Milton (SD)

Övriga
Mats Bojestig, hälso- och sjukvårdsdirektör
Anette Peterson, hälso- och sjukvårdsstrateg
Kristina Bertov, chefscontroller
Laura Habib, nämndsekreterare
Mårten Lindström, överläkare
Maria Engquist, överläkare
Maria List-Slotte, utredare
Erica Rang, folkhälsoutvecklare
Marita Holm Löv, verksamhetschef

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 181-196

Tid: 2021-12-14 kl. 13:00-16:30 Ajournerats 14:55-15:15

Plats: Digitalt, Zoom

Justering

Sekreterare

Laura Habib

Ordförande

Rachel De Basso (S)

Justerare

Lisbeth Andersson (M)

Märit Strindberg (MP)

Martin Nedergaard- Hansen (BA) § 195

Protokollet är justerat 2021- - och justeringen är tillkännagiven på Region Jönköpings läns anslagstavla samma dag.

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 181-196

Tid: 2021-12-14 kl. 13:00

Plats: Digitalt, Zoom

§ 181

Val av protokollsjusterare

Nämnden utser Lisbeth Andersson (M) och Märit Strindberg (MP) att tillsammans med ordföranden justera protokollet.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 181-196

Tid: 2021-12-14 kl. 13:00

Plats: Digitalt, Zoom

§ 182

Fastställande av dagordning

Dagordningen fastställs enligt utskickat förslag.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 181-196

Tid: 2021-12-14 kl. 13:00

Plats: Digitalt, Zoom

§ 183

Föregående mötesprotokoll

Föregående mötesprotokoll anmäls och läggs till handlingarna.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 181-196

Tid: 2021-12-14 kl. 13:00

Plats: Digitalt, Zoom

§ 184

Anmälan av informationshandlingar - Nämnden för folkhälsa och sjukvård 2021

Diarienummer: RJL 2021/19

Sammanställning av informationshandlingarna anmäls och läggs till handlingarna.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 181-196

Tid: 2021-12-14 kl. 13:00

Plats: Digitalt, Zoom

§ 185

Anmälan av delegationsbeslut - Nämnden för folkhälsa och sjukvård 2021

Diarienummer: RJL 2021/16

Sammanställning av vidaredelegationsbeslut anmäls och läggs till handlingarna.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 181-196

Tid: 2021-12-14 kl. 13:00

Plats: Digitalt, Zoom

§ 186

Inkomna remisser, promemorior och motioner

Sammanställning av inkomna remisser, promemorior och motioner för november 2021 anmäls och läggs till handlingarna.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 181-196

Tid: 2021-12-14 kl. 13:00

Plats: Digitalt, Zoom

§ 187

Kurser och konferenser

Ordföranden informerar nämnden om att samtliga ledamöter tillåts delta i konferensen *kultur för hälsa,* som numera inträffar den 15 september 2022.

RUS konferensen kan eventuellt bli aktuell för deltagande, presidiet återkommer med beslut.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 181-196

Tid: 2021-12-14 kl. 13:00

Plats: Digitalt, Zoom

§ 188

Aktuell information

Mats Bojestig hälso-och sjukvårdsdirektör informerar och besvarar frågor från nämnden avseende:

- Ökning av antalet nya fall av covid-19,
- Ökning av provtagning av covid-19,
- Ökning av covid-19 i samtliga åldersgrupper,
- 19 patienter inneliggande med covid-19 senaste tiden,
- Omkring 4-5 patienter vårdas på IVA av covid-19,
- Vaccination av personal pågår,
- Aktiverat stabsläge.

Nämnden tackar för informationen och lägger den till handlingarna.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 181-196

Tid: 2021-12-14 kl. 13:00

Plats: Digitalt, Zoom

§ 189

Månadsrapport

Kristina Bertov chefscontroller, informerar och besvarar frågor från nämnden avseende oktober och november månads ekonomiska rapport.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 181-196

Tid: 2021-12-14 kl. 13:00

Plats: Digitalt, Zoom

§ 190

Frågor

Mats Bojestig hälso-och sjukvårdsdirektör besvarar den sista frågan från Moderaterna avseende *skillnader i dödlighet mellan sjukhusens IVA-enheter.* Resterande inkomna frågor från Vänsterpartiet samt Sverigedemokraterna behandlas under presidiesammanträdet den 11 januari 2022.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 181-196

Tid: 2021-12-14 kl. 13:00

Plats: Digitalt, Zoom

§ 191

Återrapportering från andra forum

Gunnel Svensson (M) återrapporterar skriftligen till nämnden om sitt deltagande av konferensen kring samsjuklighet- beroende och psykisk ohälsa 3 december 2021.

Ordföranden återrapporterar muntligen till nämnden, om mötet med den parlamentariska gruppen från 1 december 2021. Samtliga ledamöter som deltog på mötet kommer att få ett mail om förslag på tjänsteskrivelse. Alla har en tidsbegränsad möjlighet att återkomma med synpunkter på skrivelsen. Synpunkterna på skrivelsen kommer att behandlas under presidiesammanträdet den 11 januari 2022.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 181-196

Tid: 2021-12-14 kl. 13:00

Plats: Digitalt, Zoom

§ 192

Uppskjuten vård

Kristina Bertov chefscontroller informerar och besvarar frågor från nämnden avseende antalet väntande patienter, genomförda operationer/åtgärder och tillgänglighet för kirurgisk vård.

Elisabeth Töre (V) önskar få en fördjupad informationsdragning kring den uppskjutna vården för psykiatrin. Ordföranden uppmanar Vänsterpartiet att inkomma med en konkret formulering kring vilken information de eftersträvar, till kommande sammanträden.

Nämnden tackar för informationen och lägger den till handlingarna,

Beslutets antal sidor
1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 181-196

Tid: 2021-12-14 kl. 13:00

Plats: Digitalt, Zoom

§ 193

Läkemedel

Mårten Lindström och Maria Engquist överläkare, informerar och besvarar frågor från nämnden avseende läkemedel och dess kostnader för Region Jönköpings län.

Nämnden tackar för informationen och lägger den till handlingarna.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 181-196

Tid: 2021-12-14 kl. 13:00

Plats: Digitalt, Zoom

§ 194

Budget med verksamhetsplan 2022

Diarienummer: RJL 2021/127

Beslut

Nämnden för folkhälsa och sjukvård

1. Noterar förslag till budget för nämndens centralt budgeterade anslag samt Privata Vårdgivare och lägger till handlingarna
2. Noterar förslag till budget och verksamhetsplan 2022 för verksamhetsområde Vårdcentralerna Bra Liv, Folktandvården, Medicinsk vård, Kirurgisk vård samt Psykiatri, rehabilitering och diagnostik och lägger till handlingarna.

Sammanfattning

Regionfullmäktige har i direktiv till styrelse och nämnder i beslutad budget med verksamhetsplan 2022 med flerårsplan 2023-2024 angivit att respektive nämnd ska konkretisera verksamhetsuppdrag och budget för sina verksamhetsområden senast november 2021.

Beslutsunderlag

- Protokollsutdrag presidiet 2021-12-01
- Tjänsteskrivelse daterad 2021-11-22
- Budget och Verksamhetsplan verksamhetsområde för Vårdcentralerna Bra Liv, Folktandvården, Medicinsk vård, Kirurgisk vård samt Psykiatri,
  rehabilitering och diagnostik
- Budget och verksamhetsplan för Regionledningskontor med verksamhetsnära funktion

Yrkanden/förslag till beslut på sammanträde

Rachel De Basso (S), Jimmy Ekström (L), Martin Nedergaard-Hansen (BA) och Linda Gerdin (BA) yrkar bifall till föreliggande förslag till beslut.

Thomas Bäuml (M) önskar lämna en protokollsanteckning till ärendet enligt nedan:
Moderaterna noterar att koalitionen under 2020 och 2021 valt att ”notera förslag till budget och verksamhetsplan och lägger till handlingarna”.

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 181-196

Tid: 2021-12-14 kl. 13:00

Plats: Digitalt, Zoom

Moderaterna ställer sig frågande till varför den styrande koalitionen väljer att inte godkänna den verksamhetsplan som bygger på deras budgetförslag. Att en nämnd med ansvar för verksamheten väljer att endast notera verksamhetsplanen för den verksamhet nämnden är satt att styra är anmärkningsvärt. En nämnd bör besluta att anta såväl budget som tillhörande verksamhetsplan. Utan ett godkännande av verksamhetsplanen blir det svårt att ha en plan att jobba efter vid t.ex. ledning och internkontroll.

Moderaterna har tidigare påpekat att som verksamhetsplanerna är utformade så anges målvärden för budgetåret på ett flertal ställen men det saknas referens till tidigare år vilket gör det svårt att värdera den aktuella planen. Endast under rubriken ”process och produktion” anges värden för tidigare år.

Håkan Karlsson Nyborg (SD) instämmer med protokollsanteckningen som Thomas Bäuml (M) lämnar.

Beslutsgång
På ordförandens fråga bifaller nämnden föreliggande förslag till beslut. Protokollsanteckningen från Moderaterna godkänns.

Beslutet skickas till
Regionledningskontoret-Ekonomi

Beslutets antal sidor
2

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 181-196

Tid: 2021-12-14 kl. 13:00

Plats: Digitalt, Zoom

§ 195

Ansökan -Bidrag till länsorganisationer med folkhälsomål i Jönköpings län år 2022

Diarienummer: RJL 2021/727

Beslut

Rachel De Basso (S) och Thomas Bäuml (M) anmäler jäv och deltar inte i överläggningen av ärendet. Ledamöterna lämnar mötet och Martin Nedergaard-Hansen (BA) ersätter ordföranden inför beslut.

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Godkänner föreliggande förslag till fördelning av bidrag för år 2022
- Godkänner att under 2022 utlysa de ekonomiska medel som inte fördelats för året

Reservationer

Sverigedemokraterna till förmån för eget yrkande.

Sammanfattning

Det har i budget för 2022 års bidragsgivning avsatts 22 342 250 kronor inom folkhälsoområdet. Till området hör bidragsgivning till idrottsrörelsen, folkhälsoorganisationer, funktionshinderorganisationer, nykterhetsorganisationer samt projektbidrag.

Bidrag inom folkhälsoområdet syftar enligt policy och riktlinjer till att stimulera föreningar att arbeta mot gemensamma nationella mål. De nationella folkhälsomålen utgör därmed en grund för fördelningsförslaget.

Beslutsunderlag

- Informationsdragning under sammanträdet 2021-12-14
- Protokollsutdrag presidiet 2021-12-01
- Tjänsteskrivelse daterad 2021-11-08

Yrkanden/förslag till beslut på sammanträde

Håkan Karlsson Nyborg (SD) yrkar avslag till bidragen för IOGT-NTO Junis (Juniorförbund Jönköping) samt IOGT-NTO Sydost (Jönköpings distrikt) med följande motivering:

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 181-196

Tid: 2021-12-14 kl. 13:00

Plats: Digitalt, Zoom

Sverigedemokraterna kommer aldrig uppmuntra bidragsgivning med offentliga medel till en organisation som inte är öppen gentemot alla folkvalda partier.

Håkan Karlsson Nyborg (SD) yrkar bifall för resterande bidragsfördelning.

Beslutsgång

Ordföranden ställer Sverigedemokraternas yrkande under proposition mot att bifalla föreliggande förslag till beslut och finner att föreliggande förslag till beslut bifalls.

Beslutet skickas till

Folkhälsa och sjukvård

Beslutets antal sidor

2

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 181-196

Tid: 2021-12-14 kl. 13:00

Plats: Digitalt, Zoom

§ 196

Nya lokaler för psykiatri i Värnamo

Diarienummer: RJL 2021/1778

Beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård står bakom regionstyrelsens förslag att:

1. Godkänna byggnation av lokaler för psykiatri på Värnamo sjukhus till en maximal kostnad på 208 000 000 kronor.
2. Godkänna konstnärlig gestaltning till en maximal kostnad på 2 000 000 kronor.

Samt lämnar ett medskick till regionstyrelsen enligt nedan.

Sammanfattning

Nybyggnaden av lokaler (hus 21) på Värnamo sjukhus kommer innehålla allmänpsykiatrisk vårdavdelning, jour- och beroendemottagning samt gemensamma lokaler för psykiatriska kliniken.

Beslutsunderlag

- Informationsdragning under sammanträdet 2021-12-14
- Protokollsutdrag presidiet 2021-11-02, 2021-12-01
- Tjänsteskrivelse daterad 2021-09-15
- Ritningar hus 21

Yrkanden/förslag till beslut på sammanträde

Rachel De Basso (S) yrkar för koalitionen i Region Jönköpings län bifall till föreliggande förslag till beslut tillsammans med följande medskick:

Nämnden ser att tillbyggnaden bör byggas enligt principen om vårdplatser efter behov, med viss marginal. Då utvecklingen inom psykiatrin och den nära vården kan förändras över tid bör planeringen ta höjd för förändrat vårdplatsbehov, både ökning och minskning.

Thomas Bäuml (M) och Olle Moln Teike (SD) ställer sig bakom koalitionens medskick.

Elisabeth Töre (V) ställer sig bakom koalitionens medskick samt önskar lämna följande protokollsanteckning till ärendet:

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 181-196

Tid: 2021-12-14 kl. 13:00

Plats: Digitalt, Zoom

Förslaget ser mycket bra ut överlag förutom att Vänsterpartiet vill förtydliga att höjd måste tas
för en organisatorisk förändring i framtiden där abstinensbehandling kan återinföras i Värnamo och ett visst antal vårdplatser då kan reserveras för detta.

Beslutsgång

På ordförandens fråga bifaller nämnden föreliggande förslag till beslut tillsammans med ovanstående medskick. Protokollsanteckningen från Vänsterpartiet godkänns.

Beslutet skickas till

Regionstyrelsen

Beslutets antal sidor

2

Sammanställning av anmälda informationshandlingar till Nämnd för FS – 2022-01-25

Ärendetyp	Ärenderubrik
Protokoll	
Inkomna handlingar	• Rapport - Kommunikationens betydelse i mötet med vården av Patientnämnden Region Jönköpings län 2020-2021 • RJL 2021/2746 Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om Läkemedelsförmånerna 2022, inkom 2021-12-23 • RJL 2021/2753 Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om Nationell testning och smittspårning för covid-19 2022, inkom 2021-12-23 • RJL 2021/2757 Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om vaccinering mot covid-19 2022, inkom 2021-12-23 • RJL 2021/2764 Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2022, inkom 2021-12-23 • RJL 2021/2765 Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar 2022, inkom 2021-12-23 • RJL 2021/2766 Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2022, inkom 2021-12-23 • RJL 2021/2769 Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om Äldre – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus 2022, inkom 2021-12-23
Utgående skrivelser	• RJL 2021/2335 Yttrande över Socialstyrelsens rekommendation om screening för livmoderhalscancer, expedierat 2022-01-07
Regeringsbeslut	• RJL 2021/2637 Ändring av uppdrag att genomföra nationella informationsinsatser om vaccination mot covid-19, 2021-12-09 • RJL 2021/2746 Regleringsbrev för budgetåret 2022 avseende anslag 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna, 2021-12-22 • RJL 2021/2747 Regleringsbrev för budgetåret 2022 avseende anslag 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m., 2021-12-22 • RJL 2021/2748 Regleringsbrev för budgetåret 2022 avseende anslag 1:11

	Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna, 2021-12-22 • RJL 2021/2756 Uppdrag om statligt ansvar för försörjningsberedskapen inom hälso- och sjukvården, 2021-12-22 • RJL 2021/2760 Uppdrag att genomföra och redovisa arbetet med vaccin mot covid-19, 2021-12-22 • RJL 2021/2762 Uppdrag att genomföra temavecka om vaccination mot covid-19, 2021-12-22
Beslut från Inspektionen för vård och omsorg, IVO	• RJL 2020/1339 Anmälan om klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Klagomålet gäller behandling med och förskrivning av läkemedel vid smärta i samband med pisksnärtskada. • RJL 2021/1538 Anmälan om klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Klagomålet gäller vård och behandling. • RJL 2021/2044 Tillsyn av användandet av larmbågar vid den psykiatriska kliniken, Länssjukhuset Ryhov i Jönköping. Nyinkomna IVO-ärenden 2021-12-01 – 2021-12-31 Patientärenden: RJL 2021/2507, RJL 2021/2549, RJL 2021/2612 och RJL 2021/2613 Tillsynsärenden: RJL 2021/2659
Cirkulär från SKR	
Beslut från SKR	
Övrigt	

Sammanställning av anmälda vidaredelegationsbeslut till nämnd för folkhälsa och sjukvård 2021-12-09 – 2022-01-18

Ärendetyp	Ärenderubrik	Diarienummer	Beslutsdatum	Beslutsdelegat
FS 4.5.4	Personuppgiftsincident	RJL 2021/2578	2021-12-09	Sofia Sund
RS 3.1	Arvodering digitala sammanträden	RJL 2020/683	2021-12-15	Maria Frisk
FS 4.5.4	Personuppgiftsincident	RJL 2021/2676	2021-12-16	Sofia Sund
FS 4.5.4	Personuppgiftsincident	RJL 2021/2690	2021-12-17	Sofia Sund

Dokument

Utskriftsdatum: 2022-01-03 **Utskriven av:** Sebastian Karlberg

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

Beskrivning av sökning:

Remisslista december 2021

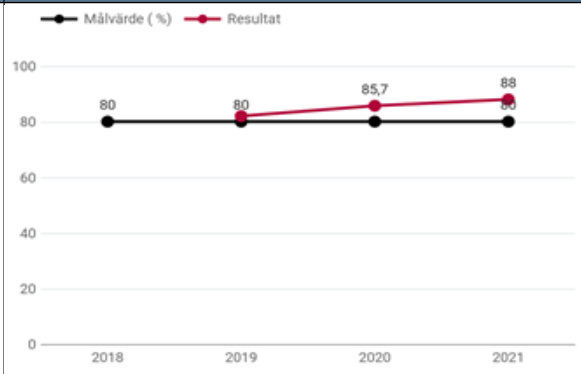
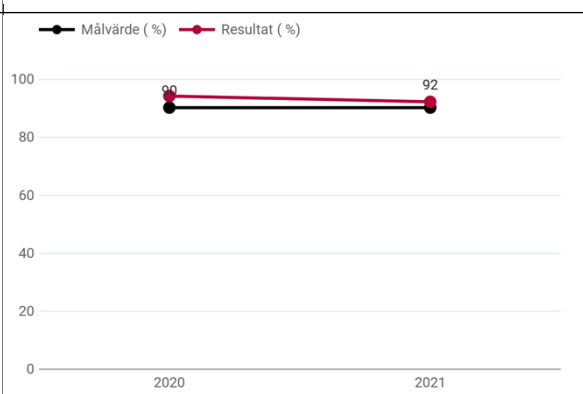
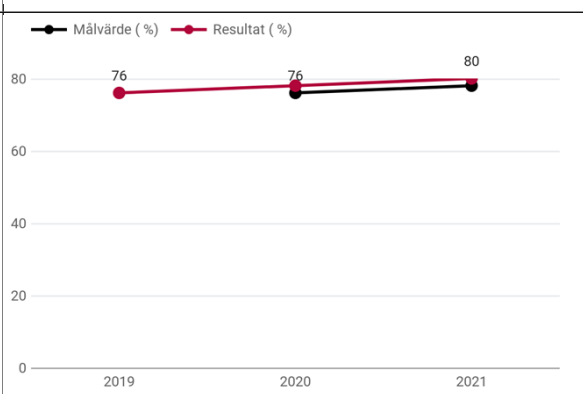
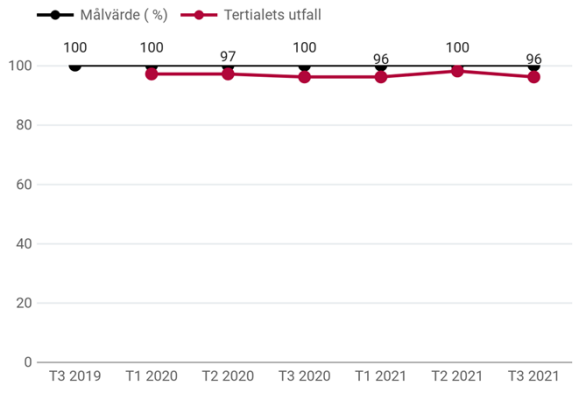
Id	I/U/K	Beskrivning	Ansvarig
Datum		Avsändare/Mottagare	Avdelning
Ärendenummer		Ärendemening	Dokumenttyp
2021.13491	I	Annexes to the communication from the Commission - Guidelines on State aid for broadband networks	Siv Kullberg
2021-12-02		Näringsdepartementet	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/2521		Samråd gällande ändringar i riktlinjerna för statsstöd till bredband	REMISS
2021.13866	I	Ny översiktsplan Nässjö kommun	Anders Rodewald
2021-12-06		Nässjö kommmun	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/2626		Remiss - Ny översiktsplan Nässjö kommun	REMISS
2021.13876	I	Förslag till ändring i föreskrifterna och allmänna råden om kriterier för bestämmande av människans död	Evelina Örn
2021-12-09		Socialstyrelsen	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/2628		Remiss - Förslag till ändring i föreskrifterna och allmänna råden om kriterier för bestämmande av människans död	REMISS
2021.14007	I	Från delar till helhet - En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet	Laura Habib
2021-12-13		Socialdepartementet	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/2646		Remiss - Från delar till helhet - En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet	REMISS
2021.14224	I	Äldreomsorgsplan 2022-2031 Gislaveds kommun	Laura Habib
2021-12-17		Gislaveds kommun	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/2689		Remiss - Äldreomsorgsplan 2022-2031 Gislaveds kommun	REMISS
2021.14320	I	Regional utvecklingsstrategi Region Kalmar län	Karl-Gustav Bartoll
2021-12-17		Region Kalmar län	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/2701		Remiss - Regional utvecklingsstrategi Region Kalmar län	REMISS
2021.14327	I	Resttillstånd efter polio	Evelina Örn

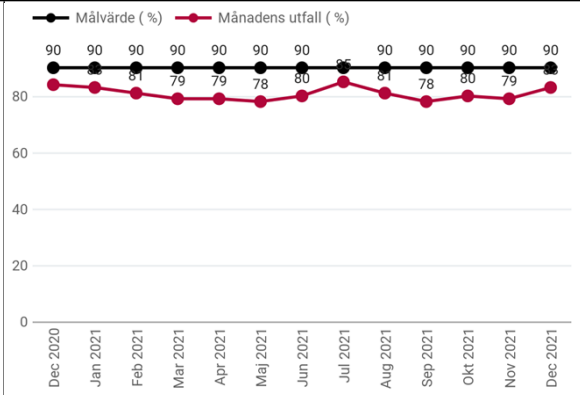
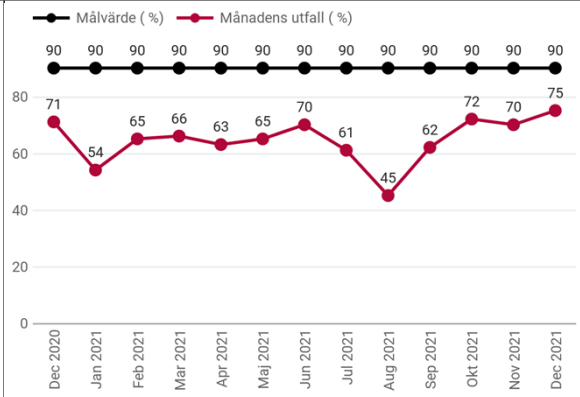
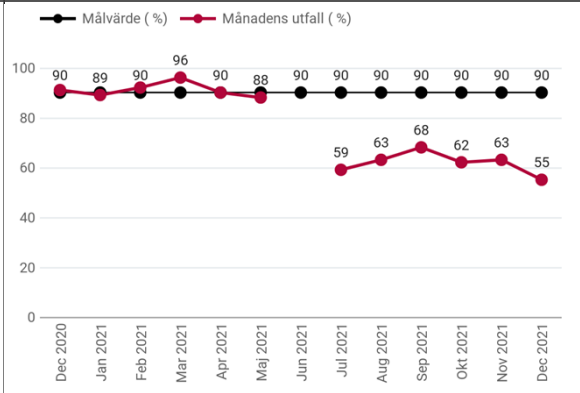
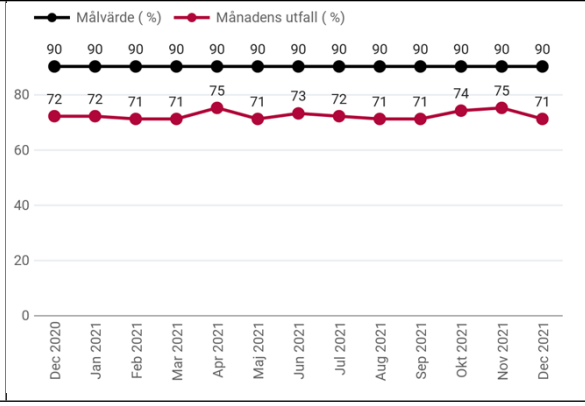
2021-12-17		Socialstyrelsen	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/2705		Remiss - Resttillstånd efter polio	REMISS
2021.14330	I	Avancerad Crohns sjukdom	Evelina Örn
2021-12-17		Socialstyrelsen	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/2706		Remiss - Avancerad Crohns sjukdom	REMISS
2021.14332	I	Högisoleringsvård vid högsmittsamma sjukdomar	Evelina Örn
2021-12-17		Socialstyrelsen	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/2707		Remiss - Högisoleringsvård vid högsmittsamma sjukdomar	REMISS
2021.14334	I	Inflammatorisk tarmsjukdom	Evelina Örn
2021-12-17		Socialstyrelsen	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/2708		Remiss - Inflammatorisk tarmsjukdom	REMISS
2021.14336	I	Tarmrehabilitering för barn	Evelina Örn
2021-12-17		Socialstyrelsen	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/2709		Remiss - Tarmrehabilitering för barn	REMISS
2021.14338	I	Vård vid tarmsvikt hos vuxna	Evelina Örn
2021-12-17		Socialstyrelsen	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/2710		Remiss - Vård vid tarmsvikt hos vuxna	REMISS
2021.14340	I	Visceral transplantation	Evelina Örn
2021-12-17		Socialstyrelsen	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/2711		Remiss - Visceral transplantation	REMISS
2021.14342	I	Ärftliga näthinnesjukdomar	Evelina Örn
2021-12-17		Socialstyrelsen	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/2712		Remiss - Ärftliga näthinnesjukdomar	REMISS
2021.14344	I	Barnintensivvård	Evelina Örn
2021-12-17		Socialstyrelsen	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/2713		Remiss - Barnintensivvård	REMISS
2021.14346	I	ECMO vid primär respiratorisk svikt	Evelina Örn
2021-12-17		Socialstyrelsen	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/2714		Remiss - ECMO vid primär respiratorisk svikt	REMISS
2021.14350	I	Avancerad bäckenkirurgi	Evelina Örn
2021-12-17		Socialstyrelsen	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/2715		Remiss - Avancerad bäckenkirurgi	REMISS
2021.14353	I	Interregionala intensivvårdstransporter	Evelina Örn
2021-12-17		Socialstyrelsen	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/2716		Remiss - Interregionala intensivvårdstransporter	REMISS

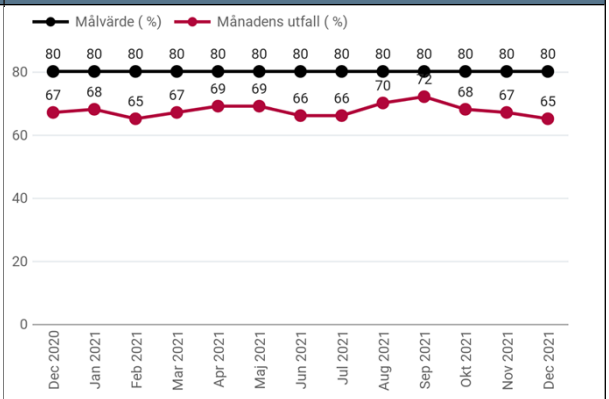
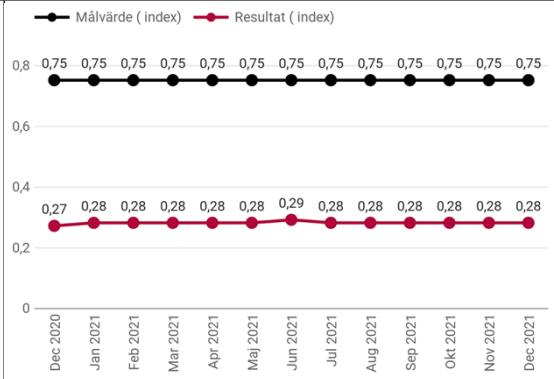
2021.14364	I	Prioriteringsmöte React-EU fas 2	Johanna Stejdahl
2021-12-20		Strukturfondpartnerskapet Småland och öarna	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/2717		Remiss - Prioriteringsmöte React-EU fas 2	REMISS
2021.14425	I	EU-kommissionens paket för effektiv och grön mobilitet	Erik Bromander
2021-12-21		Infrastrukturdepartementet	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/2734		Remiss av EU-kommissionens paket för effektiv och grön mobilitet	REMISS
2021.14440	I	Trafikverkets delrapport Beredskapsflygplatser för att säkra samhällsviktiga flygtransporter	Erik Bromander
2021-12-22		Infrastrukturdepartementet	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/2738		Remiss av Trafikverkets delrapport Beredskapsflygplatser för att säkra samhällsviktiga flygtransporter och Trafikverkets slutrapport Beredskapsflygplatser för att säkra samhällsviktiga flygtransporter	REMISS
2021.14444	I	Anmälningsplikt för ratavirusinfektion	Evelina Örn
2021-12-22		Socialdepartementet	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/2739		Remiss - Anmälningsplikt för ratavirusinfektion	REMISS
2021.14881	I	Handlingsprogram för olycksförebyggande arbete 2022-2023	Evelina Örn
2021-12-29		Gislaveds kommun Räddningstjänsten	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2021/2799		Remiss - Handlingsprogram för olycksförebyggande arbete	REMISS

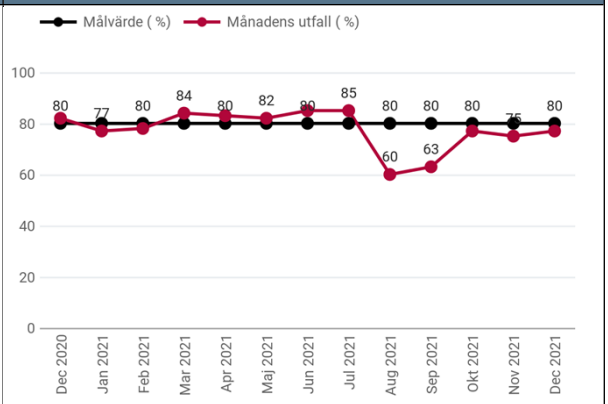
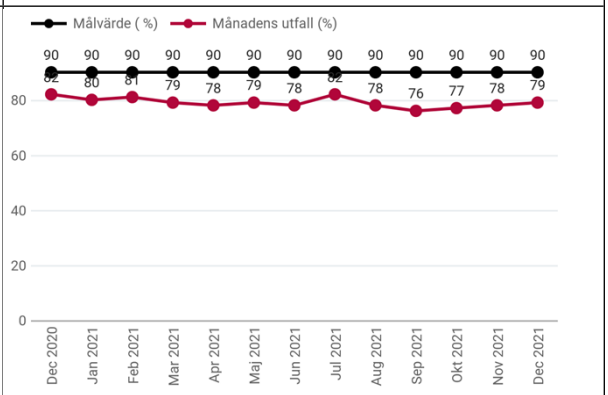
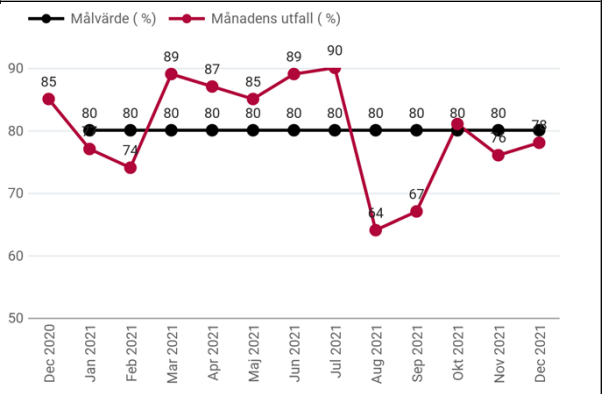
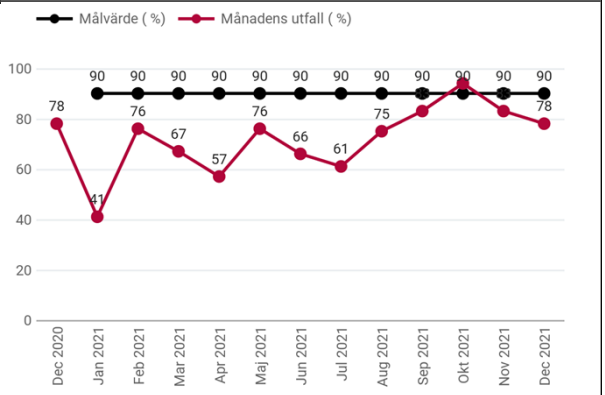
Månadsrapport december/helår 2021 nämnden för Folkhälsa och sjukvård

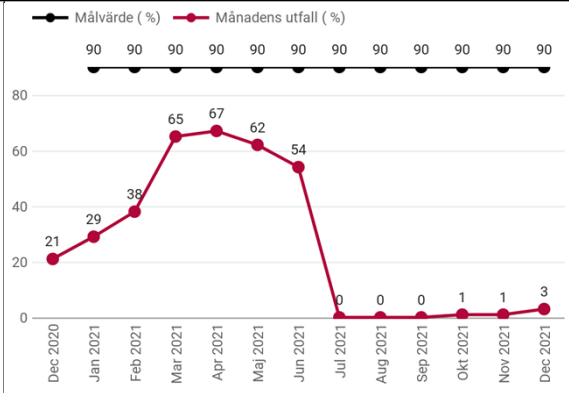
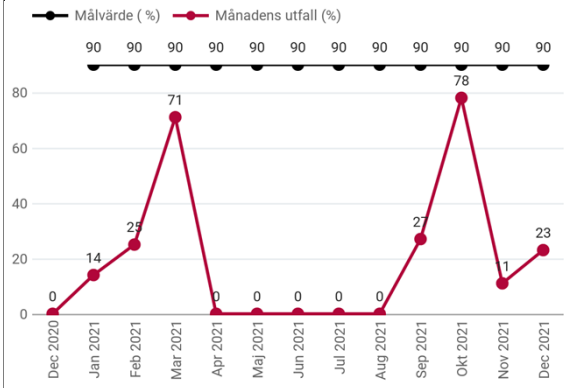
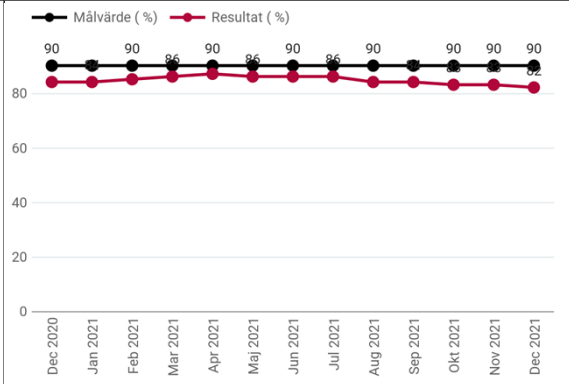
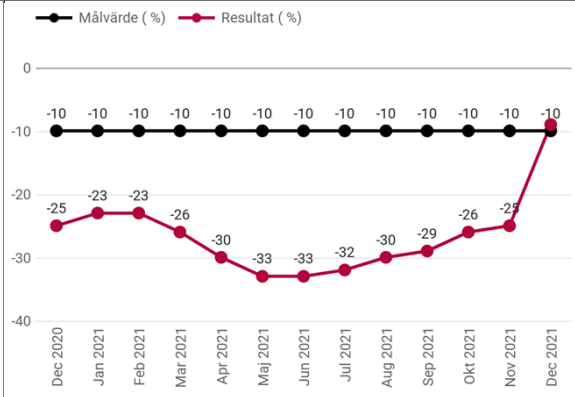
15 13 9 4 av 41 Mätetal

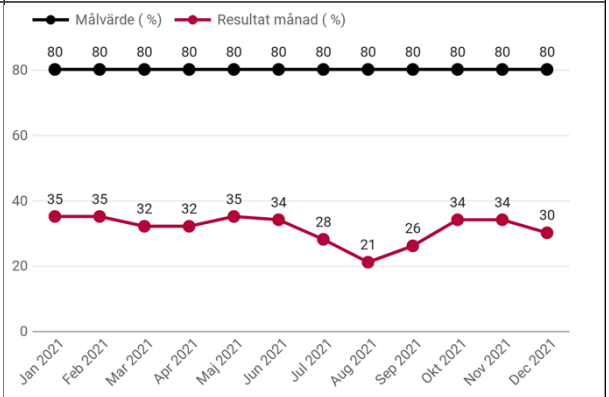
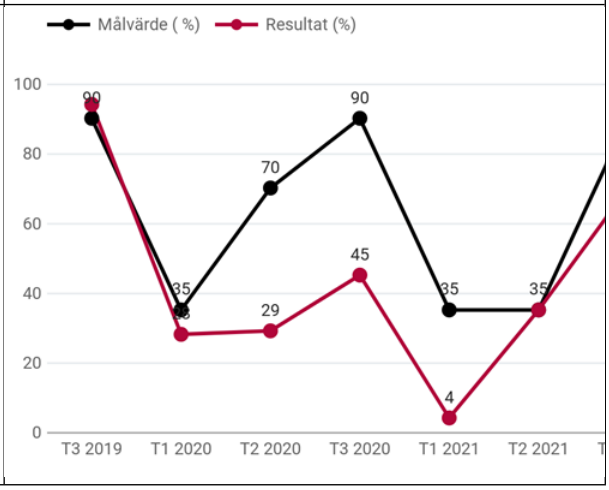
Mätetal	Resultat	Analys	Diagram
Kundtillfredsställelse - nationell patientenkät	88,0 %	Under 2021 genomfördes 4 Nationella patientenkäter; Öppen och slutenvård inom specialiserad somatisk vård, Primärvård och specialiserad rehabiliteringsvård. Andel positiva gällande helhetsintrycket för dessa undersökningar var 91,4%, 92,3% 83,4% och 84,9%. Det ovägda genomsnittet blir därmed 88%, vilket är bättre än de senaste mätningarna.	
Jag har tillgång till den hälso- och sjukvård jag behöver - Instämmer helt/delvis.	92,0 %	Hälso- och sjukvårdsbarometern 2021 visar att 92 procent av befolkningen i vårt län uppfattar att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver. Resultatet är 2:a högst i landet.	
Andel i befolkningen som har stort/mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sitt landsting/region	80 %	Hälso- och sjukvårdsbarometern 2021 visade att 80 procent av befolkningen i Jönköpings län har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet. Resultatet är 2: a högst i landet, (Snitt för riket 69%, Region Kalmar har högst andel positiva).	
Nämnd Telefonkontakt med vårdcentralen samma dag	96 %	Fortsätter att vara omkring 96-97%, samma nivå som det varit sedan tertial 1 2020. Som förut väldigt många enheter som når 100%. Cirka 10% av inkommande samtal under en månad lägger på innan samtalet är komplett (matat in sitt telefonnummer och fått en uppringningstid)	

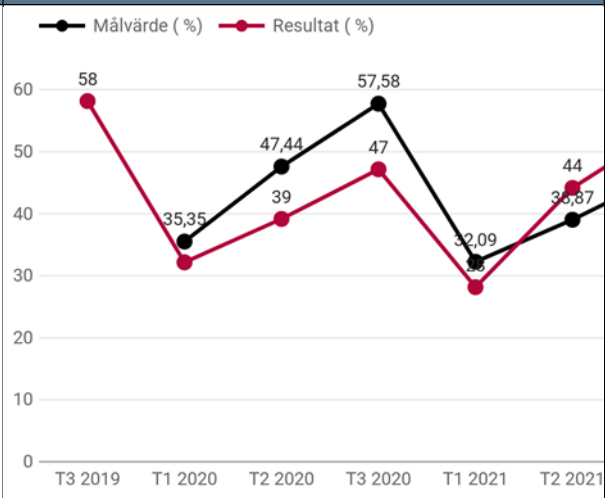
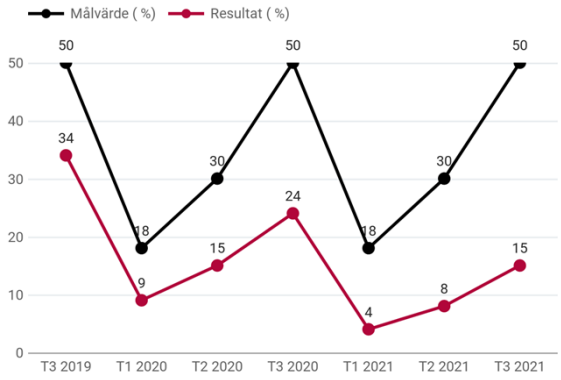
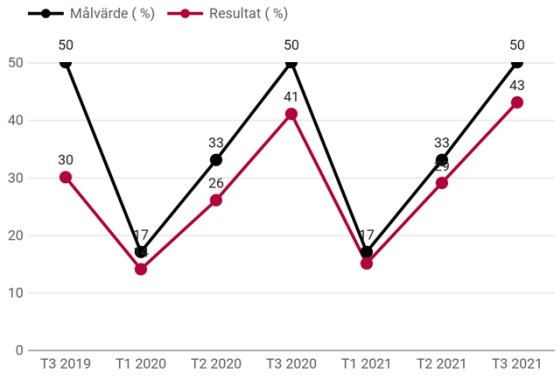
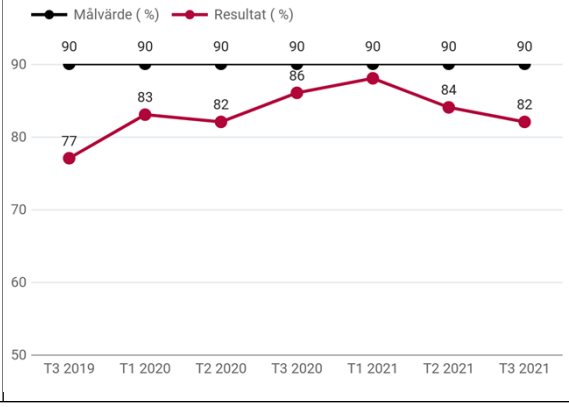
Mätetal	Resultat	Analys	Diagram
Medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar.	80 %	Något sämre tillgänglighet till medicinsk bedömning inom tre dagar vid jämförelse mot december månad 2019. Resultatet för vårdcentralerna varierar mycket. Har varit hård press på samtliga vårdcentraler även under 2021, försämrade resultatet det senaste året beror sannolikt till största delen på pandemin.	
Nämnd Väntetid till undersökning inom 30 dagar, radiologi	64 %	Under året försämrad tillgänglighet. Arbetar aktivt med förbättra och lösa detta. I december ses årets bästa resultat, fortsatt en längre bit kvar till målnivån, med med fortsatt aktivt arbete är förhoppningen att ytterligare närma sig denna nivå.	
Nämnd Väntetid till undersökning inom 30 dagar, klinisk fysiologi	71 %	Försämrad tillgänglighet 30 dagar, pga kraftigt ökad remiss inströmning. För samtliga undersökningar 47%. Som snabbt försämras. Oacceptabel utveckling. Verksamheten kommer påbörja ett arbete omedelbart med att försöka vända denna trend under Q2 2022.	
Nämnd Fått hjälp och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar	72 %	En oerhört stabil process under hela 2021 med liten variation, ett utfall omkring 15-19 % under målnivån. Är sämre resultat än 2019 och 2020 där 2020 får anses jämförbart avseende påverkan pandemin.	

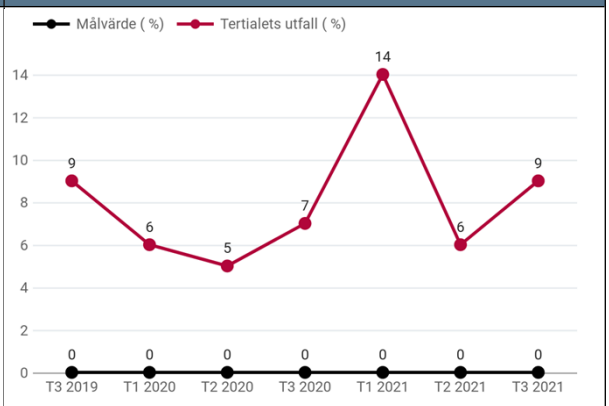
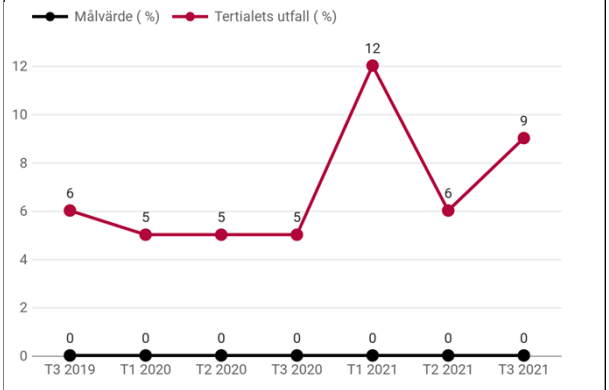
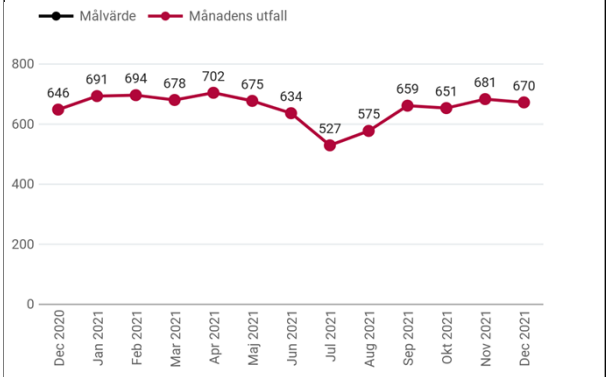
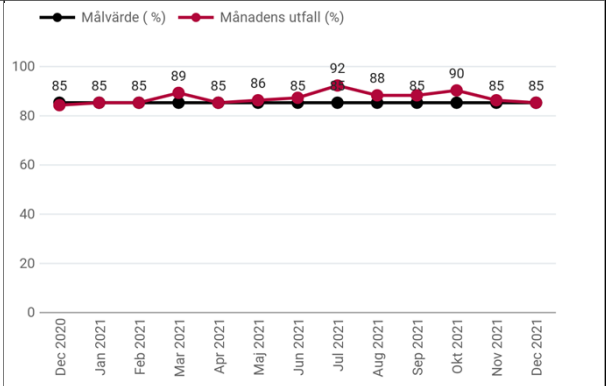
Mätetal	Resultat	Analys	Diagram
Tid till ambulans - andel prio 1 larm inom 20 minuter	68 %	Tillgängligheten uppgår till 68 procent under 2021. Föregående år 70 procent. Antalet uppdrag har ökat med 4 procent jämfört med föregående år. Det ökade antalet uppdrag har bidragit till en minskad tillgängligheten jämfört med tidigare år. SOS Alarm har också längre handläggningstider än tidigare för bedömning och prioritering av uppdrag. Verksamheten har på grund av coronapandemin haft ambulanser ur tjänst. Detta har också påverkat tillgängligheten negativt. Under månaderna juni till oktober har 2 stycken dagambulanser varit avställda för att klara bemanning och schema. Från och med november är ambulansverksamheten i normal drift. Under 2021 utfördes 2 199 stycken (11 procent) fler prioritet 1-larm jämfört med föregående år. Prioritet 2-larm har minskat med 5 procent. Totalt har antalet transporter (prioritet 1-larm samt övriga transporter) ökat med drygt 4 procent jämfört föregående år. Antalet transporter har ökat senaste halvåret jämfört med första halvåret.	
Nämnd Kontinuitetsmått – primärvård	0,28 index	Totalt sett under året finns en variation i kontinuiteten mellan 0,17 och 0,62 för den vårdcentral med lägst respektive högst index. För vårdcentraler med mer än 10000 läkarbesök per månad är motsvarande resultat 0,17 till 0,44. Bra Livs vårdcentraler i Tenhult, Rydaholm samt Bodafors är exempel vårdcentraler med god kontinuitet. Dessa är små med god egen läkarbemanning, stora vårdcentraler har svårare att nå hög kontinuitet trots god bemanning. Med många läkare ställs större krav på planering och organisation. Kontinuitet beräknas för listade patienter med kronisk sjukdom som gjort minst tre besök de senaste 18 månaderna ochenbart besök på den enhet där patienten är listad inkluderas.	

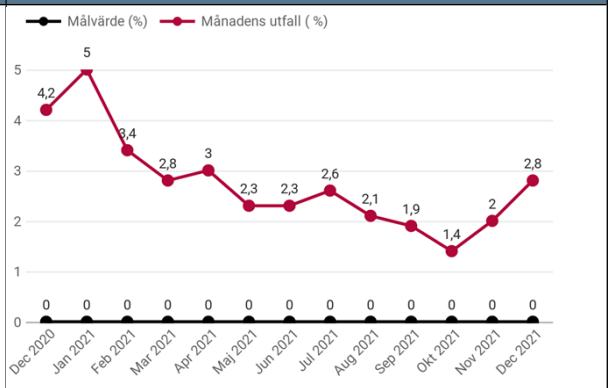
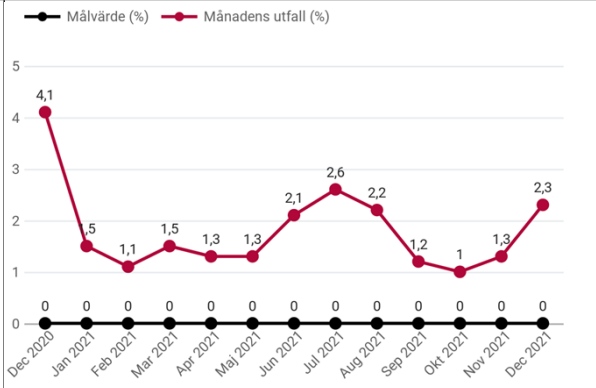
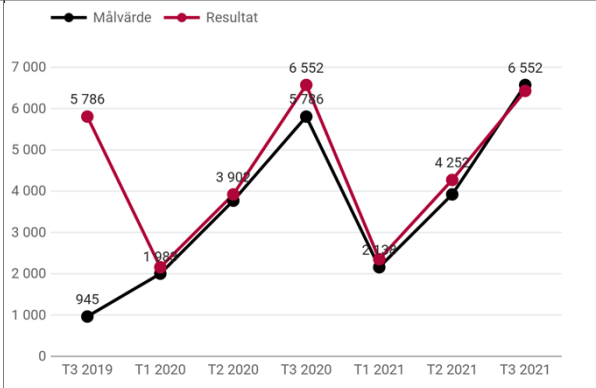
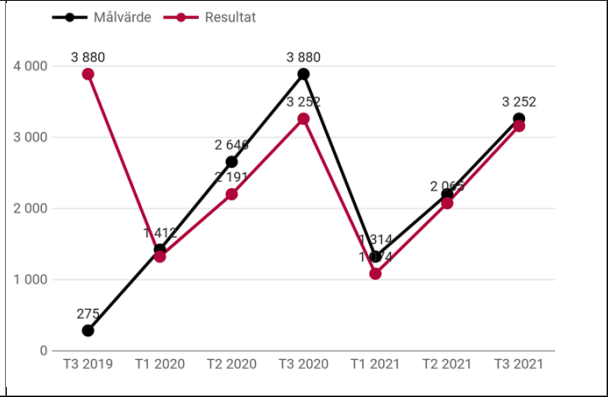
Mätetal	Resultat	Analys	Diagram
Faktisk väntetid till första besök inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering.	77 %	Ett något sämre utfall under december jämfört med dec 2020. Svårt att veta orsaken då pandemin är på ungefär samma nivå som föregående år. Kommer fortsatt vara en stor utmaning under de närmaste månaderna att upprätthålla en tillgänglighet på målnivå. Även helårsresultatet är något under målnivån och säkerligen är pandemin en stor del av förklaringen, men ändå ett bättre resultat om man jämför med helår 2019. Antalet väntande är sista december omkring 20% fler än samma datum 2020.Antalet genomförda kontakter är något fler än föregående år (2%)	
Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum	79 %	Stabilt utfall varje månad omkring 10 % från målnivån, marginellt sämre än 2020.	
Faktisk väntetid till operation/åtgärd inom 60 dagar, specialiserad vård	80 %	Under året har ett flertal månader präglats av den pågående pandemin. Det är fortsatt många fler med ett lägre prioriterat ingrepp som väntar långt över 90 dagar, men dessa har i allmänhet ett av de avvikelseskäl som gör att de inte ingår i beräkningen av mätetalet. Trots som sagt de stora utmaningarna under 2021 är det endast 600 patienter mer som väntar jämfört med december 2020 och detta får sannolikt tillskrivas ett gediget arbete av de som ingår i processen. Målet nås ackumulerat under året.	
Nämnd Faktisk väntetid till besök inom 30 dagar i barn och ungdomspsykiatrin	70 %	Under 2021 erhöll 70 % av patienterna ett första besök inom 30 dagar. Är relativt stor skillnad mellan de två kliniker som träffar dessa barn, Barn och ungdomspsykiatriska kliniken nådde 75% inom 30 dagar och 99% inom 60 dagar, medan Habiliteringscentrum hade ett påtagligt sämre utfall med endast 35,4% av barnen inom 30 dagar. Eftersom BUP har en mycket större volym blev det totala resultatet omkring 70% under 2021. Detta är i nivå med 2020 och klart bättre än 2019.	

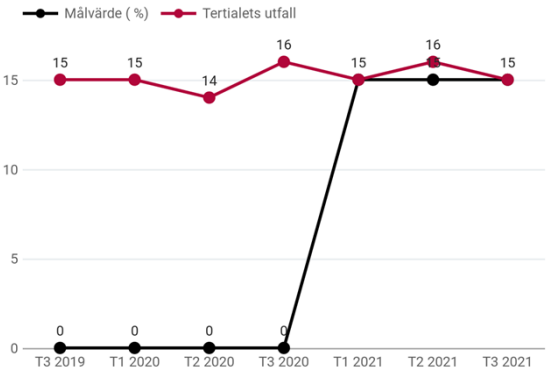
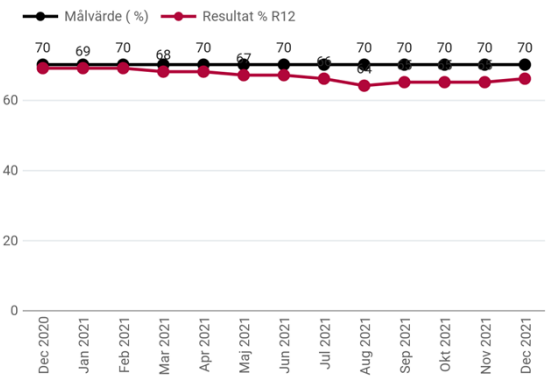
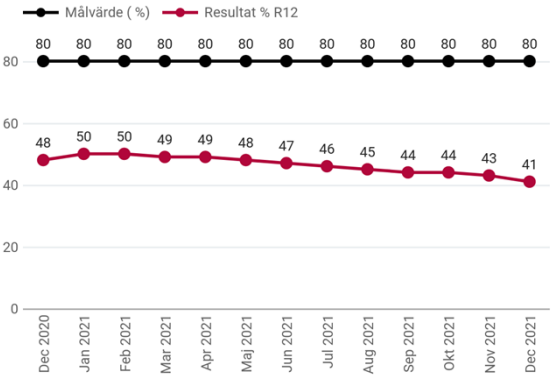
Mätetal	Resultat	Analys	Diagram
Nämnd Faktisk väntetid till utredning barn- och ungdomspsykiatri inom 30 dagar	29 %	Under 2021 utfördes betydligt fler utredningar än de föregående åren. Trots detta har antalet väntande ökat med 20% under året. Detta visar på ökande förekomst av behov vilket ur ett samhällsperspektiv skulle behöva belysas vad det beror på. Är omkring 1/3 som påbörjar sin utredning inom 30 dagar, detta är betydligt fler under 2021 än 2019 och 2020, men ändå långt från målet på 90% inom 30 dagar.	
Nämnd Faktisk väntetid till behandling barn- och ungdomspsykiatri inom 30 dagar	23 %	Andelen behandlingar som har påbörjats inom 30 dagar är under 2021 påtagligt lägre än både 2019 och 2020. Under året nästan fördubblades antalet som väntar, inom detta område behöver åtgärder göras för att åtgärda dessa långa väntetider. Finns stora volymer (183 av 728 väntande) som sista december 2021 har väntat mer än ett år på behandlingsstart vilket får betecknas som helt orimligt när målet är 30 dagar.	
Allmäntandvård: Andel revisionspatienter i tid till undersökning och behandling, Folktandvården	82 %	Tillgängligheten för allmäntandvårdens kliniker är oförändrad sedan föregående månad. Relativt små förändringar har skett under 2021, Tillgängligheten har varierat mellan 82 och upp till 87 %. 12 av 26 kliniker har en tillgänglighet på 90 procent eller mer. 14 kliniker har en tillgänglighet mellan 89 och ned till ca 47 procent. Utfallet är i nivå med motsvarande period föregående år. Jämfört med september 2019 har tillgängligheten förbättrats med ca 2 procent sett till hela allmäntandvården.	
Nämnd Allmäntandvård: Möjlighet att ta emot nya patienter, mäts genom minskning av kö	-9 %	Pandemins har under delar av året påverkat klinikernas arbetssituation påtagligt med periodvis något högre sjukfrånvaro hos personalen och något mer frekventa återbud hos våra patienter. För närvarande har ingen klinik inom allmäntandvården möjlighet att ta emot nya patienter, med undantag för barn- och ungdomspatienter, akuta patienter och patienter med "nödvändig tandvård", vilka alltid prioriteras för snabb behandling. Målet om att minska antalet nya patienter i kö med 10 procent jämfört med december förföregående år är nu inte längre uppfyllt jämfört med tidigare under 2021. Under december 2021 har	

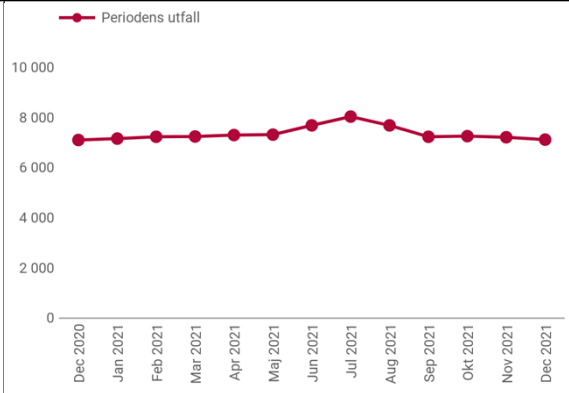
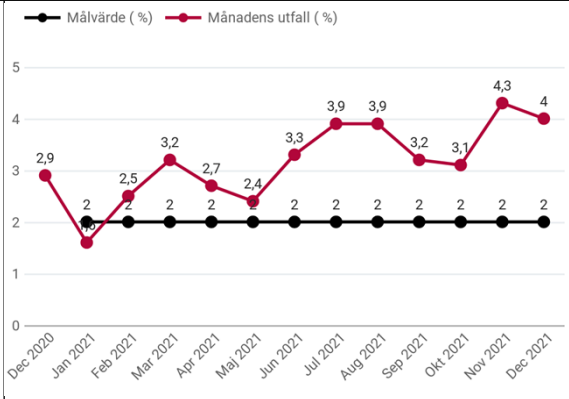
Mätetal	Resultat	Analys	Diagram
		Folktandvården konstaterat en underrapportering av antal patienter i kö, med konsekvens att det totala antalet patienter i kö har reviderats uppåt med 1 163 patienter. Efter justeringar visar resultatet för december 2021 på en minskning om 9 procent jämfört med december 2019. Jämfört med december 2020 har patienter i kö ökat med 17 procent. Allmäntandvårdens möjligheter framöver att ta emot nya patienter är på kort sikt helt avhängigt pandemins utveckling.	
Tillgänglighet specialisttandvård inom 60 dagar efter remiss	31 %	I samband med upprättande av verksamhetsplan för 2021 har ett nytt mätetal för mätning av tillgänglighet inom specialisttandvården tagits fram. Första mätning och rapportering skedde i början av 2021 och till följd av att det rör sig om ett nytt sätt att mäta är jämförelser med tidigare perioder ej möjligt. Efter de första tre uppföljningarna har det framkommit att specialistavdelningar inte registrerar remisser på ett fullgott sätt, vilket har lett till att mätetalet ger en missvisande bild av tillgängligheten till specialisttandvård. Ett arbete har inletts för att korrigera remisshanteringen och fånga rätt siffror. Detta har redan lett till en betydlig bättre bild över tillgängligheten på vissa avdelningar, exempelvis avdelningen för ortodonti i Värnamo och avdelningen för odontologisk radiologi, där tillgängligheten är 100 procent. Utfallet för december ligger i linje med utfallet för november.	
Täckningsgrad för den uppsökande verksamheten (munhälsobedömningar)	70 %	Andel som fått munhälsobedömning utförd är 70% (2 695 utav 3 865) vilket är ett bättre resultat jämfört med 2020 då 45 % (1 648 utav 3 694) fick munhälsobedömning utförd. Under de första månaderna 2021 utfördes inga munhälsobedömningar på grund av pandemin.	

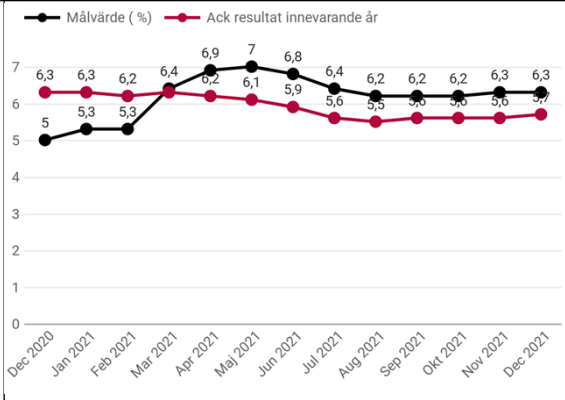
Mätetal	Resultat	Analys	Diagram
Andel berättigade till nödvändig tandvård som fått den utförd	54 %	De personer som är berättigade till uppsökande tandvård har rätt till nödvändig tandvård för samma avgift som gäller inom hälso- och sjukvård. Av antalet berättigade (6 415) har 54 % (3 444) fått utförd behandling Av totalt 3 444 personer som fått nödvändig tandvård utförd har Folktandvården behandlat 2 262 och privata vårdgivare 1 394 (differensen beror på att personer har fått behandling hos både Folktandvård och privat vårdgivare).	
Nämnd Andel 40-, 50-, 60- och 70-åringar som genomgått hälsosamtal.	15 %	15% av hälsosamtalen har utförts, fler till kvinnor. Privata vårdcentraler har utfört 29% medan Bra Liv utfört 9% av hälsosamtalen till listade i rätt ålder. 24 vårdcentraler av 40 har gjort färre än 10%.	
Nämnd Andel förstagångsföräldrar som genomgått hälsosamtal	43 %	Att öka andelen genomförda hälsosamtal med förstagångsföräldrar är ett prioriterat område för barnhälsovården. Målet nås ännu inte men det är positivt att andelen genomförda hälsosamtal ökar på flertalet av barnhälsovårdsenheterna i länet. Jämfört med tertial 3 de föregående åren har andelen genomförda hälsosamtal successivt ökat. Ett flertal förbättringsåtgärder har genomförts och pågår.	
Vårdprevention	82 %	Den ökning som skedde i slutet av 2020 och i början av 2021 har avstannat något nu under det ansträngda läget under semesterperioden. De systematiska utbildningar som tidigare genomförts till alla nyanställda sjuksköterskor samt de återkommande utbildningarna för undersköterskor har nu återupptagits vilket kan förbättra resultatet framöver igen.	

Mätetal	Resultat	Analys	Diagram
Nämnd Vårdtillfällen med skador	9,7 % ◆	Det finns en variation över tid men det förefaller vara en ökning av antalet skador även om jämförelsen är vansklig då både granskningen och vården ständigt utvecklas och förändras. Granskningen och mätningen är ändå viktig då den ger en samlad bild där kunskapen och lärandet av de skador som identifieras bidrar till att minska risken för skador i framtiden.	
Nämnd Vårdtillfällen med vårdskada	8,9 % ◆	Det finns en variation över tid men det förefaller vara en ökning av antalet vårdskador även om jämförelsen är vansklig då både granskningen och vården ständigt utvecklas och förändras. Granskningen och mätningen är ändå viktig då den ger en samlad bild där kunskapen och lärandet av de skador som identifieras bidrar till att minska risken för skador i framtiden.	
Nämnd Disponibla vårdplatser	657 ▬	Antalet disponibla vårdplatser ökar totalt sett något under året (657 platser i jämförelse med 652 i snitt per dygn). Ökningen sker inom verksamhetsområde kirurgi samt psykiatri, rehabilitering och diagnostik medan verksamhetsområde medicin minskar något. Urologkliniken samt psykiatriska kliniken på länssjukhuset Ryhov är exempel på kliniker med fler disponibla platser medan Medicin- och geriatrikkliniken redovisar färre platser under samma period.	
Nämnd Beläggning	87 % ◆	Beläggningen har i genomsnitt varit 87 procent totalt sett inom regionen under året vilket är avsevärt högre än föregående år. Antalet disponibla platser är något fler och antal inneliggande har ökat med ca 6 procent vilket påverkat beläggningen. Beläggningen varierar mellan verksamhetsområdena där medicinsk- respektive kirurgisk vård ökar sin beläggning. Medicinsk vård har en snittbeläggning på ca 95 procent, kirurgisk vård 79 procent. Psykiatri rehabilitering och diagnostik har en oförändrad beläggning på 79 procent. Resultatet ska ses i relation till coronapandemin vilket påverkat såväl antal vårdtillfällen, inneliggande och vårdplatser.	

Mätetal	Resultat	Analys	Diagram
Nämnd Utlokaliserade	2,7%	Antalet utlokaliseringar har successivt minskat månad för månad under året men i november samt december sker en ökning. Sett ur ett helårsperspektiv så är utlokaliserade dock i nivå med föregående år och nivån är historiskt hög. De höga nivåer vi ser kan som tidigare förklaras av coronapandemin och i hur man fördelar patienter mellan avdelningarna inom medicinsk respektive kirurgisk vård.	
Nämnd Överbeläggningar	1,6 %	Antalet överbeläggningar minskar något i jämförelse med föregående år, detta trots ett ökat antal inskrivna patienter och en högre beläggning. Viss variation förekommer under året där månaderna juni - augusti samt december ligger något högre än övriga månader. Verksamhetsområde Psykiatri, rehabilitering och diagnostik har mycket få överbeläggningar.	
Nämnd Antal hembesök läkare	6 408	Redovisade hembesök av läkare har successivt ökat under året vilket är ett resultat av utvecklade arbetssätt med god tillgänglighet till läkarbesök i hemmet. Sista tertialen sker dock en minskning vilket gör att årets resultat totalt sett hamnar något lägre än föregående år (6 408 i jämförelse med 6 552 föregående år). Den ökande pandemin under hösten har sannolikt påverkat primärvårdens möjligheter till hembesök.	
Nämnd Antal vårdplaneringar enligt SiP	3 150	Redovisade vårdplaneringar enligt SIP är i det närmaste i nivå med föregående år (3150 i jämförelse med 3252 samma period föregående år). Skillnaden är dock större vid jämförelse mot 2019 och orsak som tidigare att färre patienter har genomgått åtgärder vid sjukhusen beroende av Coronapandemin och därför inte behövt vårdplaneras för fortsatta insatser.	

Mätetal	Resultat	Analys	Diagram
Nämnd Återinläggningar inom 30 dagar vårddygn	15 % ◆	Under året har 14 procent av patienterna återinlagts inom 30 dagar vilket är något lägre än föregående år och under gällande målvärde. Resultatet ska dock ses i relation till coronapandemin och hur det påverkat disponibla platser, vårdtillfällen, inneliggande, planerad vård m.m	
Standardiserade vårdförlopp - andel patienter i SVF	66 % ◆	Under den senaste 12-månadsperioden har totalt 2371 patienter nydiagnosticerats inom cancerförloppen vilket är något fler i jämförelse med motsvarande period föregående år. Av dessa har 66 % inkluderats i standardiserade vårdförlopp och behandlingsstartats vilket dock är något färre än föregående period då motsvarande resultat var 69%. SVF bröstcancer, SVF tjock- och ändtarmscancer, SVF huvud- och halscancer samt SVF malignt melanom är förlopp med hög inklusionsgrad och som når uppsatt mål. Finns en eftersläpning i dokumentationen vilket gör att andelen totalt sett kan förväntas bli något högre.	
Standardiserade vårdförlopp - andel inom max ledtid	41 % ■	Under den senaste 12-månadsperioden har totalt 1927 patienter behandlingsstartats i standardiserade vårdförlopp och av dessa har 794 (41 %) skett inom fastlagen ledtid för respektive förlopp. Motsvarande period föregående år behandlingsstartades 48 % inom fastslagen ledtid. SVF hjärntumör (80 %) samt SVF akut leukemi (82 %) är exempel på förlopp som når uppsatt mål. För övriga förlopp finns en variation mellan 10 % – 62 % inom angiven ledtid. Nationellt är motsvarande resultat för totalt behandlingsstartade samtliga regioner under året 48 % med ett spann på 35 % - 65 % mellan regionerna.	

Mätetal	Resultat	Analys	Diagram
Nämnd Årsarbetare	7 356 ▬	En ökning av faktiska årsarbetare jämfört med föregående år. Total finns i genomsnitt ca 290 anställda årsarbetare mer i regionen jämfört med föregående år. Frånvaron har totalt sett ökat med motsvarande ca 30 årsarbetare under 2021 vilket innebär färre i arbete och ger då en total ökning av ca 260 faktiska årsarbetare jämfört med föregående år. Det är i huvudsak föräldraledighet och vård av barn som har ökat medan sjukfrånvaron har minskat. Alla verksamhetsområden bortsett från Folktandvården har i snitt fler faktiska årsarbetare än föregående år och alla personalgrupper förutom tandsköterskor och tandläkare ligger på samma nivå eller har ökat. I flera av verksamheterna är ökningen kopplad till pandemin och det behov av ökad bemanning som det medfört.	
Kostnad för bemanningsföretag (hyrkostnad som andel av egna personalkostnader)	3,1 % ■	Utfallet ligger över målnivån. Den ackumulerade kostnaden för bemanningsföretag har ökat med ca 32,9 mnkr (21,5%) jämfört med samma period 2020. Bra Liv hyrkostnader är i princip oförändrade jämfört med föregående år medan övriga verksamhetsområden har ökade kostnader. Kostnaden för hyrläkare har ökat med 16,8 mnkr (12,5%) medan kostnaden för sjuksköterskor har ökat med 16,1 mnkr (85,7%) jämfört med samma period föregående år. Handlingsplaner finns i verksamheterna för att minska beroende av bemanningsföretag. I vissa verksamheter är de ökade kostnaderna kopplade till pandemin och för att klara bemanningen men det finns också exempel på användande av hyrpersonal för att jobba undan kö inom olika undersökningstyper.	

<table>
<tr><th>Mätetal</th><th>Resultat</th><th>Analys</th><th>Diagram</th></tr>
<tr>
<td>Personalhälsa
- sjukfrånvaro</td>
<td>5,7 %</td>
<td>Sjukfrånvaron mätt i sjukfrånvarande årsarbetare är i genomsnitt är totalt sett under året lägre än föregående år även om den fortsatt ligger på en högre nivå än 2019, som är ett mer jämförbart normalår. Nivån kan sett till hela året förklaras med pandemin och Folkhälsomyndighetens rekommendationer att stanna hemma vid minsta symptom. Det är även i år den korta sjukfrånvaron som ligger högre medan den långa ligger kvar på ungefär samma nivå som 2019. Sjukfrånvaron ökade kraftigt i december i samband med ökad smittspridning av covid-19 och låg som enskild månad högre än december 2020. Samtliga verksamhetsområden inom nämndområdet uppnår målet. Kontinuerligt arbete fortsätter tillsammans med chefer, HR och AME för att skapa goda förutsättningar för hälsofrämjande arbetsplatser och en långsiktigt god arbetsmiljö.</td>
<td> 
</td>
</tr>
<tr>
<td>Ekonomi i balans</td>
<td>-80
840 tkr</td>
<td colspan="2">Fs nämnden har för helåret 2021 en negativ avvikelse mot budget på 80,8 miljoner kronor. I augusti var nämndens ekonomi i balans då merkostnader kopplade till pandemin kompenserats. Vissa merkostnader har funnits kvar under hösten och pandemin tog fart igen under senare delen av året. Nettokostnaden ökade med 5,5% under 2021 vilket är 0,8% mer än vad budgeten medgav. Intäkterna ökade relativt kraftigt till följd av ersättningar för provtagning, vaccinationer och den merkostnadsersättning som erhölls i augusti. De ökade intäkterna möjliggör en högre kostnadsnivå än normalt. På kostnadssidan är det framförallt lönekostnaderna som bidrar till ökningen. Pandemin har krävt fler årsarbetare och lösningar med krislägesavtal med mera som förklarar en hög lönekostnadsökning. Antalet årsarbetare inom nämndens ansvarsområde har i genomsnitt under året ökat med 290 stycken.
<table>
<tr><th colspan="4">FS nämnden – budgetavvikelse mnkr helår 2021</th></tr>
<tr><th>Område</th><th>Utfall</th><th>Budget</th><th>Avvikelse</th></tr>
<tr><td>Privata vårdgivare</td><td>-84,2</td><td>-62,5</td><td>-21,7</td></tr>
<tr><td>Vårdcentralerna Bra Liv</td><td>96,7</td><td>0,0</td><td>96,7</td></tr>
<tr><td>Folktandvården</td><td>-259,0</td><td>-259,2</td><td>0,2</td></tr>
<tr><td>Medicinsk vård</td><td>-2 859,1</td><td>-2 834,4</td><td>-24,7</td></tr>
<tr><td>Kirurgisk vård</td><td>-2 837,8</td><td>-2 730,9</td><td>-106,9</td></tr>
<tr><td>Psykiatri rehab o diagnostik</td><td>-1 292,3</td><td>-1 234,0</td><td>-58,3</td></tr>
<tr><td>Summa verksamhetsområde inkl privata</td><td>-7 235,7</td><td>-7 120,9</td><td>-114,8</td></tr>
<tr><td>Regionens åtagande</td><td>-2 994,9</td><td>-3 028,9</td><td>34,0</td></tr>
<tr><td>Totalt</td><td>-10 230,6</td><td>-10 149,8</td><td>-80,8</td></tr>
</table>
Underskott för Privat vårdgivare beror främst på att köpta utredningar inom barn och ungdomspsykiatrin bokförs här medan delar av den budgetförstärkning som skett för BUP ligger inom området "Regionens åtagande" och bidrar till att det blir överskott där.
Bra Liv har ett stort överskott där intäkter för provtagning och vaccinering är större än kostnadsökningen. Folktandvården redovisar en ekonomi i balans trots att pandemin inneburit lägre intäkter än normalt.
Störst underskott finns inom Kirurgisk vård och Psykiatri/rehabilitering/diagnostik. Inom Kirurgisk vård finns sedan tidigare en obalans i ekonomin som successivt efter pandemin behöver komma i balans. Inom Psykiatri/rehabilitering/diagnostik beror underskottet</td>
</tr>
</table>

Mätetal	Resultat	Analys	Diagram
		främst på kostnadsökningar inom vuxenpsykiatrin och en handlingsplan för ekonomi i balans arbetas nu fram. Inom Regionens åtagande finns en positiv avvikelse mot budget på 34 miljoner kronor vilket främst förklaras av ej disponerade budget, nödvändig tandvård som inte kunnat utföras som planerat under pandemin samt att nämnden erhöll ersättning från kömiljarden i december. Köpt rikssjukvård har ett relativt stort underskott.	
Nämnd Kostnad per DRG Öppenvård	–		Utfall redovisas i samband med årsredovisning
Nämnd Kostnad per DRG slutenvård	–		Utfall redovisas i samband med årsredovisning

Fråga till Rachel De Basso, ordförande Folkhälsa- och Sjukvårdsnämnden

Lokalbehov ambulanssjukvården

För en tid sedan gjorde den sverigedemokratiska fullmäktigegruppen ett verksamhetsbesök i ambulansens verksamhetslokaler i Eksjö.

Det gavs en god och detaljerad bild över hur verksamheten fungerar idag och vidare information om hur fastigheten delas med Räddningstjänsten, med de för- och nackdelar som följer av detta. Utifrån gällande situation lyftes frågan av omlokalisering av verksamheten och de fördelar som skulle följa med en mer strategisk placering av ambulansens verksamhetslokaler.

Enligt uppgiftslämnare förestod ett mycket omfattande renoveringsarbete av de lokaler som ambulansen befinner sig i idag och att det genom åren har funnits ett behov av renovering/förbättringsarbeten kopplad till fastigheten men som inte hörsammats av fastighetsförvaltaren.

Inom ambulanssjukvården i Region Jönköpings län finns 21 ambulanser som är utrustade för avancerad akutsjukvård. Ambulanserna är fördelade på tio stationer i länet. I varje ambulans arbetar dygnet runt två ambulanssjuksköterskor eller en ambulanssjuksköterska och en ambulanssjukvårdare. En viktig faktor för samtliga ambulanser är närheten till de större vägarna för att snabbt kunna ta sig till olycksplatser.

Vi Sverigedemokrater ser ett behov av att inventera befintliga lokaler inrymmandes ambulanssjukvård i hela Region Jönköpings Län och att en god arbetsmiljö säkerställs med strategisk planering som utgångspunkt.

Med anledning av detta vill jag ställa följande frågor till Rachel De Basso.

- Hur säkerställer vi som ansvarig nämnd för ambulanssjukvården och dess lokaliteter att vi lever upp till de krav som ställs på verksamheten kopplad till arbetsmiljö?

- Vad avser du göra, som ytterst ansvarig för Folkhälsa- och sjukvårdsnämnden, för att förbättra ambulanssjukvårdens arbetsmiljö i dagens lokaler?

För Sverigedemokraterna Region Jönköpings Län

Håkan Nyborg

2021-12-12

FS 2021-12-13

Ärende 10
Frågor

Vänsterpartiet önskar få aktuell redovisning kring ambulanskliniken och hur måluppfyllelsen ser ut gällande Prio-1 larm, nedbrutet per kommun för de senaste månaderna. Samt återrapportering kring de senaste insatserna för att förbättra måluppfyllelsen.

Elisabeth Töre (V)

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 1-20

Tid: 2022-01-11 kl. 08:30

Plats: Digitalt

§ 9

Handlingsplan 2022-23 till Strategin Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län 2016-2025

Diarienummer: RJL 2020/2857

Beslut

Presidiet föreslår nämnden

- Godta Handlingsplan 2022-2023, ”Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län”.

Sammanfattning

Den regionala strategin och handlingsplanen ”Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län” antogs av Regionfullmäktige i november 2015. Strategin sträcker sig fram till och med 2025 och handlingsplanen revideras vartannat år. Tre miljoner kronor per år avsätts till genomförande av aktiviteterna i handlingsplanen.

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2022-01-04
- Förslag till Handlingsplan 2022-2023. ”Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län”, daterad 2021-12-20
- Protokollsutdrag presidiet 2021-12-01
- Tjänsteskrivelse daterad 2021-11-17
- Förslag till Handlingsplan 2022-2023 ”Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län”, daterad 2021-11-17
- Strategi 2016-2025. ”Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län”.

Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Handlingsplan 2022-2023 Tillsammans för Jämlik hälsa och ett bra liv

Förslag till beslut

Nämnden för folkhälsa och sjukvård

- Godtar Handlingsplan 2022-2023, ”Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län”.

Sammanfattning

Den regionala strategin och handlingsplanen ”Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län” antogs av Regionfullmäktige i november 2015. Strategin sträcker sig fram till och med 2025 och handlingsplanen revideras vartannat år. Tre miljoner kronor per år avsätts till genomförande av aktiviteterna i handlingsplanen.

Information i ärendet

Revideringen av handlingsplanen inför 2022-2023 har genomförts av sektionen Folkhälsa genom besök till länets kommuner, förankring i ledningssystemet för samverkan mellan länets kommuner och Region Jönköpings län, avstämningar med samverkansansvariga för respektive handlingsområde samt arbetsgrupper/ i workshops kopplade till dessa. Avstämningar har även skett med tjänstepersoner på Regional utveckling, samt med Länsstyrelsen, Smålandsidrotten, Jönköping University och andra länsaktörer. Dessa aktörer har även givits möjlighet att yttra sig över ett remissförslag till handlingsplan. Revidering skulle egentligen gjorts under 2020 men handlingsplanen förlängdes istället med ett år på grund av pandemin.

Det genomsnittliga hälsoläget i Sverige och i Jönköpings län har blivit allt bättre samtidigt som skillnaderna i hälsa mellan grupper i samhället ökar. Detta har gjort att folkhälsovetenskapen de senaste åren har fokuserat på hur social hållbarhet, samhällsutveckling och jämlikhet i hälsa hör ihop. Fokus har förflyttats från ”lika till alla” till att se behov och förutsättningar utifrån olika grupper i samhället och till individens behov.

Under 2014 startade Region Jönköpings län en samverkansprocess med en rad aktörer i länet med detta som utgångspunkt. Syftet var att tillsammans ta fram en strategi och handlingsplan för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län.

Strategin sträcker sig fram till och med år 2025. Kopplat till strategin finns en 2-årig handlingsplan som utgår från nio handlingsområden. Varje handlingsområde innehåller aktiviteter som tillsammans bidrar till uppfyllandet av de strategiska och övergripande målen i strategin.

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2022-01-04
- Förslag till Handlingsplan 2022-2023. ”Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län”, daterad 2021-12-20
- Protokollsutdrag presidiet 2021-12-01
- Tjänsteskrivelse daterad 2021-11-17
- Förslag till Handlingsplan 2022-2023. ”Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län”, daterad 2021-11-17
- Strategi 2016-2025. ”Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län”.

Beslut skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård
Folkhälsa och sjukvård

REGIONLEDNINGSKONTORET

Mats Bojestig	Annette Frisk
Hälso-och sjukvårdsdirektör	Folkhälsochef

Regionledningskontoret
Folkhälsa

Handlingsplan jämlik hälsa 2022-2023, till strategin Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län 2016-2025

Regionledningskontoret
Folkhälsa sjukvård
Box 1024
554 51 Jönköping

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

Organisationsuppgifter
Bankgiro: 5216-2849
Orgnr: 232100-0057

Handlingsplanen jämlik hälsa med aktiviteter är framtagna i samverkan med representanter från olika regionaktörer, länets kommuner, myndigheter, organisationer, civilsamhället och invånare.

Strategins övergripande mål med dess handlingsplan omsätts i kommunernas ordinarie verksamheter till verksamhetsnära, lokalt folkhälsoarbete, som kommer kommuninvånarna till gagn.

Handlingsplanens syfte

Syftet med handlingsplanen är att minska skillnader i hälsa mellan olika grupper och områden. Detta görs i samverkan mellan olika aktörer i gemensamma aktiviteter vilka bidrar till att nå de övergripande målen i strategin. Handlingsplanens syftar även till att samtliga handlingsområden genomsyras av ett invånarperspektiv där invånarmedverkan och delaktighet eftersträvas. På det viset kompletterar handlingsplanen det arbetet som sker i samverkan mellan kommuner och Region där individen och patienten sätts i centrum i arbetet tillsammans med och för Esther[1].

Under år 2023 följs handlingsplanen upp och revideras inför kommande tvåårsperiod som också är den sista innan strategin löper ut år 2025.

Strategin för jämlik hälsa 2016-2025

Med strategin som kompass ska en jämlik hälsa integreras i politiska och verksamhetsnära beslut, samverkan och samlärande för folkhälsoarbete ska stärkas och insatser ska riktas till de grupper i samhället som har sämre förutsättningar till hälsa.

Tillsammans behöver vi förbättra livsvillkoren för att alla ska få bästa möjliga förutsättningar att kunna påverka sitt liv och sin hälsa. Strategin *Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län 2016-2025* [2]övergripande mål är:

- Livsvillkoren har förbättrats för alla invånare i Jönköpings län.
- Skillnaderna i hälsa har minskat mellan olika grupper.
- Invånarna har förbättrade förutsättningar att främja sin hälsa.

För att nå de övergripande målen har strategin delats upp i tre strategiska mål och nio handlingsområden som återfinns i handlingsplanen jämlik hälsa:

[1] ESTHER är ett samarbete mellan kommunerna, vårdcentralerna och specialistvården. I nätverket finns patienter, brukare samt ESTHER förbättringscoacher som ett naturligt stöd i utvecklingsarbetet. "Esther" är en symbolisk person med komplexa vårdbehov som kräver integrerad vård och samordning.

[2] Läses i sin helhet på utvecklingswebben, www.utveckling.rjl.se

Strategiskt mål 1: Hållbara strukturer i styrning och ledning för jämlik hälsa
Handlingsområde 1: Statistik och analys
Handlingsområde 2: Invånarmedverkan[3]
Handlingsområde 3: Hälsoekonomi
Handlingsområde 4: Förbättringsarbete och forskning

Strategiskt mål 2: Stärkt samverkan och samlärande regionalt och lokalt
Handlingsområde 5: Samverkan och samlärande

Strategiskt mål 3: Jämlik hälsa och bra livsvillkor genom hela livet
Handlingsområde 6: Barn, unga och unga vuxnas livsvillkor och hälsa
Handlingsområde 7: Försörjning och sysselsättning
Handlingsområde 8: Samhällsplanering och närmiljö
Handlingsområde 9: Äldres livsvillkor och hälsa

Handlingsområdena 1 till 5 lägger grunden för de övriga områdena. De skapar förutsättningar och utgör ett stöd för urval och styrning av aktiviteter som finns inom handlingsområde 6 till 9.

Handlingsplanen 2022-2023 utgår från de nio handlingsområdena vars aktiviteter ska bidra till att uppfylla de strategiska målen och slutligen, sammantaget, påverka strategins övergripande mål.

Länets kommuner kan med strategins vägledning bryta ner målen och anpassa dem till varje enskild kommuns förutsättningar och aktiviteter.
Aktiviteter ska i största möjliga mån ske i dialog med dem vi är till för.

[3] Begreppet ändrades i revideringen i handlingsplanen från medborgarmedverkan, vilket efterfrågats från olika håll. Begreppet invånarmedverkan ses som mer inkluderande och medborgarmedverkan används framförallt med koppling till den politiska processen, t ex medborgardialog.

Strategiskt mål 1: Hållbara strukturer i styrning och ledning för jämlik hälsa

Handlingsområde 1: Statistik och analys

För att leda utvecklingen mot en jämlik hälsa och social hållbarhet behövs kunskap om hälsoläget, hälsans bestämningsfaktorer och dess fördelning i befolkningen. Vidare behövs kunskap om befolkningens sammansättning på länsnivå, kommun- och kommundelsnivå.

Syftet med handlingsområdet är att skapa och upprätthålla en bra struktur för samverkan kring statistik, analys och undersökningar i Jönköpings län. Resultat och publikationer ska finnas lättillgängliga för beslutsfattare och medarbetare inom Region Jönköpings län, länets kommuner, länsövergripande organisationer samt för länsbor

Tabell 1

Mål	Aktivitet	Uppföljning av aktivitet	Samordningsansvarig och samverkansparter
Högre kompetens och större användande av befintliga datakällor hos tjänstepersoner i Regionen och kommunerna	Ta fram digital utbildning i relevanta databaser och plattformar.	Framtagen utbildning	Samordningsansvar: Sektion Folkhälsa Samverkansparter: Kommunikationsavdelningen Regional utveckling
	Marknadsföra befintliga utbildningar, lathundar med mera.	Antal som genomgått den digitala utbildningen Antal visningar av marknadsförda utbildningar	Samordningsansvar: Sektion Folkhälsa Samverkansparter: Kommunikationsavdelningen
Kunskapsunderlag kring hälsoläget i länet med fokus på jämlik hälsa är framtagna och tillgängliga, genom analyser på befintliga datamaterial	Årlig uppföljning av indikatorerna som är kopplade till Strategin om jämlik hälsa	Publicerade kunskapsunderlag	Samordningsansvar: Sektion Folkhälsa Samverkanspart: Regional utveckling
	Arbeta med ytterligare analyser av Folkhälsoenkät Ung	Publicerade analyser av Folkhälsoenkät Ung	Sektion Folkhälsa
	Ta fram kunskaps-underlag baserad på ”Hälsa på lika villkor”	Framtaget kunskaps-underlag baserat på ”Hälsa på lika villkor”	Sektion Folkhälsa

	Arbeta med att få tillgång till visualiserings-verktyg som medger jämförelser över tid samt av olika grupper, åldersgrupper, kön, geografiska områden	Visualiserings-verktyg aktivt används	Sektion Folkhälsa
Uppföljning är en integrerad del av arbetet med jämlik hälsa	Arrangera workshops till stöd för att tänka och öva uppföljning i specifika aktiviteter kopplat till handlingsplanen, samt ge stöd i val indikatorer och mått	Genomförda workshops och tillgänglighet till stöd. Årligen efterfråga antal aktiviteter i handlingsplanen som har uppföljning i sin struktur.	Sektion Folkhälsa

Handlingsområde 2: Invånarmedverkan

Invånarmedverkan handlar ytterst om demokrati och människors möjligheter att vara medbeslutande kring sitt eget liv. Att kunna påverka tillvaron, att ha makt över sin vardag och känna sig delaktig i samhället är en betydelsefull faktor för hälsan. För att uppnå en mer jämlik hälsa är det av stort värde att även involvera personer som annars har svårt att göra sin röst hörd i samhället. Insatser som utformas i samverkan mellan profession och de man är till för, är ofta effektivare och leder till större delaktighet och nöjdhet.

Syftet med handlingsområdet är att skapa förutsättningar för delaktighet, för både verksamheter i sina utvecklings- och förbättringsarbeten, och för invånaren att vara delaktig i projekt eller insatser som berör vardagsliv och hälsa.

Tabell 2

Mål	Aktivitet	Uppföljning av aktivitet	Samordnings-ansvar och samverkans-parter
Personer som leder projekt eller initierar insatser har kompetens (kunskap, kännedom och praktiskt stöd) kring metoder och arbetssätt för att involvera invånaren	Utveckla och sprida befintlig webbsida om metodstöd för invånarmedverkan genom att: • Förbättra tillgänglighet och kännedom om hemsida. • Säkerställa och upprätthålla kvaliteten i presenterade metoder. Erbjuda kontaktperson till varje metodstöd. • Omvärldsbevaka och komplettera med eventuellt nya metodstöd. • Sprida kunskap om invånarmedverkan och metodstöd vid och inför konferenser/ utbildningar	Statistik, antal besök på hemsida Avstämning halvårsvis med kontaktpersoner för respektive metodstöd.	Samordnings-ansvar: Sektion Folkhälsa Samverkansparter: Kommunal utveckling, Regional utveckling, Qulturum, Jönköping Academy, Länsstyrelsen Invånare adjungeras
Minst en aktivitet per år inom varje handlingsområde 6-9 ska ha inkluderat invånarmedverkan i planerad och	Ta fram checklista för att säkerställa att invånaren är inkluderad i tänkt förändrings-arbete. Sprida och erbjuda stöd i användandet av checklista.	Antal aktiviteter som inkluderar invånar-medverkan i utvecklings-arbete/år	Sektion Folkhälsa

genomförd aktivitet.		Årligen efterfråga antal aktiviteter i handlingsplanen som har inkluderat invånarmedverkan.	

Handlingsområde 3: Hälso- och samhällsekonomi

För att leda en strategisk utveckling mot social hållbarhet och en jämlik hälsa behövs kunskap och samsyn, dels om det ekonomiska perspektivet på hållbar utveckling, dels vad ojämlikhet och utanförskap kostar både ekonomiskt och i mänskligt lidande. Vidare behövs kunskap och samsyn om etablering av hållbara strukturer och system för systematiska uppföljningar och hälsoekonomiska utvärderingar som visar på olika insatsers kostnadseffektivitet.

Syftet med handlingsområdet är att öka kunskapen om värdet av tidiga sociala insatser, samt betydelsen och vikten av systematiska effektmätningar och hälsoekonomiska utvärderingar bland beslutsfattare och medarbetare.

Tabell 3

Mål	Aktivitet	Uppföljning av aktivitet	Samordningsansvarig och samverkansparter
Högre kompetens om behovet av kontinuerlig insamling av data för att möjliggöra effekt-mätningar bland tjänstepersoner i Regionen och kommunerna	Dialogseminarier kring systematiska uppföljningar och hälsoekonomiska utvärderingar av folkhälsoinsatser	Antal genomförda dialogseminarier	Samordningsansvarig: Sektion Folkhälsa Samverkansparter: Jönköping Academy, Futurum, Kommunal utveckling, Regional utveckling, Länsstyrelsen
Påbörja minst en hälsoekonomisk utvärdering av insatser som kan bidra till en jämlik hälsa.	Kartlägga vilka insatser som pågår/planeras för att fatta beslut om behov/möjlighet till hälsoekonomisk utvärdering.	Genomförd kartläggning	Samordningsansvarig: Sektion Folkhälsa Samverkansparter: Kommunal utveckling, Regional utveckling, Futurum, Länsstyrelsen
	Genomföra beräkning i samverkan med berörda aktörer.	Antal genomförda hälsoekonomiska analyser och utvärderingar.	Samordningsansvarig: Sektion Folkhälsa Samverkansparter: Kommunal utveckling, Regional utveckling, Futurum

Handlingsområde 4: Forskning och förbättringsarbete

Arbetet för en god och mer jämlik hälsa behöver i ännu större utsträckning kombineras med systematiskt förbättringsarbete och forskning samt ske i samskapande mellan de som berörs. Stöd i detta arbete finns på många håll i länet i t ex Kommunal utveckling, Jönköping Academy, Qulturum, Futurum och i kommunerna.

Syftet med detta handlingsområde är att forskning och förbättringsarbete systematiskt bidrar till en god och mer jämlik hälsa för invånare i Jönköpings län. Detta innebär att förbättringsarbete och forskning integreras i arbetet för jämlik hälsa och satt jämlikhetsperspektivet blir tydligt i de förbättringsarbeten och den forskning som genomförs.

Tabell 4

Mål	Aktivitet	Uppföljning av aktivitet	Samordningsansvarig och samverkansparter
Fler pågående förbättringsarbeten och forskningsstudier inom Jönköpings län inkluderar för arbetet/studien relevanta jämlikhetsaspekter	Kartlägga i vilken utsträckning som jämlikhetsaspekter i nuläget inkluderas i pågående förbättringsarbeten och forskningsstudier. Utforska vilket insatser som behövs för att öka inkluderingen av jämlikhetsaspekter i pågående förbättringsarbeten och forskningsstudier och utveckla former för att ge detta stöd.	Resultat av genomförd kartläggning.	Samordningsansvarig: Sektion Folkhälsa Jönköping Academy Samverkanspart: Qulturum, Futurum, Kommunal Utveckling, Regional utveckling
Minst en forsknings-studie med avsikt att belysa jämlik hälsa för invånare i Jönköpings län har startat senast 2023-12-31	Kartlägga vilka insatser som pågår/planeras där det finns behov och möjlighet till följeforskning samt vid behov prioritera bland dessa. Genomföra forskningsstudie/er i samverkan med berörda aktörer.	Resultat av genomförd kartläggning	Samordningsansvarig: Sektion Folkhälsa, Samverkansparter: Kommunal utveckling, Jönköping Academy, Qulturum, Futurum, Kommunal Utveckling, Sektion Folkhälsa

Strategiskt mål 2: Stärkt samverkan och samlärande regionalt och lokalt

Handlingsområde 5: Samverkan och samlärande

En grundförutsättning för ett fungerade folkhälsoarbete är en aktiv och behovsinriktad samverkan mellan aktörer som Länsstyrelsen, Kommunal utveckling, Region Jönköpings län, länets kommuner och civilsamhället.

För att få genombrott i de samlade aktiviteterna behövs en gemensam avstämningsstruktur där fokus är på om de samlade insatserna gör skillnad.

Syftet med detta handlingsområde är att stödja former för en behovsstyrd samverkan utifrån målet jämlik hälsa. De uppmuntrar även att pröva nya former av mötesplatser och forum för samlärande så att goda erfarenheter får bättre spridning i länet.

Tabell 5

Mål	Aktivitet	Uppföljning av aktivitet	Samordningsansvarig och samverkansparter
Driva och delta i behovsstyrda regionala forum för samlärande och samskapande kring jämlik hälsa och social hållbarhet	Utarbeta och sprida koncept som bidrar till jämlik hälsa utifrån genomförda förbättringsarbeten från *Bästa platsen att växa upp leva och bo på*.	Antal framtagna koncept och spridning i antal kommuner	Samordningsansvarig: Strategigrupperna kopplade till ledningssystemet för kommunerna och Regionen Samverkansparter: Qulturum, Kommunal utveckling Folkhälsa
	Leda och delta i möten och aktiviteter med den regionala samordningsgruppen inom social hållbarhet i Jönköpings län.	Medverkat i antal möten och aktiviteter	Samordningsansvarig: Länsstyrelsen Samverkansparter: Regional utveckling, Sektion Folkhälsa, Kommunal utveckling Qulturum
	Delta i analysgruppen inom Forum för social hållbarhet i Jönköpings län för analys av samhällsutmaningar i Jönköpings län.	Antal framtagna analysunderlag	Samordningsansvarig: Länsstyrelsen Samverkansparter: Regional utveckling, Kommunal utveckling, Sektion Folkhälsa, Qulturum
Förbättrad spridning av	Ta fram och synkronisera	Framtagen kommunikationsplan	Sektion Folkhälsa

goda exempel och erfarenheter med koppling till strategi och handlingsplan	kommunikationsplan för handlingsplanen som syftar till spridning av goda exempel och erfarenheter	och genomförda aktiviteter	
	Upprätthålla strukturer för avstämning av aktiviteter i handlingsplanen, med arbetsgrupper och samordningsansvariga, samt möjliggöra samlärande.	Fungerande tertial-uppföljningar	Sektion Folkhälsa

Strategiskt mål 3: Jämlik hälsa och bra livsvillkor genom hela livet

Handlingsområde 6: Barn, unga och unga vuxnas livsvillkor och hälsa

Hälsosituationen för barn och unga i Sverige är i flera avseenden de bästa i världen samtidigt finns relativt stora och i vissa fall växande skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället. Att ge barn och unga en bra start i livet utifrån goda förutsättningar i samhället är en av de mest betydelsefulla vägarna mot social hållbarhet och minskade skillnader i hälsa. Aktiviteter som beskrivs i detta handlingsområde är anpassade efter framtagna riktlinjer och mål i den regionala ledningsstrukturen för barn och unga, *Strategigrupp barn och unga*, och har Barnkonventionen som grund.

Syftet med handlingsområdet är att stärka alla barn och ungdomars möjligheter till bästa hälsa. Samverkan mellan olika verksamheter som möter barn och unga är en förutsättning för att kunna tillgodose alla barns behov, såväl fysiskt, psykiskt och socialt som existentiellt. Aktiviteterna ska i största möjliga mån ske i dialog med dem vi är till för.

Tabell 6

Mål	Aktivitet	Uppföljning av aktivitet	Samordningsansvarig och samverkansparter
Förbättra barn och ungas år hälsa med 2 procentenheter per år, fram till och med 2023	Samverkan för utveckling och spridning av föräldraskapsstöd i grupp på familjecentralerna för föräldrar med utländsk bakgrund, samt pappagrupper via hälsokommunikatörerna.	Antal föräldra-stöd och pappagrupper som kommit igång på familjecentraler	Samordningsansvarig: Kommunal utveckling Samverkansparter: Länsstyrelsen, Sektion folkhälsa
	Fortsatt spridning av *En förälder blir till*	Antal familje-centraler som arbetar utifrån konceptet *En förälder blir till*	Samordningsansvarig: Kommunal utveckling Samverkansparter: Sektion folkhälsa, Länsstyrelsen
	Utökade hembesöksprogram inom BHV och/eller i samverkan med kuratorer/socialtjänsten på familjecentralen	Andel gemensamma hembesök	Samordningsansvarig: Barnhälsovården och socialtjänsten
	Utveckla Språklust genom riktad samverkan mellan bibliotek och öppna förskolan på familjecentraler för att främja språkutveckling och bokläsning.	Antal bibliotek, familjecentraler i berörda områden som deltar.	Samordningsansvarig: Regionbiblioteket, Samverkansparter: Folkhälsa och sjukvård, Kommunal utveckling

	Utveckla barnbiblioteket Glänta som en plats för barn och unga att besöka då de är patient, nära anhörig eller närstående på Höglandet- och Värnamo sjukhus.	Gläntan på plats	Styrgruppen för Gläntan
	Utveckling av Sagoslingan i Jönköping, Värnamo och Höglandet.	Sagoslingan på plats	Styrgruppen för Gläntan
	Ta fram kompetens-utvecklande insatser samt arbetssätt för att förbättra hälsan hos placerade barn och unga	Antal framtagna insatser och arbetssätt	Samordningsansvarig: Kommunal utveckling Samverkansparter: Region Jönköpings län genom Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning
	Sprida utvärderade metoder för förbättrad hälsa hos unga baserat på insamlad hälsodata. Arbetet med psykisk hälsa är särskilt prioriterat.	Spridning av metoder och antal kommuner	Samordningsansvarig: Sektion folkhälsa, Samverkansparter: Kommunal utveckling, Länsstyrelsen, elevhälsa/skola, ungdomsmottagning
	Genomföra insatser för att öka förtroendet för ungdomsmottagningen hos vårdnadshavare med fokus utrikesfödda.	Antal genom-förda aktiviteter, kommun	Samordningsansvarig: Kommunal utveckling, Samverkansparter: Sektion folkhälsa

Handlingsområde 7: Försörjning och sysselsättning

Ekonomisk trygghet är en central faktor för ett bra liv och god hälsa. För att uppnå det strategiska målet jämlik hälsa och bra livsvillkor genom hela livet, krävs insatser som främjar livslångt lärande, självförsörjning och meningsfull sysselsättning.

Arbetsgivarnas krav på såväl utbildning som erfarenhet ökar, vilket tenderar att försvåra för vissa grupper att komma in på, eller återgå till arbetsmarknaden. Exempel på grupper är utrikesfödda, personer med låg utbildning, långtidssjukskrivna, personer med funktionsnedsättning och unga som hoppar av skolan i förtid. Därför måste olika aktörer samverka och samordna insatser för att kunna möta individens olika behov.

Syftet med handlingsområdet är att fler ska få möjlighet och förutsättningar för en meningsfull sysselsättning och självförsörjning. Aktiviteter ska i största möjliga mån ske i dialog med dem vi är till för.

Tabell 7

Mål	Aktivitet	Uppfölj-ning av aktivitet	Samordningsansvarig och samverkansparter
Anpassa arbetssätt utifrån BIP[4] forskning	Utbildning som bidrar till att öka kunskap inom området BIP forskningen.	Genomförda utbildningar, antal del-tagande verksamheter	Samordningsansvarig: Samordningsförbunden i länet, Samverkansparter: Samordningsförbunden i länet, Kommunal utveckling, Regional utveckling, Sektion Folkhälsa
Spridning av bra arbetssätt och modeller som stödjer jämlikhet, egenmakt och hälsa	Fortsatt spridning av hälsofrämjande insatser såsom självhjälpsgrupper, more to life-samtalscafé mm. Pröva att rikta vissa av dessa metoder till personer inom kommunalt aktivitetsansvar, vård- och omsorgscollege, teknikcollege, Ung Företagsamhet mm.	Spridning i antal kommuner och verksamheter	Samordningsansvarig: Sektion Folkhälsa Samverkansparter: Qulturum, Regional utveckling, Kommunal utveckling, Ung Företagsamhet Jönköpings län, Länets kommuner

[4] BIP forskning, Beskaeftigelses (sysselsättnings-) indikator projekt. Forskning om vilka faktorer som är viktiga för att hjälpa personer i utanförskap till sysselsättning, studier och arbete.

	Fortsatt genomförande av hälsoskolor riktad till personer inom kommunernas etableringsinsatser.	Spridning i antal kommuner, antal deltagare	Samordningsansvarig: Sektion Folkhälsa Samverkansparter: Länets kommuner, t ex genom arbetsmarknadsavdelning

Handlingsområde 8: Samhällsplanering och närmiljö

Samhällsplanering och närmiljö spelar en central roll för befolkningens hälsa och är en viktig utgångspunkt i arbetet för en jämlik hälsa. Boendet har en grundläggande betydelse för människors hälsa och välbefinnande och det är också viktigt att skapa delaktighet bland invånarna i den samhällsplanering som görs. En hälsobefrämjande och stimulerande boendemiljö t.ex. naturupplevelser, trivsel, lek och rekreation och varierat utbud av bostäder, arbetsplatser, service och kultur kan bidra till grundläggande förutsättningar för hälsa och social hållbarhet med integration, trygghet och jämlikhet.

För att uppnå det strategiska målet jämlik hälsa och bra livsvillkor genom hela livet, krävs insatser som främjar en hälsofrämjande, trygg och inkluderande närmiljö och en samhällsplanering som bidrar ett bra liv i en attraktiv region. Utvecklingsarbete inom samhällsplanering och närmiljö har gemensamma utmaningar med andra områden, vilket förutsätter samverkan. Dessa finns beskrivna i andra program och strategier, såsom; Regional utvecklingsstrategi 2020-2033[5] och framtagandet av en regional cykelstrategi. Länsstyrelsen samordnar åtgärdsprogram för Hälsans miljömål[6], minskad klimatpåverkan samt Regional handlingsplan[7] och åtgärdsprogram för grön infrastruktur.

Syftet med handlingsområdet är att i samverkan med berörda aktörer genomföra insatser inom samhällsplanering och närmiljö som bidrar till ett bra liv och jämlik hälsa i en attraktiv region. Aktiviteter ska i största möjliga mån ske i dialog med dem vi är till för.

Tabell 8

Mål	Aktivitet	Uppföljning av aktivitet	Samordningsansvarig och samverkansparter
Ökade möjligheter till en meningsfull och aktiv fritid för alla oavsett, ålder, könstillhörighet, bakgrund och förutsättningar	Starta Allaktivitets-hus i bostadsområden med störst behov, i minst två kommuner	Antal kommuner som startat Allaktivitetshus. Löpande uppföljning i befintliga strukturer	Samordningsansvar: Kommunal utveckling Samverkanspart: Sektion folkhälsa, samt olika sektorer och aktörer inom det offentliga och det civila samhället
	Sprida och etablera ”Prova-på- kort-rörelse”, som delas ut vid 5-årsbesök i barnhälsovården, i länet.	Antal barnhälsovårds-enheter som erbjuder ”Prova-på kort-rörelse” vid 5-årsbesöket.	Samordningsansvar: RF SISU Småland Sektion Folkhälsa Samverkanspart: Barnhälsovården

[5] Läses i sin helhet på www.rjl.se
[6] Läses i sin helhet på www.lansstyrelsen.se/jonkoping
[7] Läses i sin helhet på www.lansstyrelsen.se

Handlingsområde 9: Äldres hälsa och livsvillkor

Statistik visar att befolkningen blir äldre och äldre, detta innebär nya utmaningar för samhället. För att möta utmaningarna och stärka äldres förutsättningar att stärka äldres förutsättningar att själv främja sin hälsa behövs ökad kunskap om äldres livsvillkor med fokus på hälsofrämjande insatser.

Aktiviteter som beskrivs i detta handlingsområde är anpassade efter framtagna riktlinjer och mål i den regionala ledningsstrukturen för äldre, *Strategigrupp äldre*.

Syftet med handlingsområdet är främja jämlik hälsa och goda livsvillkor för äldre och skapa förutsättningar för bästa platsen att åldras på. Det görs bland annat genom är att utveckla metoder och arbetssätt som underlättar för den äldre att själv förbättra och behålla sin hälsa. Det handlar också om att omsätta evidensbaserade verktyg och metoder för att nå genomslag. Aktiviteter ska i största möjliga mån ske i dialog med dem vi är till för.

Tabell 9

Mål	Aktivitet	Uppföljning av aktivitet	Samordningsansvarig och samverkansparter
Ökad användning av evidensbaserade metoder samt utveckla aktiviteter som gynnar äldres hälsa.	Kartlägga ohälsosamma levnadsvanor i målgrupp 70 för att identifiera områden där det finns ett behov av riktade insatser.	Kartläggning genomförd	Sektion Folkhälsa Futurum
	Ta fram metodstöd levnadsvanor äldre Spridning av framtagna koncept/metoder i den seniora befolkningen	Framtaget koncept/metod	Sektion Folkhälsa Futurum
	Starta upp ett lärande nätverk tillsammans med pensionärsföreningarnas hälsoombud. Tillsammans med ombuden utveckla ett koncept med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande aktiviteter.	Nätverk etableras under hösten 2021. Koncept tas fram under 2022	Sektion Folkhälsa Länspensionärsföreningar Studieförbund
	I samverkan mellan offentlig verksamhet och civilsamhälle initiera och stimulera och öka antalet aktiviteter i länets kommuner som långsiktigt skapar förutsättningar till en bättre hälsa.	Mätetal som tas fram tillsammans med strategigrupp äldre	Sektion Folkhälsa Qulturum Kommunal utveckling

Motverka ofrivillig ensamhet	Sprida och utveckla KulturLust	Enkät deltagare	Sektion Folkhälsa Kommunerna i länet Frivilligorganisationer Kultur och Fritid
	Sprida existentiella samtalsgrupper för personer i eget boende och särskilt boende (SÄBO)	Enkät deltagare	Sektion Folkhälsa Arbetsgrupp till Strategigrupp Äldre Studieförbund
Motverka stillasittande och initiera fysisk aktivitet riktat till utrikesfödda seniorer	Ta fram koncept med aktiviteter som är framgångsrika och hållbara för målgruppen. Sprida i minst två kommuner.	Gruppverksamhet med enkätuppföljning nuläge – avslut – 6 mån efter avslut	Sektion Folkhälsa RF Sisu

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 146-164

Tid: 2021-12-01 kl. 08:30

Plats: Spira

§ 157

Handlingsplan 2022-23 till Strategin Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län 2016-2025

Diarienummer: RJL 2020/2857

Beslut

Presidiet återremitterar ärendet till tjänstemännen för att beakta invånarperspektivet i handlingsområdena. Ärendet hanteras vid presidiesammanträdet den 11 januari 2022.

Sammanfattning

Den regionala strategin och handlingsplanen ”Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län” antogs av Regionfullmäktige i november 2015. Strategin sträcker sig fram till och med 2025 och handlingsplanen revideras vartannat år. Tre miljoner kronor per år avsätts till genomförande av aktiviteterna i handlingsplanen.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 2021-11-17
- Förslag till Handlingsplan 2022-2023. ”Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län”, daterad 2021-11-17
- Strategi 2016-2025. ”Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län”.

Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Handlingsplan 2022-2023 Tillsammans för Jämlik hälsa och ett bra liv

Förslag till beslut

Nämnden för folkhälsa och sjukvård

- Godtar Handlingsplan 2022-2023, ”Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län”

Sammanfattning

Den regionala strategin och handlingsplanen ”Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län” antogs av Regionfullmäktige i november 2015. Strategin sträcker sig fram till och med 2025 och handlingsplanen revideras vartannat år. Tre miljoner kronor per år avsätts till genomförande av aktiviteterna i handlingsplanen.

Information i ärendet

Revideringen av handlingsplanen inför 2022-2023 har genomförts av sektionen Folkhälsa genom besök till länets kommuner, förankring i ledningssystemet för samverkan mellan länets kommuner och Region Jönköpings län, avstämningar med samverkansansvariga för respektive handlingsområde samt arbetsgrupper/ i workshops kopplade till dessa. Avstämningar har även skett med tjänstepersoner på Regional utveckling, samt med Länsstyrelsen, Smålandsidrotten, Jönköping University och andra länsaktörer. Dessa aktörer har även givits möjlighet att yttra sig över ett remissförslag till handlingsplan. Revidering skulle egentligen gjorts under 2020 men handlingsplanen förlängdes istället med ett år på grund av pandemin.

Det genomsnittliga hälsoläget i Sverige och i Jönköpings län har blivit allt bättre samtidigt som skillnaderna i hälsa mellan grupper i samhället ökar. Detta har gjort att folkhälsovetenskapen de senaste åren har fokuserat på hur social hållbarhet, samhällsutveckling och jämlikhet i hälsa hör ihop. Fokus har förflyttats från ”lika till alla” till att se behov och förutsättningar utifrån olika grupper i samhället och till individens behov.

Under 2014 startade Region Jönköpings län en samverkansprocess med en rad aktörer i länet med detta som utgångspunkt. Syftet var att tillsammans ta fram en strategi och handlingsplan för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län.

Strategin sträcker sig fram till och med år 2025. Kopplat till strategin finns en 2-årig handlingsplan som utgår från nio handlingsområden. Varje handlingsområde innehåller aktiviteter som tillsammans bidrar till uppfyllandet av de strategiska och övergripande målen i strategin.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 2021-11-17
- Förslag till Handlingsplan 2022-2023. ”Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län”, daterad 2021-11-17
- Strategi 2016-2025. ”Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län”.

Beslut skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård
Folkhälsa och sjukvård

REGIONLEDNINGSKONTORET

Mats Bojestig	Annette Frisk
Hälso-och sjukvårdsdirektör	Folkhälsochef

Region Jönköpings län

2015-11-24 RJL 2015/469

Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län

Regional strategi 2016-2025

Handlingsplan 2018-2019

Regionfullmäktige 2015-11-24

Jesper Ekberg
Folkhälsa och sjukvård
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Förord

”Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län”

År 2015 blev vi Region Jönköpings län. Hela tanken med regionbildningen är att arbeta tillsammans för ett bra liv i en attraktiv region. En utgångspunkt är att sträva efter en hållbar utveckling utifrån alla tre dimensioner – socialt, ekologiskt och ekonomiskt. Det befolkningsinriktade arbetet för jämlik hälsa är naturligtvis en central del. Regionen skriver i sin verksamhetsplan: Vår region ska vara den bästa platsen att växa upp på.

På totalen blir vi friskare och lever allt längre, men samtidigt gäller inte den utvecklingen alla invånare. Utmaningen är densamma i vårt län som nationellt och internationellt - det handlar om gemensamma insatser för att minska skillnaderna i hälsa. I Jönköpings län finns unika förutsättningar att lyckas genom den kraftfulla samverkan som finns mellan länets kommuner, Region Jönköpings län, arbetsgivare, föreningsliv, civilsamhälle, högskola och många fler.

Jag vill passa på att tacka alla involverade i framtagandet av strategi och handlingsplan. Det har varit ett riktigt teamarbete från lokalt till regionalt plan. Tillsammans har vi lagt grund för fortsatt samverkan och samlärande för ett bra liv i en attraktiv region.

Agneta Jansmyr
Regiondirektör
Region Jönköpings län

Innehåll

TILLSAMMANS FÖR JÄMLIK HÄLSA OCH ETT BRA LIV I JÖNKÖPINGS LÄN 1

FÖRORD 3

INNEHÅLL 5

SAMMANFATTNING 6

CENTRALA BEGREPP 8

MINSKADE SKILLNADER I HÄLSA – ETT ENAT MÅL FRÅN GLOBAL TILL LOKAL NIVÅ 13

KOSTNADER FÖR OJÄMLIKHET I HÄLSA 16

NULÄGESANALYS 16

FOLKHÄLSOARBETET I REGIONAL OCH LOKAL SAMVERKAN 20

ANDRA STRATEGIER, PROGRAM OCH HANDLINGSPLANER 23

VÄGEN TILL STRATEGI OCH HANDLINGSPLAN 23

REGIONAL STRATEGI 2025 26

ANDRA STRATEGIER, PROGRAM OCH PLANER SOM BIDRAR TILL ARBETET FÖR JÄMLIK HÄLSA OCH ETT BRA LIV I JÖNKÖPINGS LÄN 32

REFERENSER 38

BILAGA 1 HÄLSOTAL UTIFRÅN FÖDELSELAND, SYSSELSÄTTNING OCH UTBILDNING 40

BILAGA 2 HÄLSOTAL FÖRDELAT PER KOMMUN, LÄNET OCH RIKET 42

Sammanfattning

Det genomsnittliga hälsoläget i Sverige och i Jönköpings län har blivit allt bättre samtidigt som hälsogapet mellan grupper i samhället är oförändrat eller ökar. Detta har gjort att folkhälsovetenskapen de senaste åren, både globalt och nationellt, har fokuserat på hur social hållbarhet, samhällsutveckling och jämlikhet i hälsa hör ihop. Fokus har förflyttats från ”lika till alla” till att se människors individuella behov och förutsättningar.

För att förbättra människans förutsättningar för ett bra liv krävs strategiskt arbete, gemensamt fokus och kunskap om att hälsan är ojämlikt fördelad i befolkningen. Med detta som utgångspunkt har Region Jönköpings län tagit initiativ till en samverkansprocess med olika aktörer i länet. Syftet har varit att tillsammans ta fram en strategi och handlingsplan för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län.

Strategin *Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län* gäller år 2016-2025 och syftar till att integrera jämlik hälsa i politiska och verksamhetsnära beslut, stärka samverkan och samlärande för folkhälsoarbete samt rikta insatser till grupper i samhället med sämre förutsättningar till ett bra liv. I Jönköpings län är varje människa en möjlighet med unik kompetens som ska tas tillvara

Övergripande mål till 2025:

- **Livsvillkoren har förbättrats för alla invånare i Jönköpings län.**
- **Skillnaderna i hälsa har minskat mellan olika grupper[1].**
- **Invånarna har förbättrade förutsättningar att själva främja sin hälsa**

För att uppnå de övergripande målen krävs hänsyn till andra aktuella strategier, program och handlingsplaner.

Strategin har tre strategiska mål och nio handlingsområden. Kopplat till strategin finns en handlingsplan för 2016-2017 som utgår från de nio handlingsområdena vars aktiviteter ska bidra till uppfyllandet av de strategiska målen.

Strategiskt mål 1: Hållbara strukturer i styrning och ledning för en jämlik hälsa
Handlingsområde 1: Statistik och analys
Handlingsområde 2: Medborgarmedverkan
Handlingsområde 3: Hälsoekonomi
Handlingsområde 4: Förbättringsarbete och forskning

[1] Skillnader i hälsa mellan olika grupper definieras i den här strategin som skillnader mellan socioekonomiska (utbildningsnivå, inkomstnivå, social status) och geografiska faktorer samt de sju diskrimineringsgrunderna etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning, kön, könsöverskrivande identitet och uttryck, ålder samt funktionsnedsättning. (SKL, 2013)

Strategiskt mål 2: Stärkt samverkan och samlärande regionalt och lokalt
Handlingsområde 5: Samverkan och samlärande

Strategiskt mål 3: Jämlik hälsa och bra livsvillkor genom hela livet
Handlingsområde 6: Barn, unga och unga vuxnas livsvillkor och hälsa
Handlingsområde 7: Försörjning och sysselsättning
Handlingsområde 8: Samhällsplanering och närmiljö
Handlingsområde 9: Äldres livsvillkor och hälsa

Framtagande och revidering av strategi och handlingsplan är en process i nära samverkan med länets kommuner, representanter från civilsamhället och länets övriga länsaktörer.

Centrala begrepp

Hälsa
Hälsa kan uttryckas på flera olika sätt. Världshälsoorganisationens, WHO, definition år 1948 var "Hälsa är ett tillstånd av fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom". (Janlert, 2000)

Hälsa är enligt Nordenfelt att må bra samt att ha tillräckligt med resurser för att klara vardagens krav och för att förverkliga sina personliga mål. (Nordenfelt, 1991)

Folkhälsa
Folkhälsa är ett uttryck för befolkningens hälsotillstånd, som tar hänsyn till såväl nivå som fördelning av hälsan. En god folkhälsa handlar därför inte bara om att hälsan bör vara så bra som möjligt, den bör också vara så jämlikt fördelad som möjligt. Folkhälsa är en resurs för samhället medan hälsa är en resurs för individen. (Janlert, 2000)

Folkhälsoarbete
Folkhälsoarbete innebär systematiska och målinriktade hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för att åstadkomma en god och jämlik hälsa för hela befolkningen. (Janlert, 2000)

Hälsofrämjande åtgärder
Hälsofrämjande åtgärder innebär att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska eller sociala välbefinnande. (SKL, 2013)

Sjukdomsförebyggande åtgärder
Förebyggande åtgärder innebär att förhindra uppkomst av eller påverka förlopp av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem. (SKL, 2013)

Utgångspunkterna för folkhälsa och ojämlik hälsa sammanfaller i Folkhälsokommitténs definition av hälsofrämjande arbete:

”Hälsofrämjande arbete är den process som ger människor möjlighet att öka kontrollen över sin hälsa och främja den. För att detta ska kunna uppfyllas måste människan ges förutsättningar att kunna påverka de faktorer som kan begränsa dessa möjligheter” (Socialdepartementet, 2000)

Funktionshinder och funktionsnedsättning
Funktionshinder definieras som den begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen. Exempel på begränsningar kan vara svårigheter att klara sig själv i det dagliga livet och bristande delaktighet i arbetslivet, sociala relationer, fritids- och kulturaktiviteter, utbildning samt demokratiska processer. Det handlar framför allt om bristande tillgänglighet i och anpassning av omgivningen (MFD, 2014).

Ojämlikhet i hälsa
Ojämlikhet i hälsa innebär orättfärdiga skillnader som kan undvikas. Det finns inga biologiska eller psykologiska orsaker bakom dem. Snarare beror de på orättvisa skillnader i de förutsättningar vi har när vi föds, lever, arbetar och åldras. Enligt kommissionen för hälsans sociala bestämningsfaktorer (CSDH[2]) är definitionen av ojämlikhet i hälsa systematiska skillnader som bedöms vara åtgärdbara genom rimliga åtgärder (The commission on Social Determinants of Health, 2005). Ojämlik hälsa kan även förklaras som ”skillnader i hälsotillstånd mellan grupper och individer som är onödiga, möjliga att undvika och som dessutom anses orättvisa”. (Janlert, 2000)

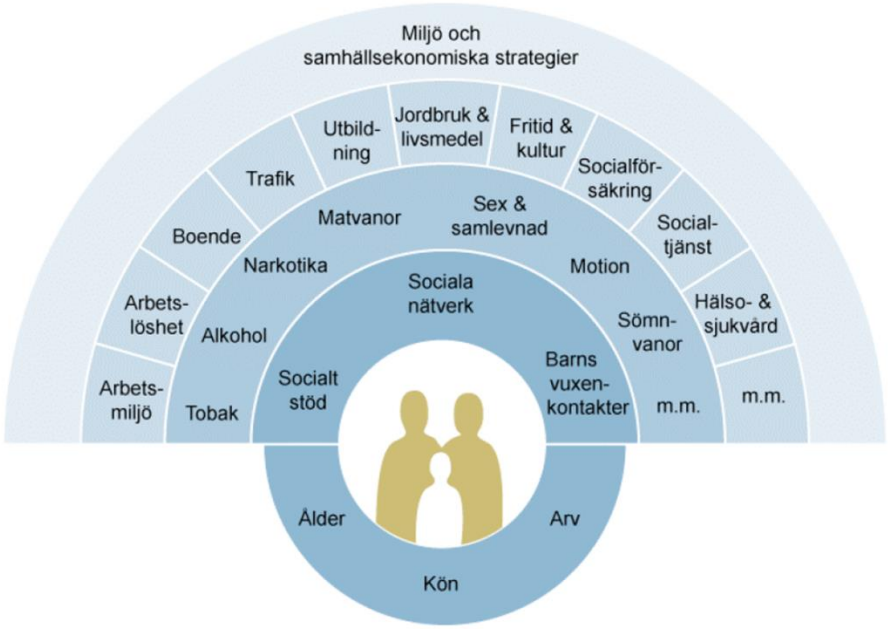
Skillnader i hälsa
Skillnader i hälsa har sin grund i de förhållanden där människor växer upp och lever och i de system som tillämpas för att hantera ohälsa och sjukdom. Dessa skillnader i hälsa är påverkbara och kan finnas i en eller flera av hälsans aspekter mellan olika grupper som kvinnor, män, flickor, pojkar eller ha samband med socioekonomiska faktorer som utbildningsnivå, inkomstnivå, social status och geografiska faktorer. Andra faktorer som också påverkar skillnader i hälsa utgår från de sju diskrimineringsgrunderna etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning, kön, könsöverskridande identitet och uttryck, ålder samt funktionsnedsättning. (WHO, 2008)

Social gradient
”Det finns en social gradient i hälsa – ju lägre en persons sociala position är, ju sämre är hans eller hennes hälsa. Åtgärder skall rikta in sig mot att reducera gradienten i hälsa. Att bara rikta in sig på de mest utsatta kommer inte att reducera ojämlikheten i hälsa tillräckligt. För att reducera den sociala gradienten, måste åtgärder vara universella, men med en omfattning och intensitet som är proportionell till graden av utsatthet. Vi kallar detta proportionell universalism”. (UCL, Institute of Health Equity, 2010)

Hälsans bestämningsfaktorer
Hälsan påverkas av olika faktorer som på olika sätt och på olika nivåer samspelar med varandra och påverkar vår hälsa i positiv eller negativ riktning. Dahlgren och Whiteheads (1991) modell för hälsans bestämningsfaktorer beskriver en struktur för vilka faktorer i människors levnadsförhållande och levnadsvanor samt i samhällsorganisationen som bidrar till hälsa och ohälsa. De tre individuella faktorerna ålder, kön och arv bedöms icke påverkbara, medan övriga faktorer är möjliga att påverka på individ, grupp och samhällsnivå. (Dahlgren G, 1991)

[2] THE COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, World Health Organization http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sd.pdf?ua=1 s.31-34

Figur 1 Hälsans bestämningsfaktorer



Hälsans bestämningsfaktorer enligt Dahlgren och Whiteheads modell (1991).

Hållbar utveckling och dess olika dimensioner

Folkhälsobegreppet ansluter till begreppet hållbar utveckling, vilket är ett begrepp som används för att peka ut en önskvärd samhällsutveckling. Den kanske vanligast förekommande definitionen av hållbar utveckling kommer ur Bruntlandkommissionens rapport "Vår gemensamma framtid" som publicerades 1987: *”Hållbar utveckling är utveckling som tillgodoser dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillgodose sina behov”.* Hållbar utveckling är när alla tre dimensionerna, social, ekonomisk och ekologisk hållbarhet tillmäts lika stort värde. (Bruntlandkommissionen, 1987)

Social hållbarhet

Social hållbarhet handlar om samhällets förmåga att lösa sina problem och om samspelet mellan myndigheter och civilsamhället. (Olsson, 2012) Det handlar också om rättvisa, rättigheter, makt och välbefinnande samt om att bygga ett långsiktigt stabilt och dynamiskt samhälle där grundläggande behov uppfylls.

Ekonomisk hållbarhet

Ekonomisk hållbarhet innebär att hushålla med materiella och mänskliga resurser på lång sikt.

Ekologisk hållbarhet

Ekologisk hållbarhet handlar om att långsiktigt bevara vattnens, jordens och ekosystemens produktionsförmåga och att minska påverkan på naturen och människans hälsa till vad de ”klarar av”. (Jacobsson)

Normkritik
Normer är uppfattningar, idéer och oskrivna regler som formar människor i relation till andra och samhället. Den som följer normen har makt och möjlighet att antingen upprätthålla normen eller bidra till att den förändras. Normkritik innebär att sätta fokus på makt för att synliggöra och ifrågasätta de normer som påverkar människors uppfattning om vad som är normalt. När makten synliggjorts kan ansvaret för förändringsarbetet läggas på rätt nivå. Den möjligheten finns på såväl person- organisations – och samhällsnivå.

Genom att förändra strukturer, finns förutsättning för hållbara och långsiktiga förändringar (Jämställ.nu. 2013)

Mänskliga rättigheter
De mänskliga rättigheterna är universella alla människor, oavsett land, kultur och sammanhang, är födda fria och har lika värde och rättigheter. Förenta nationerna (FN) har slagit fast att de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna är av lika stort värde som de medborgerliga och politiska rättigheterna och att dessa är odelbara[3].

De mänskliga rättigheterna inbegriper många delar i en människas liv och syftar till att alla människor ska få möjlighet att leva ett drägligt liv. De inkluderar regler om människors möjlighet att överleva, inbegripet föda och husrum, människors rätt till sina innersta tankar och trosuppfattningar, skydd för familjen, frihet från tortyr och slaveri, rätt till utbildning, yttrandefrihet och möjlighet att delta i landets styrelse (Mänskliga rättigheter. 2015)

Interkulturell kompetens
I ämnet interkultur sker en fokusering på processer och skeenden i mötet mellan individer, grupper och kulturer över kulturella gränser. Denna interaktion utgår från alla människors lika värde och rättigheter oavsett social, etnisk eller religiös bakgrund. Det handlar om att skapa gemensamma spelregler som bygger på erkännande, självreflektion, deltagande, identitet och insikten om ett ömsesidigt bildningsbehov. Interkulturell kompetens förutsätter ett förhållningssätt till andra som präglas av öppenhet och flexibilitet samt en medvetenhet och kunskap om olika kulturella uttryck inklusive sina egna. (Stier, 2009)

Förbättringskunskap
Förbättringskunskap[4] är ett samlat begrepp för teorier, metoder och verktyg vilka används för att lyckas med förändringar som ska leda till hållbara förbättringar, utveckling och innovation av verksamheter och arbetssätt. Utgångspunkten är små steg i rätt riktning för att nå ständiga förbättringar. Exempel på metoder som

[3] Mer information om de mänskliga rättigheterna finns på www.manskligarattigheter.se
[4] Mer om förbättringskunskap finns att läsa på Qulturums hemsida. Qulturum är ett centrum för utveckling och förbättringsarbete inom hälso- och sjukvård och tandvård i Region Jönköpings län. http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=38344

används är genombrottsmetodiken, coaching-modellen och sociala innovationer. Forskning av förbättringskunskap bedrivs inom det tvärvetenskapliga forskningsområdet förbättringsvetenskap. (Qulturum, Jönköping Academy)

Genombrottsmetodiken
Genombrottsmetodiken innebär att minska gapet mellan det vi vet genom t ex forskning och det vi gör i praktiken. Metoden bygger på i stora drag på att ett förbättringsområde identifieras och övergripande mål sätts. Tvärprofessionella team sätts samman för att utifrån sitt nuläge sätta upp delmål och testa olika idéer vilka bygger på många små förändringar över tid samt mäter om dessa bidrar till förbättring. Teamen kombinerar förbättringsarbete på hemmaplan med gemensamma samlingar för att lära av varandras erfarenheter. Ett centralt verktyg i förbättringsarbetet är förbättringshjulet eller PGSA-hjulet som står för Planera, Göra, Studera och Agera. (Qulturum)

Coaching
Coaching[5] fokuserar på de färdigheter och kunskaper som bidrar till att en människa har förmågan att få andra människor att växa och utvecklas. Coaching bygger också på att i samverkan med andra människor utveckla de miljöer och omgivningar där de befinner sig för att uppnå en förbättring genom nya färdigheter, vanor, rutiner eller arbetssätt. (Qulturum)

Social innovation
Initiativ som strävar efter att möta samhällets utmaningar, och som innefattar innovativa idéer och metoder för hur vi ska lösa samhällsproblem på nya sätt. Kan vara allt från arbetsvillkor och utbildning till samhällsutveckling och hälsa. Det civila samhället utvecklas och stärks. (Qulturum)

Samlärande
Samlärande bygger på delaktighet, kommunikation och mångfald av tankar och idéer. Genom att samverka får vi utbyte av varandra som ger ett lärande både på individ- och gruppnivå. (Qulturum)

[5] Mer information om coaching finns på Qulturums webbplats, http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=40845#

Minskade skillnader i hälsa – ett enat mål från global till lokal nivå

Det genomsnittliga hälsoläget i Sverige och i Jönköpings län har under lång tid blivit allt bättre, vilket visar på att många insatser inom välfärdssektorn varit lyckade. Dock har skillnader i hälsa inte förbättrats, tvärtom har hälsogapet mellan olika samhällsgrupper ökat. Generellt har resursstarka personer, till exempel de med längre utbildning, högre inkomst, eller födda i Sverige, bättre hälsa och hälsosammare levnadsvanor. Det är också i dessa grupper som till exempel medellivslängden ökat mest.

Minskade skillnader i hälsa finns tydligare på agendan globalt sedan Världshälsoorganisationens (WHO) oberoende kommission för hälsans sociala bestämningsfaktorer, publicerade forskningsrapporten ”Closing the gap in a generation; health equity through action in the social determinants of health” år 2008. (WHO, Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report , 2008) Kommissionen tillsattes mot bakgrund av att WHO upplevde de stora globala hälsoklyftorna som oacceptabla och ville ta en bred ansats för att komma till rätta med dem. Arbetet leddes av Sir Michael Marmot och rapporten har därför populärt kommit att kallas Marmotrapporten. Rapporten lyfter fram behovet av att se på helheten i det som påverkar folkhälsan genom att fokusera på hur social hållbarhet, samhällsutveckling och jämlikhet i hälsa hör ihop. Den visar också att ogynnsamma sociala förhållanden är en nyckelfaktor bakom ohälsa, sjukdom och för tidig död. I rapporten fastställs att det är möjligt att undvika en ojämlik hälsa:

”Ojämlikhet i hälsa går att undvika, eftersom den har sin grund i de förhållanden under vilka människor växer upp, lever, arbetar och åldras och de system som tillämpas för att hantera sjukdomar. De villkor under vilka människor lever och dör påverkas i sin tur av politiska, sociala och ekonomiska krafter.” (WHO, 2008)

Kommissionen lämnade följande tre rekommendationer för att minska ojämlikheten i hälsa.

1. Förbättra förutsättningarna för människors dagliga liv.
2. Angrip den ojämna fördelningen av makt, pengar och resurser – globalt, nationellt och lokalt.
3. Mät problemet, utvärdera åtgärderna och expandera kunskapsbasen. Utbilda olika professioner i hälsans sociala bestämningsfaktorer och öka allmänhetens medvetenhet om dessa.

Rätten till högsta uppnåeliga hälsa är en grundläggande rättighet. Den är universell och ömsesidigt beroende av andra rättigheter. Med bristande och skilda förutsättningar för att upprätthålla en god hälsa, inskränks individens möjligheter att utöva andra mänskliga rättigheter. Rätten till högsta uppnåeliga

hälsa utgår från FN:s allmänna förklaring om mänskliga rättigheter och har införlivats i konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, som Sverige tillträtt. Rätten omgärdas av ett strikt förbud mot diskriminering i utövandet.

Ett rättighetsperspektiv på hälsa förmedlar ett synsätt om att hälsan betingas både av understöd från offentlig sektor, liksom friheter gentemot både den offentliga och privata sektorn. Avseende friheterna är utgångspunkten att individen har rätt att själv bestämma och kontrollera sin hälsa och kropp, liksom att den kroppsliga integriteten ska vara oantastlig gentemot, exempelvis, fysiskt våld eller tvångsvård. I fråga om understöd avses det offentligas ansvar att skydda individen mot hälsofarliga ämnen, beteenden och miljöer, liksom att tillhandahålla, genom hälso- och sjukvård och andra samhällstjänster, de rätta förutsättningarna för att individen ska uppleva högsta uppnåeliga hälsotillstånd (FN 2000).

De globala målen och Agenda 2030 syftar till att utrota fattigdom och hunger, förverkliga de mänskliga rättigheterna för alla, uppnå jämställdhet och egenmakt för alla kvinnor och flickor samt säkerställa ett varaktigt skydd för planeten och dess naturresurser. De globala målen är integrerade och odelbara och balanserar de tre dimensionerna av hållbar utveckling: den ekonomiska, den sociala och den miljömässiga.” Agenda 2030 innehåller 17 mål för hållbar utveckling och 169 delmål.” Begreppet hållbar utveckling är centralt och syftar till en utveckling som tillfredsställer dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillfredsställa sina behov. (Regeringskansliet, 2015)

2015 tillsatte regeringen en kommitté, Kommission för jämlik hälsa, som fick i uppdrag att lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna minskar. Regerings mål om att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation ligger till grund för kommissionens arbete.
Kommissionen förslår åtta målområden för en god och jämlik hälsa:

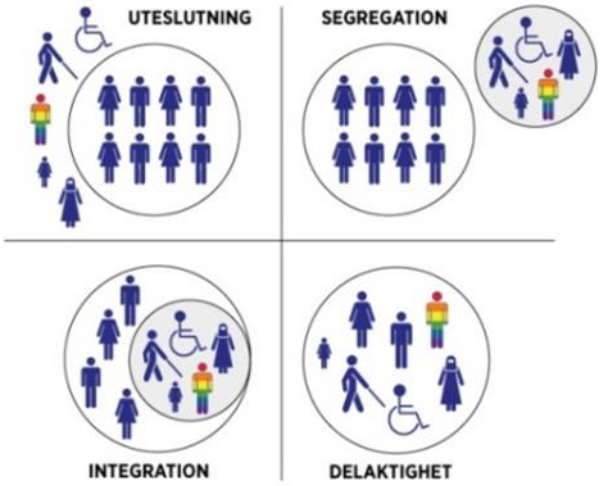
1. Det tidiga livets villkor
2. Kunskaper, kompetenser och utbildning
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter
5. Boende och närmiljö
6. Levnadsvanor
7. Kontrollo, inflytande och delaktighet
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

(Statens offentliga utredningar, 2017)

En viktig del i att kunna minska skillnaderna i hälsa är att alla medborgare känner sig delaktiga i samhället. Det är också av stor betydelse att kunna påverka sin egen tillvaro samt att ha makt över sin vardag. Individer som själva kan planera och styra sina liv har i större utsträckning en bättre hälsa än de som inte kan detta.

Dessa möjligheter är nära kopplade till i vilken grad individen upplever sig vara delaktig i att kunna påverka i samhället. Genom att utgå från människors behov och förutsättningar, tas personers unika kompetens och erfarenhet till vara. Centralt för att uppnå en mer jämlik hälsa är att även involvera personer som annars har svårt att göra sin röst hörd i samhället. Det är av stor vikt att involveringen inte stannar vid integration utan resulterar i delaktighet. (SKL, 2013) Se figur 2.

Figur 2 Modell för delaktighet



Bilden vill påminna om svårigheten för alla medborgare att vara delaktiga. Den illustrerar behovet av att gå från segregation, integration till delaktighet för att kunna utjämna skillnader i hälsa. Illustratör: Johanna Eriksson

I Jönköpings län har det sedan år 1998 funnits ett hälsopolitiskt program som antogs av Landstinget i Jönköpings län och samtliga kommuner i länet. Programmet har bidragit till ett aktivt hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbete, byggt på samverkan i länet. Fokus i det hälsopolitiska programmet ligger på ett brett hälsofrämjande arbete och riktade insatser som bidrar till långsiktig och hållbar utveckling. De senaste årens forskning och kunskapsunderlag pekar dock på att det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet, i högre utsträckning, behöver utgå ifrån utmaningen att minska skillnader i hälsa. Insatserna ska även fortsättningsvis vara både generella och riktade men fokus ska flyttas från ”lika för alla” till att utgå från människors behov och förutsättningar. (WHO, Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report , 2008) (SKL, 2013)

Kostnader för ojämlikhet i hälsa

De senaste åren har kopplingen mellan ekonomi och hälsa blivit allt tydligare. Hälsa ses numera som en variabel som i hög utsträckning påverkar humankapitalet. Om ett land, region eller kommun har en god folkhälsa bidrar det till en hållbar utveckling och ekonomisk tillväxt. Sambanden är starka mellan ohälsa och svag lokal ekonomi. Medellivslängden kan ses som ett väsentligt mått på hur välfärdsstater lyckas skapa förutsättningar för bättre levnadsvillkor. (Socialstyrelsen S. F., 2014)

Hälsoekonomiska beräkningar har visat att ojämlikhet i hälsa medför stora kostnader för samhället, både i form av förlorade levnadsår, direkta kostnader för t ex hälso- och sjukvård och sjukersättning samt indirekta kostnader som produktionsbortfall (Västra Götalandsregionen 2011, Sirona Health Solutions 2015). En studie från Västra Götalandsregionen beräknade kostnaden för ojämlikhet i hälsa till 1600 förtida dödsfall, drygt 27000 förlorade levnadsår, ett produktionsbortfall motsvarande 2,2 miljarder kronor samt en förlust i hälsa motsvarande 13,9 miljarder kronor per år i regionen (Västra Götalandsregionen 2011). Sirona Health Solutions har, på SKLs uppdrag, beräknat kostnaderna för ojämlikhet i prevalens av rökning, fetma och avsaknad av tillit till andra, i tre landsting/regioner. De kom bland annat fram till att socioekonomiska skillnader i prevalens av dagligrökning kostar ca 150 miljoner kronor årligen i Halland. Vidare konstateras att alla besparingar som är möjliga genom att utjämna dessa skillnader är fördröjda och kräver långsiktiga investeringar för att kunna realiseras i framtiden. Detta då minskningen av insjuknande i sjukdomar, relaterade till t ex rökning, kommer många år efter minskningen i prevalens av rökning. (Sirona Health Solutions 2015).

En viktig del i arbetet för en jämlik hälsa och minskade skillnader i hälsa är att organisationer ökar sin kunskap om hur ekonomiska beräkningar kan göras, vilka möjligheter som finns med sociala investeringar samt tar fram system som gör det möjligt att använda budgeten som ett styrmedel. (SKL, 2013)

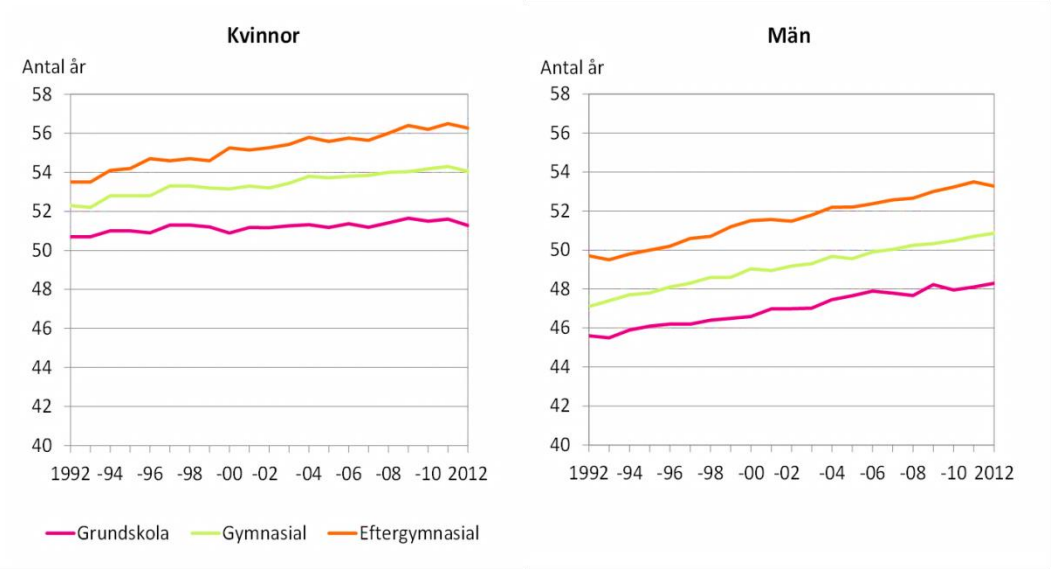
Nulägesanalys

Det finns idag mycket statistik att tillgå som visar på skillnader mellan kön, ålder och kommuner. Dock är det fortfarande svårare att ta fram lokal statistik vad gäller till exempel födelseland, socioekonomiska grupper och funktionsnedsättning. Som en del i arbetet att minska skillnaderna i hälsa i Jönköpings län presenteras här ett urval av statistik på nationell nivå och länsnivå. Detta har varit ett av underlagen för de prioriteringar som gjorts i denna strategi och kommer under perioden 2016-2025 utvecklas vidare och följas kontinuerligt.

Skillnader i hälsa i Sverige

Generellt är personer med längre utbildning, högre inkomst, i högre samhällsskikt eller födda i Sverige friskare och lever längre. Det är också i dessa grupper som till exempel medellivslängden ökat mest. År 2012 skiljde det fem år i förväntad återstående medellivslängd vid 30 års ålder mellan kvinnor med grundskole- och eftergymnasial utbildning i Sverige. Dessa skillnader återfinns även hos män. Noterbart är också att ökningen i medellivslängd varit större för kvinnor med eftergymnasial utbildning jämfört med kvinnor med högst grundskoleutbildning under de senaste 20 åren. (Folkhälsomyndigheten, 2014)

Diagram 1 Utvecklingen av livslängd mellan grupper med olika utbildning



Bilden illustrerar förväntad återstående medellivslängd vid 30 års ålder fördelat efter högsta fullföljda utbildning. Kvinnor och män, perioden 1992 – 2012. I denna beräkning är utlandsfödda exkluderade på grund av metodproblem, bland annat att uppgift om utbildning saknas för många utlandsfödda i SCB:s register. Källa: SCB

När det gäller insjuknande i hjärtinfarkt finns skillnader mellan grupper med olika utbildningslängd. Insjuknandet har minskat i alla grupper under de senaste decennierna, men skillnaden mellan grupperna kvarstår. Motsvarande mönster ses för dödlighet i akut hjärtinfarkt, dock tycks skillnaderna mellan grupperna ha minskat något över tid. (Socialstyrelsen, 2014)

Skillnader i hälsa i Jönköpings län

Socioekonomiska grupper

I Jönköpings län finns tydliga skillnader i hälsa och levnadsvanor mellan olika socioekonomiska grupper. Individer som arbetar, är födda i Sverige och har eftergymnasial utbildning rapporterar i högre utsträckning bra hälsa och

levnadsvanor jämfört med övriga grupper. Nedan presenteras ett urval av data, se också bilaga 1.

Födelseland

Andelen med bra eller mycket bra självskattat allmänt hälsotillstånd är betydligt högre bland vuxna födda i Sverige (78 procent) jämfört med födda i övriga Europa (68 procent) respektive födda utanför Europa (64 procent). Även när det gäller självskattad tandhälsa finns stora skillnader mellan grupperna. Bland individer födda i Sverige har 81 procent ganska bra eller bra tandhälsa jämfört med 66 respektive 61 procent bland individer födda i övriga Europa respektive övriga världen. För andel vuxna med fetma (BMI[6]≥30 kg/m^2) ses samma mönster.–Den psykiska ohälsan har ökat under senare år och andelen som rapporterar besvär av ängslan, oro eller ångest är 27 procent bland dem födda i Sverige, 36 procent bland dem födda i övriga Europa och 41 procent bland dem födda i övriga världen.

Sysselsättning

Andelen som rapporterar bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd skiljer sig avsevärt mellan personer som arbetar, är arbetslösa/i arbetsmarknadsåtgärd eller sjukskrivna/har sjukersättning. I gruppen sjukskrivna/ har sjukersättning skattar 21 procent sitt allmänna hälsotillstånd som bra/mycket bra jämfört med 58 procent i gruppen arbetslösa/i arbetsmarknadsåtgärd och 82 procent i gruppen som arbetar.

Bland ungdomar i skolår 9 finns skillnader i allmänt hälsotillstånd vid indelning efter föräldrarnas sysselsättning. Ungdomar vars föräldrar arbetar rapporerar i större utsträckning bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd (86 procent) jämfört med ungdomar med minst en arbetslös (75 procent) eller sjukskriven (71 procent) förälder.

När det gäller levnadsvanor finns skillnader mellan grupperna. Rökning är betydligt vanligare bland sjukskrivna och arbetslösa både bland ungdomar och vuxna. Andel i skolår 9 som röker är 10 procent bland dem vars föräldrar arbetar, 15 procent bland dem med minst en arbetslös förälder och 22 procent bland dem med minst en sjukskriven förälder. Motsvarande siffror bland vuxna är 6, 15 respektive 17 procent. För psykisk ohälsa finns de största skillnaderna mellan de som arbetar och de övriga två grupperna. Bland vuxna som arbetar är det 10 procent som känner sig stressade. Motsvarade andelar för övriga grupper är 27 procent (arbetslösa) respektive 25 procent (sjukskrivna).

Utbildning

Vid indelning efter utbildningslängd framträder också socioekonomiska skillnader i självrapporterat allmänt hälsotillstånd. Av de med högskoleutbildning anger 80 procent bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd jämfört med 76 och 69 procent bland de med högst gymnasie- respektive grundskoleutbildning. Tydliga skillnader

[6] BMI = Body Mass Index. Vikten i kg/längden i m^2.

i samma riktning ses också när det gäller förekomst av fetma, högt blodtryck, dagligrökning samt riskbruk av alkohol. Andelen med fetma varierar mellan 14 och 27 procent och högt blodtryck mellan 24 och 36 procent, där förekomsten är lägst bland högskoleutbildade och högst bland grundskoleutbildade. När det gäller dagligrökning och riskbruk av alkohol är även det mer vanligt förekommande i gruppen med grundskoleutbildning: 14 procent röker dagligen jämfört med 7 procent bland gymnasieutbildade och 3 procent bland högskoleutbildade. Motsvarande siffror för riskbruk av alkohol är 17 (grundskola), 15 (gymnasiet) respektive 8 procent (högskola).

Skillnader i hälsa mellan andra grupper

Kön
Det finns skillnader i hälsa mellan män och kvinnor i länet. Kvinnor har betydligt högre ohälsotal (Försäkringskassans mått på antal dagar som ersatts av sjukförsäkringen), fler fallolyckor bland äldre och rapporterar något sämre hälsotillstånd än män. Däremot insjuknar män i större utsträckning i cancersjukdom, hjärtinfarkt och stroke samt rapporterar fler ohälsosamma levnadsvanor än kvinnor.

Geografi
Det finns också skillnader i hälsa mellan länets kommuner, till exempel finns stora skillnader i ohälsotalet och våldsbrott. Dessa geografiska skillnader redovisas tillsammans med skillnader mellan könen, socioekonomiska grupper respektive åldersgrupper i bilaga 2. (Region Jönköpings län, 2015)

Funktionsnedsättning
En tidigare nationell rapport visade på betydligt sämre fysisk och psykisk hälsa i gruppen funktionsnedsatta jämfört med övriga befolkningen (Statens folkhälsoinstitut 2008). I Jönköpings län har 20 procent av befolkningen en funktionsnedsättning enligt den definition som användes i denna rapport.

Ålder
Upplevelsen av att ha en god allmän hälsa minskar med stigande ålder. För psykisk välbefinnande är sambandet det motsatta, äldre har en bättre självskattad psykisk hälsa jämfört med unga (Hälsa på lika villkor, 2014).

Folkhälsoarbetet i regional och lokal samverkan

Efter antagandet av det hälsopolitiska programmet i Jönköpings län (Landstinget, 1998) år 1998 etablerades folkhälso-/hälsoråd, brottsförebyggande råd, välfärdsråd eller motsvarande i nästan samtliga kommuner i länet. Dåvarande landstinget tillsatte mer personella resurser för att stödja det lokala folkhälsoarbetet i kommunerna och öka samverkan. Flera av kommunerna tillsatte också egna resurser för folkhälsoarbetet. I dagsläget ser organisationen för arbetet med folkhälsa, jämlik hälsa och hållbar utveckling olika ut mellan kommunerna vad gäller styrning, ledning, finansiering och ansvariga tjänstemän. Varje kommun har en samverkanspart från sektion Folkhälsa vilken tillsammans med kollegor inom sektionen och i samverkan med kommunerna erbjuder stöd utifrån kommunernas behov.

Under arbetet med att ta fram strategin ”Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län” har kommunerna varit delaktiga och haft med lokala team. I processen har också nyckelpersoner från civilsamhället och länsaktörer. Under processen har det pågått en dialog mellan sektionen Folkhälsa och respektive kommun om hur de organisatoriska formerna för folkhälsoarbetet kan se ut samt hur arbetet med att minska skillnaderna i hälsa kan integreras i ordinarie styrning och ledning. Dialogen bidrar till att det regionala och lokala folkhälsoarbetet drar åt samma håll samt får stöd och utbyte av varandra.

Hälso- och sjukvården i länet har i uppdrag att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. Primärvården har ett särskilt uppdrag att aktivt delta i det lokala folkhälsoarbetet för att minska skillnaderna i hälsa. Det ger ökade möjligheter för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i samverkan med andra aktörer i närsamhället. (Budget 2016, Region Jönköpings län).

Region Jönköpings län

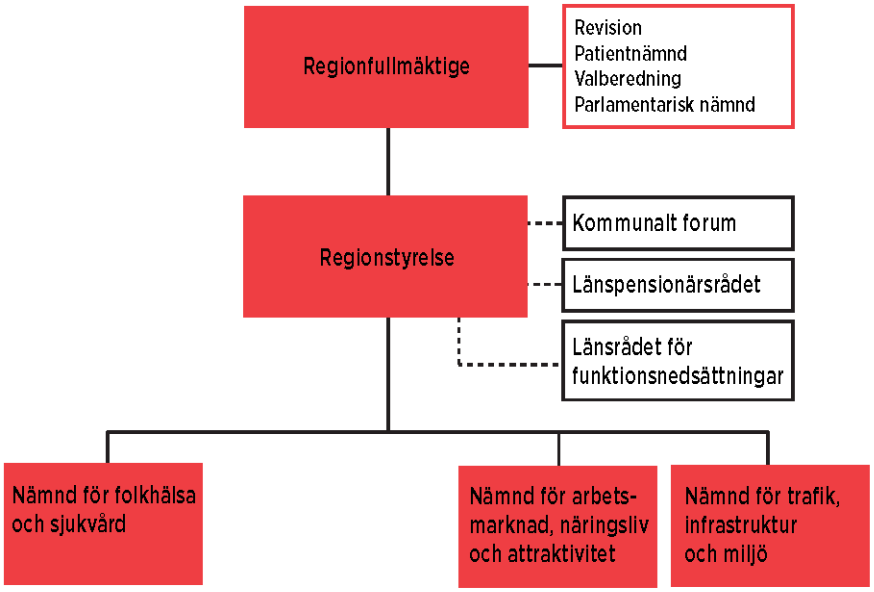
Nedan beskrivs den politiska organisationen, samarbetsformer med kommunerna i Region Jönköpings län samt vilken plats folkhälsa och jämlik hälsa har i dessa.

Övergripande frågor som demokrati, omvärldsbevakning, forskning och internationella relationer, liksom strategiska frågor och ägarfrågor gällande bolag, stiftelser med mera är regionstyrelsens ansvar. Regionstyrelsens arbetsutskott bereder ärenden som berör flera nämnder, till exempel jämlikhet och övergripande folkhälsofrågor.

Nämnden för folkhälsa och sjukvård har folkhälsa som ett ansvarsområde. De strategier och åtgärder som finns inom folkhälsoarbetet spänner dock över alla tre nämnder.

Kommunalt forum är en mötesplats och kontaktyta mellan Region Jönköpings län och länets kommuner för dialog och samverkan samt samråd inför de beslut som ska fattas inom regionkommunen. Det består av regionråden samt kommunstyrelseordförande från varje kommun. Kommunalt forum arbetar med ärenden inom så väl folkhälsa och sjukvård som regional utveckling.

Figur 3 Politisk organisation för Region Jönköpings län

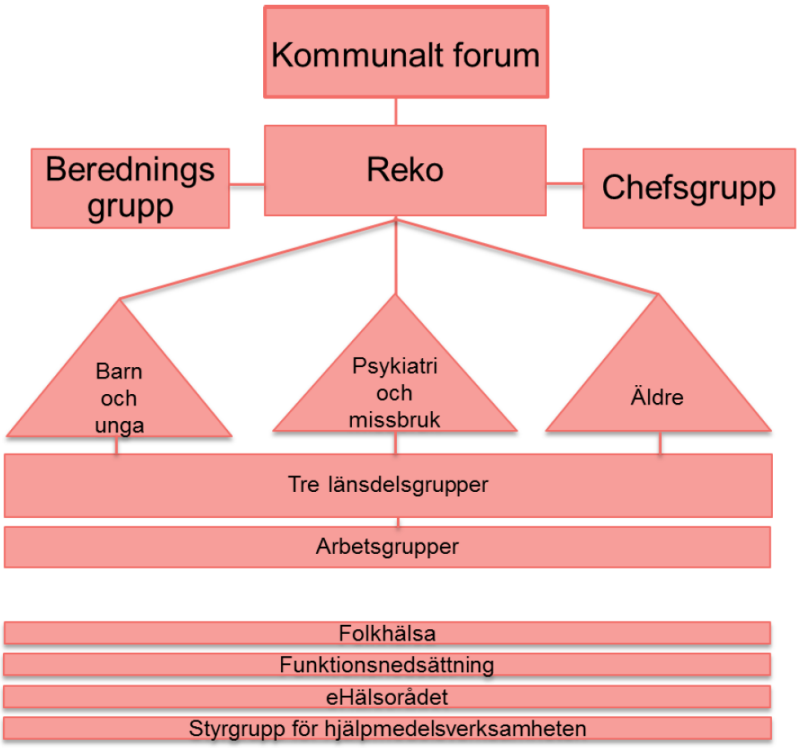


Bilden illustrerar strukturen för den politiska organisationen i Region Jönköpings län.

Kommunchefsgruppen förbereder ärenden till Kommunalt Forum. Regiondirektören leder kommunchefsgruppen där även representanter från Högskolan i Jönköping och Länsstyrelsen finns med. Kommunchefsgruppen har också varit delaktig i framtagandet av strategin och blir även fortsättningsvis en viktig plats för förankring och dialog för arbetet med folkhälsa och jämlik hälsa.

På nästa sida illustreras organisationen för samverkan inom folkhälsa och sjukvård, socialtjänst och skola. REKO-gruppen (ledningsgruppen för samverkan Region Jönköpings län – kommun) består av hälso- och sjukvårdsdirektörer, socialchefer och skolchefer. De bär det samlade samverkansansvaret utifrån de tre strategigrupperna barn och unga, psykiatri och missbruk samt äldre. I strategigrupperna finns ledningsfunktioner samlade och folkhälsa är prioriterat som ett område som ska ingå i samtliga strategigrupper. Via länsdelsgrupper och arbetsgrupper skapas förutsättningar för utveckling och spridning av framgångsrikt arbete.

Figur 4 Ledningssystem för samverkan inom folkhälsa och sjukvård, socialtjänst och skola



Bilden illustrerar strukturen för länets ledningssystem för samverkan. Kommunalt forum är en mötesplats för politiker i region och kommuner. Folkhälsa, funktionsnedsättning och e-hälsa ska tydligt finnas med i de tre strategigrupperna barn och unga, psykiatri och missbruk samt äldre.

Andra strategier, program och handlingsplaner

I Jönköpings län finns många olika aktörer och initiativ som arbetar för en bättre folkhälsa och mer jämlik hälsa. För att nå framgång i folkhälsoarbetet behövs ett gemensamt ansvarstagande mellan offentlig sektor, ideella krafter och den enskilda människan. Det är därför angeläget att de strategier, program och handlingsplaner som finns i Jönköpings län kompletterar varandra, samordnas och hittar gemensamma beröringspunkter. Den regionala strategin ”Tillsammans för en jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län” kan med fördel vara en grund vid framtagande av nya strategier, program och handlingsplaner på kommun- och länsnivå.

Vid framtagandet av strategi och handlingsplan har hänsyn tagits till befintliga strategier, program och handlingsplaner. I slutet av dokumentet finns en sammanställning över merparten av dessa tillsammans med en kort presentationstext.

Vägen till strategi och handlingsplan

På uppdrag av den politiska ledningen i Region Jönköpings län och genom förankring i Läns-LAKO (numera Kommunalt Forum) tog sektionen Folkhälsa, Region Jönköpings län, initiativ till en samverkansprocess mellan olika aktörer med målet att ta fram en regional strategi med handlingsplan. Utgångspunkten har varit Marmotrapporten, Agenda 2030, Slutbetänkandet av Kommissionen för jämlik hälsa och tillgänglig statistik samt olika aktörers samlade kunskap och erfarenheter. Fokus är att minska skillnaderna i hälsa och att rikta insatser och resurser till de som behöver dem bäst.

Utmaningen att minska skillnaderna i hälsa ägs gemensamt av en rad aktörer. En samverkansprocess initierades av Region Jönköpings län, sektionen Folkhälsa, som bjöd in länets kommuner, civilsamhälle och berörda länsaktörer för framtagandet av strategin. Ett tydligt syfte med processen var och är att stödja en utveckling av det lokala arbetet parallellt med framtagandet av länsövergripande strategier.

Samverkansprocessen för framtagandet av strategi och handlingsplan inriktades på att det är de lokala och vardagsnära behoven som är utgångspunkten för stödet från regional och nationell nivå, inte tvärt om. Strategin med dess handlingsplan ska vara ett stöd för det lokala arbetet för jämlik hälsa och ett bra liv, på samma sätt som länsstrategier behöver anpassas till den nationella nivån.

Figur 5 Lokala behov som utgångspunkt

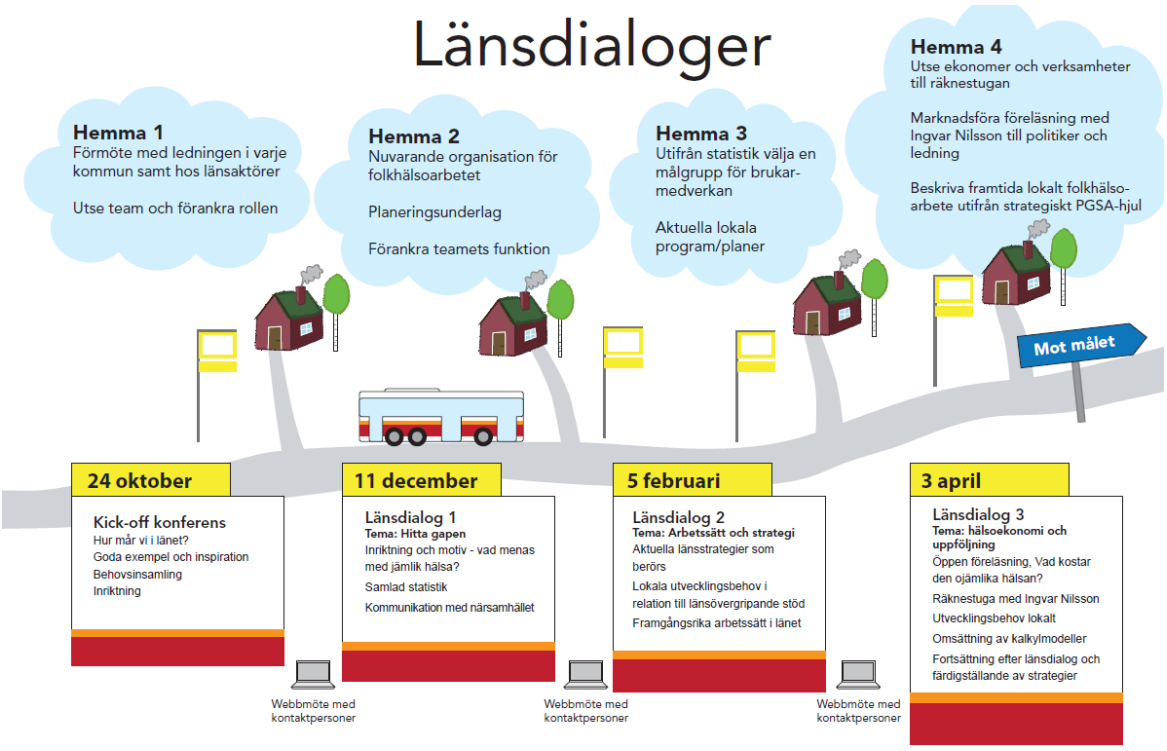


Bilden illustrerar hur olika strategier och handlingsplaner stödjer varandra på olika nivåer i samhället och hur de i sin tur bidrar till att vara ett stöd för den enskilda medborgaren.

Samverkansprocessen var inspirerad av genombrottsmetodiken som är ett beprövat arbetssätt där team varvar gemensamt arbete med förbättringsarbete på hemmaplan.

Vid kick-off-konferensen den 24 oktober 2013 visades en filmad bussresa genom olika stadsdelar i Jönköping där skillnader i hälsa illustrerades. Parametrar för bland annat andel utlandsfödda och andel förvärvsarbetande förändrades markant beroende på vilka busshållplatser som passerades. Efter konferensen samlades team från varje kommun, representanter från olika länsaktörer och civilsamhället vid tre länsdialoger för att tillsammans arbeta fram innehållet i strategi och handlingsplan. Parallellt med samverkansprocessen har varje aktör som deltagit förankrat och arbetat vidare inom sin egen organisation mellan länsdialogerna. Sektionen Folkhälsa har hållit ihop arbetet och haft kontinuerlig dialog med de olika aktörerna på olika sätt, bland annat genom lokala träffar i varje kommun. Efter länsdialogerna tillsattes en mindre arbetsgrupp med kontaktpersoner som fortsatte arbeta med strategin och handlingsplanen.

Figur 6 Samverkansprocessen illustrerad som en bussresa



Bilden visar samverkansprocessen från kick-off konferensen den 24 oktober 2013 till sista stora samverkansmötet, länsdialog 3, våren 2014.

Revideringen av handlingsplanen för 2018-2019 har pågått under 2017. Sektionen Folkhälsa har besökt kommunerna för dialog kring det fortsatta arbetet med att utjämna skillnader i hälsa, förankrat förslag i ledningssystemet för samverkan, haft avstämningar med processledare för respektive handlingsområde samt arbetsgrupperna kopplade till dessa. Avstämningar har även skett med ansvariga för den Regionala utvecklingsstrategin, Program för hållbar utveckling samt med Länsstyrelsen.

Regional strategi 2025

De mål och insatser som prioriterats i denna strategi med tillhörande handlingsplan utgår ifrån befintligt statistiskt underlag, internationella och nationella rekommendationer, forskning och beprövad erfarenhet. Detta har vägts samman med det som framkommit från länsdialoger, kontaktpersonsträffar, gruppträffar inom varje handlingsområde, kontakt med nyckelpersoner inom olika organisationer i länet samt vid uppföljningsmöten i kommunerna.

Samverkansprocessen med att ta fram en gemensam strategi för jämlik hälsa har inneburit att många har varit involverade vilket bidragit till ett stort engagemang. Flera aktörer har redan påbörjat eget arbetet med att hitta bra strukturer för att minska skillnaderna i hälsa.

Strategin vänder sig till länsövergripande och lokala aktörer samt medborgare som kan bidra till en jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län

Syftet med strategin:

1. Integrera jämlik hälsa i politiska och verksamhetsnära beslut.
2. Stärka samverkan och samlärande samt involvera medborgare i folkhälsoarbetet.
3. Rikta insatser till grupper[7] i samhället med sämre förutsättningar till ett bra liv.

Den regionala strategin innehåller övergripande mål, strategiska mål och handlingsområden samt revidering och uppföljning.

Övergripande mål till 2025

Strategin *”Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län”* tar sin utgångspunkt i att varje människa är en möjlighet. Tillsammans förbättrar vi livsvillkoren där medborgaren lever, lär, arbetar och leker. Alla medborgare ska ha bästa möjliga förutsättningar att kunna påverka sitt liv och därmed sin hälsa.

- **Livsvillkoren har förbättrats för alla invånare i Jönköpings län.**
- **Skillnaderna i hälsa har minskat mellan olika grupper.**
- **Invånarna har förbättrade förutsättningar att själva främja sin hälsa**

[7] Skillnader i hälsa mellan olika grupper definieras i den här strategin som skillnader mellan socioekonomiska (utbildningsnivå, inkomstnivå, social status) och geografiska faktorer samt de sju diskrimineringsgrunderna etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning, kön, könsöverskrivande identitet och uttryck, ålder samt funktionsnedsättning. (SKL, 2013)

Strategiska mål och handlingsområden

De övergripande målen påverkas genom arbete med strategins tre strategiska mål och nio handlingsområden, vilka är ömsesidigt beroende av varandra. Handlingsområde ett till fem är grundläggande för övriga områden och utgör ett stöd för prioritering och ledning av de handlingsområden som finns under strategiskt mål 3. Strategiskt mål 2 ska hålla samman arbetet med strategin, skapa innovativa mötesplatser och bidra till erfarenhetsutbyten. Samverkan och samlärandet ska fokusera på utmaningen att de insatser som görs faktiskt gör skillnad.

Samtliga handlingsområden och dess aktiviteter ska genomsyras av ett rättighetsperspektiv, ett normkritiskt och interkulturellt förhållningssätt och insatserna som görs ska anpassas i utformning och omfattning utifrån gruppers[8] olika behov.

Figur 7 Illustration av strategins mål och handlingsområden



Bilden illustrerar att vi tillsammans reser mot målen att förbättra livsvillkoren och minska skillnaderna i hälsa för olika grupper i samhället. De blå skyltarna visar strategiskt viktiga handlingsområden som gör det möjligt att prioritera och utveckla insatser i handlingsområde 6-9. Mötesplatserna i handlingsområde 5 håller ihop arbetet och ska bidra till bättre samverkan och samlärande.

[8] Skillnader i hälsa mellan olika grupper definieras i den här strategin som skillnader mellan socioekonomiska (utbildningsnivå, inkomstnivå, social status) och geografiska faktorer samt de sju diskrimineringsgrunderna etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning, kön, könsöverskrivande identitet och uttryck, ålder samt funktionsnedsättning. (SKL, 2013)

Strategiskt mål 1: Hållbara strukturer i styrning och ledning för en jämlik hälsa

Folkhälsa och jämlik hälsa ska ha en tydlig plats i regionala och lokala ledningsstrukturer. Organisationer ska ha strukturer, verktyg och arbetssätt som bidrar till att skapa långsiktiga förutsättningar för att minska skillnaderna i hälsa. De beslut som tas och det arbete som görs ska genomsyras av en hög grad av delaktighet.

De handlingsområden som finns under strategiskt mål 1 handlar om att påtagligt förbättra processerna för hur vi använder statistik och gör analyser, ökar medverkan från de människor som berörs av insatserna, utvecklar förmågan att leda och prioritera hälsoekonomiskt samt omsätter förbättringsarbete och forskning på ett systematiskt sätt.

Handlingsområden

1. Statistik och analys
2. Medborgarmedverkan
3. Hälsoekonomi
4. Förbättringsarbete och forskning

Strategiskt mål 2: Stärkt samverkan och samlärande regionalt och lokalt

För att öka förutsättningarna för jämlik hälsa och ett bra liv behövs bättre och effektivare samverkan och ett samlärande mellan civilsamhället, länets kommuner, Region Jönköpings län och andra länsaktörer. Samverkan ska också utvecklas till att vara mer behovsstyrd utifrån att minska skillnaderna i hälsa. Innovativa sätt att mötas för ett bättre samlärande är viktigt för att sprida goda exempel och erfarenheter i länet. Den samverkan och det samlärande som ryms inom strategiskt mål två ska ses som ett komplement till redan befintliga länsövergripande forum och nätverk för samverkan. En viktig del är att hålla ihop och följa upp arbetet och insatserna som ska genomföras under strategins tidsperiod 2016-2025. En annan viktig del är att kontinuerligt sammanfatta vilka behov som finns på lokal nivå och utifrån det samordna relevanta insatser som gör skillnad.

Handlingsområde

5. Samverkan och samlärande

Strategiskt mål 3: Jämlik hälsa och bra livsvillkor genom hela livet

Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser ska anpassas i utformning

och omfattning utifrån gruppers[9] olika behov. Det handlar om att rätt insats genomförs till rätt målgrupp vid rätt tidpunkt. För barn och unga är barnkonventionen särskilt betydelsefull där tidig upptäckt av behov hos barn är viktigt. För äldres livsvillkor och hälsa inriktas arbetet på hur vi tillsammans kan skapa förutsättningar för att fler ska få vara friska och aktiva längre upp i åldrarna. För individer i arbetsför ålder är det viktigt att få möjlighet att delta i arbetslivet efter sin egen förmåga eller att ha en annan meningsfull sysselsättning. Det är också viktigt att ha social och ekonomisk trygghet för att kunna försörja sig själv.

Samhällsplanering och insatser för att förbättra naturliga och bebyggda miljöer i människors närmiljö kan bidra till en god och jämlik hälsa i befolkningen. Tillgång till natur, parker och grönområden är viktigt för människors hälsa och välbefinnande. En meningsfull fritid och tillgång till att kunna utöva ett aktivt friluftliv är också viktiga delar.

Handlingsområden

6. Barn, unga och unga vuxnas livsvillkor och hälsa
7. Försörjning och sysselsättning
8. Samhällsplanering och närmiljö
9. Äldres livsvillkor och hälsa

Åldersintervall

Följande åldersintervall används i den här strategin:

- Barn och unga 0-17 år
- Unga vuxna 18-29 år
- Äldre 65 år och uppåt

Kommunikation som verktyg för måluppfyllelse

God kommunikation bygger på vår förmåga att förstå vad länsinvånare, medarbetare, samarbetsparter och andra intressenter behöver och vill veta. Förmågan att kommunicera är avgörande för att vi ska kunna nå strategiska mål och vision.

En allt mer digitaliserad värld i ständig förändring ställer krav på en kommunikation i ständig utveckling. Valet av innehåll, kanal och kontaktyta måste säkerställas utifrån olika målgruppers och aktörers behov. Befintliga kanal- och kommunikationsstrategier behöver omsättas i arbetet för en mer jämlik hälsa.

[9] Skillnader i hälsa mellan olika grupper definieras i den här strategin som skillnader mellan socioekonomiska (utbildningsnivå, inkomstnivå, social status) och geografiska faktorer samt de sju diskrimineringsgrunderna etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning, kön, könsöverskrivande identitet och uttryck, ålder samt funktionsnedsättning. (SKL, 2013)

Revidering och uppföljning

Strategin följs upp genom att följa ett antal indikatorer som ska ge återkoppling på att insatserna bidrar till att uppfylla de övergripande målen. Indikatorerna följs upp årligen eller så ofta som är lämpligt. Revidering av strategin görs 2025.

Handlingsplanen revideras vartannat år i dialog med regionala och lokala aktörer och genom medborgarmedverkan. Kontinuerlig uppföljning sker inom respektive handlingsområde via avstämningsrapporter som sedan utgör underlag för revideringen. Handlingsområde fem, samverkan och samlärande, håller samman det löpande arbetet inom respektive handlingsområde.

Data för att följa indikatorerna inhämtas från nationella, regionala och lokala källor. Indikatorerna kommer brytas ned på kön, ålder och socioekonomiska variabler för respektive kommun där så är möjligt och lämpligt.

Brist på tillförlitlig och tillgänglig data på gruppnivå har identifierats i framtagandet av denna strategi med tillhörande handlingsplan och är därför ett angeläget förbättrings- och utvecklingsområde. Detta medför att det under arbetets gång kan komma att läggas till indikatorer som anses vara viktiga för att kunna följa utvecklingen i hälsa och se om skillnaderna minskar.

Indikatorer för att följa det övergripande målet, ”Livsvillkoren har förbättras för alla invånare i Jönköpings län”, är:

- Andel elever i skolår 9 som är behöriga till gymnasiet
- Andel gymnasieelever som fullföljer sin utbildning inom 4 år
- Andel arbetslösa av befolkningen 16-64 år
- Andel arbetslösa av befolkningen 18-24 år
- Andel långtidssjukskrivna av befolkningen 16-64 år
- Andel invånare 0-19 år i socioekonomiskt utsatta familjer
- Anmälda våldsbrott
- Andel ekonomiskt utsatta äldre

Indikatorer för att följa det övergripande målet, ”Skillnaderna i hälsa har minskat mellan olika grupper[10]”, är:

- Återstående medellivslängd vid födseln
- Självskattat allmänt hälsotillstånd
- Andel som röker
- Andel med riskbruk av alkohol

[10] Skillnader i hälsa mellan olika grupper definieras i den här strategin som skillnader mellan socioekonomiska (utbildningsnivå, inkomstnivå, social status) och geografiska faktorer samt de sju diskrimineringsgrunderna etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning, kön, könsöverskrivande identitet och uttryck, ålder samt funktionsnedsättning. (SKL, 2013)

- Andel ungdomar som intensivkonsumerar alkohol
- Andel med övervikt och fetma
- Andel med psykisk ohälsa

Det övergripande målet ”Invånarna har förbättrade förutsättningar att själva främja sin hälsa” följs upp via en särskild redovisning av genomförda aktiviteter i samband med revideringen av handlingsplanen.

Andra strategier, program och planer som bidrar till arbetet för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län

Det finns flera initiativ, internationella, nationella och regionala strategier som bidrar till arbetet för en förbättrad och jämlik hälsa i Jönköpings län. Till dessa hör bland annat:

Internationella och nationella

Gör jämlikt- gör skillnad
Landsting, regioner och 20 kommuner har arbetat tillsammans med SKL i Samling för social hållbarhet – minska skillnader i hälsa under 2011 - 2013. Arbetet resulterade i fem rekommendationer och 23 åtgärder som bidrar till att stärka den sociala hållbarheten och minska skillnaderna i hälsa.
http://www.skl.se/download/18.60cfc024148311288823355/1409646611579/SKL+Rapport+G%C3%B6r+j%C3%A4mlikt+-+g%C3%B6r+skillnad%21+fullversion+2013.pdf

WHO: s rapport ”Closing the Gap in a generation” av Sir Michael Marmot
WHO såg de stora globala hälsoklyftorna som oacceptabla och ville ta en bred ansats för att komma tillrätta med dem. En kommission tillsattes som leddes av Marmot. Kommissionens rapport är ett av de viktigaste dokument som skrivits på hälsoområdet under de senaste decennierna. I vissa delar av världen ökar medellivslängden och folkhälsan blir bättre medan den stagnerar i andra.

Också inom länderna finns mycket stora hälsoklyftor som är nära förbundna med sociala förhållanden – hälsans sociala bestämningsfaktorer.

”Utjämna hälsoskillnaderna inom en generation- Jämlikhet i hälsa genom påverkan av de sociala bestämningsfaktorerna”
http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_swe.pdf?ua=1
(sammanfattning av rapporten på svenska)

WHO, policy och strategi Health 2020
Europaregionen inom WHO har tagit fram en policy och strategi som utgör Europas ramverk för hälsa och välmående. Det övergripande målet är att förbättra hälsan för alla och att minska ojämlikhet i hälsa.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1

”Report on health inequalities in the EU”
Rapporten redogör för EU-kommissionens åtgärder och genomförande för att minska olikheterna i hälsa i EU.
http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/report_healthinequalities_swd_2013_328_en.pdf

Malmökommissionen
Våren 2011 tillsattes en politiskt oberoende grupp med mål att ta fram strategier för att minska skillnader i hälsa hos Malmös invånare. Gruppen fick namnet Malmökommissionen. Uppdraget är att ta fram ett vetenskapligt underlag för hur Malmöbornas hälsa ska kunna förbättras långsiktigt. Rapporterna ligger till grund för politiska beslut i regionen. http://malmo.se/kommission

Regionala

Regional utvecklingsstrategi (RUS)
RUS – Regional utvecklingsstrategi för Region Jönköping » 2025, fastställdes av Regionstyrelsen den 20 juni 2013. Den regionala utvecklingsstrategin (RUS) är en vägvisare för regionens, det vill säga Jönköpings läns, samlade utvecklings- och tillväxtarbete. Strategin pekar ut vad som krävs för att Region Jönköping ska bli en framgångsrik och växande region till år 2025.

Det regionala utvecklingsarbetet och de resurser som satsas från regionen, staten och EU ska vägledas av prioriteringarna i RUS. Hänsyn ska tas till alla hållbarhetsdimensioner för en god livsmiljö, ökad jämställdhet, jämlikhet och mångfald.

Alla utvecklingsinsatser ska bidra till att förbättra möjligheterna för länets invånare att ***leva av***, d.v.s. näringslivstillväxt och fler sysselsatta, och att ***leva i***, d.v.s. inkludering och livsmiljö.
http://www.rjl.se/Om-regionen/om-organisationen/Region-Jonkopings-lans-uppdrag/RUS-regional-utvecklingsstrategi/

På väg mot jämställdhet. Strategi för jämställdhetsintegrering i Jönköpings län 2014-2018
Länsstyrelsen arbetar för jämställdhet i länet utifrån regeringens nationella jämställdhetspolitik.

Det nationella målet är att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv. Strategin anger en riktning och utgör ett stöd för länets arbete mot jämställdhet. I strategin berörs folkhälsa särskilt i fokusområdena Mäns våld mot kvinnor samt Jämställd hälsa. Strategin är framtagen av Länsstyrelsen inom ramen för Jämställdhetsrådet i Jönköpings län; ett samverkansråd med syfte att vara samordnande och pådrivande i länets jämställdhetsarbete. Rådet leds av landshövdingen och rådets ledamöter

representerar myndigheter, näringsliv och idéburna organisationer.
http://lansstyrelsen.se/jonkoping/Sv/manniska-och-samhalle/jamstalldhet/

Handikappolitiskt program Landstinget i Jönköpings län
Det handikappolitiska programmet ska se till att landstinget blir ett föredöme i arbetet med att underlätta livsvillkoren för människor med olika former av funktionsnedsättning. Helhetssyn och samordning är viktiga utgångspunkter, men det handlar också om attityder, förhållningssätt och bemötande.
http://plus.rjl.se/box_files/box38734/handikappolitiskt_program_2003.pdf

Program för hållbar utveckling 2013-2016 – utifrån ett miljöperspektiv
Region Jönköpings län arbetar för en hållbar miljöutveckling som är hälsofrämjande och jämlik med barnens bästa i centrum, agerar klimatsmart och har ett klokt resurstänkande. Det ger bra förutsättningar för en sund livsmiljö och ett bra liv i ett attraktivt län. Regionens löfte till länsinvånarna är att arbeta för en utveckling som är hälsofrämjande och att minimera påverkan på miljön.
http://www.rjl.se/Tillvaxt-och-utveckling/Miljo-och-hallbar-utveckling/

Regional kulturplan 2015-2016
Under 2014 formuleras den regionala kulturplanen 2015-2017 för Jönköpings län. Den regionala kulturplanen är ett kultur- och konstpolitiskt dokument för vad det regionala konst- och kulturlivet ska ha för inriktning de kommande tre åren. Den regionala kulturplanen för Jönköpings län är en plan för utvecklingen av kulturen i länet och hur dessa relaterar till de nationella kulturpolitiska målen.
http://www.rjl.se/Tillvaxt-och-utveckling/Kultur-i-lanet/Regional-kulturplan/

Samverkan mot våld i nära relationer i Jönköpings län 2014-2018
Inom ramen för Jämställdhetsrådet i Jönköpings län har ett stort antal aktörer tagit fram ett gemensamt underlag för samverkan mot våld i nära relationer. Syftet med samverkansplanen är att genom samverkan utveckla länets arbete mot våld i nära relationer, förbättra stödet för drabbade och förebygga våldet. Fokusgruppen våld i nära relationer, underställd Jämställdhetsrådet, kommer att vara ansvarig för genomförandet och uppföljningen av planen.
http://www.lansstyrelsen.se/jonkoping/Sv/nyheter/2014/Pages/samverkan-mot-vald-i-nara-relationer-i-jonkopings-lan-2014-2018.aspx

Insikt/Utsikt
Visionen för Insikt/Utsikt är att Jönköpings län ska vara fritt från skador av alkohol och tobak samt fritt från narkotika, dopning och missbruk och beroende av läkemedel. Arbetet med Insikt/Utsikt i Jönköpings län grundar sig på de nationella handlingsplaner som finns på alkohol- och drogområdet. Insikt/Utsikt är ett samarbete mellan Länsstyrelsen, Landstinget, Polismyndigheten, länets kommuner samt en mängd andra aktörer och frivilligorganisationer.
http://insiktutsikt.nu/wp-content/uploads/2010/04/Handlingsplan-Insikt-utsikt.pdf

Hela kedjan till företaget
En förstudie vars syfte är att kartlägga behov hos målgruppen, arbetslösa kvinnor och män 16-64 år, och arbetsgivare. Förstudien skall förbereda för att rusta hela kedjan: målgruppen, myndigheter och arbetsgivare. Resultatet skall på lång sikt medföra att arbetslösa får arbete och blir självförsörjande.
http://www.esf.se/sv/Resultat/Projektbanken/Behallare-for-projekt/Smaland-och-Oarna/Hela-kedjan-till-foretaget/

Verksamhetsplan 2015 – Samordningsförbunden i länet
Inom länet finns tre förbund för finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet. Varje förbund är bildat av Landstinget i Jönköpings län, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunerna inom förbundets område.
- *Höglandets Samordningsförbund* omfattar kommunerna Aneby, Eksjö, Nässjö, Sävsjö, Tranås och Vetlanda.
- *Finnvedens Samordningsförbund* omfattar kommunerna Gislaved, Gnosjö och Värnamo.
- *Samordningsförbundet Södra Vätterbygden* omfattar kommunerna Habo, Jönköping, Mullsjö och Vaggeryd.
www.finsamjonkopingslan.se

Strategi för integrationsarbetet i Jönköpings län 2015 – 2020
En integrationsstrategi finns framtagen av länsstyrelsen. I samband med detta bildades ett Integrationsråd i Jönköpings år 2013 som består av 28 ledamöter från myndigheter, näringsliv och idéburna organisationer. Rådet leds av Landshövdingen. Syftet med rådet är att det ska främja en samsyn samt öka samverkan och delaktighet kring integrationsarbetet genom att skapa en arena för att lyfta integrationsfrågorna, i Jönköpings län. Rådet ska vara pådrivande för ett effektivare integrationsarbete i länet, verka för att de nuvarande och kommande nationella integrationsmålen får genomslag i länet samt integrera ett mångkulturellt perspektiv i respektive verksamheter.
http://lansstyrelsen.se/jonkoping/SiteCollectionDocuments/Sv/publikationer/2015/2015-22-Integrationsstrategi-2015-2020.pdf

Primärvård inom vårdval i Jönköpings län
Regelbok för vårdval i Jönköpings län har tagits fram på uppdrag av landstingsfullmäktige. Den anger förutsättningarna för att bli godkänd och bedriva primärvård i Jönköpings län. Regelboken beskriver även vårdenheternas uppdrag utifrån Landstingets modell och mål för primärvården.
http://plus.lj.se/info_files/infosida38390/primarvard_inom_vardval_i_jonkopings_lan_2014.pdf

Hälsopolitiskt program för Jönköpings län
Region Jönköpings län har en ansvarsfull roll i att länets befolkning ska ha förutsättningar för en så god och jämlik hälsa som möjligt, fysiskt, psykiskt och

socialt. Vi samarbetar med länets kommuner, myndigheter, näringsliv, föreningsliv och andra organisationer.

År 1998 antogs ett hälsopolitiskt program av Läns-LAKO (landstings- och kommunpolitiskt samverkansorgan) som visade på olika vägar att nå de övergripande målen för jämlikhet i hälsa. En 0-vision formulerades:

- Alla medborgare skall tillförsäkras möjligheter till ett gott och aktivt liv på lika villkor.
- Ingen skall dö i förtid eller drabbas av ohälsa, sjukdom eller skada som hade kunnat undvikas.
- För kommande generationer skall hälsoarbetet ges en långsiktig och hållbar utveckling.

Programet betonar följande inriktning för ett aktivt folkhälsoarbete i Jönköpings län:
1. Främja samarbete och verka för att uppnå en helhetssyn med alla aktörer inom folkhälsoarbetet
2. Arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande för att skapa likvärdiga förutsättningar för allas hälsa i länet
3. Särskilt rikta insatserna mot grupper som är mest utsatta för hälsorisker
4. Ta initiativ till utbildnings-, forsknings- och utvecklingsinsatser inom folkhälsoområdet
5. Vidareförmedla forsknings- och utvecklingsresultat så att de bidrar till en långsiktig hållbar utveckling
6. Ta till vara och sprida erfarenheter från lokalt, regionalt, nationellt och internationellt folkhälsoarbete

Ett av målen i programmet inriktas på att varje kommun ska ha ett lokalt hälsoråd eller liknande med representanter från olika förvaltningar inom kommunen, andra offentliga organ, hälso- och sjukvården, tandvården, förenings- och näringslivet, företagshälsovård m fl. Det lokala hälsorådet skall ha ett samordningsansvar för att folkhälsofrågorna beaktas i all verksamhet och en lokal hälsoplanerare ska finnas knuten till varje råd.
http://plus.lj.se/info_files/infosida31886/halsopolitiskt_program.pdf

Nationella barnhälsovårdsprogrammet
En undersökning av Svensk Barnhälsovård 2011 visade att det förelåg stora skillnader i den svenska barnhälsovården, såsom varierat antal läkarbesök, olika metoder och olika remisskriterier. Dessutom framkom att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet fick stå tillbaka. Pågående forskning visade att barnhälsovårdens universella program nådde de flesta, men att barn med ökade behov inte fick kompensatoriska insatser (Wallby 2012). Det nya nationella barnhälsovårdsprogrammet skiljer sig från det gamla genom tydligt beskrivna universella insatser tillsammans med program för riktade insatser till alla vid behov. Viktiga perspektiv lyfts fram utifrån barnet och dess familj såsom barnets

hälsa, utveckling och livsvillkor, barnkonventionen, etik, jämlikhet, genus samt förändringar i samhällsutvecklingen.

Socialstyrelsens vägledning (2014) anger ramar för barnhälsovården medan den webbaserade Rikshandboken i barnhälsovård ger konkreta råd för arbetets utförande.
http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Oversikt/Programforklaring/

Handlingsplan för sexuell hälsa – med inriktning på ungdomar och unga vuxna i Jönköpings län
Arbetet med att förebygga hiv och andra sexuellt överförbara infektioner (STI) samt oönskade graviditeter är brett förankrat i flera specialiteter i hälso- och sjukvården. Arbetet i Region Jönköpings län utgår från länets handlingsplan för sexuell hälsa.
http://plus.lj.se/info_files/infosida32006/handlingsplan_for_sexuell_halsa_beslutad.pdf

Åtgärdsprogram för Hälsans miljömål 2016-2020
Åtgärdsprogrammet håller på att tas fram och samordnas av Länsstyrelsen. Det omfattar miljökvalitetsmålen God bebyggd miljö, Frisk luft, Giftfri miljö, Säker strålmiljö och Skyddande ozonskikt.
http://www.lansstyrelsen.se/jonkoping/Sv/publikationer/rapporter/2015/Pages/2015-37.aspx

Referenser

Bruntlandkommissionen. (1987). *Bruntlandkomissinens rapport till FN:s generalförsamling, Our Common Future.* Stockholm: Tiden.

Dahlgren G, W. M. (1991). *Policies ande strategies to promote social equity in health.* Stockholm: Institute for futures studies.

Folkhälsomyndigheten. (2014). *Årsrapport 2014.* Stockholm: Folkhälsomyndigheten.

Jacobsson, P. (u.d.). *Mot ett hållbart samhälle.* Stockholm: Kungliga tekniska högskolan.

Janlert, U. (2000). *Folkhälsovetenskapligt lexikon* (1:a uppl.). Stockholm: Natur och kultur och Statens Folkhälsoinstitut.

Landstinget. (1998). *Hälsopolitiskt program för Jönköpings län.* Jönköping: Landstinget i Jönköpings län.

Nordenfelt, L. (1991). *Livskvalitet och hälsa* (1:a uppl.). Solna: Almqvist & Wiksell förlag.

Olsson, S. (2012). *Social hållbarhet i ett planeringsperspektiv.* http://www.socialhallbarhet.se/om-social-hallbarhet/.

Qulturum Region Jönköpings län. (den 24 februari 2015). *Qulturum*. Hämtat från http://plus.rjl.se/qulturum den 24 Februari 2015

Region Jönköpings län. (den 10 Februari 2015). *Region Jönköpings län*. Hämtat från Hälsotal, Bilaga till budget 2015: http://www.rjl.se/Om-oss/Region-Jonkopings-lans-uppdrag/Budget-och-utvecklingsplaner den 10 Februari 2015

SKL. (2013). *Gör jämlikt - gör skillnad! Samling för social hållbarhet minskar skillnader i hälsa.* Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Socialdepartementet. (2000). *Hälsa på lika villkor- nationella mål för folkhälsan, SOU 2000:91.*

Socialdepartementet. (2008). *Regeringens proposition 2007/08:110 En förnyad Folkhälospolitik .* Stockholm: Regeringskansliet.

Socialstyrelsen. (2014). *Hjärtinfarkter 1990-2013.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen, S. F. (2014). *Öppna jämförelser 2014 - Folkhälsa.* Edita Bobergs AB.

solutions, S. h. (2015). *Folkhälsoekonomiska beräkningar.* http://skl.se/tjanster/kurserochkonferenser/dokumentation/alldokumentation/dokumentationinvesteraihalsavadvinnervi.4599.html: SKL.

Statens Folkhälsoinsitut. (2008). *Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland personer med funktionsnedsättning.* Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Stier, J. (2009). *Kulturmöten - en introduktion till interkulturella studier.* Lund: Studentlitteratur.

The commission on Social Determinants of Health. (2005). *Action on the social determinant of health: learning from previous experiences.* World Health Organization.

UCL, Institute of Health Equity. (2010). *Fair Society Healthy Lives: The Marmot Review.*

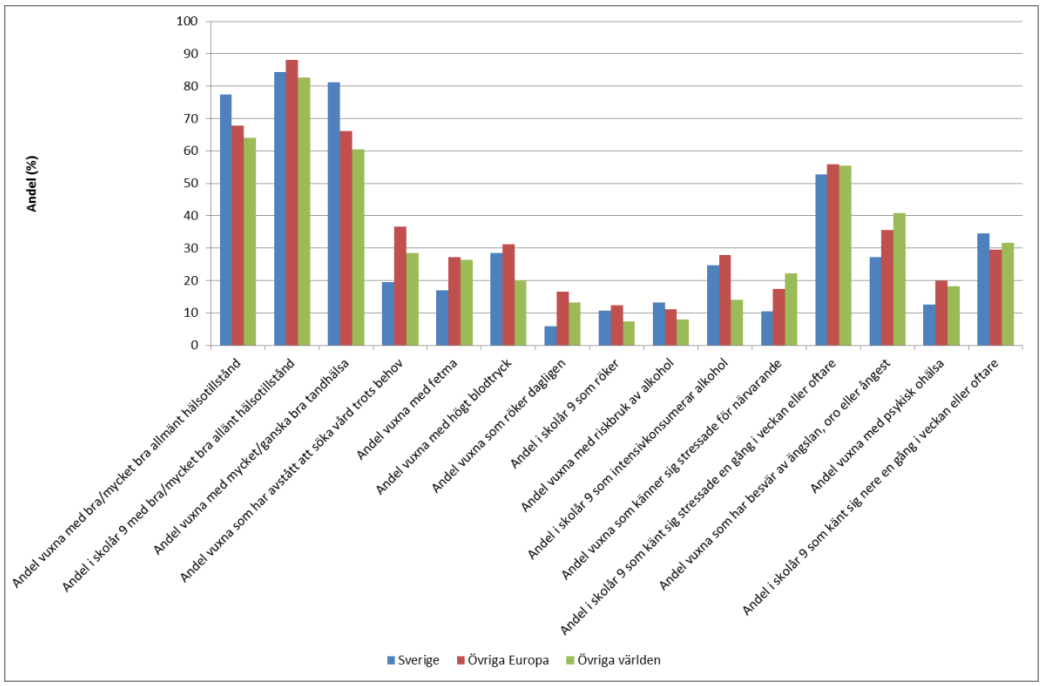
WHO. (2008). *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report .* Commission on social determinants of health.

WHO. (2012). *Health 2020.* (http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being): World health organisation Europe.

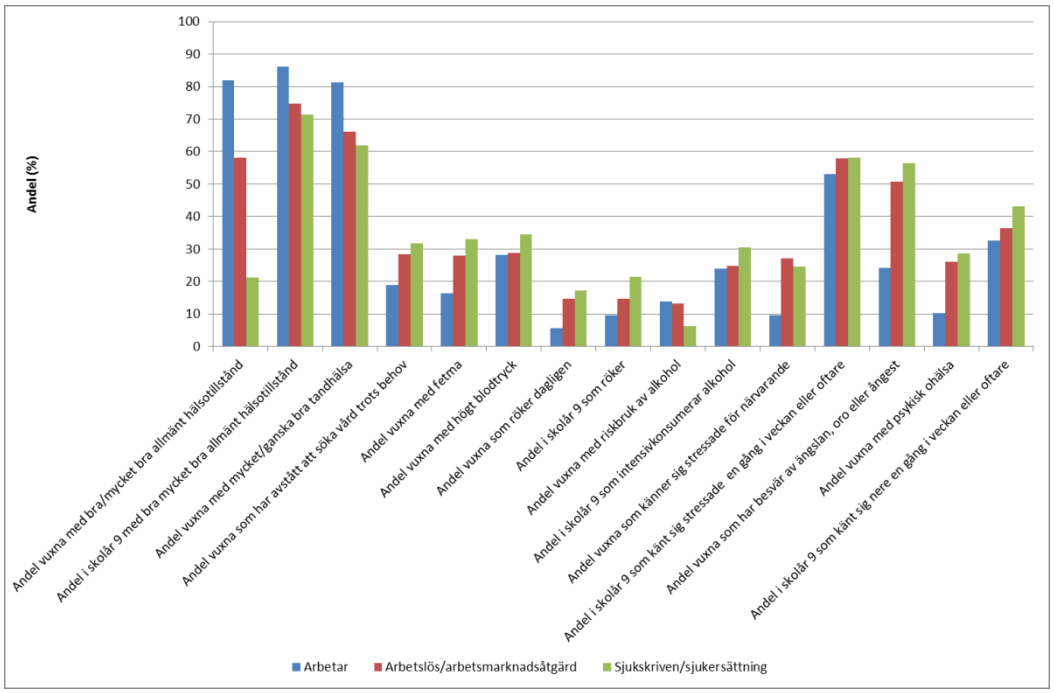
Västra Götalands Region. (2011). Hämtat från Kostnaderna för ojämlikhet i hälsa i Västra Götaland. En beräkning av vad socioekonomisk ojämlikhet kostar samhället. den 10 Februari 2015

Bilaga 1 Hälsotal utifrån födelseland, sysselsättning och utbildning

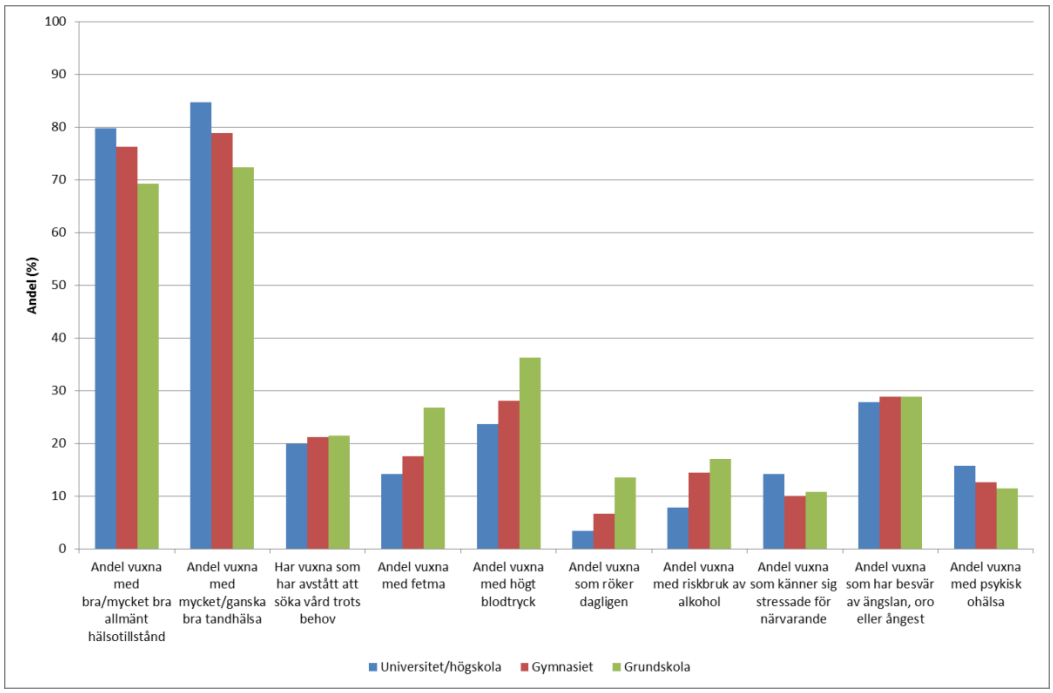
Hälsotal i procent utifrån födelseland (Sverige, övriga Europa och övriga världen)



Hälsotal i procent utifrån sysselsättning (arbetar, arbetslös/arbetsmarknadsåtgärd och sjukskriven/sjukersättning)



Hälsotal i procent utifrån utbildningsnivå (universitet/högskola, gymnasiet och grundskola)



Bilaga 2 Hälsotal fördelat per kommun, länet och riket

	Rikets/länets genomsnitt	Aneby	Eksjö	Nässjö	Sävsjö	Tranås	Vetlanda	Gislaved	Gnosjö	Vaggeryd	Värnamo	Habo	Mullsjö	Jönköping
Andel (%) barn som finns i ekonomiskt utsatta hushåll, 2010 (länet)	10,1	10,2	8,0	12,5	12,6	12,9	9,1	10,7	10,2	10,2	8,0	5,4	5,7	10,4
Andel (%) elever i skolår 9 som skolkar en gång i månaden eller oftare, 2011 (länet)	7,3	1,8	5,0	5,9	5,3	7,5	7,6	6,1	2,7	7,0	4,7	6,0	11,3	9,7
Andel (%) behöriga till gymnasiet, 2010/2011 (riket)	87,7	88,2	92,0	86,1	80,0	83,0	86,3	84,8	80,5	79,7	89,6	84,7	94,5	86,1
Ohälsotal (antal dagar) kvinnor, juli 2012 (länet)	32,9	37,9	40,1	34,7	33,7	39	34,7	33,6	30,8	29,3	25,9	29,9	41,2	32,2
Ohälsotal (antal dagar) män, juli 2012 (länet)	22,2	24,5	24,1	25,4	23,4	25,6	22,1	21,0	20,1	20,1	20,0	16,5	24,2	22,2
Våldsbrott, antal per 100 000 inv, 2011 (länet)	900	1015	787	1025	857	1115	650	780	876	650	663	454	725	1006
Tonårsaborter (-19 år), antal per 1 000 kvinnor, 2011 (länet)	13,4	16,9	12,3	9,5	10,1	18,3	9,1	9,4	11,7	20,7	13,3	2,6	7,7	16,2
Andel (%) 4-åringar med övervikt och fetma, 2009-2011 (länet)	14,1	20,5	12,7	11,8	14,3	13,6	18,1	16,7	16,6	11,3	13,8	14,0	16,6	13,2
Andel (%) vuxna som är fysiskt aktiva minst 30 min per dag, 2008-2011 (länet)	66,0	64,0	64,0	59,0	63,0	69,0	67,0	63,0	69,0	66,0	62,0	66,0	65,0	65,0
Andel (%) elever i skolår 9 som äter frukost varje vardag, 2011 (länet)	66,1	78,4	79,9	67,0	70,7	65,0	67,1	61,8	60,2	58,0	65,9	60,0	71,4	65,5
Andel (%) elever i skolår 9 som intensivkonsumerar alkohol några gånger per år eller oftare, 2011 (länet)	17,2	7,1	20,3	24,8	22,9	12,2	14,9	17,6	14,0	14,5	16,1	7,1	16,7	19,1
Andel (%) vuxna med riskbruk av alkohol, 2008-2011 (länet)	8	8	11	11	8	13	10	11	12	11	7	9	9	12
Andel (%) elever i skolår 9 som röker, 2011 (länet)	13,3	9,1	6,3	24,0	9,4	9,5	7,4	10,5	11,5	16,2	11,2	6,0	21,5	16,5
Andel (%) rökare bland gravida, 2005-2009 (riket)	6,8	9,9	8,7	8,7	6,8	10,7	5,9	11,6	10,3	8,2	8,1	6,6	10,5	5,7
Andel (%) elever i skolår 9 som mår bra eller mycket bra, 2011 (länet)	88,8	94,6	89,5	84,8	88,4	85,1	91,0	84,6	84,2	88,9	92,3	90,5	84,8	89,2
Andel (%) vuxna med bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd, 2007-2010 (länet)	72	73,0	71,0	69,0	73,0	71,0	72,0	71,0	78,0	73,0	74,0	74,0	75,0	72,0
Andel (%) kariesfria 19-åringar, 2011 (länet)	36,2	49,0	48,0	32,0	31,5	38,0	31,4	37,5	26,3	25,5	37,4	33,8	41,0	37,1

Region Jönköpings län

Region Jönköpings län

2021-11-17

2020/2857

Regionledningskontoret
Folkhälsa

Handlingsplan jämlik hälsa 2022-2023, till strategin Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län 2016-2025

Regionledningskontoret
Folkhälsa sjukvård
Box 1024
554 51 Jönköping

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

Organisationsuppgifter
Bankgiro: 5216-2849
Orgnr: 232100-0057

Handlingsplanen jämlik hälsa med aktiviteter är framtagna i samverkan med representanter från olika regionaktörer, länets kommuner, myndigheter, organisationer, civilsamhället och invånare.

Strategins övergripande mål med dess handlingsplan omsätts i kommunernas ordinarie verksamheter till verksamhetsnära, lokalt folkhälsoarbete, som kommer kommuninvånarna till gagn.

Handlingsplanens syfte

Syftet med handlingsplanen är att i samverkan genomföra aktiviteter som bidrar till att nå de övergripande målen i strategin. Under år 2023 följs handlingsplanen upp och revideras inför kommande tvåårsperiod som också är den sista innan strategin löper ut år 2025.

Handlingsplanen ska genom de aktiviteter den innehåller, bidra till att minska skillnader i hälsa samt att skapa en förbättrad folkhälsa.

Strategin för jämlik hälsa 2016-2025

Med strategin som kompass ska en jämlik hälsa integreras i politiska och verksamhetsnära beslut, samverkan och samlärande för folkhälsoarbete ska stärkas och insatser ska riktas till de grupper i samhället som har sämre förutsättningar till hälsa.

Tillsammans behöver vi förbättra livsvillkoren för att alla ska få bästa möjliga förutsättningar att kunna påverka sitt liv och sin hälsa. Strategin *Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län 2016-2025* [1]övergripande mål är:

- Livsvillkoren har förbättrats för alla invånare i Jönköpings län.
- Skillnaderna i hälsa har minskat mellan olika grupper.
- Invånarna har förbättrade förutsättningar att främja sin hälsa.

För att nå de övergripande målen har strategin delats upp i tre strategiska mål och nio handlingsområden som återfinns i handlingsplanen jämlik hälsa:

Strategiskt mål 1: Hållbara strukturer i styrning och ledning för jämlik hälsa
Handlingsområde 1: Statistik och analys
Handlingsområde 2: Invånarmedverkan[2]
Handlingsområde 3: Hälsoekonomi

[1] Läses i sin helhet på utvecklingswebben, www.utveckling.rjl.se
[2] Begreppet ändrades i revideringen i handlingsplanen från medborgarmedverkan, vilket efterfrågats från olika håll. Begreppet invånarmedverkan ses som mer inkluderande och medborgarmedverkan används framförallt med koppling till den politiska processen, t ex medborgardialog.

Handlingsområde 4: Förbättringsarbete och forskning

Strategiskt mål 2: Stärkt samverkan och samlärande regionalt och lokalt
Handlingsområde 5: Samverkan och samlärande

Strategiskt mål 3: Jämlik hälsa och bra livsvillkor genom hela livet
Handlingsområde 6: Barn, unga och unga vuxnas livsvillkor och hälsa
Handlingsområde 7: Försörjning och sysselsättning
Handlingsområde 8: Samhällsplanering och närmiljö
Handlingsområde 9: Äldres livsvillkor och hälsa

Handlingsområdena 1 till 5 lägger grunden för de övriga områdena. De skapar förutsättningar och utgör ett stöd för urval och styrning av aktiviteter som finns inom handlingsområde 6 till 9.

Handlingsplanen 2022-2023 utgår från de nio handlingsområdena vars aktiviteter ska bidra till att uppfylla de strategiska målen och slutligen, sammantaget, påverka strategins övergripande mål.

Länets kommuner kan med strategins vägledning bryta ner målen och anpassa dem till varje enskild kommuns förutsättningar och aktiviteter.

Strategiskt mål 1: Hållbara strukturer i styrning och ledning för jämlik hälsa

Handlingsområde 1: Statistik och analys

För att leda utvecklingen mot en jämlik hälsa och social hållbarhet behövs kunskap om hälsoläget, hälsans bestämningsfaktorer och dess fördelning i befolkningen. Vidare behövs kunskap om befolkningens sammansättning på länsnivå, kommun- och kommundelsnivå.

Syftet med handlingsområdet är att skapa och upprätthålla en bra struktur för samverkan kring statistik, analys och undersökningar i Jönköpings län. Resultat och publikationer ska finnas lättillgängliga för beslutsfattare och medarbetare inom Region Jönköpings län, länets kommuner, länsövergripande organisationer samt för länsbor

Tabell 1

Mål	Aktivitet	Uppföljning av aktivitet	Samordningsansvarig och samverkansparter
Högre kompetens och större användande av befintliga datakällor hos tjänstepersoner i Regionen och kommunerna	Ta fram digital utbildning i relevanta databaser och plattformar.	Framtagen utbildning	Samordningsansvar: Sektion Folkhälsa Samverkansparter: Kommunikationsavdelningen Regional utveckling
	Marknadsföra befintliga utbildningar, lathundar med mera.	Antal som genomgått den digitala utbildningen Antal visningar av marknadsförda utbildningar	Samordningsansvar: Sektion Folkhälsa Samverkansparter: Kommunikationsavdelningen
Kunskapsunderlag kring hälsoläget i länet med fokus på jämlik hälsa är framtagna och tillgängliga, genom analyser på befintliga datamaterial	Årlig uppföljning av indikatorerna som är kopplade till Strategin om jämlik hälsa	Publicerade kunskapsunderlag	Samordningsansvar: Sektion Folkhälsa Samverkanspart: Regional utveckling
	Arbeta med ytterligare analyser av Folkhälsoenkät Ung	Publicerade analyser av Folkhälsoenkät Ung	Sektion Folkhälsa
	Ta fram kunskaps-underlag baserad på	Framtaget kunskaps-underlag	Sektion Folkhälsa

	”Hälsa på lika villkor”	baserat på ”Hälsa på lika villkor”	
	Arbeta med att få tillgång till visualiserings-verktyg som medger jämförelser över tid samt av olika grupper, åldersgrupper, kön, geografiska områden	Visualiserings-verktyg aktivt används	Sektion Folkhälsa
Uppföljning är en integrerad del av arbetet med jämlik hälsa	Arrangera workshops till stöd för att tänka och öva uppföljning i specifika aktiviteter kopplat till handlingsplanen, samt ge stöd i val indikatorer och mått	Genomförda workshops och tillgänglighet till stöd. Årligen efterfråga antal aktiviteter i handlingsplanen som har uppföljning i sin struktur.	Sektion Folkhälsa

Handlingsområde 2: Invånarmedverkan

Invånarmedverkan handlar ytterst om demokrati och människors möjligheter att vara medbeslutande kring sitt eget liv. Att kunna påverka tillvaron, att ha makt över sin vardag och känna sig delaktig i samhället är en betydelsefull faktor för hälsan. För att uppnå en mer jämlik hälsa är det av stort värde att även involvera personer som annars har svårt att göra sin röst hörd i samhället. Insatser som utformas i samverkan mellan profession och de man är till för, är ofta effektivare och leder till större delaktighet och nöjdhet.

Syftet med handlingsområdet är att skapa förutsättningar för delaktighet, för både verksamheter i sina utvecklings- och förbättringsarbeten, och för invånaren att vara delaktig i projekt eller insatser som berör vardagsliv och hälsa.

Tabell 2

Mål	Aktivitet	Uppföljning av aktivitet	Samordnings-ansvar och samverkans-parter
Personer som leder projekt eller initierar insatser har kompetens (kunskap, kännedom och praktiskt stöd) kring metoder och arbetssätt för att involvera invånaren	Utveckla och sprida befintlig webbsida om metodstöd för invånarmedverkan genom att: • Förbättra tillgänglighet och kännedom om hemsida. • Säkerställa och upprätthålla kvaliteten i presenterade metoder. Erbjuda kontaktperson till varje metodstöd. • Omvärldsbevaka och komplettera med eventuellt nya metodstöd. • Sprida kunskap om invånarmedverkan och metodstöd vid och inför konferenser/ utbildningar	Statistik, antal besök på hemsida Avstämning halvårsvis med kontaktpersoner för respektive metodstöd.	Samordnings-ansvar: Sektion Folkhälsa Samverkansparter: Kommunal utveckling, Regional utveckling, Qulturum, Jönköping Academy, Länsstyrelsen Invånare adjungeras
Minst en aktivitet per år inom varje handlingsområde 6-9 ska ha inkluderat invånarmedverkan i planerad och	Ta fram checklista för att säkerställa att invånaren är inkluderad i tänkt förändrings-arbete. Sprida och erbjuda stöd i användandet av checklista.	Antal aktiviteter som inkluderar invånar-medverkan i utvecklings-arbete/år	Sektion Folkhälsa

genomförd aktivitet.		Årligen efterfråga antal aktiviteter i handlingsplanen som har inkluderat invånarmedverkan.	

Handlingsområde 3: Hälso- och samhällsekonomi

För att leda en strategisk utveckling mot social hållbarhet och en jämlik hälsa behövs kunskap och samsyn, dels om det ekonomiska perspektivet på hållbar utveckling, dels vad ojämlikhet och utanförskap kostar både ekonomiskt och i mänskligt lidande. Vidare behövs kunskap och samsyn om etablering av hållbara strukturer och system för systematiska uppföljningar och hälsoekonomiska utvärderingar som visar på olika insatsers kostnadseffektivitet.

Syftet med handlingsområdet är att öka kunskapen om värdet av tidiga sociala insatser, samt betydelsen och vikten av systematiska effektmätningar och hälsoekonomiska utvärderingar bland beslutsfattare och medarbetare.

Tabell 3

Mål	Aktivitet	Uppföljning av aktivitet	Samordningsansvarig och samverkansparter
Högre kompetens om behovet av kontinuerlig insamling av data för att möjliggöra effekt-mätningar bland tjänstepersoner i Regionen och kommunerna	Dialogseminarier kring systematiska uppföljningar och hälsoekonomiska utvärderingar av folkhälsoinsatser	Antal genomförda dialogseminarier	Samordningsansvarig: Sektion Folkhälsa Samverkansparter: Jönköping Academy, Futurum, Kommunal utveckling, Regional utveckling, Länsstyrelsen
Påbörja minst en hälsoekonomisk utvärdering av insatser som kan bidra till en jämlik hälsa.	Kartlägga vilka insatser som pågår/planeras för att fatta beslut om behov/möjlighet till hälsoekonomisk utvärdering.	Genomförd kartläggning	Samordningsansvarig: Sektion Folkhälsa Samverkansparter: Kommunal utveckling, Regional utveckling, Futurum, Länsstyrelsen
	Genomföra beräkning i samverkan med berörda aktörer.	Antal genomförda hälsoekonomiska analyser och utvärderingar.	Samordningsansvarig: Sektion Folkhälsa Samverkansparter: Kommunal utveckling, Regional utveckling, Futurum

Handlingsområde 4: Forskning och förbättringsarbete

Arbetet för en god och mer jämlik hälsa behöver i ännu större utsträckning kombineras med systematiskt förbättringsarbete och forskning samt ske i samskapande mellan de som berörs. Stöd i detta arbete finns på många håll i länet i t ex Kommunal utveckling, Jönköping Academy, Qulturum, Futurum och i kommunerna.

Syftet med detta handlingsområde är att forskning och förbättringsarbete systematiskt bidrar till en god och mer jämlik hälsa för invånare i Jönköpings län. Detta innebär att förbättringsarbete och forskning integreras i arbetet för jämlik hälsa och satt jämlikhetsperspektivet blir tydligt i de förbättringsarbeten och den forskning som genomförs.

Tabell 4

Mål	Aktivitet	Uppföljning av aktivitet	Samordningsansvarig och samverkansparter
Fler pågående förbättringsarbeten och forskningsstudier inom Jönköpings län inkluderar för arbetet/studien relevanta jämlikhetsaspekter	Kartlägga i vilken utsträckning som jämlikhetsaspekter i nuläget inkluderas i pågående förbättringsarbeten och forskningsstudier. Utforska vilket insatser som behövs för att öka inkluderingen av jämlikhetsaspekter i pågående förbättringsarbeten och forskningsstudier och utveckla former för att ge detta stöd.	Resultat av genomförd kartläggning.	Samordningsansvarig: Sektion Folkhälsa Jönköping Academy Samverkanspart: Qulturum, Futurum, Kommunal Utveckling, Regional utveckling,
Minst en forsknings-studie med avsikt att belysa jämlik hälsa för invånare i Jönköpings län har startat senast 2023-12-31	Kartlägga vilka insatser som pågår/planeras där det finns behov och möjlighet till följeforskning samt vid behov prioritera bland dessa. Genomföra forskningsstudie/er i samverkan med berörda aktörer.	Resultat av genomförd kartläggning	Samordningsansvarig: Sektion Folkhälsa, Samverkansparter: Kommunal utveckling, Jönköping Academy, Qulturum, Futurum, Kommunal Utveckling, Sektion Folkhälsa

Strategiskt mål 2: Stärkt samverkan och samlärande regionalt och lokalt

Handlingsområde 5: Samverkan och samlärande

En grundförutsättning för ett fungerade folkhälsoarbete är en aktiv och behovsinriktad samverkan mellan aktörer som Länsstyrelsen, Kommunal utveckling, Region Jönköpings län, länets kommuner och civilsamhället.

För att få genombrott i de samlade aktiviteterna behövs en gemensam avstämningsstruktur där fokus är på om de samlade insatserna gör skillnad.

Syftet med detta handlingsområde är att stödja former för en behovsstyrd samverkan utifrån målet jämlik hälsa. De uppmuntrar även att pröva nya former av mötesplatser och forum för samlärande så att goda erfarenheter får bättre spridning i länet.

Tabell 5

Mål	Aktivitet	Uppföljning av aktivitet	Samordningsansvarig och samverkansparter
Driva och delta i behovsstyrda regionala forum för samlärande och samskapande kring jämlik hälsa och social hållbarhet	Utarbeta och sprida koncept som bidrar till jämlik hälsa utifrån genomförda förbättringsarbeten från *Bästa platsen att växa upp leva och bo på*.	Antal framtagna koncept och spridning i antal kommuner	Samordningsansvarig: Strategigrupperna kopplade till ledningssystemet för kommunerna och Regionen Samverkansparter: Qulturum, Kommunal utveckling Folkhälsa
	Leda och delta i möten och aktiviteter med den regionala samordningsgruppen inom social hållbarhet i Jönköpings län.	Medverkat i antal möten och aktiviteter	Samordningsansvarig: Länsstyrelsen Samverkansparter: Regional utveckling, Sektion Folkhälsa, Kommunal utveckling Qulturum
	Delta i analysgruppen inom Forum för social hållbarhet i Jönköpings län för analys av samhällsutmaningar i Jönköpings län.	Antal framtagna analysunderlag	Samordningsansvarig: Länsstyrelsen Samverkansparter: Regional utveckling, Kommunal utveckling, Sektion Folkhälsa, Qulturum

Förbättrad spridning av goda exempel och erfarenheter med koppling till strategi och handlingsplan	Ta fram och synkronisera kommunikationsplan för handlingsplanen som syftar till spridning av goda exempel och erfarenheter	Framtagen kommunikationsplan och genomförda aktiviteter	Sektion Folkhälsa
	Upprätthålla strukturer för avstämning av aktiviteter i handlingsplanen, med arbetsgrupper och samordningsansvariga, samt möjliggöra samlärande.	Fungerande tertial-uppföljningar	Sektion Folkhälsa

Strategiskt mål 3: Jämlik hälsa och bra livsvillkor genom hela livet

Handlingsområde 6: Barn, unga och unga vuxnas livsvillkor och hälsa

Hälsosituationen för barn och unga i Sverige är i flera avseenden de bästa i världen samtidigt finns relativt stora och i vissa fall växande skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället. Att ge barn och unga en bra start i livet utifrån goda förutsättningar i samhället är en av de mest betydelsefulla vägarna mot social hållbarhet och minskade skillnader i hälsa. Aktiviteter som beskrivs i detta handlingsområde är anpassade efter framtagna riktlinjer och mål i den regionala ledningsstrukturen för barn och unga, *Strategigrupp barn och unga*, och har Barnkonventionen som grund.

Syftet med handlingsområdet är att stärka alla barn och ungdomars möjligheter till bästa hälsa. Samverkan mellan olika verksamheter som möter barn och unga är en förutsättning för att kunna tillgodose alla barns behov, såväl fysiskt, psykiskt och socialt som existentiellt.

Tabell 6

Mål	Aktivitet	Uppföljning av aktivitet	Samordningsansvarig och samverkansparter
Förbättra barn och ungas år hälsa med 2 procentenheter per år, fram till och med 2023	Samverkan för utveckling och spridning av föräldraskapsstöd i grupp på familjecentralerna för föräldrar med utländsk bakgrund, samt pappagrupper via hälsokommunikatörerna.	Antal föräldra-stöd och pappagrupper som kommit igång på familjecentraler	Samordningsansvarig: Kommunal utveckling Samverkansparter: Länsstyrelsen, Sektion folkhälsa
	Fortsatt spridning av *En förälder blir till*	Antal familje-centraler som arbetar utifrån konceptet *En förälder blir till*	Samordningsansvarig: Kommunal utveckling Samverkansparter: Sektion folkhälsa, Länsstyrelsen
	Utökade hembesöksprogram inom BHV och/eller i samverkan med kuratorer/socialtjänsten på familjecentralen	Andel gemensamma hembesök	Samordningsansvarig: Barnhälsovården och socialtjänsten
	Utveckla Språklust genom riktad samverkan mellan bibliotek och öppna förskolan på familjecentraler för att främja språkutveckling och bokläsning.	Antal bibliotek, familjecentraler i berörda områden som deltar.	Samordningsansvarig: Regionbiblioteket, Samverkansparter: Folkhälsa och sjukvård, Kommunal utveckling

	Utveckla barnbiblioteket Glänta som en plats för barn och unga att besöka då de är patient, nära anhörig eller närstående på Höglandet- och Värnamo sjukhus.	Gläntan på plats	Styrgruppen för Gläntan
	Utveckling av Sagoslingan i Jönköping, Värnamo och Höglandet.	Sagoslingan på plats	Styrgruppen för Gläntan
	Ta fram kompetens-utvecklande insatser samt arbetssätt för att förbättra hälsan hos placerade barn och unga	Antal framtagna insatser och arbetssätt	Samordningsansvarig: Kommunal utveckling Samverkansparter: Region Jönköpings län genom Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning
	Sprida utvärderade metoder för förbättrad hälsa hos unga baserat på insamlad hälsodata. Arbetet med psykisk hälsa är särskilt prioriterat.	Spridning av metoder och antal kommuner	Samordningsansvarig: Sektion folkhälsa, Samverkansparter: Kommunal utveckling, Länsstyrelsen, elevhälsa/skola, ungdomsmottagning
	Genomföra insatser för att öka förtroendet för ungdomsmottagningen hos vårdnadshavare med fokus utrikesfödda.	Antal genom-förda aktiviteter, kommun	Samordningsansvarig: Kommunal utveckling, Samverkansparter: Sektion folkhälsa

Handlingsområde 7: Försörjning och sysselsättning

Ekonomisk trygghet är en central faktor för ett bra liv och god hälsa. För att uppnå det strategiska målet jämlik hälsa och bra livsvillkor genom hela livet, krävs insatser som främjar livslångt lärande, självförsörjning och meningsfull sysselsättning.

Arbetsgivarnas krav på såväl utbildning som erfarenhet ökar, vilket tenderar att försvåra för vissa grupper att komma in på, eller återgå till arbetsmarknaden. Exempel på grupper är utrikesfödda, personer med låg utbildning, långtidssjukskrivna, personer med funktionsnedsättning och unga som hoppar av skolan i förtid.

Därför måste olika aktörer samverka och samordna insatser för att kunna möta individens olika behov. Syftet med handlingsområdet är att fler ska få möjlighet och förutsättningar för en meningsfull sysselsättning och självförsörjning.

Tabell 7

Mål	Aktivitet	Uppfölj-ning av aktivitet	Samordningsansvarig och samverkansparter
Anpassa arbetssätt utifrån BIP[3] forskning	Utbildning som bidrar till att öka kunskap inom området BIP forskningen.	Genomförda utbildningar, antal del-tagande verksamheter	Samordningsansvarig: Samordningsförbunden i länet, Samverkansparter: Samordningsförbunden i länet, Kommunal utveckling, Regional utveckling, Sektion Folkhälsa
Spridning av bra arbetssätt och modeller som stödjer jämlikhet, egenmakt och hälsa	Fortsatt spridning av hälsofrämjande insatser såsom självhjälpsgrupper, more to life-samtalscafé mm. Pröva att rikta vissa av dessa metoder till personer inom kommunalt aktivitetsansvar, vård- och omsorgscollege, teknikcollege, Ung Företagsamhet mm.	Spridning i antal kommuner och verksamheter	Samordningsansvarig: Sektion Folkhälsa Samverkansparter: Qulturum, Regional utveckling, Kommunal utveckling, Ung Företagsamhet Jönköpings län, Länets kommuner
	Fortsatt genomförande av hälsoskolor riktad till personer inom	Spridning i antal kommuner,	Samordningsansvarig: Sektion Folkhälsa Samverkansparter:

[3] BIP forskning, Beskaeftigelses (sysselsättnings-) indikator projekt. Forskning om vilka faktorer som är viktiga för att hjälpa personer i utanförskap till sysselsättning, studier och arbete.

	kommunernas etableringsinsatser.	antal deltagare	Länets kommuner, t ex genom arbetsmarknadsavdelning

Handlingsområde 8: Samhällsplanering och närmiljö

Samhällsplanering och närmiljö spelar en central roll för befolkningens hälsa och är en viktig utgångspunkt i arbetet för en jämlik hälsa. Boendet har en grundläggande betydelse för människors hälsa och välbefinnande och det är också viktigt att skapa delaktighet bland invånarna i den samhällsplanering som görs. En hälsobefrämjande och stimulerande boendemiljö t.ex. naturupplevelser, trivsel, lek och rekreation och varierat utbud av bostäder, arbetsplatser, service och kultur kan bidra till grundläggande förutsättningar för hälsa och social hållbarhet med integration, trygghet och jämlikhet.

För att uppnå det strategiska målet jämlik hälsa och bra livsvillkor genom hela livet, krävs insatser som främjar en hälsofrämjande, trygg och inkluderande närmiljö och en samhällsplanering som bidrar ett bra liv i en attraktiv region. Utvecklingsarbete inom samhällsplanering och närmiljö har gemensamma utmaningar med andra områden, vilket förutsätter samverkan. Dessa finns beskrivna i andra program och strategier, såsom; Regional utvecklingsstrategi 2020-2033[4] och framtagandet av en regional cykelstrategi. Länsstyrelsen samordnar åtgärdsprogram för Hälsans miljömål[5], minskad klimatpåverkan samt Regional handlingsplan[6] och åtgärdsprogram för grön infrastruktur.

Syftet med handlingsområdet är att i samverkan med berörda aktörer genomföra insatser inom samhällsplanering och närmiljö som bidrar till ett bra liv och jämlik hälsa i en attraktiv region.

Tabell 8

Mål	Aktivitet	Uppföljning av aktivitet	Samordningsansvarig och samverkansparter
Ökade möjligheter till en meningsfull och aktiv fritid för alla oavsett, ålder, könstillhörighet, bakgrund och förutsättningar	Starta Allaktivitets-hus i bostadsområden med störst behov, i minst två kommuner	Antal kommuner som startat Allaktivitetshus Löpande uppföljning i befintliga strukturer	Samordningsansvar: Kommunal utveckling Sektion folkhälsa Samverkanspart: Olika sektorer och aktörer inom det offentliga och det civila samhället
	Sprida och etablera ”Prova-på- kort-rörelse”, som delas ut	Antal barnhälsovårds-enheter som erbjuder	Samordningsansvar: RF SISU Småland Sektion Folkhälsa

[4] Läses i sin helhet på www.rjl.se
[5] Läses i sin helhet på www.lansstyrelsen.se/jonkoping
[6] Läses i sin helhet på www.lansstyrelsen.se

	vid 5-årsbesök i barnhälsovården, i länet.	”Prova-på kort-rörelse” vid 5-årsbesöket.	Samverkanspart: Barnhälsovården

Handlingsområde 9: Äldres hälsa och livsvillkor

Statistik visar att befolkningen blir äldre och äldre, detta innebär nya utmaningar för samhället. För att möta utmaningarna och stärka äldres förutsättningar att stärka äldres förutsättningar att själv främja sin hälsa behövs ökad kunskap om äldres livsvillkor med fokus på hälsofrämjande insatser.

Aktiviteter som beskrivs i detta handlingsområde är anpassade efter framtagna riktlinjer och mål i den regionala ledningsstrukturen för äldre, *Strategigrupp äldre*.

Syftet med handlingsområdet är främja jämlik hälsa och goda livsvillkor för äldre och skapa förutsättningar för bästa platsen att åldras på. Det görs bland annat genom är att utveckla metoder och arbetssätt som underlättar för den äldre att själv förbättra och behålla sin hälsa. Det handlar också om att omsätta evidensbaserade verktyg och metoder för att nå genomslag.

Tabell 9

Mål	Aktivitet	Uppföljning av aktivitet	Samordningsansvarig och samverkansparter
Ökad användning av evidensbaserade metoder samt utveckla aktiviteter som gynnar äldres hälsa.	Kartlägga ohälsosamma levnadsvanor i målgrupp 70 för att identifiera områden där det finns ett behov av riktade insatser.	Kartläggning genomförd	Sektion Folkhälsa Futurum
	Ta fram metodstöd levnadsvanor äldre Spridning av framtagna koncept/metoder i den seniora befolkningen	Framtaget koncept/metod	Sektion Folkhälsa Futurum
	Starta upp ett lärande nätverk tillsammans med pensionärsföreningarnas hälsoombud. Tillsammans med ombuden utveckla ett koncept med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande aktiviteter.	Nätverk etableras under hösten 2021. Koncept tas fram under 2022	Sektion Folkhälsa Länspensionärsföreningar Studieförbund
	I samverkan mellan offentlig verksamhet och civilsamhälle initiera och stimulera och öka antalet	Mätetal som tas fram tillsammans med strategigrupp äldre	Sektion Folkhälsa Qulturum Kommunal utveckling

	aktiviteter i länets kommuner som långsiktigt skapar förutsättningar till en bättre hälsa.		
Motverka ofrivillig ensamhet	Sprida och utveckla KulturLust	Enkät deltagare	Sektion Folkhälsa Kommunerna i länet Frivilligorganisationer Kultur och Fritid
	Sprida existentiella samtalsgrupper för personer i eget boende och särskilt boende (SÄBO)	Enkät deltagare	Sektion Folkhälsa Arbetsgrupp till Strategigrupp Äldre Studieförbund
Motverka stillasittande och initiera fysisk aktivitet riktat till utrikesfödda seniorer	Ta fram koncept med aktiviteter som är framgångsrika och hållbara för målgruppen. Sprida i minst två kommuner.	Gruppverksamhet med enkätuppföljning nuläge – avslut – 6 mån efter avslut	Sektion Folkhälsa RF Sisu

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 1-20

Tid: 2022-01-11 kl. 08:30

Plats: Digitalt

§ 10

Remiss - Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården

Diarienummer: RJL 2021/2046

Beslut

Presidiet föreslår nämnden

- Godkänna föreliggande yttrande som svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerat förslag *Uppföljning av primärvård och omställning till en mer nära vård, deluppdrag 1 – nationell insamling av registeruppgifter från primärvården (S2019/030056)*.

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2021-12-21
- Förslag till yttrande daterat 2022-01-25
- Remiss - Uppföljning av primärvård och omställning till en mer nära vård, deluppdrag 1 - nationell insamling av registeruppgifter från primärvården (S2019/03056)

Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Uppföljning av primärvård och omställning till en mer nära vård, deluppdrag 1 - nationell insamling av registeruppgifter från primärvården (S2019/03056)

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 förslag *Uppföljning av primärvård och omställning till en mer nära vård, deluppdrag 1 – nationell insamling av registeruppgifter från primärvården (S2019/030056)*.

Region Jönköpings län anser att den föreslagna rapporteringen av uppgifter från primärvården är viktig och skapar förutsättningar för ett bredare underlag för uppföljning och bidrar därutöver till en helhetsbild utifrån aspekterna jämlik och säker vård. Region Jönköpings län ställer sig därför positiv till den föreslagna rapporteringen av primärvårdskontakter till patientregistret.

Information i ärendet

Inom hälso- och sjukvården pågår en reform med en förflyttning från sjukhustung vård till en mer nära vård där primärvården ska utgöra navet. I den statliga utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S2017:01) betonas vikten av att kunna följa primärvårdens insatser på nationell nivå. Vidare lyfts avsaknaden av ett nationellt register med uppgifter från primärvården fram som problematiskt. Nationella hälsodataregister gör det möjligt att bland annat utvärdera vårdens innehåll, jämlikhet och tillgänglighet, samt ger ett bättre underlag för exempelvis forskning, uppföljning och för vårdgivarnas systematiska kvalitetsarbete. Socialstyrelsen har utrett juridiska förhållanden och andra viktiga förutsättningar för insamling av de uppgifter myndigheten anser nödvändiga avseende vårdkontakter i primärvården. Myndigheten har bedömt att den föreslagna utökningen av registret är förenligt med grundlagens bestämmelser och med regelverken avseende sekretess och dataskydd.

Socialstyrelsen föreslår att följande uppgifter från primärvården ingår i ett utvidgat

nationellt patientregister:

- patientens personnummer, kön och födelseår
- folkbokföringsort
- födelseort
- datum och tid för primärvårdskontakt
- form av primärvårdskontakt
- planerad vårdkontakt
- remiss och remitterande vårdenhet
- utförande vårdenhet
- diagnos
- yttre orsak till sjukdom eller skada
- funktionstillstånd
- åtgärd
- läkemedel
- yrkeskategori.

Uppgiftsskyldigheten föreslås gälla personal som utför självständigt hälso- och sjukvårds- samt omsorgsarbete i primärvården och beröra verksamheter i såväl offentlig som privat regi. Såväl fysiska som digitala vårdkontakter omfattas av förslaget.

Utifrån hälso- och sjukvårdslagens definition av primärvård har Socialstyrelsen begränsat omfattningen av det som i den här rapporten avses utgöra primärvård till att inkludera vårdcentraler, hemsjukvård (insatser som delvis eller helt sker under regionens ansvar), läkarinsatser på SÄBO, barnavårdscentraler, mödravårdscentraler, närakutmottagningar, husläkarjourer, medicinsk fotvård samt primärvårdsrehabilitering.

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2021-12-21
- Förslag till yttrande daterat 2022-01-25
- Remiss - Uppföljning av primärvård och omställning till en mer nära vård, deluppdrag 1 - nationell insamling av registeruppgifter från primärvården (S2019/03056)

Beslut skickas till

Socialdepartementet
Folkhälsa och sjukvård

REGIONLEDNINGSKONTORET

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anette Peterson
Hälso- och sjukvårdsstrateg

Socialdepartementet

Uppföljning av primärvård och omställning till en mer nära vård, deluppdrag 1 - nationell insamling av registeruppgifter från primärvården (S2019/03056)

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerade *Uppföljning av primärvård och omställning till en mer nära vård, deluppdrag 1 – nationell insamling av registeruppgifter från primärvården (S2019/030056)*.

Sammanfattning

Region Jönköpings län anser att den föreslagna rapporteringen av uppgifter från primärvården är viktig och skapar förutsättningar för ett bredare underlag för uppföljning och bidrar därutöver till en helhetsbild utifrån aspekterna jämlik och säker vård. Region Jönköpings län ställer sig därför positiv till den föreslagna rapporteringen av primärvårdskontakter till patientregistret.

Synpunkter på förslaget

I patientregistret finns i dagsläget uppgifter om alla avslutade vårdtillfällen samt genomförda läkarbesök i specialiserad vård inklusive akuta vårdbesök. Registret innehåller även uppgifter om patienter som vårdats i psykiatrisk tvångsvård. Detta innebär att registret enbart innehåller information om en avgränsad del av hälso- och sjukvården. Region Jönköpings län instämmer i att en utökning med uppgifter från primärvården kompletterar informationen och skapar förutsättningar för ett bredare underlag för uppföljning och bidrar därutöver till en helhetsbild utifrån aspekterna jämlik och säker vård.

Synpunkter och kommentarer på föreslagna uppgifter framgår nedan.

- Patientens personnummer, kön och födelseår, folkbokföringsort, födelseort
  Kommentar: Uppgifterna bedöms relevanta. Personnummer för att kunna sammanföra information från olika register och övriga uppgifter kopplade till möjligheten att följa upp förutsättningar för en jämlik och rättvis vård. Samtliga uppgifter är standardiserade och kan hämtas med automatik ur respektive vårdgivares system.

- Datum och tid för primärvårdskontakt
  Kommentar: Uppgiften bedöms relevant. Besöksdatum, tid/klockslag är

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

nödvändigt för att beskriva när händelser och åtgärder sker.
Av rapporten framgår att uppgiften också ska generera ett underlag för uppföljning av väntetider men här är det angeläget med ett förtydligande av vad som avses. Att följa exempelvis väntetider enligt den förstärkta vårdgarantin i primärvården är inte möjligt med enbart denna tidsangivelse.

- Form av primärvårdskontakt
  Kommentar: Uppgiften bedöms relevant. Tydliga definitioner är dock angelägna för att möjliggöra jämförbarhet mellan olika former av primärvårdskontakter. Aktuella kontaktformer som rapporteras till patientregistret avseende den specialiserade vården är inte tillräckliga för att beskriva primärvård. En utveckling är därför nödvändig och detta gäller inte minst begreppet distanskontakt som måste delas in i aktuella former såsom, telefon, video, chatt m.m.

- Planerad vårdkontakt
  Kommentar: Uppgiften bedöms relevant. Uppgiften ska vara ett underlag för att följa fördelning mellan planerade respektive oplanerade kontakter och tillsammans med uppgifter om tid och datum möjliggöra att följa väntetider vid vården vid akuta besök. Saknas tidsangivelser utöver datum för genomförd kontakt i rapporteringen för att det ska vara möjligt att följa väntetider. Begreppet planerad/oplanerad är inte detsamma som akut/ej akut som istället beskriver huruvida det krävs ett omedelbart omhändertagande eller inte. Hur man tänker sig att följa väntetider vid akuta besök bör tydligas.

- Remiss och remitterande vårdenhet
  Kommentar: Uppgiften bedöms relevant. Uppgift om remiss och remittent talar om hur en vårdprocess samt kontakt initieras och är en del i den information som krävs för att kunna följa en patients vårdkedja. För att kunna följa en vårdkedja krävs ytterligare information och som rapporten beskriver så bör såväl inkommande som utgående remisser på sikt inkluderas i uppföljningen. Krävs ett förtydligande när det gäller uppgift om remitterande enhet, bör integreras i det tänkta kodverket för utförande enhet.

- Utförande vårdenhet
  Kommentar: Uppgiften bedöms relevant. Uppgiften om utförande vårdenhet är nödvändig för att kunna följa upp var och inom vilken verksamhet en vårdkontakt sker. Socialstyrelsen konstaterar att ett nationellt organisationskodverk för hälso- och sjukvårdsverksamheter är en grundförutsättning för att uppgift om organisation ska kunna följas och jämföras i ett nationellt patientregister.

- Diagnos, yttre orsak till sjukdom eller skada
  Kommentar: Uppgiften bedöms relevant. Uppgift om diagnos samt yttre

orsak till sjukdom eller skada ger möjlighet till en fördjupad förståelse och analys av verksamheten och jämförelser med andra.

- Funktionstillstånd
  Kommentar: Uppgiften bedöms relevant: Uppgiften är ett komplement till ICD och är ett sätt att beskriva en patients funktionstillstånd. Uppgiften kopplas framförallt till övriga yrkeskategorier och dessas möjligheter att beskriva anledning till vårdkontakt som alternativ till ICD. Förutsätter dock ett nationellt regelverk för hur koderna ska användas innan rapportering kan påbörjas.

- Åtgärd
  Kommentar: Uppgiften bedöms relevant. Uppgift åtgärd ger möjlighet till en fördjupad förståelse och analys av verksamheten och jämförelser med andra. Den föreslagna rapporteringen av koder innebär till viss del förändrade arbetssätt och därigenom behov av utbildning för övriga yrkeskategorier.

- Läkemedel
  Kommentar: Uppgiften bedöms relevant. Uppgift om läkemedel bidrar i kombination med diagnos, yttre orsak, åtgärd till ytterligare kunskap och en fördjupad förståelse och analys av verksamheten samt jämförelser med andra. Den föreslagna rapporteringen av koder, diagnos, funktionstillstånd, yttre orsak, åtgärd samt läkemedel innebär förändrade arbetssätt och påverkar såväl personal direkt i vården som administrativ personal och därmed behov av utbildning för berörda yrkeskategorier.

- Yrkeskategori
  Kommentar: Uppgiften bedöms relevant. Majoriteten av besöken i primärvård sker hos andra yrkeskategorier än läkare. För att få en komplett bild av verksamhet, innehåll m.m. krävs därför att rapporteringen av data inkluderar samtliga yrkeskategorier. Att socialstyrelsens nationella yrkeskodverk (SOSNYK) ligger grund för variabeln skapar förutsättningar för jämförbarhet mellan rapportörer. Att samtliga yrkeskategorier såväl legitimerade som icke legitimerade omfattas är bra, detta är en förutsättning för att rapporteringen ska ge en heltäckande bild av verksamheten.

REGION JÖNKÖPINGS LÄN

Rachel De Basso
Ordförande i nämnd för folkhälsa och sjukvård

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

From: Petra Zetterberg Ferngren
Sent: Fri, 19 Nov 2021 12:21:34 +0000
To: Habib Laura; S Remissvar
Subject: Sv: Anstånd S2019/03056

Hej Laura, det går bra.

Mvh Petra

Petra Zetterberg Ferngren
Ämnesråd
Socialdepartementet
Enheten för folkhälsa och sjukvård
103 33 Stockholm
Tfn +46 8 405 12 02
petra.zetterberg.ferngren@regeringskansliet.se
www.regeringen.se

Regeringskansliet

Från: Habib Laura <laura.habib@rjl.se>
Skickat: den 19 november 2021 11:23
Till: S Remissvar <s.remissvar@regeringskansliet.se>
Kopia: Petra Zetterberg Ferngren <petra.zetterberg.ferngren@regeringskansliet.se>
Ämne: Anstånd S2019/03056

Hej!
Region Jönköpings län önskar anstånd i ovanstående diarienummer, *”nationell insamling av registeruppgifter från primärvården”* till 26 januari 2021.

Laura Habib
Nämndsekreterare
Kanslienheten
0722058531
laura.habib@rjl.se

Regionledningskontoret
Region Jönköpings län
www.rjl.se

Region Jönköpings län

Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård

Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården

Socialstyrelsen

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2021-2-7223

Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2021

Förord

Socialstyrelsen fick i juli 2019 i uppdrag av regeringen att utveckla den nationella uppföljningen med fokus på primärvården. Uppdraget avser såväl uppföljning av primärvården som uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Uppdraget består av tre delar och sträcker sig fram till år 2023.

Den här rapporten avser deluppdrag I, vilket handlar om att utreda förutsättningarna för nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. I rapporten ger Socialstyrelsen förslag på variabler och personalkategorier som bedöms vara nödvändiga att omfattas av en uppgiftsskyldighet för sjukvårdshuvudmän i primärvården. Socialstyrelsen ger även nödvändiga författningsförslag för att nationell insamling av uppgifter från primärvården ska kunna komma till stånd.

Rapporten är avsedd som underlag för beslutsfattande om nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. Den vänder sig till regeringen samt huvudmän inom regionernas primärvård. Den är även relevant för verksamhetschefer, professionsföreträdare samt patient- och brukarföreningar.

Utredaren Anna Granath har varit projektledare för deluppdraget. Juristen Carina Carmona har varit huvudansvarig för de juridiska analyserna, där även juristerna Annica Gulliksson och Sara Land bistått. Utredarna Magdalena Fresk, Anders Hansson, Max Köster och Kristina Bränd Persson har ingått i den interna expertgruppen. Externa experter har varit Stina Gäre-Arvidsson, Christer Rosenberg, Jan Sölch och Johan Ärnlöv. Ett särskilt tack riktas till alla representanter från regioner, professionsförbund och verksamheter, vilka har medverkat i intervjuer respektive enkätundersökning. Ansvarig enhetschef har varit Henrik Lysell.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord 3
Sammanfattning 7
Författningsförslag 9
Uppdrag 10
Bakgrund 11
Primärvårdens omfattning och uppdrag 11
Omställningen till en god och nära vård 13
Heltäckande bild av primärvården saknas i dagsläget 15
Uppdragets utförande 21
Syfte och mål 21
Projektorganisation och genomförande 22
Uppgifter från primärvården bidrar till utveckling och kvalitetssäkring 24
Nationell uppgiftsinsamling ur perspektivet god och nära vård 24
I primärvården arbetar åtskilliga yrkeskategorier 27
Behov av uppgifter från både offentlig och privat vård 30
Med utvecklad digitalisering i åtanke 31
Uppgiftsinsamling ur patientens perspektiv 32
Uppgiftsinsamling ur ett internationellt perspektiv 33
Förslag till registerinnehåll 34
Nödvändiga registeruppgifter 34
Rättslig analys 45
Inledning 45
Positiva och eventuella negativa effekter av en utökad personuppgiftsbehandling 47
Bedömningar utifrån dataskyddsförordningen 50
Säkerhet vid uppgiftsbehandling och skydd av personlig integritet 59
Sök- och sammanställningsmöjligheter 61
Gallring 62
Barnkonsekvensanalys 62
Alternativ till den föreslagna personuppgiftsbehandlingen 63
Behandling av personuppgifter hos vårdgivare och huvudmän 64
Överväganden enligt 14 kap. 3 § regeringsformen 66
Integritetsintrång i proportion till nytta 67
Proportionalitetsbedömning 68

Strukturerad och enhetlig registrering ger bättre registerkvalitet 74
Termer, begrepp och klassifikationer inom hälso- och sjukvård 74
Rätt förutsättningar behövs för enhetlig registrering av uppgifter 76
Utbildning inom klassifikationer 80
Behov av goda tekniska förutsättningar för rapportering 83
Nuvarande lösning för dataöverföring till patientregistret 86
Förväntad resursåtgång vid krav på uppgiftslämnande 87
Utvecklingsbehov på närmare och längre sikt 90
Gemensamt ansvar för en ändamålsenlig rapporteringsprocess 90
Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården – slutord 92
Referenser 93
Bilaga 1. Projektorganisation samt berörda aktörer 99

Sammanfattning

Inom hälso- och sjukvården pågår en reform med en förflyttning från sjukhustung vård till en mer nära vård där primärvården ska utgöra navet. I den statliga utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) betonas vikten av att kunna följa primärvårdens insatser på nationell nivå. Vidare lyfts avsaknaden av ett nationellt register med uppgifter från primärvården fram som problematiskt. Nationella hälsodataregister gör det möjligt att bland annat utvärdera vårdens innehåll, jämlikhet och tillgänglighet, samt ger ett bättre underlag för exempelvis forskning, uppföljning och för vårdgivarnas systematiska kvalitetsarbete. Socialstyrelsen har följaktligen utrett juridiska förhållanden och andra viktiga förutsättningar för insamling av de uppgifter myndigheten anser nödvändiga avseende vårdkontakter i primärvården.

Socialstyrelsen föreslår att följande uppgifter från primärvården ingår i ett utvidgat nationellt patientregister:

- patientens personnummer, kön och födelseår
- folkbokföringsort
- födelseort
- datum och tid för primärvårdskontakt
- form av primärvårdskontakt
- planerad vårdkontakt
- remiss och remitterande vårdenhet
- utförande vårdenhet
- diagnos
- yttre orsak till sjukdom eller skada
- funktionstillstånd
- åtgärd
- läkemedel
- yrkeskategori.

Urvalet av uppgifter grundar sig på den förväntade nyttan av att samla in den här typen av uppgifter. En avvägning har även gjorts utifrån den uppgiftslämnarbörda en uppgiftsskyldighet medför för vårdgivarna. Socialstyrelsen föreslår att uppgiftsinsamlingen initialt påbörjas med de uppgifter som redan registreras vid tidpunkten för insamlingens start. Successivt kan insamling sedan ske även av de uppgifter som i dagsläget inte registreras vid verksamheter. Tillgängliga uppgifter behöver i sin tur vara enhetligt registrerade. Exempelvis behövs ett nationellt organisationskodverk för hälso- och sjukvårdsverksamheter, vilket i dagsläget saknas.

Vidare föreslås uppgiftsskyldigheten gälla personal som utför självständigt hälso- och sjukvårds- samt omsorgsarbete i primärvården och beröra verk-

samheter i offentlig samt privat regi. Så väl fysiska som digitala vårdkontakter omfattas av förslaget. Primärvården ska i det här fallet bedrivas inom regionens ansvarsområde.

Socialstyrelsen har inom ramen för uppdraget även sett över de juridiska förutsättningarna för att samla in uppgifter från primärvården till patientregistret. Myndigheten har därvid bedömt att den föreslagna utökningen av registret är förenlig med grundlagens bestämmelser och med regelverken avseende sekretess och dataskydd.

En effektiv och ändamålsenlig rapporteringsprocess är en grundförutsättning för insamling av uppgifter från primärvården. Socialstyrelsens kartläggning visar att verksamheter och regioner över lag – och framför allt på sikt – har goda förutsättningar för registrering och överföring av de uppgifter myndigheten önskar samla in. De flesta av de föreslagna uppgifterna finns på många håll redan att tillgå, framför allt från verksamheter som använder regionens journalsystem eller filspecifikation. En uppgiftsskyldighet beräknas medföra kostnader för regionerna, främst för IT- och utbildningsinsatser.

I händelse av en framtida uppgiftsskyldighet behöver uppgifter i högre utsträckning systematiskt registreras i primärvården än vad som sker i dagsläget. Samtliga berörda aktörer, oavsett driftsform eller storlek på verksamhet, behöver ha rätt tekniska förutsättningar som underlättar en enhetlig registrering med gällande klassifikationer och kodverk, samt ett enhetligt användande av termer och begrepp. Det behövs även en medvetenhet i primärvårdsverksamheterna beträffande syftet och nyttan med insamlingen av uppgifter. Här kan Socialstyrelsen bidra med information och stöd i form av exempelvis utbildningsmaterial. Vidare har Socialstyrelsen identifierat ett behov att se över och utveckla regelverken för klassifikationer. Inom ramen för det ryms även framtida framtagande avseende kunskapsstöd om användande av klassifikationer.

Enhetlig och ändamålsenlig registrering samt rapportering av uppgifter kan bidra till en högre täckningsgrad och kvalitet på de uppgifter Socialstyrelsen föreslår ska samlas in. Ett nationellt patientregister över primärvården skulle i sin tur skapa ett bredare underlag för statistik och forskning, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring. Det skulle ge en tydligare bild av primärvårdens innehåll och verksamhet, samt bidra till att vårdgivaren får bättre underlag för systematiskt kvalitetsarbete. Det kan även bidra till en helhetsbild av hälso- och sjukvården, bland annat utifrån aspekterna jämlik och säker vård. I slutändan är det framförallt folkhälsan i stort och den enskilde patienten som gynnas av ökad kunskap av vad som sker i primärvården och efterföljande utvecklingsarbeten.

Uppdraget har genomförts i samråd med ett flertal berörda aktörer, däribland Integritetsskyddsmyndigheten och Sveriges Kommuner och Regioner. En redogörelse över de aktörer myndigheten varit i kontakt med finns i bilaga 1. Vidare relaterar förslagen som presenteras i rapporten med de globala hållbarhetsmål i Agenda 2030 som lyfter god hälsa och välbefinnande, jämställdhet samt minskad ojämlikhet.

Författningsförslag

Förslag till förordning om ändring i förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen

Regeringen föreskriver att 3 och 4 §§ förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
3 §[1]	
Personuppgifter i patientregistret får behandlas för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom den slutna hälso- och sjukvården och inom den del av den öppna vården som inte är primärvård samt forskning och epidemiologiska undersökningar.	Personuppgifter i patientregistret får behandlas för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom *hälso- och sjukvården* samt forskning och epidemiologiska undersökningar.
4 §[2]	
Sådana personuppgifter får behandlas som rör patienter som	
1. vårdats inom den slutna hälso- och sjukvården,	
2. behandlats av läkare inom den öppna vården *som inte är primärvård, eller*	2. behandlats av läkare inom den öppna vården,
3. behandlats av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare inom den psykiatriska öppenvården.	3. behandlats av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare inom den psykiatriska öppenvården, *eller*
	4. behandlats av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare inom primärvården.
Behandlingen får avse uppgifter om	
1. personnummer, kön, födelseår, bosättningsort, vårdenhet, diagnoser, åtgärder, att åtgärder vidtagits av viss kategori hälso- och sjukvårdspersonal, yttre orsaker till sjukdom eller skada, vårdkostnader, grund för psykiatrisk tvångsvård, tidpunkter för åtgärder och händelser, in- och utskrivningssätt, planerad vård, och	
2. folkbokföringsort, fastighetskoordinater, födelsehemort eller födelseort, medborgarskap, civilstånd, inflyttning från och utflyttning till utlandet, personnummerförändringar och dödsdatum.	

Denna förordning träder i kraft den

---

[1] Senaste lydelse 2001:707.

[2] Senaste lydelse 2017:69.

Uppdrag

I juli 2019 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att utveckla den nationella uppföljningen med fokus på primärvården (S2019/03056/FS). Uppdraget består av tre delar där deluppdrag I (vilket den här rapporten avser) syftar till att utreda möjligheter till nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. Deluppdrag II handlar om att föreslå indikatorer anpassade för att följa omställningen till en mer nära vård samt utreda möjligheter att på aggregerad nivå samla in resultat för utvalda indikatorer. Deluppdrag III har ett fokus på uppföljning och stöd till regionernas och kommunernas omställningsarbete till en mer nära vård.[1] Uppdraget ändrades i april 2020 (S2020/03319/FS) till att bland annat även innefatta beaktande av de indikatorer för uppföljning som föreslogs i delbetänkandet God och nära vård – en primärvårdsreform (2018:39)[2]. Vidare ska Socialstyrelsen enligt den ändrade uppdragsbeskrivningen utreda förutsättningarna att följa regionernas arbete med fast läkarkontakt samt föreslå hur utvecklingen av fast läkarkontakt till fler patienter kan följas upp på nationell nivå. Det ändrade uppdraget innebär även att deluppdrag I–III samlas i ett gemensamt uppdrag tillsammans med uppdraget att stärka stödet till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården (S2019/01225/FS) samt uppdraget att genomföra insatser för att stärka omställningen till en god och nära vård (S2019/02110/FS).[3] Det sistnämnda uppdraget syftar till att ta fram en strategisk plan för att stödja regionerna och kommunerna i omställningsarbetet.[4] I planen, som publicerades i november 2019, presenteras målbilder för år 2027 samt konkreta förslag inom en närmare tidshorisont gällande viktiga utvecklingsområden, inom bland annat samordning av kommunal och regional hälso- och sjukvård, hälsofrämjande insatser och e-hälsa.[5]

Uppdraget ska slutredovisas i sin helhet till Socialdepartementet senast den 30 augusti 2023.

Bakgrund

Primärvårdens omfattning och uppdrag

Primärvård definieras i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som:

> *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.*[3]

Ansvaret för primärvården är fördelat mellan kommuner och regioner. Den kommunala delen innefattar vård vid särskilt boende (SÄBO), dagverksamhet samt hemsjukvård (insatser som helt eller delvis sker under kommunens ansvar).[4]

Den primärvård som bedrivs inom regionens ansvarsområde omfattar medicinska, omvårdnads- och rehabiliterande insatser från vårdcentraler[5], hemsjukvård (insatser som delvis eller helt sker under regionens ansvar), läkarinsatser på SÄBO, barnhälsovård, mödrahälsovård[6], närakutmottagningar, husläkarjourer, medicinsk fotvård samt primärvårdsrehabilitering. I flera regioner hör även ungdomsmottagningar till primärvårdens verksamhet, även om detta åtagande är frivilligt.[7] Även andra typer av verksamheter kan lokalt helt eller delvis ingå inom regioners vårdnivå primärvård. Några exempel är habilitering, medicinska mottagningar särskilt riktade till nyanlända, samt mobila vårdteam.

Några vanliga besöksorsaker i primärvården är exempelvis infektioner, smärttillstånd, hosta och psykisk ohälsa.[6, 7] Vidare är framför allt de äldre patienterna ofta multisjuka, med långvariga eller kroniska sjukdomar som exempelvis högt blodtryck, typ 2-diabetes eller astma. En stor andel patienter med kroniska eller långvariga sjukdomar tas om hand inom flera vårdnivåer för sina diagnoser.[6]

Statistik från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) visar att över hälften av alla öppenvårdsbesök 2019 skedde i primärvården.[8] Av dessa primärvårdsbesök skedde knappt hälften hos privata vårdgivare. Per tusen invånare gjordes 1 284 läkarbesök i primärvården det året. Motsvarande siffra för besök till andra yrkeskategorier inom primärvården var 2 817 besök per tusen invånare. Inom primärvården har antalet besök till läkare minskat sedan

[3] 2 kap. 6 § HSL.
[4] 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § HSL.
[5] Med vårdcentraler avses här även husläkarmottagningar, allmänläkarmottagningar, hälsocentraler eller motsvarande. För enkelhetens skull används genomgående begreppet ”vårdcentral” i rapporten.
[6] Inklusive barnmorskemottagningar.
[7] Gäller även ungdomsmottagningar med kommunen som huvudman.
[8] I statistiken från SKR ingår primärvårdsverksamhet finansierad av regionerna. Med öppenvårdsbesök avses här fysiska besök.

2014, medan antalet besök till andra yrkeskategorier har ökat under motsvarande tidsperiod.[9][8]

Vårdcentralernas medicinska grunduppdrag

Den gemensamma kärnan för regionernas medicinska grunduppdrag till vårdcentralerna omfattar:

- mottagningsverksamhet för planerad (tidsbokad) och oplanerad hälso- och sjukvård inom det allmänmedicinska kompetensområdet, samt inom rehabilitering, psykosociala insatser och hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser
- jourverksamhet, ofta i samverkan med andra vårdenheter
- läkarinsatser i kommunal hälso- och sjukvård
- medverkan i regionernas smittskyddsarbete, i forsknings- och utvecklingsarbetet samt i kris- och katastrofberedskapen inom länet.[9]

Medicinska insatser till specifika grupper, som exempelvis kvinnor och barn eller personer i behov av psykosociala insatser alternativt rehabilitering, är viktiga komponenter i primärvården. Det varierar däremot i vilken utsträckning denna vård ingår i, alternativt organiseras inom ramen för, vårdcentralernas grunduppdrag. I vårdcentralernas uppdrag ingår även att de ska samverka med andra vårdnivåer och huvudmän, i syfte att samordna patientens vård.[9]

År 2019 fanns det enligt SKR:s verksamhetsstatistik 1 140 vårdcentraler i Sverige, varav 56 procent drevs i offentlig regi. Över hälften av mottagningsbesöken hos läkare eller sjuksköterska det året skedde vid offentligt driven primärvård. Besök hos fysioterapeut eller arbetsterapeut skedde däremot i högre utsträckning till privat drivna primärvårdsmottagningar.[8]

Digital primärvård

De senaste åren har vård som ges digitalt kommit att spela en allt större roll, framför allt inom primärvården. Vid en digital vårdkontakt möts patient och vårdgivare inte fysiskt, utan i stället via exempelvis videolänk, chatt, bildmeddelanden eller mobilapplikationer. Digitala vårdtjänster kan erbjudas som ett komplement vid fysiska mottagningar, men även via privata företag som har den digitala vårdtjänsten som huvudsaklig vårdform. Dessa vårdgivare kallas i vardagligt tal ofta för ”nätläkare”, även om flera också erbjuder vård från exempelvis sjuksköterskor, barnmorskor och psykologer. Dessa besök utgörs ofta av utomlänskontakter, det vill säga att vårdgivaren är verksam i en annan region än den patienten är folkbokförd inom.

Antalet digitala utomlänskontakter hos privata vårdgivare har ökat markant sedan den första etableringen 2016. Under 2019 ökade antalet digitala utomlänskontakter med 91 procent jämfört med året innan.[10]

Våren 2020 skedde en kraftig ökning av tillhandahållandet och användandet av regionernas egna digitala tjänster, främst med anledning av den rådande covid-19-pandemin. Parallellt skedde även en fortsatt ökning av digitala utomlänskontakter.[11]

[9] Se avsnitt ” Uppgifter från primärvården bidrar till utveckling och kvalitetssäkring”, stycke ” I primärvården arbetar åtskilliga yrkeskategorier” för en fördjupad beskrivning och besöksstatistik hos olika yrkeskategorier i primärvården.

Omställningen till en god och nära vård

I mars 2017 påbörjades på uppdrag av regeringen en statlig utredning, Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01), med syfte att stödja regionerna[10] att utveckla hälso- och sjukvården och med särskilt fokus på primärvården.[12] Uppdraget har sitt ursprung i förslagen från en tidigare utredning (S 2013:14) slutbetänkande, Effektiv vård (SOU 2016:2). I det framhålls att hälso- och sjukvårdens resurser i dagsläget inte används tillräckligt effektivt och att en utbyggnad av primärvården därför är nödvändig för att möta nuvarande och kommande behov, bland annat utifrån ett demografiskt perspektiv.[13]

Enligt utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård ska primärvården utgöra basen och första linjens behandling i den framtida hälso- och sjukvården. Utredningen har överlämnat tre delbetänkanden, ett huvudbetänkande samt ett slutbetänkande.[12]

I det första delbetänkandet, God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53), ges förslag på nya styrande principer för hälso- och sjukvården. Bland annat presenteras följande målbild:

Målbild för god och nära vård

Det behövs en gemensam målbild för förflyttningen från dagens sjukhustunga system till en ny första-linjens hälso- och sjukvård. En hälso- och sjukvård med primärvården som bas, i samspel med sjukhus och kommunala insatser, och tydligt utgående från patientens behov. En målbild baserad på god och nära vård.

Mer specifikt föreslås en förändring av vårdgarantin, innebärande bland annat att patientens behov ska styra vilken yrkesgrupp patienten får träffa i primärvården. Vidare framhålls att andra kontaktformer än rent fysiska kan vara ett alternativ vid en medicinsk bedömning.[14] Delbetänkandet resulterade i en proposition[11] om styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti. Förslagen ledde till lagändringar som trädde i kraft den 1 januari 2019.

I det andra delbetänkandet, God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39), presenteras en fördjupad målbild med ingående och mer konkreta förslag på hur primärvårdens roll kan stärkas. I delbetänkandet framhålls bland annat vikten av att kunna följa primärvårdens insatser på nationell nivå, och avsaknaden av ett nationellt register med uppgifter från primärvården lyfts fram som problematiskt. Vidare uppges i delbetänkandet att utredningen kommer stödja arbetet med en utveckling av primärvårdsuppföljning via Socialstyrelsens patientregister.[2]

Det tredje delbetänkandet, God och nära vård – Vård i samverkan (SOU 2019:29), innehåller fördjupningstexter om bland annat behovet av samverkan mellan sjukhusvård och övrig vård, mellan olika huvudmän (regioner

[10] Samt berörda myndigheter och organisationer.

[11] Prop. 2017/18:83 Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.

och kommuner) och mellan vårdgivare. Detta fastställs som en förutsättning för att uppnå god och nära vård. I delbetänkandet lyfts även behovet av ett bredare dataunderlag för bland annat statistik och således förbättrad möjlighet till uppföljning i primärvården.[15]

I april 2020 kom utredningens huvudbetänkande, God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19). Här presenteras de övergripande slutsatserna för utredningen i stort. Det handlar bland annat om behovet av samverkansstrukturer, kontinuitet och personcentrering i vården. Även utformandet av framtida ersättningssystem samt utbildning och forskningens roll i primärvården utgör några centrala områden i omställningen till en god och nära vård.[16]

Slutligen lämnade utredningen i januari 2021 över ett slutbetänkande, God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6). Här lyfts förslaget att psykisk ohälsa tydligare ska ingå i primärvårdens grunduppdrag.[17]

Som en följd av den statliga utredningen om en samordnad utveckling för god och nära vård ingick staten och SKR 2019 en överenskommelse, God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården. Överenskommelsen är avsedd att främja den fortsatta processen och tre utvecklingsområden lyfts fram: omställningen till en god och nära vård, tillgängligheten i primärvården samt patientkontrakt[12].[18] En ny överenskommelse för 2020 ingicks den 31 januari samma år, där utveckling av den nära vården med fokus på primärvården lyfts fram som ett utvecklingsområde.[19] Ytterligare en överenskommelse tecknades i januari 2021.[20]

I april 2020 lämnade regeringen över en lagrådsremiss, Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform, till Lagrådet, mot bakgrund av förslagen i God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39).[13][21] Vidare lämnade regeringen över en proposition om en nära och tillgänglig vård[14] till riksdagen i maj 2020. I propositionen presenteras tre övergripande mål för omställningen av primärvården. Det handlar om ökad tillgänglighet, en mer delaktig patient och en personcentrerad vård samt ökad kontinuitet. Dessutom föreslås begreppet primärvård i HSL omdefinieras.

[12] Med patientkontrakt avses att det på sikt ska finnas en sammanhållen planering över patientens samtliga vård- och omsorgskontakter som bland annat ska kunna visualiseras digitalt via 1177 Vårdguiden. Det är både en överenskommelse mellan vården och patienten och en teknisk lösning som ska underlätta samordningen av patientens vårdinsatser. I första hand ska patientkontrakt erbjudas patienter med omfattande och komplexa vårdbehov. (ur överenskommelsen 2019).

[13] Undantaget de förslag som rör fast läkarkontakt i relation till utföraren inom vårdvalet.

[14] Prop. 2019/20:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.

Propositionens förslag på omdefinition av begreppet primärvård:

Hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av ***sådana åtgärder i form av*** *medicinsk* ***bedömning och*** *behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver* ***särskilda*** *medicinska* ***eller*** *tekniska resurser eller* ***någon*** *annan särskild kompetens.*

Följande delar föreslås ingå i primärvårdens grunduppdrag:

1. Tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov.
2. Se till att vården är lätt tillgänglig.
3. Tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar.
4. Samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården.
5. Möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

Dessa lagändringar föreslås träda i kraft den 1 juli 2021.

Heltäckande bild av primärvården saknas i dagsläget

Nedan följer en beskrivning av vad ett nationellt hälsodataregister med uppgifter från primärvården skulle kunna medföra för hälso- och sjukvården och i slutändan patienternas del. Därefter följer en översikt över Socialstyrelsens nuvarande hälsodataregister, med tonvikt på patientregistret och vad det i dagsläget innehåller. Vidare redogörs för externa databaser med primärvårdsuppgifter, vad dessa uppgifter huvudsakligen består av, samt vem som är uppgiftslämnare till den aktuella databasen. Sammanställningen över befintliga datakällor, samtliga med varierande omfång och detaljnivå, visar att det i dagsläget är svårt – men likväl angeläget – att skapa en heltäckande bild över vad som sker i primärvården.

Vi presenterar även slutsatser av tidigare utredningar Socialstyrelsen gjort inom området nationell uppgiftsinsamling från primärvården.

Vikten av samlade primärvårdsuppgifter på nationell nivå

Ett hälsodataregister med uppgifter från primärvården skulle ge ett bredare underlag för statistik och forskning, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring. Vidare kan det ge en tydligare bild av primärvårdens innehåll och verksamhet, samt bidra till att vårdgivaren får bättre underlag för systematiskt kvalitetsarbete, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna

råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). De insamlade uppgifterna kan även bidra till en helhetsbild av hälso- och sjukvården, bland annat utifrån aspekterna jämlik och säker vård. Med uppgifter från primärvården i ett nationellt hälsodataregister tillhandahålls exempelvis information om praxis vid olika tillstånd inklusive följsamheten till olika rekommendationer, bland annat utifrån nationella riktlinjer. Ett sådant register skulle även ge ökade möjligheter för jämförelser och uppföljning av patientsammansättning och tillgänglighet.

I slutändan är det framförallt folkhälsan i stort och den enskilde patienten som gynnas av ökad kunskap av vad som sker i primärvården och efterföljande utvecklingsarbeten.

Över hälften av alla öppenvårdsbesök sker inom primärvården, men det saknas idag författningsstöd för att samla in uppgifter nationellt, annat än på aggregerad nivå. Till skillnad från den specialiserade öppen- och slutenvården, där uppgifter om vårdkontakter på individnivå samlas in och löpande rapporteras till Socialstyrelsen, innebär bristen på information om primärvårdens insatser en begränsad möjlighet att på nationell nivå beskriva och följa upp primärvårdens verksamhet i syfte att kvalitetssäkra, utveckla samt skapa en mer jämlik och säker vård. Dessutom saknas idag i hög utsträckning möjligheter att kunna följa patienters väg i vårdkedjan, vilken ofta involverar såväl primärvård som specialiserad vård. Med tillgång till uppgifter från samtliga vårdnivåer och med möjlighet att samköra uppgifter från olika hälsodata- eller kvalitetsregister blir diagnosområden som idag har en begränsad möjlighet till uppföljning, exempelvis inom psykiatri, således lättare att följa och utvärdera. Vidare innebär samkörning av uppgifter att vård över huvudmannagränser mer ingående kan följas. Till exempel kan information från regionens ansvarsområden inom primärvård kopplas samman med information från kommunens ansvarsområden och därmed ge en mer utförlig bild av vården som bedrivs. Behov av hälsorelaterade uppgifter kan även uppstå mer hastigt, som exempelvis i kristid. Det har aktualiserats i samband med covid-19-pandemin, där uppgifter från primärvården behövs för att mer ingående kunna undersöka olika faktorer runt sjukdomen. Bland annat vilka risker som är förenade med att drabbas av svår sjukdom, eller för att göra uppföljning av patienter med långtidscovid.

I och med den pågående omställningen till en mer nära vård kommer primärvården framöver att spela en allt större roll. Avsikten med reformen är att utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård, där primärvården utgör navet.[12] I samtliga regioner har detta arbete påbörjats, om än med olika arbetssätt med olika utvecklingsområden som prioriteras.[22] För att kunna följa ett skifte från sjukhustung hälso- och sjukvård till vård som ges nära patienter framträder ett ökat behov av möjligheter till uppföljning på alla nivåer. Möjligheten att framöver mer ingående och heltäckande än idag kunna följa primärvårdens verksamhet på nationell nivå blir en viktig bidragande faktor till att kunna upprätthålla en god och nära vård. Framför allt gynnas den enskilda individen av detta, då det ökar förutsättningarna för en patientsäker och god vård på lika villkor.

Hälsodataregister vid Socialstyrelsen

Vid Socialstyrelsen finns sex nationella hälsodataregister: patientregistret, medicinska födelseregistret, cancerregistret, läkemedelsregistret, tandhälsoregistret och registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård. Dessa är reglerade av lagen (1998:543) om hälsodataregister samt dataskyddsförordningen[15]. Vidare råder uppgiftsskyldighet till hälsodataregister[16] för berörda verksamheter.

Hälsodataregistren bygger på personnummer, och syftet med registren är att följa, analysera och rapportera om hälsa och sociala förhållanden. Uppgifterna används bland annat i såväl nationella som internationella forskningssammanhang.[23] Registrering av personnummer möjliggör att olika register kan samköras, och på så sätt ges en tydligare och mer komplett bild av olika patientgruppers vård och sjukdomsbörda.

Patientregistret

Patientregistret upprättades 1964 och blev rikstäckande 1987. Från början innehöll registret endast uppgifter från slutenvården, men 2001 började även uppgifter från den specialiserade öppenvården att samlas in. I patientregistret finns patientuppgifter om alla avslutade vårdtillfällen i slutenvård, samt uppgifter om läkarbesök i öppenvård, inklusive akuta vårdbesök. Registret innehåller även uppgifter om patienter som vårdats i psykiatrisk tvångsvård.[24]

Syftet med patientregistret är att:

- följa hälsoutvecklingen i befolkningen över lång tid
- förbättra möjligheterna att förebygga och behandla sjukdomar
- bidra till hälso- och sjukvårdens utveckling
- följa kvaliteten på hälso- och sjukvårdens verksamhet.

För närvarande pågår ett föreskriftsarbete om uppgiftslämnarskyldighet även från andra yrkeskategorier inom öppenvårdspsykiatrin, utöver läkare. Detta föranleddes av en ändring i förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen (patientregisterförordningen), som i sin tur föregicks av ett regeringsuppdrag (S2013/6129/FS) till Socialstyrelsen år 2013. I slutrapporten konstaterar Socialstyrelsen att det är väsentligt att kunna hämta in uppgifter från andra yrkeskategorier, mot bakgrund av att majoriteten av patientbesöken inom den specialiserade öppenvårdspsykiatrin sker hos annan vårdpersonal än läkare.[25] Detta tillskott av uppgifter, om exempelvis vårdåtgärder och vilka yrkeskategorier som utför dem, innebär möjlighet till en mer rättvisande och komplett bild av den vård som sker inom öppenvårdspsykiatrin. Under 2021 kommer Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen att inleda ett arbete som syftar till att lämna förslag på de författningsändringar

[15] Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679.
[16] 6 § Lag (1998:543) om hälsodataregister.

som krävs för att datainsamlingen till patientregistret även ska kunna innehålla uppgifter om vårdkontakter med andra yrkeskategorier i den öppna specialiserade vården, utöver läkarkontakter.[26]

Vårdgivare som bedriver specialiserad öppen- eller slutenvård är enligt lagen (1998:543) om hälsodataregister med tillhörande förordning (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen skyldiga att lämna uppgifter till registret. Trots detta saknas i viss utsträckning uppgifter från privata vårdgivare [27]. Orsaken är inte fastställd, men bortfallet beror troligtvis på flera faktorer, som exempelvis okunskap hos de uppgiftsskyldiga eller tekniska begränsningar för rapportering.

I dagsläget finns uppgifter från primärvården varken i patientregistret eller i Socialstyrelsens andra hälsodataregister (med vissa undantag[17]). Detta innebär att möjligheten till att följa primärvården på nationell nivå är begränsad.

Av de nordiska länderna har Finland och Island nationella hälsodataregister med uppgifter från primärvården.

PrimärvårdsKvalitet

PrimärvårdsKvalitet är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården. Systemet leds av SKR och omfattar ett antal kvalitetsindikatorer inom områden som kroniska sjukdomar, infektioner, psykisk ohälsa, levnadsvanor och rehabilitering. Det finns även ett antal övergripande indikatorer. Verksamheter anslutna till PrimärvårdsKvalitet kan använda databasen för att följa upp och utvärdera sitt arbete.[28] I november 2020 hade 18 av 21 regioner, bestående av sammanlagt 980 vårdcentraler, tillgång till data i PrimärvårdsKvalitet. Andelen rapporterande vårdcentraler per region var som regel hög vid den tidpunkten. Däremot fanns en större variation mellan regionerna avseende andelen rapporterande rehabiliteringsenheter, delvis beroende på att dessa på flera håll är i uppstartsfas.

Endast aggregerade data – det vill säga inga individuppgifter – samlas in centralt till PrimärvårdsKvalitet. Det innebär att uppgifter på nationell nivå inte kan samköras med uppgifter från andra register.

Andra nationella databaser med uppgifter från primärvården

Utöver PrimärvårdsKvalitet finns det andra nationella databaser som innehåller uppgifter om primärvård. Detta gäller såväl vissa kvalitetsregister som databaser vilka används (alternativt planerar att användas) till att beräkna väntetider i vården (Nationella väntetidsdatabasen) respektive kostnader per vårdhändelse (KPP-databasen). Även databaser med så kallade patientrapporterade mått innehåller uppgifter från primärvården (Nationell patientenkät).

De kvalitetsregister (utöver PrimärvårdsKvalitet) som har koppling till primärvård innehåller ofta uppgifter gällande enskilda sjukdoms- alternativt diagnosgrupper, exempelvis Svenska diabetesregistret.[7] För att följa vården av personer med flertal förekommande kroniska diagnoser i primärvården krävs

[17] Läkemedelsregistret innehåller uppgifter om uthämtade recept förskrivna i bland annat primärvården. Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård innehåller uppgifter om åtgärder inom den kommunala delen av primärvården.

således samkörning av flera olika kvalitetsregister, vilket kan försvåra uppföljningen.[29] Vidare är täckningsgraderna för kvalitetsregister med primärvårdskoppling över lag låga [7], något som försämrar möjligheterna till forskning baserad på data från dessa register.

Nationella väntetidsdatabasen redovisar statistik över tillgängligheten till svensk hälso- och sjukvård. Samtliga regioner rapporterar in uppgifter om primärvårdsbesök till väntetidsdatabasen, vilken förvaltas av SKR.[30] Informationen är begränsad till typ av besök, vilken yrkeskategori patienten besökt, diagnos och åtgärd. Inga personnummer registreras, vilket omöjliggör sambearbetning av data. Endast verksamheter som drivs i regional regi eller har avtal med regionen rapporterar in till databasen.

SKR förvaltar även KPP-databaserna, som innehåller kostnadsuppgifter från specialiserad somatisk och psykiatrisk vård.[31] Via KPP-databasen kan enskilda patienters vårdhändelser följas, men endast i viss utsträckning eftersom uppgifterna är regionsspecifika och bundna till vårdgivargränser. Under 2020 har SKR påbörjat insamling av uppgifter även från primärvården, om än inledningsvis från ett begränsat antal regioner. Aktuella uppgifter för databasen med primärvårdsuppgifter är kostnad per vårdkontakt, patientrelaterade uppgifter (såsom kön, ålder etc.), diagnos, åtgärd samt besökt yrkeskategori. Databasen innehåller i regel uppgifter från verksamheter som drivs i regionernas egen regi.[18] Då patienternas personnummer inte registreras minskar möjligheten att samköra uppgifterna i KPP-databasen för primärvård med andra datakällor.

Nationell patientenkät samordnas av SKR och består av återkommande nationella undersökningar[19] av patientens erfarenheter och upplevelser av vården.[32] Dessa typer av mätningar kallas även PREM[20]. Frågeställningar som avser att mäta resultat av specifika vårdinsatser och där patientens självrapportering av utfallen är i fokus kallas PROM[21]. PROM utgår från patientens beskrivning av sin hälsa och hälsorelaterade livskvalitet, sina symtom och funktion. Ofta används standardiserade frågeformulär i dessa mätningar.[33] Exempelvis används PROM-relaterade mått vid standardiserade vårdförlopp inom cancervården. Det är upp till regionerna själva att avgöra vilka sjukdomsområden de vill följa upp genom PROM. För vissa sjukdomsområden är frågorna som ställs relativt likvärdiga, framgår av den dialog Socialstyrelsen fört med SKR.

Regionernas egen insamling av data

Regionerna har i relativt omfattande utsträckning tillgång till uppgifter från primärvården i sina centrala datasystem.[22] Informationen består exempelvis av uppgifter om patienten, vårdgivaren (inklusive yrkeskategori) samt besöksdatum. Även uppgifter om diagnos(er) och åtgärd(er) finns att tillgå. Eftersom primärvårdens utformande skiljer sig mellan olika regioner kan vilken typ av uppgifter som samlas in variera.

[18] Det föreligger enligt SKR inget hinder för regionerna att även rapportera in uppgifter från privata vårdgivare.
[19] Samtliga regioner deltar i någon form i Nationell patientenkät.
[20] PREM står för Patient Reported Experience Measures.
[21] PROM står för Patient Reported Outcome Measures.
[22] För en närmare beskrivning av vilka uppgifter regionerna har att tillgå, se avsnitt ”Strukturerad och enhetlig registrering ger bättre registerkvalitet”, stycke ”Rätt förutsättningar behövs för enhetlig registrering av uppgifter”.

Regionerna kan således göra interna uppföljningar inom den egna vårdgivarens gränser – det vill säga för den primärvård som bedrivs i regionens egen regi.

Hälso- och sjukvårdssekretessen hindrar som regel att uppgifter om en enskild individs hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden lämnas ut från en privat vårdgivare till en region. Detta innebär bland annat att det i dagsläget saknas lagstöd för regioner att samla in och behandla individuppgifter från vårdcentraler som drivs i privat regi, vilket är nära hälften av landets vårdcentraler. Denna bedömning gjorde Socialstyrelsen i samband med andra delrapporten för deluppdrag II i juni 2020.[34]

För närvarande pågår en statlig utredning, Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01)[35], som enligt dir. 2019:37 syftar till att utreda och lämna förslag som rör personuppgiftshantering inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. Utredningen ska slutredovisas senast den 31 maj 2021.[36] Förslagen från utredningen kan komma att påverka regionernas lagliga möjligheter att framöver behandla uppgifter på personnivå från privata vårdgivare.

Tidigare utredningar rörande nationell datainsamling i primärvården

Socialstyrelsen fick 2010 i uppdrag av regeringen (S2007/11028/HS, S2010/7914/HS) att påbörja ett utvecklingsarbete gällande datainsamling i primärvården. Bland annat ingick att genomföra en pilotstudie, i syfte att se över förutsättningarna till datainsamling från primärvården.[37] I slutrapporten, publicerad 2012, drogs slutsatsen att det fanns ett stort behov av ett nationellt hälsodataregister för primärvården. Vidare gavs förslag till en förordningsändring om att patientregistret även ska omfatta primärvård. Dessutom konstaterades att testet av dataöverföring för utvalda regioner haft ett lyckat utfall.[38]

Socialstyrelsen lämnade 2014 över en promemoria till Socialdepartementet gällande utvecklingen av nationell datainsamling i primärvården. I dokumentet sammanställdes vad som vid den tidpunkten var möjligt att samla in från primärvården, utvecklingsbehov avseende rapporteringen av primärvårdsuppgifter, konsekvenser rörande patientens integritet, samt kostnadsberäkningar för utvecklingsinsatser hos vårdgivarna.[39] I en fördjupad analys från 2017 presenterades bland annat regionernas egna tidsperspektiv för när de teoretiskt sett skulle kunna komma igång med rapportering, ekonomiska konsekvenser för Socialstyrelsen samt möjligheter för vårdkontakter med andra yrkeskategorier än läkare att rapporteras in.[40]

I samband med utvecklingen av en god och nära vård har, som tidigare nämnts, Socialstyrelsen fått ett övergripande uppdrag angående uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård. I den andra delrapporten för deluppdrag II framhålls avsaknaden av lagstöd att behandla primärvårdsuppgifter från privata vårdgivare som en begränsning för möjligheten att kunna följa omställningen.[34]

Uppdragets utförande

Syfte och mål

Syftet med uppdraget är att utreda vilka förutsättningar som finns för nationell insamling av uppgifter från primärvården. Här har även olika aktörers behov av information från primärvården tagits i beaktande. Framför allt har fokus legat på nationella behov av uppföljning, analysverksamhet och statistikverksamhet.

Deluppdraget syftar även till att utvärdera huruvida informationen som behöver samlas in till ett framtida hälsodataregister över primärvård för detta ändamål är proportionerlig i förhållande till det integritetsintrång en utökad informationsinsamling utgör. Vidare har nödvändigheten i att insamla uppgifter med personnummer särskilt utretts. Informationsmängdernas typ och omfattning i relation till uppgiftslämnarbördan har särskilt tagits i beaktande.

Målet med uppdraget är att ge förslag på vilka variabler och personalkategorier som bedöms vara nödvändiga att omfattas av en uppgiftsskyldighet för sjukvårdshuvudmän med utgångspunkt i omställningen till en mer nära vård.

Avgränsningar

Utifrån hälso- och sjukvårdslagens definition av primärvård[23] har Socialstyrelsen begränsat omfattningen av det som i den här rapporten avses utgöra primärvård till att inkludera vårdcentraler[24], hemsjukvård (insatser som delvis eller helt sker under regionens ansvar[25]), läkarinsatser på SÄBO, barnavårdscentraler, mödravårdscentraler[26], närakutmottagningar, husläkarjourer, medicinsk fotvård samt primärvårdsrehabilitering. Det finns även fler typer av verksamheter som i vissa regioner kan ingå i vårdnivå primärvård och således vara aktuella för inkludering, förutsatt att de helt eller delvis bedrivs inom regionens ansvarsområde. Några exempel kan vara habilitering, mottagningar för nyanlända eller mobila vårdteam.

Vidare kan den primärvård som omfattas bedrivas i regionernas egen regi, alternativt i privat regi med regionen som beställare. Här ingår privata aktörer inom vårdvalet (LOV)[27] respektive upphandlade vårdtjänster (LOU)[28]. Även primärvårdsverksamheter som arbetar utifrån nationella taxan (LOL respektive LOF)[29] ingår, samt privat driven verksamhet utan finansiering alternativt ersättning från regionen. I huvudbetänkandet (SOU 2020:19) för utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) lämnas utvecklingsförslag för systemet med verksamheter som bedrivs enligt LOL och LOF.[16] Dessa förslag kan komma att påverka hur systemet utformas

[23] Se definition och närmare beskrivning i avsnitt ”Bakgrund”, stycke ”Primärvårdens omfattning och uppdrag”.
[24] Fysiska och digitala.
[25] I 20 av 21 regioner har kommunerna ansvar för hemsjukvården. Stockholm är den enda region där ansvaret ligger hos regionen (med undantag för Norrtälje kommun).
[26] Inklusive barnmorskemottagningar.
[27] LOV står för lag (2008:962) om valfrihetssystem.
[28] LOU står för lag (2016:1145) om offentlig upphandling.
[29] LOL står för lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning. LOF står för lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.

framöver och kan således även komma att påverka möjligheter till uppföljning på nationell nivå.

Ungdomsmottagningar anses tillhöra primärvården, men är ett frivilligt åtagande för regioner och kommuner och är avgränsat beträffande såväl åldersgrupper som hälsoområden. Främst vänder sig ungdomsmottagningarna till barn och ungdomar mellan 13 och 20 år, men åldersgränserna kan variera mellan olika mottagningar. Inriktningen för ungdomsmottagningar är inom sexuell och reproduktiv hälsa, samt fysisk och psykisk hälsa. Det saknas dock en övergripande organisations- och ledningsstruktur, liksom nationella rekommendationer och kvalitetsindikatorer för denna typ av verksamhet.[41] En insamling av uppgifter från ungdomsmottagningar skulle omfatta ytterst känsliga personuppgifter, avseende exempelvis barns och ungas sexuella respektive psykiska hälsa. När det gäller barn, det vill säga personer under 18 år, bör därvid även särskilt beaktas att denna kategori kan besöka ungdomsmottagningar utan vårdnadshavares vetskap. Insamling av den aktuella typen av uppgifter, samt det faktum att besök kan ske på barnets eget bevåg, anses därför alltför känslig att ta med i ett hälsodataregister för primärvården. Detta är det främsta argumentet för att ungdomsmottagningarna exkluderas från den föreslagna insamlingen av uppgifter. Eftersom mottagningarna ser olika ut i sin utformning och sitt uppdrag kan det dessutom vara svårt att i dagsläget jämföra och utvärdera verksamheter nationellt.

Kommunal hälso- och sjukvård har inte inkluderats under begreppet primärvård i den här rapporten, eftersom information från dessa verksamheter redan idag ingår i uppgiftslämnarskyldigheten enligt förordningen (2006:94) om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Däremot utreds inom ramen för uppdraget inkludering av uppgifter om läkarmedverkan inom exempelvis kommunal hemsjukvård eller vid SÄBO. Just läkarinsatser inom kommunal vård sker som regel under regionens ansvar, i enlighet med 16 kap. 1 § HSL.[30] Insatser från övriga yrkeskategorier sker däremot under kommunens ansvar.

Projektorganisation och genomförande

Projektorganisation

Uppdraget har bedrivits i projektform. Projektet har bestått av en styrgrupp, samt en projektledning som utöver projektledare och juridisk expertis utgjorts av medarbetare från Socialstyrelsen med sakkunskap inom områdena hälsodataregister, uppföljning samt klassifikationer. Projektet har haft en expertgrupp, bestående av interna sakkunniga samt externa representanter från SKR, Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) samt forskarvärlden genom Karolinska Institutet. Projektorganisationen presenteras i bilaga 1.

[30] 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 §.

Urval och bedömning av variabler

Inledningsvis har Socialstyrelsen samlat in förslag på uppgifter som sakkunniga personer inom och utanför myndigheten har ansett vara relevanta i ett hälsodataregister för primärvården, utifrån de syften som beskrivits tidigare i rapporten. De externa förslagen har i hög utsträckning kommit från forskare med intresse för primärvård. Därefter har expertgruppen, med stöd av juridiskt sakkunniga, diskuterat och valt ut de uppgifter som varit aktuella att gå vidare med till en rättslig analys. Utgångspunkten för urvalet har varit uppgifter som finns avseende den specialiserade öppenvården i det befintliga patientregistret.

Den rättsliga analysen har bland annat bestått av en proportionalitetsbedömning och integritetsanalys av föreslagna uppgifter, samt bedömning av positiva respektive eventuella negativa effekter av en utökad personuppgiftsbehandling. Vidare har en utredning gällande hur förslagen förhåller sig till nuvarande lagstiftning, samt en bedömning av förslagens inverkan på det kommunala självstyret gjorts. Samråd har skett med Integritetsskyddsmyndigheten[31] (IMY), i enlighet med uppdragsbeskrivningen.

Kartläggning av förutsättningar samt förankringsarbete

Socialstyrelsen har kontaktat samtliga regioner med en intervjuförfrågan för att kartlägga förutsättningarna för registrering och rapportering till ett nationellt hälsodataregister för primärvården. Samtliga regioner utom en medverkade i intervjuerna[32], som genomfördes under september och oktober 2020. Intervjuunderlaget till regioner samt en översikt med regionernas svar finns i bilaga 2a respektive 2b.

Vi har även skickat en enkät till ett urval av landets vårdcentraler, i motsvarande undersökande syfte. Både offentligt och privat drivna verksamheter ingick i urvalet, varav de offentligt drivna vårdcentralerna utgjorde 60 procent. Enkäten besvarades av 226 av totalt 390 vårdcentraler, vilket ger en svarsfrekvens på 58 procent. Datainsamlingen pågick 10 september–11 oktober 2020. Enkätfrågorna till vårdcentraler finns i bilaga 3a, och enkätundersökningens kvalitetsdeklaration finns i bilaga 3b.

Samråd har skett med SKR avseende intervju- och enkätfrågor, samt Näringslivets regelnämnd avseende enkätfrågor.

En betydande del av arbetet inom ramen för uppdraget har varit att informera externa berörda aktörer om uppdraget samt förankra syftet med och utformningen av ett framtida nationellt primärvårdsregister. Dessa aktörer representerar olika områden och grupper med koppling till primärvård, såsom SKR:s nationella primärvårdsråd, kvalitetsregister, privata vårdgivare, professionsförbund, patientnämnder och -råd, med flera. Se bilaga 1 för en lista över berörda aktörer.

Parallellt med den externa dialogen och förankringsarbetet har intern samverkan även skett mellan deluppdrag I, II och III.

[31] Datainspektionen bytte namn till Integritetsskyddsmyndigheten 1 januari 2021.

[32] Intervjuförfrågan skickades under rådande covid-19-pandemi, vilket kan ha påverkat regioners möjlighet att medverka.

Uppgifter från primärvården bidrar till utveckling och kvalitetssäkring

I syfte att utveckla, förbättra och kvalitetssäkra den vård som bedrivs idag och framöver behövs ett register med uppgifter som speglar primärvårdens mångfacetterade uppdrag och omfattande verksamhet. Informationen i ett sådant register, där uppgiftsskyldighet för primärvården föreligger, kan användas i jämförande och uppföljande syfte på såväl regional nivå som nationell och internationell nivå. Sammantaget kan uppgiftsinsamlingen leda till utvecklingsarbeten som gynnar folkhälsan så väl som den enskilde patienten.

Nedan följer en fördjupad beskrivning av vad ett hälsodataregister uppgifter från primärvården kan innebära utifrån infallsvinklarna god och nära vård, representativitet utifrån profession och driftsform, samt ur patientens perspektiv. Slutligen redogörs för fördelar med uppgiftsinsamlingen ur ett internationellt perspektiv.

Nationell uppgiftsinsamling ur perspektivet god och nära vård

Ett nationellt hälsodataregister med uppgifter från primärvården är värdefullt utifrån centrala aspekter som lyfts fram i den statliga utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01). Utredningens uppdrag är att stötta regioner[33] i arbetet att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården.[12] Uppgifter från ett nationellt primärvårdsregister kan bidra till att följa utfallet av omställningen. Exempelvis kan omotiverade skillnader i vård utifrån geografi, kön, ålder eller socioekonomisk status kartläggas. Vidare kan efterlevnad av riktlinjer, professionsspecifika insatser samt patientflöden (inklusive uppföljningsmönster) mellan och inom vårdnivåer synliggöras. Exempelvis kan ett hälsodataregister med primärvårdsuppgifter samköras med registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård och således ge en bättre helhetsbild över den vård som utförs, oavsett huvudmannagräns.

Patientgrupper som vanligen återfinns inom primärvården kan dessutom lättare följas. Ett exempel på detta är personer med psykisk ohälsa.[6, 7] Enligt uppgifter från Socialstyrelsens läkemedelsregister och patientregister har närmare 80 procent av de som läkemedelbehandlats för depression och ångest haft sin huvudsakliga behandling i primärvården.[34] Enligt slutbetänkandet (SOU 2021:6) i Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) bidrar det faktum att primärvårdsuppgifter saknas i patientregistret till en försämrad möjlighet att följa personer med psykisk ohälsa [17]. Utredningen

[33] Samt berörda myndigheter och organisationer.

[34] Av de som hade minst ett uttag av antidepressiva läkemedel under 2019 hade 23 procent varit inskrivna i specialiserade öppen- alternativt slutenvården med huvud- alternativt bidiagnos F00–F99 (Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar) inom ett år innan uttaget.

uppger, som tidigare nämnts, att de stödjer arbetet med en utveckling av primärvårdsuppföljning via Socialstyrelsens patientregister.[2]

I en nyutgiven rapport från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) förespråkas en utvidgning av patientregistret med uppgifter från primärvården. Detta går enligt TLV i linje med övergången till en mer nära vård och har betydelse för ökad kunskap om exempelvis vidtagna åtgärder och effekter beträffande medicintekniska produkter.[42]

I propositionen om en nära och tillgänglig vård[35] framhålls att flera remissinstanser till delbetänkandet God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39) har påpekat behovet att systematiskt kunna följa upp primärvården nationellt på aggregerad nivå. Några instanser, däribland Socialstyrelsen, menar att detta i första hand lämpligen sker genom en utökning av nuvarande patientregister. Regeringen framhäver att befintliga system med uppgifter från primärvården, såsom PrimärvårdsKvalitet och Väntetidsdatabasen, visserligen fyller en viktig funktion, men att dessa system inte möter det nationella behovet av att i uppföljningssyfte kunna samköra informationen med uppgifter från hälsodataregister.

Vidare föreslås i propositionen att främjat forskningsarbete ska vara en del av primärvårdens grunduppdrag.[36] Ett nationellt hälsodataregister med uppgifter från primärvården, bidrar med ett avsevärt underlag för detta ändamål.

Utifrån Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) har regeringen gett Socialstyrelsen ett delvis ändrat uppdrag (S2020/03319/FS) att ta några faktorer i särskilt beaktande inom ramen för myndighetens övergripande uppdrag rörande uppföljning av primärvården och omställningen till en mer nära vård.[3]

Fyra storheter för att följa omställningen till en god och nära vård

Socialstyrelsen ska enligt den ändrade uppdragsbeskrivningen (S2020/03319/FS) beakta de förslag till indikatorer (storheter) för uppföljning som ges i delbetänkandet God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39).[2]

Fyra storheter för att följa omställningen:

1. **Befolkning:** Förtroende för hälso- och sjukvården.
2. **Process:** Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar.
3. **Medarbetare:** Andel (procent) utfärdade specialistbevis i allmänmedicin av totalt antal utfärdade specialistbevis.
4. **Ekonomi:** Kostnadsandel (procent) i det som definieras som regioners primärvård i relation till samtlig hälso- och sjukvård i region.

[35] Prop. 2019/20:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform, s. 45 och 48.
[36] Prop. 2019/20:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform, s. 8.

Socialstyrelsen anser att dessa indikatorer är relevanta men däremot inte möjliga att följa via ett nationellt hälsodataregister med uppgifter från primärvården, givet den avgränsning av uppgifter registret föreslås innehålla.[37]

Socialstyrelsens sammantagna syn på utredningens (S 2017:01) föreslagna indikatorer finns närmare beskriven i deluppdrag II:s rapportering från juni 2020 samt i myndighetens remissvar till delbetänkandet (SOU 2018:39).[34, 43]

Fast läkarkontakt

Enligt 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska regionen organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Hälso- och sjukvården har även en skyldighet att informera patienten om möjligheten till fast läkarkontakt.[38]

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) gör bedömningen att det finns ett behov att följa tillgången till fast läkarkontakt, både regionalt och nationellt. Detta tas upp i delbetänkandet God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39), där utredningen bland annat menar att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör ha ett fortsatt uppdrag att följa kontinuiteten i primärvården.[39][2]

I propositionen om en nära och tillgänglig vård[40] anges att ett av målen för omställningen till en mer nära vård är en ökad kontinuitet. Kärnan i kontinuiteten ska enligt propositionen vara en fast läkarkontakt för alla patienter som vill det.

Socialstyrelsen ska mot bakgrund av detta samt enligt den ändrade uppdragsbeskrivningen (S2020/03319/FS) utreda förutsättningarna att följa regionernas arbete med fast läkarkontakt och föreslå hur myndigheten löpande kan följa utvecklingen av fast läkarkontakt till fler patienter, med särskilt fokus på patienter med komplexa och omfattande vårdbehov. Hur många och vilka patienter som får fast läkarkontakt, samt hur många patienter den fasta läkarkontakten ansvarar för är exempel på områden som ska följas upp.

Socialstyrelsens deluppdrag om uppföljning av fast läkarkontakt har utretts inom ramen för deluppdrag II och III och redovisades i december 2020.[44] Deluppdrag I har utrett förutsättningarna för att följa fast läkarkontakt genom ett nationellt hälsodataregister, där uppgifter från primärvården ingår. Bland annat ställdes frågor till vårdcentraler respektive regioner om registrering av samt tillgång till uppgift om fast läkarkontakt. Majoriteten av vårdcentralerna anger att uppgiften registreras i patientjournalen. Det betyder emellertid inte att uppgifterna finns tillgängliga i strukturerad form och därigenom är möjliga att använda för uppföljning. Ett dussintal vårdcentraler svarar att de inte registrerar uppgift om fast läkarkontakt. Det innebär däremot inte nödvändigtvis att de inte tillämpar fast läkarkontakt vid mottagningen. Närmare hälften av regionerna svarar att uppgift om fast läkarkontakt inte finns att

[37] Se avsnitt ”Förslag till registerinnehåll”.
[38] 3 kap. 2 § PL.
[39] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys fick ett regeringsuppdrag (S2020/03320/FS) våren 2020 där de bland annat ska utvärdera utvecklingen av fast läkarkontakt i primärvården.
[40] Prop. 2019/20:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform, s. 27–28.

tillgå centralt för regionen. I Socialstyrelsens redovisning från 2020 om möjligheter till uppföljning av fast läkarkontakt konstateras det att för att följa området genom ett hälsodataregister behövs en tydlig definition av begreppet, att kraven som ställs på en fast läkarkontakt är samma i hela landet samt att uppgifterna om fast läkarkontakt finns enhetligt registrerade i regionernas journalsystem. Vidare konstateras att i nuläget finns ingen av dessa förutsättningar på plats.[44]

Utifrån verksamheternas och regionernas redogörelser samt Socialstyrelsens fördjupning inom området bedöms möjligheten att följa fast läkarkontakt genom ett hälsodataregister för primärvården vara begränsad, eftersom flertalet faktorer komplicerar insamling av uppgifter, men även uppgifternas tolkningsbarhet. Relevanta frågeställningar i sammanhanget är framför allt ”Har patienten fast läkarkontakt?” samt ”Skedde vårdkontakten med patientens fasta läkarkontakt?”. Registrering av den informationen i journalen (för samtliga vårdkontakter alternativt för vissa vårdkontakter) innebär ytterligare administration för läkaren (alternativt administrativ personal). Det saknas dessutom en tydlig definition av vad ”komplexa och omfattande vårdbehov” innebär, och berörda patientgrupper kan inbördes ha olika behov och önskemål vad gäller kontinuitet. Slutligen kan en patient ha en fast läkarkontakt men i praktiken träffa andra läkare av olika anledningar. Framför allt de sistnämnda faktorerna medför att uppgifter om fast läkarkontakt riskerar att bli svårtolkade om de väl ingår i ett hälsodataregister.

I primärvården arbetar åtskilliga yrkeskategorier

Inom primärvården arbetar utöver läkare och sjuksköterskor[41] även undersköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietister, biomedicinska analytiker, medicinska sekreterare, farmaceuter, logopeder, naprapater med flera. Dessutom är yrkesgrupper som utför insatser inom psykisk och psykosocial hälsa vanliga, såsom psykologer, psykoterapeuter samt hälso- och sjukvårdskuratorer.

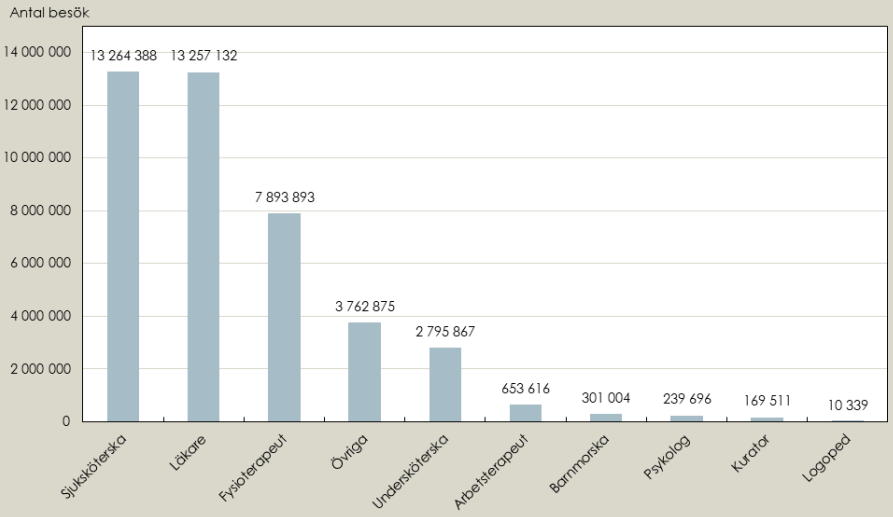
Färre än hälften av besöken sker hos läkare

År 2019 skedde färre än hälften av alla besök[42] i primärvården hos läkare (diagram 1). Sammantaget utgjorde i stället besök till andra yrkeskategorier en klar majoritet. Det året var antalet enskilda besök till sjuksköterskor för första gången fler än antalet enskilda besök till läkare [8], om än på nästintill samma nivå.

[41] Inklusive specialiserade sjuksköterskor, exempelvis distriktssköterskor och barnmorskor.

[42] Med besök avses här följande fysiska besök: mottagningsbesök, (och) hembesök, hemsjukvårdsbesök (inkl. SÄBO) samt dagsjukvårdsbesök (endast läkarbesök). I statistiken från SKR ingår primärvårdsverksamhet finansierad av regionerna.

Diagram 1. Antal besök hos olika yrkeskategorier i primärvården*, 2019

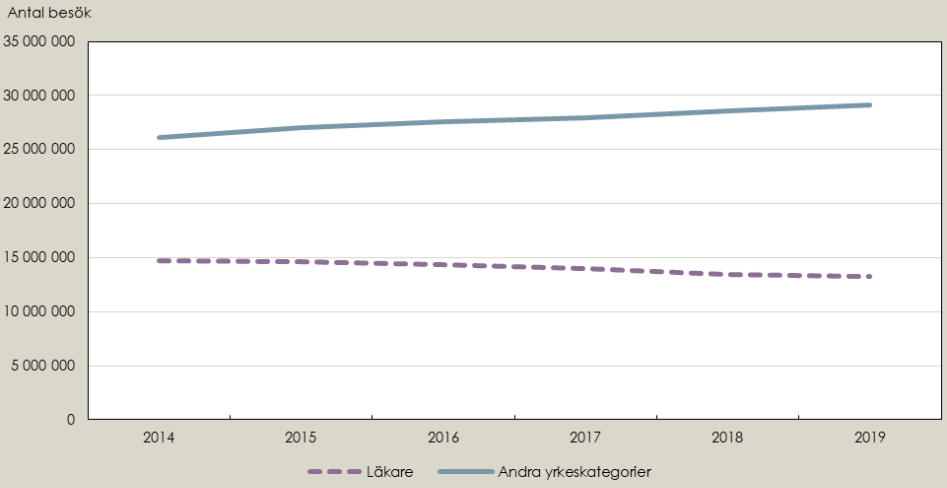


*Med besök i primärvården avses här endast fysiska kontakter som skett i primärvård med regionen som huvudman. Besöken avser mottagningsbesök, hembesök, hemsjukvårdsbesök (inkl. SÄBO) samt dagsjukvårdsbesök (endast läkarbesök). En del regioner har inte specifikt rapporterat besök hos/av undersköterska, arbetsterapeut, barnmorska, psykolog, kurator samt logoped.

Källa: Ekonomi- och verksamhetsstatistik, Sveriges Kommuner och Regioner, 2020.

Under perioden 2014–2019 har läkarbesöken minskat med ungefär 1,5 miljoner enskilda besök (diagram 2). Troligtvis är skillnaderna mellan antal besök till läkare respektive andra yrkeskategorier ännu större, framför allt historiskt sett, än vad som redovisas här.[43]

Diagram 2. Antal besök i primärvården* till läkare respektive andra yrkeskategorier, 2014–2019.



*Med besök i primärvården avses här endast fysiska kontakter som skett i primärvård med regionen som huvudman. Besöken avser mottagningsbesök, hembesök, hemsjukvårdsbesök (inkl. SÄBO) samt dagsjukvårdsbesök (endast läkarbesök). En del regioner har inte varje år specifikt rapporterat besök hos/av undersköterska, arbetsterapeut, barnmorska, psykolog, kurator samt logoped.

Källa: Ekonomi- och verksamhetsstatistik, Sveriges Kommuner och Regioner, 2020.

[43] En del regioner har inte löpande rapporterat besök till andra yrkeskategorier till SKR:s verksamhetsstatistik. Detta gäller framför allt besök till undersköterska, arbetsterapeut, barnmorska, psykolog, kurator och logoped. Däremot har rapporteringen vad gäller dessa besök gradvis ökat de senaste åren.

Behov av mer kunskap om bredden av insatser i primärvården

Utöver läkare bedriver flera av de övriga yrkesgrupperna ett självständigt arbete som – enligt förslag från delbetänkandet En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53) – kan bli än mer omfattande framöver.[14] Hur primärvårdsmottagningar är organiserade utifrån profession ser olika ut i landet. På vissa håll finns teammottagning, eller mottagningar ledda av exempelvis sjuksköterska och undersköterska, där läkaren har en konsulterande roll.[22] Primärvårdens multidisciplinära utformning innebär att det finns ett behov av att på nationell nivå kunna följa och utvärdera även andra yrkeskategoriers insatser i vården, utöver läkarinsatserna.

Socialstyrelsen har utrett möjligheten till insamling av registeruppgifter i primärvården från andra yrkeskategorier utöver läkare. Då, som tidigare nämnts, majoriteten av besöken i primärvården sker hos andra yrkeskategorier än läkare, är insamling av uppgifter även gällande dessa typer av vårdkontakter nödvändiga för att få en helhetsbild av insatserna.

Till nuvarande patientregistret får, enligt förordning (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen, uppgifter om vårdkontakter med andra yrkeskategorier utöver läkare samlas in från öppenvårdspsykiatrin. Anledningen till den utvidgade insamlingen är att dessa personalgrupper utför en betydande del av vårdinsatserna inom den psykiatriska öppenvården. Således framkommer genom beslutet ett tydligt och befogat motiv till utökad insamling, då det bidrar till att skapa en mer heltäckande bild av den vård som bedrivs. Socialstyrelsen anser att detta behov även finns för primärvård, av samma anledning som för öppenvårdspsykiatrin. Insamling av uppgifter från fler yrkeskategorier än enbart läkare ökar möjligheten till kvalitetssäkring av den vård som bedrivs.

I längden ser Socialstyrelsen även ett behov av att samla in uppgifter om vårdkontakter med andra yrkeskategorier i den öppna specialiserade vården, något som i dagsläget inte är möjligt enligt nuvarande lagstiftning.[44] Som tidigare nämnts påbörjas under 2021 ett utredningsarbete vid myndigheten avseende detta.[26]

Professionsförbund och synen på ett nationellt primärvårdsregister

I syfte att förankra Socialstyrelsens arbete med uppdraget har dialog förts med representanter från olika professionsförbund, vilka representerar yrkeskategorier verksamma inom primärvården. Utöver aktiv samverkan med SFAM (i expertgruppsarbetet) har dialog förts med Svensk sjuksköterskeförening, Kommunal, Fysioterapeuterna, Dietisternas riksförbund samt Psykologförbundet. Sammantaget har de en positiv syn på ett framtida nationellt hälsodataregister med uppgifter från primärvården.

Svensk sjuksköterskeförening ser det som en framgångsfaktor att inkludera fler yrkesgrupper i registret. I och med att specialistsjuksköterskemottagningar blir allt vanligare behöver insatserna som sker där kunna följas. Förbundet lyfter även det faktum att ett nationellt primärvårdsregister innebär

[44] Undantaget öppenvårdspsykiatrin.

möjligheten att kunna följa hela vårdkedjan, vilket är en viktig del av en god och nära vård.

Kommunal representerar undersköterskor, verksamma bland annat inom primärvård. Majoriteten av dessa arbetar inom den kommunala delen av omsorgen, medan andra arbetar exempelvis vid vårdcentraler. Kommunal ställer sig positiva till registrering av vårdbesök till undersköterskor för vidare rapportering till ett nationellt primärvårdsregister.

Förbundet Fysioterapeuterna anser att den främsta nyttan med ett nationellt primärvårdsregister med uppgifter från flera olika yrkeskategorier skapar möjlighet att utvärdera den egna professionens arbete och se om rekommendationer i nationella riktlinjer och standardiserade vårdförlopp följs. Förbundet lyfter särskilt fram det förebyggande arbete som fysioterapeuter gör och vikten av att kunna utvärdera detta.

Dietisternas riksförbund nämner att ett nationellt primärvårdsregister ger möjlighet att planera och arbeta preventivt inom primärvården. Hos yrkeskåren finns ett starkt fokus på det förebyggande arbetet för att på sikt undvika ökad ohälsa i befolkningen.

Psykologförbundet anser att en av de viktigaste anledningarna till att ha ett nationellt primärvårdsregister är att kunna spegla hur primärvården ser ut, inklusive olika yrkesutövares vårdinsatser. Utifrån det specifika professionsperspektivet menar de att det är viktigt att kunna följa vad som görs bland annat utifrån rekommendationerna i nationella riktlinjer om psykisk ohälsa.

Behov av uppgifter från både offentlig och privat vård

År 2019 skedde 47 procent av primärvårdsbesöken hos en privat vårdgivare.[45] Sett till verksamheter, och mer specifikt vårdcentraler, utgjordes dessa samma år till 44 procent av privata utförare.[8] En uppgiftsskyldighet för primärvården till ett nationellt hälsodataregister kommer innebära att såväl offentligt som privat drivna primärvårdsverksamheter får en lagstadgad skyldighet att rapportera in uppgifter. Denna skyldighet gäller redan nu för vårdgivare inom den specialiserade vården, vilka är ålagda att rapportera till patientregistret. Trots detta finns ett bortfall av vårdkontakter med privata vårdgivare i patientregistret.[27] Varken omfattning eller orsak är känt och bortfallet beror troligtvis på flera faktorer, som exempelvis okunskap hos de uppgiftsskyldiga eller tekniska begränsningar för rapportering. Vid en framtida utökning med primärvårdsuppgifter i patientregistret behöver Socialstyrelsen säkerställa att samtliga berörda aktörer, oavsett driftsform, är införstådda med den uppgiftsskyldighet som åligger dem och har praktisk möjlighet att genomföra den. Detta kan exempelvis ske genom informationssatsningar och i samverkan med regioner, SKR, vårdföretagarorganisationer samt aktörer med sakkunskap inom vårdinformationsstruktur och teknisk infrastruktur för vård och omsorg.

[45] I statistiken från SKR ingår primärvårdsverksamhet finansierad av regionerna. Med primärvårdsbesök avses här fysiska besök.

Socialstyrelsen har fört dialog med en av landets större privata vårdgivare inom primärvård gällande förutsättningar för uppgiftsregistrering och rapportering, samt inställning till en framtida uppgiftsskyldighet. Vårdgivaren ställer sig positiv till att i framtiden rapportera uppgifter till ett hälsodataregister för primärvården. Möjligheten till att skapa en helhetsbild av patienten anges som ett av huvudskälen till varför ett sådant register behövs. Mer konkret innebär detta att i olika delar av vårdkedjan se vilka diagnoser och åtgärder som förekommer. Vidare kan registret medföra att över tid kunna se om kontaktmönster förändras, bland annat utifrån vilken profession som tillhandahåller vården, samt möjlighet att följa vårdens digitala utveckling. Vårdgivaren menar att ett register över primärvården även ger möjlighet att utvärdera effekter av olika styr- och ersättningssystem.

Socialstyrelsen har även intervjuat en fysioterapeut[46] verksam inom den nationella taxan (LOF) i region Stockholm, med liknande frågeställningar som ovan. Intervjupersonen ställer sig positiv till rapportering till ett nationellt register med uppgifter från primärvården. Huvudsakliga argumentet är att uppgiftsinsamlingen möjliggör utvärdering samt synliggör fysioterapeuters insatser i primärvården. Bilden av patientens vård blir därmed bredare.

Med utvecklad digitalisering i åtanke

Digitala utomlänsbesök hos privata digitala vårdgivare ökar för varje år.[10] Dessutom erbjuder regionerna själva digitala vårdtjänster i allt högre utsträckning [11], som komplement till sitt traditionella vårdutbud. Parallellt med detta pågår ett nationellt utvecklingsarbete runt e-hälsa, med Vision e-hälsa 2025 som utgångspunkt. Vision e-hälsa är framtagen i samverkan mellan staten och SKR.[45] I strategin för genomförandet framgår följande:

Vision e-hälsa 2025

Sverige ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet.

Givet denna målsättning, inklusive de lokala satsningar som pågår, och mot bakgrund av att människor efterfrågar digitala tjänster i allt högre utsträckning, behöver dessa typer av verksamheter kunna följas och utvärderas på nationell nivå. Detta är viktigt inte minst ur ett jämlikhets-, tillgänglighets- och patientsäkerhetsperspektiv. I en rapport från 2018 konstaterar Socialstyrelsen att den vård som ges av privata digitala vårdgivare behöver följas upp nationellt, då respektive region har olika förutsättningar för kvalitetsuppföljningen av dessa.[46]

I propositionen om en nära och tillgänglig vård[47] slås fast att verksamhetsutveckling genom digitalisering utgör en viktig förutsättning för att uppnå

[46] Tillika ombudsman för företagare vid förbundet Fysioterapeuterna.
[47] Prop. 2019/20:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en

målbilden av en primärvård som utgör navet i hälso- och sjukvården. Digitalisering behövs bland annat för att koppla samman olika vårdgivare och vårdformer. Vidare kan digitaliseringen bidra till utvecklandet av en nära vård, då vården som tillhandahålls inte nödvändigtvis behöver ges geografiskt nära patienten. Vårdens tillgänglighet kan öka med hjälp av digitalisering och arbetssätten och processerna effektiviseras. Regeringen har gjort bedömningen att regionerna behöver öka utvecklingstakten när det kommer till att tillhandahålla digitala vårdtjänster[48] utifrån ett första linjen-perspektiv.

Socialstyrelsens bedömning är att ett nationellt hälsodataregister med uppgifter från primärvården skulle underlätta möjligheten att följa den vård som tillhandahålls via digitala vårdtjänster. Uppgiftsskyldigheten gällande vårdkontakter i primärvård behöver således även innefatta digitala vårdtjänster, dels de som fysiska mottagningar tillhandahåller som ett komplement till ordinarie vård och dels de digitala vårdtjänster som förmedlas av aktörer med digital vård som huvudsaklig vårdform.

Socialstyrelsen har fört dialog med medarbetare[49] vid en av landets större privata (delvis) digitala vårdgivare, gällande förutsättningar för uppgiftsregistrering och rapportering, samt inställning till en framtida uppgiftsskyldighet. Från den digitala vårdgivarens håll framgår en tydlig önskan att rapportera in uppgifter till ett hälsodataregister för primärvården. Den huvudsakliga anledningen som uppges är att utifrån ett nationellt perspektiv kunna följa upp, jämföra och utvärdera den vård som bedrivs.

Uppgiftsinsamling ur patientens perspektiv

Vid upprättandet av ett register baserat på personuppgifter är patientens perspektiv på datainsamlingen viktigt att ha i åtanke. Uppgifter som hamnar i registret kan ha känslig karaktär, och olika individer kan dessutom ha skilda uppfattningar om vilken information som anses vara känslig. Här är det – utöver lagstöd och andra juridiska avväganden – viktigt med transparens om syftet med insamlingen, datahantering samt information om individens rättighet att ta del av sina egna uppgifter.[50]

Allmänheten bedömer sig ha relativt låg kunskap om register om vård och hälsa, enligt en undersökning från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Generellt sett visade sig befolkningen dock positivt inställda till att uppgifter om den egna hälsan och vården fördes in i register eller databaser. Majoriteten menade emellertid att det är viktigt att uppgifterna skyddas korrekt, används ändamålsenligt, samt att hänsyn tas till andra viktiga aspekter beträffande integritet och information.[47]

Enligt förordning (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen ska Socialstyrelsen på lämpligt sätt informera allmänheten om registret.[51] Myndigheten har som en del av detta publicerat faktablad riktade till allmänheten

primärvårdsreform, s. 60–62.

[48] I de fall digitalt utförande anses lämpligt.

[49] Tillika ordförande i eHälsoläkarföreningen.

[50] Individen har rätt att via registerutdrag få tillgång till de uppgifter Socialstyrelsen behandlar om individen, samt få kompletterande information om personuppgiftsbehandlingen.

[51] I förordning (2001:707) 7 § hänvisas till förordning (2018:458).

om nyttan med hälsodataregister dels generellt, dels för de enskilda registren, däribland patientregistret.[48, 49]

Som en del av förankringsarbetet och för att öppna upp för dialog har vi inom ramen för uppdraget träffat Socialstyrelsens nämnd för funktionshindersfrågor. Vid mötet lyftes bland annat behovet av kunskap om vad som sker i primärvården. Dessutom diskuterades integritetsfrågor samt skillnader mellan hälsodataregister och kvalitetsregister. Vidare har Socialstyrelsen förmedlat skriftlig information om uppdraget till patient- och brukarrådet vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Uppgiftsinsamling ur ett internationellt perspektiv

I en statlig utredning (SOU 2014:45) konstateras att tack vare våra register har Sverige ur ett internationellt perspektiv en unik möjlighet att relativt enkelt kunna bedriva storskalig forskning. När uppgifter från olika register dessutom kan kopplas samman stärks förutsättningarna ytterligare.[50]

Det finns även andra internationella aspekter som är relevanta för Socialstyrelsens ställningstagande för ett nationellt hälsodataregister över primärvården. Nyttan av ett sådant register har en koppling till FN:s Agenda 2030 [51] och framför allt de globala hållbarhetsmål som handlar om god hälsa och välbefinnande, jämställdhet samt minskad ojämlikhet. Vidare skulle primärvårdsuppgifter från ett hälsodataregister med uppgifter från primärvården kunna användas internationellt i jämförande syfte inom ramen för hälsa och sjukvård.

Nationell statistik efterfrågas av olika internationella organisationer och används bland annat för att göra jämförelser mellan länder. Jämförelserna belyser skillnader och likheter men kan även visa var det behövs djupare analyser eller om bakgrundsdata behöver förbättras.

Leveranser av nationell hälso- och sjukvårdsrelaterad statistik från myndigheten sker regelbundet framför allt till Nordiska medicinalstatistiska kommittén (NOMESKO), EU:s statistikorgan Eurostat, Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD[52]) samt WHO.

Finland och Island har, som tidigare nämnts, nationella hälsodataregister med uppgifter från primärvården. Ett motsvarande svenskt register skulle möjliggöra vissa jämförelser på nordisk nivå och vara användbart vid olika samarbeten gällande statistik och jämförelser.

[52] OECD står för The Organisation for Economic Co-operation and Development.

Förslag till registerinnehåll

I avsnittet beskrivs inledningsvis vad som i det här sammanhanget avses med vårdkontakt inom primärvård. Sedan följer en sammanställning av nödvändiga registeruppgifter för insamling, samt mer specificerade beskrivningar av de uppgifter som Socialstyrelsen föreslår ska ingå i ett nationellt hälsodataregister över primärvården.

Vårdkontakt inom primärvård

Med vårdkontakt inom primärvård avses i detta fall antingen fysiska möten, som vid hembesök och mottagningsbesök, eller distanskontakt. Gemensamt för dessa olika former är att de ska ske inom ramen för det som regionen kategoriserar som primärvård och som bedrivs inom regionens ansvarsområde. Hur primärvården är organiserad och vad som ingår i vårdcentralernas grunduppdrag kan skilja sig åt mellan olika regioner.[53]

Socialstyrelsen föreslår att rapportering av uppgifter om vårdkontakter inom primärvård ska ske till det befintliga patientregistret, som regleras av patientregisterförordningen (2001:707). Socialstyrelsen föreslår vidare att samtliga vårdgivare[54], både offentliga och privata, ska rapportera in personnummerbaserade uppgifter om vårdkontakter som sker inom primärvården.

Nödvändiga registeruppgifter

Socialstyrelsens bedömning är att registret bör omfatta följande uppgifter från primärvården:

- patientens personnummer, kön och födelseår
- folkbokföringsort
- födelseort
- datum och tid för primärvårdskontakt
- form av primärvårdskontakt
- planerad vårdkontakt
- remiss och remitterande vårdenhet
- utförande vårdenhet
- diagnos
- yttre orsak till sjukdom eller skada
- funktionstillstånd
- åtgärd
- läkemedel
- yrkeskategori.

Socialstyrelsen föreslår att insamlingen av uppgifter påbörjas med de uppgifter som regioner och verksamheter redan har tillgängliga vid tidpunkten för insamlingens start, för att successivt utökas och på sikt innefatta samtliga

[53] För en närmare beskrivning se avsnitt ”Bakgrund”, stycke ”Primärvårdens omfattning och uppdrag”.
[54] Ungdomsmottagningar undantaget. Se avsnitt ”Uppdragets utförande” stycke ”Avgränsningar” för en närmare beskrivning.

uppgifter som berörs av den föreslagna uppgiftsskyldigheten i enlighet med punktlistan ovan. Utvecklingen av eventuella ytterligare variabler och uppgifter behöver ske successivt i takt med utvecklingsarbetet av en strukturerad och ändamålsenlig dokumentation med bland annat enhetliga begrepp och termer, klassifikationer och kodverk.

Vidare anser Socialstyrelsen att det är eftersträvansvärt att de föreslagna uppgifterna i så hög utsträckning som möjligt är systemgenererade hos vårdgivarna. Vissa uppgifter i systemen är det redan i dagsläget, exempelvis uppgift om datum för primärvårdskontakt. För andra uppgifter, exempelvis uppgift om diagnos samt åtgärd, som registreras i anslutning till en vårdkontakt, behövs ett regelverk som stöd för vad som ska registreras för rapportering och uppföljning. Framtagande och implementering av ett sådant regelverk, vilket beaktar vårdkontexten och stödjer rapporteringsändamålet, kan på sikt möjliggöra systemgenerering av uppgifter av tillräcklig kvalitet.

Det är av stor vikt att uppgifter om vårdkontakter med såväl läkare som annan hälso- och sjukvårdspersonal omfattas av samtliga berörda verksamheters uppgiftsskyldighet, samt att det inte görs någon åtskillnad avseende vårdkontakter med legitimerad eller icke-legitimerad personal. Vidare har genom vårdvalsreformen[55] andelen privata vårdgivare i landet ökat. Det är angeläget att säkerställa att rapportering av uppgifter även sker från dessa vårdgivare, inklusive privata digitala aktörer.

För att möjliggöra en insamling av uppgifter till Socialstyrelsens patientregister även från primärvården måste patientregisterförordningen ändras till att omfatta även primärvård. Detta föranleder i ett senare skede även en revidering av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2013:35) om uppgiftsskyldighet till patientregistret.

Närmare om de föreslagna uppgifterna

Ett hälsodataregister med uppgifter från primärvården skulle, som tidigare nämnts, ge ett bredare underlag för statistik och forskning, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring. Det kan även bidra till en tydligare helhetsbild av hälso- och sjukvården, bland annat utifrån aspekterna jämlik och säker vård. Sammantaget bidrar insamlingen av uppgifterna som anges nedan till att kunna utveckla primärvården och därmed gynna folkhälsan och patienterna.

Patientens personnummer, kön och födelseår

Det finns flera starka skäl till att ha personnummerbaserade uppgifter (samt samordningsnummer eller reservnummer i de fall det är aktuellt) i ett utvidgat nationellt patientregister med uppgifter från primärvården. Det behövs framför allt för att kunna sammanföra information om individen från olika personnummerbaserade register, vilket görs i bland annat forsknings-, analys- och statistikverksamhet. Där används även uppgifter som samlats in vid olika tillfällen och som sedan kopplas samman via individdata och möjliggör således att kunna följa patientens vårdresa över tid och rum. Socialstyrelsen föreslår därför att de insamlade uppgifterna om vårdkontakter ska vara personnummerbaserade.

[55] Sedan 2010 finns vårdval i primärvården i samtliga regioner.

Uppgift om kön är av stor relevans mot bakgrund av att eventuella hälsoskillnader mellan könen bör beaktas för att uppnå en jämlik vård. Vidare är uppgift om kön en automatiserad uppgift, det vill säga den baseras på den näst sista siffran i personnumret, och rapporteras således inte in aktivt från verksamheterna.

Uppgift om födelseår eller ålder behöver ofta tas i beaktande i samband med analys av hälsodata och är därför en grundläggande faktor i sammanhanget. Födelseår är, liksom uppgift om kön, en automatiserad uppgift som baseras på personnumret.

Folkbokföringsort

Uppgift om folkbokföringsort behövs för information om hur vårdkonsumtionen fördelas över landet och lokalt inom länen och kommunerna (även om utomlänsvård förekommer), och för att beskriva befolkningens hälsa på läns- och kommunnivå. I dagsläget hämtas informationen med hjälp av statistikmyndigheten SCB:s kodverk för län och kommun, vilket även kommer gälla för den föreslagna utökningen av patientregistret. Uppgiften kommer således inte rapporteras av vårdgivarna. Det vore dock önskvärt med kompletterande information som ger mer flexibla möjligheter att skapa geografiska områden. Socialstyrelsen föreslår därför att uppgift om folkbokföringsort hämtas in på en detaljerad nivå, det vill säga med hjälp av distrikt, vilket i dagsläget görs för övrig hälso- och sjukvård. Det är bland annat är nödvändigt för att kunna dela in de större kommunerna i mindre geografiska områden såsom stadsdelar. Detta behövs exempelvis för syften som rör jämlik vård, lika tillgång till vård i olika geografiska områden samt jämförelser av hälsotillstånd.

Födelseort

Uppgift om födelseland, som är en typ av uppgift som ryms inom begreppet födelseort, är bland de viktigaste bakgrundsvariablerna vid uppföljningen av jämlik vård. Uppgift om födelseland behövs bland annat vid undersökningar om personer med utländsk bakgrund har samma vårdbehov och samma tillgång till vård som andra i samhället, eller om vårdkonsumtionen kan skilja sig åt mellan olika grupper. Dessa uppgifter kommer i likhet med uppgift om folkbokföringsort att inhämtas från SCB, vilken även sker i nuläget inom ramen för det befintliga patientregistret.

Datum och tid för primärvårdskontakt

Socialstyrelsen föreslår att uppgift om besöksdatum ska samlas in, eftersom detta ger underlag för uppföljningar av bland annat väntetider. Uppgiften är även viktig för att kunna följa patientens vårdresa och i kronologisk ordning kunna se vad som skett, exempelvis från primärvård till akutvård, och möjligen även till slutenvård. Även klockslag är av relevans, eftersom det kan vara viktigt för att kunna mäta väntetid, i både dygn och minuter, dels vid akutbesök inom primärvården, dels då en patient hänvisats vidare till specialiserad akutvård. Detta förutsätter dock att uppgifterna är systemgenererade och inte innebär ytterligare manuell dokumentation i journalen. Uppgift om datum och tid för primärvårdskontakt handlar således om att registrera en typ av tidpunkt för händelse och åtgärd.

Form av primärvårdskontakt

Uppgift om vårdkontaktens form behövs för jämförbarheten inom och mellan olika former av primärvårdkontakter. Vidare är uppgiften relevant att tillgå, så att exempelvis ett hemsjukvårdsbesök inte jämställs med ett mottagningsbesök eller en distanskontakt. Det finns dock ett behov av att tydligare definiera terminologin inom området. Socialstyrelsen föreslår att variabeln utvecklas och anpassas så att exempelvis mottagningsbesök, hemsjukvårdsbesök samt distanskontakter delas upp mer ingående på sikt. Det är önskvärt att kunna särskilja exempelvis läkares hemsjukvårdsbesök från läkarinsatser vid SÄBO, och för att få en tydligare definiering och uppdelning av distanskontakter via exempelvis telefon-, chatt-, mejl- eller videokonsultation. Denna typ av information registreras hos vårdgivarna och bör således heller inte innebära något extraarbete. Socialstyrelsen ser dock ett behov att framöver göra ett mer ingående arbete för att ta fram en förteckning med möjliga värden, där det framgår tydliga definitioner och praktiska beskrivningar. En sådan förteckning bör avspegla de huvudsakliga former som förekommer, så att eventuella lokala benämningar enkelt går att kvalificera och kategorisera.

Planerad vårdkontakt

Information om planerad vårdkontakt är en relevant uppgift för att kunna följa fördelning mellan planerade och oplanerade besök inom primärvården. Om vissa diagnosgrupper har många oplanerade besök kan detta exempelvis vara en indikation på att deras behandling inte fungerar på ett optimalt sätt. Det kan också vara information som anger inriktningen på mottagningsverksamheten, helt eller delvis över tid. Vidare kan uppgiften användas för att tillsammans med uppgifter om datum och tid följa väntetider i vården vid akuta besök.

En planerad vårdkontakt kan ibland föranledas av en inkommande remiss. Uppgift om inkommande externa remisser och deras avsändare kan därför vara av relevans som kompletterande information. Se vidare nedan avseende uppgift om remiss och remitterande vårdenhet.

Remiss och remitterande vårdenhet

Socialstyrelsen avser att samla in uppgifter om huruvida remittering till en vårdgivare inom primärvården skett eller inte, samt i de fall det skett även med angivande från vilken utförande vårdenhet remissen har skickats. Det handlar alltså om fall där en annan verksamhet överlämnar behandlingsansvaret via remiss och detta har föranlett en vårdkontakt. En remittering kan således vara en orsak till den planerade vårdkontakten. Huruvida en kontakt inom primärvården har föranletts av en inkommande extern remiss är en viktig komplettering till informationen om planerad vårdkontakt och är av stort värde för att underlätta möjligheten att följa patientens vårdkedja. I och med omställningen till en mer nära vård, där primärvården utgör navet, är det nödvändigt att kunna följa inflödet till primärvården på detta sätt. Socialstyrelsen föreslår därför att uppgiften om remiss och remitterande vårdenhet i lämpliga fall kan användas som ett komplement till uppgiften om planerad vårdkontakt.

Uppgift om en verksamhets utgående remisser anses inte nödvändigt att samla in i nuläget, bland annat för att dessa inte alltid skrivs i samband med vårdkontakten.

Socialstyrelsen anser att det vore önskvärt att på sikt även uppgift om remisser till samt inom den specialiserade vården samlas in till patientregistret. På så sätt kan även patienters vårdresa från primärvård till specialiserad vård och tillbaka tydligare följas.[52]

Utförande vårdenhet

Uppgift om vilken vårdenhet som har gett vården behövs för alla indelningar och grupperingar av verksamheter. Det är nödvändigt för att på ett korrekt sätt kunna följa upp vad som sker i respektive enhet, men även mer övergripande för olika typer av verksamheter. För uppföljning förutsätts att alla verksamheter som bedriver sådan verksamhet som omfattas, och som är skyldiga att lämna uppgifter, går att kategorisera på ett korrekt sätt. Genom uppgift om utförande vårdenhet går det att härleda besök till olika vårdgivare eller organisatoriska enheter som har olika egenskaper som delvis kan variera över tid. Det kan exempelvis handla om ekonomiska resurser eller bemanning, geografisk plats och tillhörighet till en viss vårdgivare med olika slags regler och policys.

Socialstyrelsen föreslår att denna uppgift inhämtas, men ser först ett behov av ett mer ingående arbete avseende hur dessa koder för olika verksamheter ska utformas. I dagsläget saknas ett nationellt organisationskodverk för hälso- och sjukvårdsverksamheter. E-hälsomyndigheten har därför, i samverkan med andra organisationer, inlett ett arbete med att se över möjligheter till att upprätta ett sådant kodverk, men inget beslut är fattat i frågan vid tidpunkten för den här rapporten.

Ett nationellt organisationskodverk för hälso- och sjukvårdsverksamheter är en grundförutsättning för att uppgift om utförande vårdenhet på ett enhetligt sätt ska kunna registreras, följas upp och jämföras i ett utvidgat nationellt patientregister. Vidare behövs en total bild av antalet utförare av viss typ av vård för att kunna undersöka efterlevnaden av uppgiftsskyldigheten. Denna information behövs för att kunna beräkna ett eventuellt bortfall, som i sig är en viktig uppgift då registret ska användas för statistik, analyser och uppföljning av utvecklingen i hälso- och sjukvården.

Diagnos

Det är skillnad mellan att ställa diagnos och att klassificera diagnos. Då diagnos (alternativt diagnoser) ställs gör till exempel en läkare en bedömning av vilken sjukdom patienten har, varpå diagnosen formuleras och dokumenteras. Vid klassificering av diagnosen väljer läkaren eller annan hälso- och sjukvårdspersonal vilken eller vilka koder som bäst beskriver den ställda diagnosen med hjälp av ett statistiskt kodverk, exempelvis Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem, ICD-10-SE[56][53, 54]. Denna klassificering (ICD) görs utifrån ett internationellt standardiserat regelverk.[53]

[56] ICD står för International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Den svenska versionen heter ICD-10-SE. 2018 utkom WHO med en första version av ICD-11. För en närmare beskrivning, se avsnitt ”Strukturerad och enhetlig registrering ger bättre registerkvalitet”.

För att möjliggöra statistiska jämförelser och utbyte av information är det en stor fördel att använda samma klassifikation och följa ett och samma regelverk för klassificeringen, det vill säga vara överens om vad som ska klassificeras och på vilket sätt. Genom ICD-10 är det möjligt att klassificera och statistiskt beskriva sjukdomar och andra hälsoproblem som är aktuella som orsak till individers död eller kontakter med hälso- och sjukvården. ICD-10 innehåller traditionella diagnoser, men även symtom, onormala fynd, besvär och andra anledningar som bedöms vara orsak till vårdkontakten, som exempelvis kontroll av utläkt sjukdom, intyg, screening eller vaccination. Inledningen till ICD-10-SE ger vägledning till hur olika tillstånd och kliniska fynd i samband med vårdkontakt ska klassificeras.[53]

Oavsett av vilken anledning en vårdkontakt sker behöver denna typ av uppgift ingå i ett utvidgat nationellt patientregister med uppgifter från primärvården. I nuläget använder en majoritet av regionerna ICD-10 vid registrering av de diagnoser som bedömts varit anledningen till exempelvis läkarbesök i primärvården.[57] Informationen används i journalen men ligger även till grund för olika typer av sekundära beskrivnings- och ersättningssystem. Socialstyrelsen föreslår därför att samtliga regioner ska använda ICD-10-SE för att ange diagnos som anledning till vårdkontakt i primärvården, oavsett hur dokumentationen av patientens tillstånd sker i journalen.

Även om ICD-10 innehåller mer än traditionella diagnoser har den ett fokus på sjukdomstillstånd. För att komplettera ICD inom området funktionstillstånd har Världshälsoorganisationen (WHO[58]) tagit fram ytterligare en referensklassifikation som på svenska heter Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF[59]).[55] ICF används inom flera områden och på flera olika sätt inom hälso- och sjukvården, företrädesvis av andra professioner än läkare.

Socialstyrelsen föreslår att uppgift om funktionstillstånd som anledning till vårdkontakt ingår som ett komplement eller alternativ till uppgift om diagnos, för att möjliggöra att även andra yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården som inte i samma utsträckning som exempelvis läkare använder sig av ICD-10-SE ska ha möjlighet att på ett adekvat sätt rapportera in anledningen till vårdkontakten. Detta kan ske genom ICF. Se vidare nedan avseende uppgift om funktionstillstånd.

Socialstyrelsen föreslår även att läkemedel, utifrån gällande klassificeringssystem för läkemedel (ATC[60]), i lämpliga fall kan användas som tilläggskod för diagnos, då läkemedel kan utgöra orsak till ett sjukdomstillstånd.

Yttre orsak till sjukdom eller skada

Uppgift om yttre orsak till sjukdom eller skada behövs för att beskriva olycksfall, vårdkomplikationer, ogynnsamma effekter av läkemedel och självdestruktiva handlingar. Detta är en viktig kunskapskälla för att, om möjligt, kunna förebygga sådana händelser.

[57] För en närmare beskrivning av primärvårdens användande av ICD-10-SE, se avsnitt ”Strukturerad och enhetlig registrering ger bättre registerkvalitet”.
[58] WHO står för World Health Organization.
[59] ICF står för International Classification of Functioning, Disability and Health.
[60] ATC står för Anatomical Therapeutic Chemical.

Socialstyrelsen föreslår att ICD-10-SE kapitel 20 ska användas vid registreringen av yttre orsak till sjukdom eller skada. Socialstyrelsen föreslår även att gällande klassificeringssystem för läkemedel (ATC) i lämpliga fall kan användas som tilläggskod, då läkemedelsbruk kan utgöra just en sådan yttre orsak.

Funktionstillstånd

Begreppet funktionstillstånd avser enligt Socialstyrelsens termbank [56] tillstånd hos en persons kroppsfunktioner och kroppsstrukturer samt förmåga till aktivitet och delaktighet. Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) används för att beskriva en persons funktionstillstånd, sätta mål, bedöma behov och följa resultat, utifrån en biopsykosocial modell.[55] Som nämnts ovan under ”Diagnos” finns det yrkeskategorier inom hälso- och sjukvård som inte i lika hög utsträckning som läkare använder sig av diagnosregistrering via ICD-kod, men däremot ofta bedömer funktionstillstånd. Exempel på sådana yrkeskategorier är fysioterapeuter och arbetsterapeuter.

ICF är ett komplement till ICD, och i den senaste internationella revisionen av ICD, ICD-11, ingår ett urval av ICF-koder. ICF utgör således ett viktigt tillägg till att endast ha uppgift om diagnos enligt ICD-kod, eftersom en diagnos i sin tur kan påverka en patients funktionstillstånd på olika sätt. Två individer kan trots samma diagnos ha olika nivåer av funktionstillstånd och olika vårdbehov. Här kan ICF komplettera ICD och bidra till en bättre helhetsbild av patientens hälsa.

ICF används idag inom både hälso- och sjukvård (inklusive inom ramen för beskrivning av funktionstillstånd i samband med sjukskrivning) och socialtjänst. År 2020 använde 83 procent av kommunerna ICF inom hemsjukvården i ordinärt boende, samt 91 procent i hälso- och sjukvård inom SÄBO.[57]

För att underlätta insamling av uppgift om huvudsaklig anledning till vårdkontakt från andra yrkeskategorier än endast läkare, anser Socialstyrelsen att funktionstillstånd, genom ICF, på sikt ska kunna användas som ett alternativ inom ramen för uppgift om diagnos. Socialstyrelsen behöver först färdigställa ett nationellt regelverk för användande av ICF-koder innan rapportering av uppgifterna kan påbörjas.

Vidare föreslår Socialstyrelsen en begränsning när det gäller vilka aspekter av funktionstillstånd som ska omfattas av den föreslagna uppgiftsskyldigheten. Begränsningen innebär att framför allt komponenter som anses särskilt relevanta utifrån vårdens perspektiv samt utifrån ett bredare uppföljningsperspektiv föreslås ingå. I nästa steg väljs sedan koder som är särskilt relevanta för att följa upp primärvården utifrån jämlikhetsaspekter och patientsäkerhet. Socialstyrelsen föreslår att författningsregleringen av vilka aspekter av funktionstillstånd som i sådant fall omfattas av den utvidgade uppgiftsskyldigheten ska göras i en bilaga till Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret. Detta kan ske i enlighet med Socialstyrelsens möjlighet att, enligt 6 § tredje stycket patientregisterförordningen, utfärda föreskrifter om hur uppgiftsskyldigheten för den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården ska fullgöras.

WHO har i sitt pågående arbete Rehabilitation 2030 ett stort fokus på bristen på rehabiliteringsinsatser globalt sett. Det handlar bland annat om att skapa en kompetent och högkvalitativ arbetskraft inom rehabiliteringsområdet, samt öka datainsamlingen i syfte att förbättra uppföljning och statistik. Området är således prioriterat inom WHO, och organisationen vill stärka rehabiliteringens ställning som en betydelsefull hälsostrategi under individens hela livstid.[58] Därmed utgör rehabilitering en återkommande del av åtgärderna inom hälso- och sjukvården.

Åtgärd

Uppgiften om åtgärd ska spegla vilken eller vilka vårdinsatser som utförts vid en vårdkontakt inom primärvården. Det kan handla om vilka utredningar, undersökningar, behandlingar eller sjukdomsförebyggande insatser som genomförts och kan bland annat visa följsamheten till rekommendationer och vårdprogram.

Socialstyrelsen föreslår att Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)[59] ska användas för registrering av åtgärd.

Socialstyrelsen föreslår även att gällande klassificeringssystem för läkemedel (ATC) i lämpliga fall kan användas som tilläggskod för åtgärd, då läkemedel som ges vid vårdtillfället kan vara en vidtagen åtgärd.

Vidare föreslår Socialstyrelsen en begränsning när det gäller vilka åtgärder som ska omfattas av den föreslagna uppgiftsskyldigheten. Begränsningen innebär att framför allt vårdåtgärder som anses särskilt relevanta för att följa upp primärvården utifrån jämlikhetsaspekter och patientsäkerhet ska ingå. Dessa uppgifter har vårdgivaren således en skyldighet att rapportera in om de utförs. På så sätt säkras tillgången till viktig information inom begränsade, men centrala, delar av vården. Ett urval av de mest centrala KVÅ-koderna underlättar även en enhetlig registrering och efterföljande uppföljning. Socialstyrelsen har för avsikt att i samverkan med professionsförbund och andra aktuella aktörer ta fram ett relevant och begränsat urval av åtgärder, så att det inte blir en för omfattande rapportering av uppgifter. Sedan bör tilläggas att även andra åtgärder än det centrala urvalet kan rapporteras när det är relevant, men då på frivillig basis.

Socialstyrelsen föreslår att författningsregleringen av vilka åtgärder som i sådant fall omfattas av den utvidgade uppgiftsskyldigheten ska göras i en bilaga till Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret. Detta kan ske i enlighet med Socialstyrelsens möjlighet att, enligt 6 § tredje stycket patientregisterförordningen, utfärda föreskrifter om hur uppgiftsskyldigheten för den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården ska fullgöras. Socialstyrelsen föreslår att uppgiftsskyldigheten ska omfatta uppgifter om utförda åtgärder enligt en sådan bilageförteckning, oavsett vilken yrkeskategori bland hälso- och sjukvårdspersonalen som har utfört dem. Det innebär att den uppgiftsskyldige ska lämna uppgifter om åtgärder som såväl legitimerad som icke-legitimerad personal utfört inom primärvården.

Läkemedel

Läkemedel, utifrån gällande klassificeringssystem för läkemedel (ATC), föreslås, där det bedöms lämpligt, användas som tilläggskod för uppgift om diagnos, yttre orsak till sjukdom eller skada samt åtgärd. Se mer om detta under respektive rubrik för dessa uppgifter.

Uppgift om läkemedel är viktig främst av samma skäl som uppgift om diagnos, yttre orsak till sjukdom eller skada samt åtgärd. Uppgift om läkemedel bidrar till ytterligare en aspekt av dessa variabler och kan således öka kunskapen om det som sker i primärvården. Uppgift om läkemedel kan exempelvis ge värdefull information om användandet av rekvisitionsläkemedel i primärvården. Läkemedelsregistret saknar denna typ av information.

Förslaget begränsas till rapportering av uppgift om läkemedel i vissa särskilda fall. Det bör understrykas att det inte är fråga om att patientregistret ska bli ett läkemedelsregister över förskrivna läkemedel.

Yrkeskategori

Primärvård utgår ofta från ett multiprofessionellt arbetssätt. Vidare sker majoriteten av primärvårdsbesök hos andra yrkeskategorier än läkare, vilket medför att en rapportering av endast vårdkontakter som sker med läkare ger en ofullständig bild av vården. Utan en mer uttömmande inrapportering avseende vilka åtgärder som har vidtagits och vilken yrkeskategori som utfört åtgärden kan en patients vårdkontakter inte kan följas lika ingående. Detta kan i sin tur innebära att det blir svårt att utvärdera vården utifrån olika parametrar.

För uppgift om yrkeskategori föreslås att Socialstyrelsens nationella yrkeskodverk (SOSNYK)[60] ska användas.

Socialstyrelsen anser att det för att uppnå en ändamålsenlig utökning av patientregistret inom primärvårdsområdet är av vikt att de åtgärder som kommer att ingå i uppgiftsskyldigheten rapporteras till registret, oavsett vilken hälso- och sjukvårdspersonal (legitimerad eller icke-legitimerad) som utfört åtgärden. En sådan inrapportering har redan möjliggjorts för den psykiatriska öppenvården enligt 4 § första stycket 3 patientregisterförordningen. Socialstyrelsen anser vidare att det vore önskvärt att på sikt samla in uppgifter från besök hos andra yrkeskategorier i samtliga delar av den öppna specialiserade vården. Under 2021 påbörjas ett utredningsarbete vid myndigheten avseende detta.[26]

Uppgifter med koppling till patientperspektiv

I beskrivningen för regeringsuppdraget (S2019/03056/FS) framgår det att Socialstyrelsen inom ramen för deluppdrag I kan föreslå variabler utöver de gängse patientadministrativa data som idag registreras inom hälso- och sjukvården. Syftet med dessa ytterligare uppgifter är att bidra med värdefull information, exempelvis ur ett patientperspektiv.[1]

Socialstyrelsen har därför utrett möjligheten att ta in patientrapporterade utfallsmått, så kallade PROM, i ett utvidgat nationellt patientregister. Dialog om detta har förts med sakkunniga vid SKR. En nationell plattform, förvaltad av SKR, är under uppbyggnad för att tillhandahålla möjlighet att rapportera PROM-relaterade mått. Tjänsten kommer primärt att rikta sig till vårdgivare. I dagsläget skiljer det sig åt mellan vårdgivare i vilken utsträckning de an-

vänder PROM. För vissa områden, exempelvis inom standardiserade vårdförlopp, finns nationellt framtagna beslut om vilka sjukdomsgrupper som följs med PROM. Även insamling via kvalitetsregister sker enligt nationellt framtagna ramar. Vidare förekommer det att beslut sker på kliniknivå om vilka sjukdomsgrupper vårdgivaren väljer att följa med denna typ av mått. Ur ett vårdgivarperspektiv finns då inget nationellt eller nödvändigtvis regionalt rättesnöre för detta.

Enskilda kvalitetsregister innehåller ofta PROM-relaterade data. En sammanställning från 2017 visar att en klar majoritet av alla kvalitetsregister använde PROM-mått och att det dessutom på flera håll planerades att införas av de register som ännu inte hade det.[33] Möjligheterna att införa det automatiserade enkätverktyget PROMIS[61] som en integrerad del av huvudmännens ordinarie vårddokumentation har diskuterats. Detta har dock hittills inte kunnat genomföras då finansiering saknats.[61]

Ett system som i dagsläget inte har PROM-relaterade mått, men som planerar att införa det, är PrimärvårdsKvalitet. Mer specifikt är det PROM-baserade indikatorer riktade mot särskilda patientgrupper som då blir aktuella att tas i bruk.

I den enkät som skickades ut till vårdcentraler hösten 2020 ställde Socialstyrelsen frågor om och hur PROM används vid verksamheten. Endast 15 procent av vårdcentralerna uppger att de använder PROM. En högre andel privata än regionalt drivna vårdcentraler använder det. Flera av de verksamheter där PROM tas i bruk använder det för patientgrupper med kroniska sjukdomar, såsom astma, KOL eller diabetes. Även vid uppföljning av exempelvis psykisk ohälsa, sjukskrivningar och levnadsvanor kan det vara aktuellt för verksamheterna att använda PROM. Vidare visar resultatet av enkäten att det finns en uppsjö olika instrument som verksamheter använder för att mäta PROM, beroende på vad som följs. Resultaten av mätningarna registreras huvudsakligen i patientjournalen.

Socialstyrelsens bedömning är att möjligheten att ta in PROM-relaterade mått till ett utvidgat patientregister är begränsad, utifrån hur verksamheternas tillämpning av dessa mätningar ser ut i dagsläget. Patientrapporterade utfallsmått utgör visserligen viktiga uppgifter, men det finns många sätt att mäta PROM på, vilket försvårar valet av lämpligt mått och aktuella patientgrupper. Utöver detta finns en tidsaspekt som komplicerar det hela, då resultatet av mätningen blir svår att koppla till ett enskilt besök. Befintliga hälsodataregister bygger, med vissa undantag och till skillnad från kvalitetsregister, huvudsakligen på uppgifter som representerar enskilda besök och inte sammanhängande vårdepisoder. Således kan PROM-mått vara mer lämpligt att rapportera till kvalitetsregister, vilka anpassar valet av uppgifter utifrån en särskild patientgrupp. Användandet av PROM i kvalitetsregister är väl etablerat i dagsläget, vilket Socialstyrelsen anser är positivt och med fördel kan fortsätta utvecklas.

Från dialogen med SKR framkommer det att nationell insamling av PROM-relaterade uppgifter till ett utvidgat patientregister befaras bli kostnadsdrivande i form av bland annat ökad uppgiftslämnarbörda. Vidare kan insamlingen utgöra en belastning för patienterna.

[61] PROMIS står för Patient-Reported Outcomes Measurement Information System.

Om det i framtiden finns en tydligare etablering av PROM, exempelvis genom integration mot den ordinarie vårddokumentationen, samt mer enhetlighet i vad som mäts och för vilka patientgrupper, kan Socialstyrelsen ta ett nytt ställningstagande till att införa PROM-relaterade mått i ett utvidgat patientregister. Då behöver myndigheten även se över möjligheterna att samla in den typen av information till den del av patientregistret som innefattar uppgifter från den specialiserade vården, vilket inte sker i dagsläget.

Socialstyrelsen har bedömt att patientrapporterade erfarenhetsmått, så kallade PREM, inte är aktuella att utreda för ett eventuellt införande i ett utvidgat patientregister. Det beror framförallt på att uppgifterna har alltför känslig karaktär eftersom de är baserade på patienters erfarenheter och upplevelser av vården. Vidare är deltagande i hälsodataregister inte frivilligt, vilket gör en sådan typ av registrering olämplig.

Rättslig analys

Inledning

Ett nationellt patientregister över primärvården skulle skapa ett bredare underlag för statistik och forskning, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring. Det skulle ge en tydligare bild av primärvårdens innehåll och verksamhet, samt bidra till att vårdgivaren får bättre underlag för systematiskt kvalitetsarbete. Det kan även bidra till en helhetsbild av hälso- och sjukvården, bland annat utifrån aspekterna jämlik och säker vård. Sammantaget skulle ett nationellt patientregister över primärvården bidra till att gynna folkhälsan i stort, och därmed i förlängningen de enskilda patienterna. Vidare skulle det ge goda förutsättningar för att utveckla primärvården på ett ändamålsenligt sätt utifrån de behov som kan uppstå i framtiden.

Utan författningsändringar kommer det fortsatt saknas ett nationellt register med uppgifter på individnivå om vårdkontakter i primärvården, vilket innebär att kunskap om en stor del av insatserna i hälso- och sjukvård inte finns tillgängliga. För att en utvidgning av patientregistret, med inhämtande av uppgifter från primärvården, ska vara acceptabel krävs dock att värdet för utvecklingen av hälso- och sjukvården, inklusive nyttan för patienterna, kan anses väga tyngre än intrånget i den personliga integriteten.

Personuppgiftsbehandling och dataskydd

Regleringen av i vilka fall olika slags personuppgifter får behandlas finns i Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), nedan kallad dataskyddsförordningen.

Dataskyddsförordningen kompletteras även i vissa delar av nationella bestämmelser. Det rör sig bland annat om lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (dataskyddslagen) samt förordningen (2018:219) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning.

Utöver lagen respektive förordningen med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning finns även specifik lagstiftning avseende personuppgiftsbehandling som rör särskilda områden. Ett exempel på en sådan lagstiftning är hälsodatalagen och patientregisterförordningen. Av 1 § hälsodatalagen och 2 § patientregisterförordningen framgår att Socialstyrelsen får utföra personuppgiftsbehandling i hälsodataregister och att Socialstyrelsen är personuppgiftsansvarig för den behandling som sker i patientregistret.

Ändamålet med personuppgiftsbehandlingen

Den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården ska, för de ändamål som anges i 3 § hälsodatalagen, lämna de uppgifter som nämns i 4 §

andra stycket 1 patientregisterförordningen till Socialstyrelsens patientregister. Det handlar om ändamålen framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård, samt forskning och epidemiologiska undersökningar.

Socialstyrelsen kommer att behandla personuppgifterna från primärvården för statistiska ändamål. Uppgifterna skulle också ge underlag för forskning, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring. Ett utvidgat patientregister med insamling från primärvården kan ge en bättre helhetsbild av primärvårdens innehåll och verksamhet, samt möjliggöra uppföljning av huruvida vården är jämlik samt uppnår nationella mål om vårdens kvalitet. Vårdgivare skulle vidare få ett underlag för sitt systematiska kvalitetsarbete.

Behovet av personuppgiftsbehandling

Socialstyrelsen bedömer att det finns ett behov av en nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. Den lösning myndigheten förordar skulle innebära en inte obetydlig utvidgning av patientregistret. Genom den pågående strukturreformen till en mer god och nära vård, med syfte att primärvården ska bli basen i hälso- och sjukvården, är det dock angeläget att möjligheterna för att följa upp primärvården utvecklas.

I dagsläget saknas författningsstöd för att på nationell nivå samla in uppgifter som härrör från primärvården, vilket omöjliggör en ändamålsenlig uppföljning av primärvården. Den föreslagna personuppgiftsbehandlingen som utvidgningen av patientregistret skulle innebära, medför ett bredare underlag för statistik, forskning, uppföljning, utvärdering samt kvalitetssäkring. Det kan även bidra till en tydligare helhetsbild av hälso- och sjukvården, bland annat utifrån aspekterna jämlik och säker vård. Ett utvidgat patientregister bidrar i slutändan även till att gynna både folkhälsan i stort och de enskilda patienterna, samt till utveckling på primärvårdens område.

Uppgifterna i det utvidgade patientregistret kan samköras med personuppgiftsbaserad data från andra hälsodataregister och således skapa en tydligare bild av hur olika delar av vården hänger samman. Socialstyrelsen har i tidigare skrivelser understrukit att ett nationellt patientregister som omfattar primärvården också är mycket relevant för att det ska vara möjligt att följa patientens hela vårdkedja och därigenom kunna utvärdera vårdens innehåll, tillgänglighet och funktionssätt. Myndigheten har även framhållit utvidgningens värde för möjligheten att beskriva och utvärdera medicinsk praxis, kvalitet, effektivitet och utveckling av vården.[38-40]

Omfattningen av personuppgiftsbehandlingen

En utvidgning av uppgiftsskyldigheten till patientregistret såsom den föreslagits innebär att Socialstyrelsen kommer att behandla ett utökat antal uppgifter om enskilda, bland annat uppgifter om hälsa.

Förslaget innefattar insamling av personuppgifter avseende besök som görs inom primärvården till olika yrkeskategorier, såväl legitimerade som icke-legitimerade. Detta skulle innebära att omfattningen av de personuppgifter som eventuellt redan behandlas om en person i registret skulle kunna öka markant eftersom primärvård får antas vara en vårdform som flertalet i Sveriges befolkning använder sig av under sin livstid.

För att kunna förbättra den nationella statistiken inom hälsoområdet måste uppgifterna som föreslås rapporteras in till patientregistret från primärvården finnas registrerade på individnivå med personnummer. Uppgifterna till patientregistret skulle av naturliga skäl innehålla särskilda kategorier av personuppgifter, så kallade känsliga personuppgifter om hälsa, som avses i artikel 9 dataskyddsförordningen.

Uppskattningsvis bedöms omfattningen av behandlingen avseende patienter handla om att i stort sett hela Sveriges befolkning kommer att omfattas av den föreslagna utvidgningen av patientregistret. Uppskattningen har gjorts med utgångspunkt i att de flesta någon gång under sin livstid av någon anledning kommer att uppfylla kriterierna för att ha haft en vårdkontakt i primärvården, detta oavsett om den är i offentlig eller privat regi.

Vidare kommer personuppgifter som rör ett stort antal yrkesutövare att tillkomma. Det handlar om uppgift avseende yrkeskategori och är således inte specifikt kopplad till en person genom till exempel personnummer eller liknande. Uppgiften får dock enligt beskrivningen i artikel 4.1 dataskyddsförordningen anses som en personuppgift. Avseende uppgifter som är hänförliga till de yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården bedömer Socialstyrelsen att omfattningen av behandlingen, genom den föreslagna utvidgningen, skulle kunna uppgå till ungefär 29 500 personer inom regionernas verksamhet. Uppskattningen har gjorts med utgångspunkt i information från SKR:s statistik för regionanställd personal 2019. Denna statistik omfattar bland annat hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården (24 428 personer) med kategorier som exempelvis läkare, psykologer, sjuksköterskor, undersköterskor med flera. Den omfattar vidare personal inom rehabilitering och förebyggande primärvårdsarbete (4 098 personer) som exempelvis arbetsterapeuter, fysioterapeuter, logopeder och dietister. Slutligen ingår även primärvårdspersonal inom kurativt och socialt arbete (1 025 personer) i beräkningen.[62]

Detta avser dock endast den personal som arbetar inom regionernas verksamheter och inte den personal som arbetar genom privata vårdgivare. Eftersom en del av primärvården är privat driven, bland annat 44 procent av vårdcentralerna[62][8], är det svårt att uppskatta hur många personer totalt som skulle beröras av personuppgiftsbehandlingen som avser yrkeskategorier.

Positiva och eventuella negativa effekter av en utökad personuppgiftsbehandling

Förslaget medför att enskilda individers samtliga besök i primärvården skulle rapporteras till patientregistret. För de flesta individer innebär detta att många fler vårdkontakter – framförallt ur ett livstidsperspektiv – skulle finnas med i patientregistret, jämfört med vad som rapporteras i dagsläget. Personuppgifter inom hälso- och sjukvård är ofta av känslig karaktär och innebär en risk för otillbörligt intrång i den personliga integriteten. Uppgifterna som finns i patientregistret kan i vissa fall samköras med andra register, såsom kvalitets-

[62] I statistiken från SKR ingår primärvårdsverksamhet finansierad av regionerna.

register, andra myndighetsregister eller övriga hälsodata- respektive socialtjänstregister vid Socialstyrelsen. Utöver sådan ytterligare behandling av personuppgifterna som sker med stöd av författning finns det även en risk att uppgifter som lämnas ut från registret används på ett otillbörligt sätt. Känsligheten av uppgifterna och riskerna för en integritetskränkning och missbruk av uppgifterna varierar beroende på uppgifternas karaktär. Enskilda individer kan uppleva att vissa uppgifter som skulle samlas in från primärvården till patientregistret är mer känsliga än andra uppgifter. Den utökade personuppgiftsbehandlingen skulle därför kunna innebära en negativ effekt för enskilda utifrån ett integritetsperspektiv.

En insamling av uppgifter på individnivå, inklusive uppgifter om personnummer, födelseår och kön, skulle dock ha flera positiva effekter. Exempelvis möjliggör detta att information kan sammanföras från olika register och därmed visa på skillnader i hälsa mellan kön eller åldersgrupper. Att uppnå sådan kunskap bör vägas mot risken för integritetsintrång.

Flera uppgifter som föreslås samlas in och behandlas i ett utvidgat patientregister är redan möjliga att registrera i flertalet av journalsystemen inom primärvården.[63] Om personuppgifterna skulle överföras från dessa vårdgivare till Socialstyrelsens patientregister, skulle detta kunna innebära en ytterligare risk för otillbörlig spridning eller missbruk. Det bör dock beaktas att uppgifterna kommer att skyddas av både stark sekretess och tekniskt skydd, såsom separat registermiljö, kryptering av förbindelser och behörighetsstyrning hos Socialstyrelsen. Vidare har Socialstyrelsen en stark fysisk säkerhet, vilket omfattar exempelvis skalskydd och begränsat tillträde till vissa lokaler inom myndigheten, vilket innebär att samtliga anställda inte har behörighet att nå dessa delar av lokalerna.

Vad gäller bedömningen av det föreslagna registerinnehållet kan följande nämnas. Uppgift om folkbokföringsort är i sig normalt sett en harmlös uppgift, likaså form och datum för primärvårdskontakt, då detta inte nödvändigtvis avslöjar mer än att en viss person på en ort har nyttjat en typ av vårdkontakt en viss dag. Då dessa uppgifter dock kommer förekomma i kombination med uppgift om exempelvis personnummer, diagnos, läkemedelskod, åtgärder och yttre orsaker till sjukdom eller skada, ökar det sammantagna integritetsintrånget för den enskilda individen. Det borde därför inte vara osannolikt att många kan uppfatta den föreslagna utökade personuppgiftsbehandlingen i patientregistret som någonting negativt. Det är även viktigt att framhålla att säkerheten och den personliga integriteten blir mer hotad ju mer information, som potentiellt blir åtkomlig med datakommunikation.[64] Detta är självfallet även relevant utifrån principen om uppgiftsminimering i artikel 5.1 c dataskyddsförordningen.

De sammantagna positiva effekterna som utökningen skulle innebära för den enskilde handlar, som nämnts, till stor del om hälsa. Det är visserligen svårt att argumentera för att det skulle handla om positiva hälsoeffekter för den enskilde som ensamt utpekad person, eftersom det enligt 4 kap. 2 § data-

[63] För en närmare beskrivning av verksamheters registrering av, respektive regioners tillgång till, uppgifter se avsnitt ”Strukturerad och enhetlig registrering ger bättre registerkvalitet”, stycke ” Rätt förutsättningar behövs för enhetlig registrering av uppgifter”.

[64] Jämför prop. 1997/98:108 Hälsodata- och vårdregister, s. 26.

skyddslagen framgår att personuppgifter som behandlas för statistiska ändamål får användas för att vidta åtgärder i fråga om den registrerade endast om det finns synnerliga skäl med hänsyn till den registrerades vitala intressen. Huvudregeln är således att uppgifterna inte kan användas för att vidta åtgärder mot enskilda eller ingripa i deras leverne av olika anledningar. Med vitala intressen avses sådant som avser den registrerades överlevnad. I detta sammanhang kan det alltså även framhållas att Socialstyrelsen inte skulle komma att använda uppgifterna för att följa enskilda individers hälsa.

Det finns däremot flera positiva hälsoeffekter som i ett större perspektiv skulle kunna bli ett resultat av den utökade behandlingen. Detta genom att den förbättrade statistiken som uppnås genom ett nationellt patientregister som omfattar primärvården, gör det möjligt att bland annat utvärdera den kompletta vårdkedjan, vårdens innehåll, jämlikhet och tillgänglighet, samt att det ger bättre underlag för exempelvis forskning, uppföljning och för vårdgivarnas systematiska kvalitetsarbete. Dessa synergier kan i sin tur leda till bättre kännedom om exempelvis vilka åtgärder som bör vidtas för vissa patientkategorier eller diagnosgrupper, eller huruvida formen för primärvårdskontakten är av betydelse för en enskild individ beroende på omständigheter såsom sjukdom, folkbokföringsort, socioekonomi eller ålder. Förslagen skulle alltså på sikt, och för totalbefolkningen som sådan, kunna innebära att enskilda i högre utsträckning kan erbjudas en åtgärd eller en primärvårdskontakt som är väl avvägd och lämplig för deras situation och därmed även med större sannolikhet kan leda till ett gott resultat för personen i fråga. I denna del bör också nämnas att det finns en stor potentiell nytta, även i förhållande till större samhällskriser, att uppgifter från primärvården samlas in. I en sådan kris, såsom exempelvis pandemin av covid-19, är ofta primärvården den första kanalen som mottar uppgifter inom vården. Om en sådan insamlingsmöjlighet redan existerar, krävs ingen uppbyggnad av nya insamlingssystem för de uppgifter som då redan skulle finnas tillgängliga från primärvården. Detta skulle kunna vara av stor vikt för hanteringen av krisen, kunskapsläget och skulle kunna minska eventuella initiala svårstartade processer.

Socialstyrelsens förslag innebär även att uppgifter som rör hälso- och sjukvårdspersonal kommer att behandlas, det vill säga uppgift om yrkeskategori. Dessa uppgifter kommer inte att vara knutna till individinformation som namn eller personnummer, men de bör utgöra personuppgifter då de får anses avse en identifierbar fysisk person då det med stor sannolikhet genom andra uppgifter – exempelvis utförande vårdenhet, datum för primärvårdskontakt, med mera – bör gå att härleda till en enskild medarbetare. Uppgift om yrke får i de flesta fall anses som en relativt harmlös uppgift och är heller inte en sådan särskild kategori av personuppgifter som avses i artikel 9 dataskyddsförordningen. Det får med anledning av detta anses vara av relativt liten risk för otillbörligt intrång i den enskildas integritet, vad gäller yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården som berörs av den föreslagna utvidgningen av patientregistret. Det finns dessutom flera positiva effekter med att kunna behandla dessa uppgifter, då det bland annat kommer ge ett bättre underlag för att utvärdera vården och få information om vilka patientgrupper som träffar respektive yrkeskategori, samt vilka åtgärder som vidtas av olika yrkeskategorier.

Förslaget bör sammanfattningsvis kunna medföra en viss risk för otillbörligt intrång i enskildas personliga integritet, främst avseende patienter inom primärvården, men risken bedöms vara förhållandevis liten. Utan ändring i lagstiftningen kommer det fortsatt saknas uppgifter på nationell nivå om primärvårdsbesök hänförliga till enskilda individer, vilket innebär att kunskap om en stor del av insatserna i hälso- och sjukvård inte finns tillgänglig. Värdet av det som registerutvidgningen kan ge är till så stor nytta för patienterna som kollektiv att det bör väga tyngre än intrånget i den personliga integriteten.

Bedömningar utifrån dataskyddsförordningen

Förslaget i relation till de grundläggande principerna i artikel 5

Laglighet, korrekt behandling och öppenhet

Enligt artikel 5 dataskyddsförordningen finns vissa grundläggande principer för all behandling av personuppgifter som omfattas av förordningen.

All sådan behandling ska enligt artikel 5.1 a dataskyddsförordningen vara laglig, korrekt och präglas av öppenhet. Lagligheten syftar framför allt på att behandlingen ska ha stöd i en rättslig grund (jämför artikel 6 dataskyddsförordningen).

Att behandlingen ska vara korrekt innebär att den ska vara rättvis, skälig och stå i rimlig proportion till den nytta som personuppgiftsbehandlingen innebär. Vid avvägningen av dessa intressen ska hänsyn också tas till vilken personuppgiftsbehandling de registrerade rimligen kan förvänta sig. Behandlingen ska även vara förståelig och begriplig för de registrerade. Öppenheten innebär att såväl allmänheten som den registrerade ska få tillfredsställande information om de personuppgiftsbehandlingar man ansvarar för, det vill säga i detta fall Socialstyrelsen. Det handlar om att informera om hur och varför myndigheten behandlar uppgifterna, samt vilka rättigheter den registrerade har och hur man går tillväga för att åberopa dessa rättigheter. Informationen ska vara lätt att hitta samt formulerad på ett enkelt och begripligt sätt. Det finns i vissa fall även undantag från informationsplikten, som dock ska tolkas restriktivt.

Socialstyrelsen har enligt 1 § hälsodatalagen stöd att utföra automatiserad behandling av personuppgifter i hälsodataregister. Ett exempel på ett sådant hälsodataregister är det patientregister som Socialstyrelsen får föra enligt 1 § patientregisterförordningen. De ändamål för vilka personuppgifter får behandlas i hälsodataregistren har sin rättsliga grund i artikel 6.1 e dataskyddsförordningen, allmänt intresse. En del av de uppgifter som får ingå i registren är känsliga personuppgifter avseende hälsa, vilka enligt huvudregeln i artikel 9 dataskyddsförordningen är förbjudna att behandla. Det finns dock undantag till detta förbud, bland annat är det tillåtet att behandla känsliga personuppgifter om hälsa om behandlingen är nödvändig av skäl som hör samman med tillhandahållande av hälso- och sjukvård, för framställning av statistik, forskning samt epidemiologiska undersökningar och arkivändamål. Behandlingen för dessa ändamål är således tillåtna om de har stöd i unionsrätten eller i

medlemsstatens egen lagstiftning. Detta stöd finns i det här fallet i hälsodatalagen jämte tillhörande förordningar, här specifikt patientregisterförordningen.

För att den föreslagna personuppgiftsbehandlingen skulle stämma överens med den grundläggande principen om laglighet enligt artikel 5.1 a dataskyddsförordningen, och i förlängningen även artikel 6 respektive artikel 9, behöver stöd finnas i nationell rätt. Ett övergripande stöd finns redan i hälsodatalagen, men det skulle innebära att 4 § patientregisterförordningen också måste omfatta de föreslagna patientkategorierna, det vill säga inom primärvården.

Socialstyrelsen bedömer att behandlingen är rättvis, skälig och i rimlig proportion till den nytta som behandlingen skulle innebära. Det handlar visserligen om en behandling av en ansenlig mängd personuppgifter avseende en stor mängd personer, men enbart uppgifter som anses nödvändiga föreslås samlas in till registret. Vidare är nyttan av behandlingen stor, i synnerhet avseende de möjligheter som ett utvidgat patientregister skulle ge vad gäller exempelvis statistik, forskning och uppföljning inom vården. Nyttan av den utökade behandlingen kan således både sägas vara till fördel för samhället i stort, men även i förlängningen för de enskilda själva exempelvis genom att utökad forskning och uppföljning inom vården kan leda till bättre vårdinsatser för varje enskild.

Socialstyrelsen anser således utifrån aspekten av korrektheten av behandlingen, att den tilltänkta behandlingen är skälig och står i rimlig proportion till den nytta som personuppgiftsbehandlingen skulle innebära. Detta eftersom, som nämnts ovan, ett utvidgat patientregister bland annat skulle öka möjligheten att följa patientens vårdkedja och därmed bättre utvärdera vårdens sammantagna innehåll, men även ha ett stort värde som underlag för statistik, forskning och uppföljning.

Socialstyrelsen eftersträvar att vara så öppen och transparent som möjligt gentemot såväl allmänheten som de registrerade och följer de krav på information till den registrerade som framgår av artikel 12 och artikel 14 dataskyddsförordningen. Det framgår tydligt på myndighetens hemsida att Socialstyrelsens hälsodataregister bygger på uppgifter som rapporteras in från hälso- och sjukvården. Aktuell information om personuppgiftsbehandlingar i Socialstyrelsens kärnverksamhet finns enkelt tillgänglig på myndighetens hemsida, jämte information om vilka rättigheter den registrerade har enligt dataskyddsförordningen och hur dessa görs gällande.[63] Även den tänkta personuppgiftsbehandlingen som utvidgningen av patientregistret skulle innebära kommer att omfattas av sådan information, där det bland annat avses framgå på ett lättbegripligt sätt hur och varför Socialstyrelsen behandlar uppgifterna, samt även tydligt anges vilka rättigheter de registrerade har enligt dataskyddsförordningen och hur de ska göra för att göra dessa rättigheter gällande gentemot Socialstyrelsen i egenskap av personuppgiftsansvarig.

Ändamålsbegränsning

Personuppgiftsbehandling får enligt artikel 5.1 b dataskyddsförordningen endast ske för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål. Ändamålen ska vara specifika, konkreta och tydligt formulerade. Ändamålen definierar vad man får och inte får göra med personuppgifterna. Ändamålen

måste vara berättigade för Socialstyrelsens verksamhet, antingen som ett berättigat led i myndighetens uppdrag enligt förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen eller andra regler, rättsprinciper och beslut som gäller för myndigheten eller som ett berättigat led i myndighetens administrativa verksamhet. Uppgifterna får inte heller senare behandlas på ett sätt som är oförenligt med de ursprungliga ändamålen, den så kallade finalitetsprincipen. Dock anses ytterligare behandling för statistik-, forskning- och arkivändamål alltid förenliga med det ursprungliga ändamålet.

Den utökade personuppgiftsbehandlingen i patientregistret skulle omfattas av samma ändamål som anges i 3 § hälsodatalagen, det vill säga framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård samt forskning och epidemiologiska undersökningar. Vidare framgår de specifika ändamålen för patientregistret i 3 § patientregisterförordningen. Där konstateras att personuppgifterna i registret endast får behandlas för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring *inom den slutna hälso- och sjukvården och inom den del av den öppna vården som inte är primärvård*, samt för forskning och epidemiologiska undersökningar. Detta innebär att patientregisterförordningen i dagsläget inte ger stöd att använda uppgifter inom primärvården för dessa ändamål.

Om en ändring skulle ske i ändamålsbestämmelsen anser myndigheten dock att det handlar om särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål även för uppgifterna inom primärvården. Myndigheten ska enligt 6 § i Socialstyrelsens instruktion ansvara för att ta fram och utveckla statistik och register inom sitt verksamhetsområde, vilket enligt 1 § omfattar bland annat hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen bedömer därför att den föreslagna behandlingen skulle vara begränsad utifrån de relevanta ändamålen och att det heller inte finns anledning att anta att uppgifterna senare skulle behandlas på ett sätt som är oförenligt med de ursprungliga ändamålen. Ytterligare behandling för statistik-, forskning- och arkivändamål kan komma i fråga, men är att anse som förenlig med ursprungsändamålet.

Uppgiftsminimering och uppgifternas korrekthet

Personuppgifter som behandlas ska enligt artikel 5.1 c dataskyddsförordningen vara adekvata, relevanta och begränsade till vad som är nödvändigt för behandlingens ändamål. De uppgifter som behandlas ska alltså vara tydligt motiverade och ha en klar koppling till det angivna ändamålet.

Uppgifterna ska även enligt artikel 5.1 d vara riktiga och, om nödvändigt, uppdaterade. Alla rimliga åtgärder måste vidtas för att säkerställa att personuppgifter som är felaktiga i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas raderas eller rättas utan dröjsmål.

Personuppgifter som behandlas ska ha en tydlig koppling till de ändamål för vilka de behandlas, och ska vara relevanta och begränsade till det som är nödvändigt för ändamålet. Socialstyrelsen anser att en ändring i patientregisterförordningen som skulle möjliggöra insamling även avseende uppgifter från primärvården, skulle röra uppgifter som är både relevanta och begränsade för ändamålet och inte handlar om att samla in ett överskott av uppgifter.

Enligt dataskyddsförordningen ska en personuppgiftsansvarig vidta alla rimliga åtgärder för att säkerställa att uppgifter, som är felaktiga i förhållande till de ändamål som de behandlas för, raderas eller rättas. Socialstyrelsen

konstaterar dock att rapporteringen av uppgifter sker från de vårdgivare som är uppgiftsskyldiga till myndighetens patientregister, det vill säga offentliga och privata vårdgivare inom primärvården, för det fall förslaget realiseras. Socialstyrelsen har därmed mycket begränsade möjligheter att kontrollera korrektheten av de uppgifter som inkommer till myndigheten.

Enligt artikel 16 dataskyddsförordningen har den registrerade rätt till rättelse av felaktiga personuppgifter som rör denne. Enligt 1 kap. 7 § dataskyddslagen ska artikel 16 dataskyddsförordningen inte tillämpas i den utsträckning det skulle strida mot tryckfrihetsförordningen (jämför även artikel 86 i dataskyddsförordningen). Rättelse kan bara ske när en felaktig personuppgift kan ersättas med en personuppgift som är korrekt. I de flesta fall måste dock Socialstyrelsen även behålla den tidigare uppgiften, eftersom myndigheten inte får ändra i allmänna handlingar.

Enligt artikel 17 dataskyddsförordningen har den registrerade rätt till radering, bland annat när uppgifterna inte längre är nödvändiga för ändamålet, vid befogad invändning mot behandlingens laglighet (så kallad profilering) och vid olaglig behandling. Av artikel 17.3 b dataskyddsförordningen framgår dock flera undantag från rätten till radering. Detta gäller bland annat om behandlingen sker för att uppfylla en rättslig förpliktelse som kräver behandling enligt unionsrätten eller enligt nationell rätt som myndigheten omfattas av eller för att utföra en uppgift av allmänt intresse. Behandling för arkivändamål av allmänt intresse, vetenskapliga eller historiska forskningsändamål eller statistiska ändamål enligt artikel 89.1 är undantagna om syftet omöjliggörs eller avsevärt försvåras. Författningsreglerade register, såsom hälsodataregister, undantas också från rätten till radering. Således gäller att om personuppgifter behövs för att Socialstyrelsen ska kunna fullgöra sitt uppdrag eller finns i en allmän handling, finns det inte författningsstöd för att radera dessa.

Socialstyrelsen bedömer att myndigheten genom den föreslagna regleringen i patientregisterförordningen, skulle ha ett tydligt angivet regelverk avseende vilka uppgifter som får behandlas, med en tydlig koppling till vilka ändamål de får behandlas. Socialstyrelsens personuppgiftsbehandling enligt patientregisterförordningen har sitt stöd i hälsodatalagen. Uppgifterna ska självfallet vara relevanta och avgränsade för ändamålet, och som nämnts tidigare bör behovet av varje särskild uppgift som tas in i registret noggrant övervägas för det fall den föreslagna utvidgningen av patientregistret blir verklighet.[65] Socialstyrelsen konstaterar vidare att vad gäller uppgifternas korrekthet är detta främst avhängig att vårdgivarna, precis som i nuvarande reglering där vårdgivare rapporterar till myndigheten, lämnar in korrekta uppgifter.

Lagringsminimering

Huvudregeln är enligt artikel 5.1 e dataskyddsförordningen att uppgifter endast får sparas så länge som de behövs för ändamålet med personuppgiftsbehandlingen. Om personuppgifter ingår i en allmän handling enligt tryckfrihetsförordningen, är utgångspunkten att handlingen ska bevaras enligt arkivlagstiftningen. Det krävs författningsstöd för att gallra allmänna handlingar. Allmänna handlingar får gallras endast under förutsättning att de inte

[65] Prop. 1997/98:108, Hälsodata- och vårdregister, s. 51-52.

längre behövs för att tillgodose arkivlagens (1990:782) bevarandeändamål avseende rätten att ta del av allmänna handlingar och behovet av information för rättsskipning, förvaltning och forskning (jämför 3 § arkivlagen). Riksarkivet har enligt 12 § arkivförordningen (1991:446) bemyndigande att föreskriva och besluta om gallring av allmänna handlingar hos statliga myndigheter. För att Socialstyrelsen ska kunna gallra en allmän handling krävs antingen att handlingen får gallras enligt Riksarkivets generella föreskriftsserie (RA-FS) eller enligt en myndighetsspecifik föreskriftsserie (RA-MS).

Enligt 2 § Riksarkivets föreskrifter om gallring hos Socialstyrelsen (RA-MS 2009:50) gäller att register för automatiserad behandling hos myndigheten, som upptas i bilaga till förordningen (2001:100) om den officiella statistiken (FOS), ska undantas från gallring. Detta omfattar således det statistikområde som Socialstyrelsen förvaltar, däribland patientregistret. Någon gallring sker alltså inte i Socialstyrelsens patientregister. Av 19 § tredje stycket lagen (2001:99) om den officiella statistiken (LOS) framgår att material som inte gallras ska överlämnas till en arkivmyndighet.

Personuppgifter får enligt dataskyddsförordningen lagras under längre perioder i den mån som personuppgifterna enbart behandlas för arkivändamål av allmänt intresse, vetenskapliga eller historiska forskningsändamål eller statistiska ändamål i enlighet med artikel 89.1, under förutsättning att de lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder som krävs enligt denna förordning genomförs för att säkerställa den registrerades rättigheter och friheter.

De aktuella personuppgifterna ingår i en allmän handling enligt tryckfrihetsförordningen, och dessa bevaras enligt arkivlagstiftningen. Som nämnts ovan gallras inte uppgifter i Socialstyrelsens hälsodataregister. Socialstyrelsen har stöd i att tillämpa undantaget från artikel 5.1 e dataskyddsförordningen med anledning av detta, vilket även skulle gälla de personuppgifter från primärvården som föreslås omfattas av patientregisterförordningen. Myndigheten vidtar även, i enlighet med artikel 89.1 dataskyddsförordningen, lämpliga skyddsåtgärder för den registrerades rättigheter och friheter, i enlighet med dataskyddsförordningen. Detta omfattar bland annat behörighetsstyrning och en starkt skyddad registermiljö där uppgifterna hanteras.

I myndigheternas statistikverksamhet gäller vidare absolut sekretess enligt 24 kap. 8 § offentlighet- och sekretesslagen (2009:400) för uppgift som avser en enskilds personliga eller ekonomiska förhållanden. Sekretessen bör utgöra en särskild skyddsåtgärd i dataskyddsförordningens mening.[66]

Socialstyrelsens bedömning är, mot bakgrund av att myndigheten lyder under flertalet bestämmelser avseende bland annat handlingars offentlighet, gallring och sekretess, att den tänkta personuppgiftsbehandlingen uppfyller principen om lagringsminimering.

Integritet och konfidentialitet

I egenskap av personuppgiftsansvarig ska Socialstyrelsen skydda behandlade personuppgifter på ett adekvat sätt genom lämpliga tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder. Detta framgår både av den allmänna principen om integritet och konfidentialitet, artikel 5.1 f, och av artikel 32 dataskyddsförordningen.

[66] Prop. 2017/18:107 Ändringar i vissa författningar inom Finansdepartementets ansvarsområde med anledning av EU:s dataskyddsreform, s. 33.

Tekniska åtgärder avser exempelvis brandväggar, kryptering, pseudonymisering och antivirusskydd, medan organisatoriska åtgärder kan avse exempelvis interna rutiner och riktlinjer. Säkerhetsåtgärderna ska innebära att uppgifterna skyddas och att obehöriga inte har åtkomst till dem. Personuppgifter får heller inte förloras eller förstöras på ett otillåtet sätt. Vid val av säkerhetsåtgärder ska behandlingens art, känslighet av personuppgifter, ändamålet, sammanhanget och omfattningen av behandlingen beaktas. Vidare ska eventuella risker bedömas och kostnader och tekniska möjligheter beaktas. De lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder som vidtas för att skydda uppgifterna ska enligt artikel 32 dataskyddsförordningen säkerställa en säkerhetsnivå som är lämplig i förhållande till risken. Enligt artikel 32.2 dataskyddsförordningen ska man vid bedömningen av lämplig säkerhetsnivå ta särskild hänsyn tas till de risker som den aktuella behandlingen medför, i synnerhet från oavsiktlig eller olaglig förstöring, förlust eller ändring eller till obehörigt röjande av eller obehörig åtkomst till de personuppgifter som överförts, lagrats eller på annat sätt behandlats.

Det är Socialstyrelsen i egenskap av personuppgiftsansvarig som har att leva upp till att en sådan adekvat säkerhetsnivå finns i relation till potentiella risker. De risker som Socialstyrelsen bedömer skulle kunna uppstå handlar främst om att obehöriga får tillgång till uppgifterna, antingen internt inom Socialstyrelsens organisation genom otillräcklig behörighetsstyrning eller obehörig spridning av uppgifter av anställda, eller externt genom ett datainträng. Det kan även finnas viss risk för oavsiktlig eller olaglig förstöring av uppgifterna. Det kan exempelvis handla om att lagringsutrymmen där uppgifterna finns förstörs i en brand eller vattenskada.

Socialstyrelsens arbete med dataskydd för behandlade personuppgifter ingår i myndighetens arbete med informationssäkerhet, såsom exempelvis informationsklassificering och riskanalyser. Arbetet ska i denna del bedrivas utifrån den registrerades perspektiv för att skydda dennes grundläggande friheter och rättigheter. Arbetet med dataskydd ska även vid behov leda till beslut om lämpliga säkerhetsåtgärder.

Hos Socialstyrelsen gäller att de aktuella personuppgifterna ska hanteras med en hög säkerhet i alla led. Data ska förvaras och behandlas i myndighetens avgränsade registermiljö. Vidare kan behandling också ske i krypterad förbindelse vid transport till och från den avgränsade registermiljön. Behörighet att läsa och behandla uppgifterna i denna miljö ges enbart till personer som har behov av detta för att kunna utföra sitt arbete. I alla fall där det är möjligt ska behandling av uppgifterna ske genom att personnumret ersätts med en kod som skapas med hjälp av en särskild algoritm, samt att behandlingen fortfarande sker i den avgränsade registermiljön.

Kraven från ISO 27001-standarden, som myndigheten uppfyller, säkerställer att informationssäkerhetsarbetet hålls på en kontinuerligt hög nivå. Det handlar exempelvis om att medarbetare får rätt utbildning inom området, att styrdokumenten är aktuella samt att myndigheten genomför riskanalyser och åtgärdar de risker där det sammanvägda värdet av sannolikhet och konsekvens är högt.

Vad gäller eventuell oavsiktlig eller olaglig förstöring av uppgifterna bedömer Socialstyrelsen att risken bör vara liten för att detta sker. Uppgifterna

kommer att lämnas av de inrapporterande vårdgivarna och möjligheten för att uppgifterna ska kunna redigeras från Socialstyrelsens sida är mycket små, då det exempelvis är mycket få som har behörighet och det oftast även krävs en särskild inloggning för att redigering ska vara möjligt. Det finns även alltid en risk för att exempelvis händelser av force majeure-karaktär kan drabba de lagringsutrymmen, serverhallar eller liknande där uppgifterna i registret lagras. Socialstyrelsen gör dock dagligen en back-up för det fall något sådant skulle ske, vilket innebär att risken för eventuell förstöring av uppgifter på ett sådant sätt får anses minimal.

Dessa tekniska och organisatoriska åtgärder som angetts ovan skulle även aktualiseras för den föreslagna utökningen av patientregistret. Mot bakgrund av detta anser Socialstyrelsen att myndigheten har en mycket god möjlighet att, i egenskap av personuppgiftsansvarig för patientregistret, leva upp till kravet på att säkerställa lämplig säkerhet för uppgifterna med lämpliga tekniska organisatoriska åtgärder enligt artikel 5.1 f, samt att de åtgärder som Socialstyrelsen har möjlighet att vidta, uppnår en säkerhetsnivå som är lämplig i förhållande till de risker som finns med personuppgiftsbehandlingen enligt artikel 32 dataskyddsförordningen. Socialstyrelsen har vidare en lång erfarenhet av att hantera en stor mängd känsliga personuppgifter i de register myndigheten förvaltar.

Rättslig grund enligt artikel 6

Dataskyddsförordningen, som är direkt tillämplig i EU:s medlemsländer, har till syfte att skydda enskildas personliga integritet genom att begränsa hur deras personuppgifter hanteras av medlemsländerna.

Enligt dataskyddsförordningen måste varje personuppgiftsbehandling kunna hänföras till minst en av de i dataskyddsförordningen uppräknade rättsliga grunderna, artikel 6.1. Personuppgiftsbehandlingen måste ha stöd av en rättslig grund, enligt artikel 6.1. Det kan till exempel handla om att behandlingen är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse, artikel 6.1 e, eller att behandling är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse, artikel 6.1 c.

Hälsodatalagen och de tillhörande förordningarna, exempelvis patientregisterförordningen, reglerar olika typer av hälsodataregister. Enligt förarbetena till hälsodatalagen är avsikten att de frågor som är gemensamma för alla hälsodataregister ska regleras i en lag, medan närmare föreskrifter om enskilda hälsodataregister ska meddelas av regeringen inom de ramar som lagen sätter.[67] I 12 § hälsodatalagen bemyndigas därför regeringen att meddela föreskrifter som medför begränsningar av sådan behandling av personuppgifter som är tillåten enligt lagen om hälsodataregister. I förarbetena till hälsodatalagen bedöms samtliga ändamål vara av ett högt samhälleligt intresse.[68] Ändamålen anses därmed ha grund i ett allmänt intresse enligt artikel 6.1 e dataskyddsförordningen.[69] Vid ett sådant ändamål ska vidare unionsrätten eller medlemsstaternas nationella rätt vara proportionell mot det legitima mål som eftersträvas enligt artikel 6.3 sista stycket dataskyddsförordningen.

[67] Prop. 1997/98:108 Hälsodata- och vårdregister, s. 44.
[68] Prop. 1997/98:108 Hälsodata- och vårdregister, s. 48.
[69] Prop. 2017/18:171 Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde – en anpassning till EU:s dataskyddsförordning, s. 133.

Vad gäller bestämmelserna om uppgiftsskyldighet i hälsodatalagen och de tillhörande förordningarna, så är det fråga om fullgörande av rättslig förpliktelse för de uppgiftsskyldiga aktörerna enligt artikel 6.1 c dataskyddsförordningen.

Socialstyrelsen bedömer mot bakgrund av ovan att det finns rättslig grund för myndigheten, genom ett allmänt intresse, att behandla de aktuella uppgifterna i ett hälsodataregister såsom patientregistret. Det samhälleliga intresset av att uppgifterna behandlas bedömer Socialstyrelsen vara mycket stort, då registret kan användas för bland annat forskning och uppföljning inom vården. En förutsättning för att det ska finnas rättslig grund är dock att de föreslagna ändringarna i patientregisterförordningen träder i kraft. Detta då rättslig grund som avses i 6.1 e dataskyddsförordningen, det vill säga allmänt intresse, enligt artikel 6.3 dataskyddsförordningen ska fastställas i enlighet med unionsrätten eller i medlemsstatens nationella rätt. Socialstyrelsen bedömer vidare att behandlingen, i enlighet med artikel 6.3 sista stycket dataskyddsförordningen, bör anses vara proportionell mot det legitima mål som eftersträvas. Detta då myndigheten endast avser samla in uppgifter som är nödvändiga för att uppnå de ändamål som eftersträvas, det vill säga en mer utförlig statistik som kan ligga till grund för bland annat forskning, uppföljning, kvalitetssäkring och att få en bättre översikt över jämlikheten inom hälso- och sjukvården.

Avslutningsvis skulle det, genom de föreslagna ändringarna i patientregisterförordningen, finnas rättslig grund enligt artikel 6.1 c dataskyddsförordningen för vårdgivare inom primärvården, såväl privata som offentliga, att rapportera in de aktuella uppgifterna till Socialstyrelsen.

Känsliga personuppgifter enligt artikel 9

Genom rapporteringen till patientregistret får Socialstyrelsen in känsliga personuppgifter om enskildas hälsa. Det är som huvudregel förbjudet att behandla så kallade särskilda kategorier av personuppgifter, vari uppgifter om hälsa ingår. Det finns dock vissa undantag från denna huvudregel. Behandling av känsliga personuppgifter ska utgå från ytterligare en prövning av om rättslig grund föreligger.

Syftet med hälsodataregister är bland annat att följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra hälso- och sjukvård. Enligt Socialdataskyddsutredningen får behandlingen anses falla under undantaget i artikel 9.2 h dataskyddsförordningen, i den mån behandlingen är nödvändig av skäl som hör samman med tillhandahållande av hälso- och sjukvård samt med att följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra densamma.[64] Vidare finns det enligt 3 kap. 5 § dataskyddslagen stöd att behandla känsliga personuppgifter enligt artikel 9.2 h dataskyddsförordningen, om behandlingen är nödvändig för bland annat tillhandahållande av hälso- och sjukvård eller behandling.

Enligt artikel 9.3 dataskyddsförordningen ska de känsliga personuppgifterna, vid behandling enligt artikel 9.2 h, behandlas av eller under ansvar av den som omfattas av tystnadsplikt. Det finns således ett krav på tystnadsplikt vid behandling enligt artikel 9.2 h. Socialstyrelsens verksamhet med hälsodataregistren omfattas av sekretess enligt 24 kap. 8 § OSL. Under den tänkta insamlingen av uppgifterna till patientregistret skyddas uppgifterna av hälso- och sjukvårdssekretess hos vårdgivarna. De offentliga vårdgivarna omfattas

av 25 kap. 1 § OSL, medan de privata vårdgivarna omfattas av 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Hälso- och sjukvårdssekretessen har till syfte att ge känsliga uppgifter inom vården ett starkt skydd.

Socialstyrelsens verksamhet med hälsodataregister är hänförlig till myndighetens särskilda statistikverksamhet, i egenskap av statistikansvarig myndighet enligt lagen om den officiella statistiken. Uppgifter inom denna verksamhet omfattas av absolut sekretess enligt 24 kap. 8 § OSL, vilket innebär att huvudregeln är att uppgifterna inte får lämnas ut. Det finns dock undantag från denna huvudregel, vilket redogörs för nedan under rubriken ”Skydd för de registrerades integritet”.

Uppgifter i hälsodataregister är avsedda att behandlas, utöver för skäl som hör samman med tillhandahållande av hälso- och sjukvård, för framställning av statistik, samt för forskning och epidemiologiska undersökningar. Av artikel 9.2 j dataskyddsförordningen framgår att känsliga personuppgifter får behandlas för arkivändamål av allmänt intresse, vetenskapliga eller historiska forskningsändamål eller statistiska ändamål. Behandlingen ska ske med stöd av unionsrätt eller nationell rätt och i artikel 89.1 finns bland annat krav på skyddsåtgärder avseende denna typ av behandling. En sådan skyddsåtgärd kan exempelvis vara tekniska åtgärder eller den absoluta sekretess som gäller i en myndighets statistikverksamhet.[70] Att Socialstyrelsen enbart ska få samla in personuppgifter för det primära ändamålet statistik kan även ses som en skyddsåtgärd för att värna om enskildas integritet och undvika så kallade ändamålsglidningar.

Den nationella rätten ska enligt artikel 9.2 j dataskyddsförordningen då stå i proportion till det eftersträvade syftet, vara förenlig med det väsentliga innehållet i rätten till dataskydd och innehålla bestämmelser om lämpliga och särskilda åtgärder för att säkerställa den registrerades grundläggande rättigheter och intressen. Av 3 kap. 7 § dataskyddslagen framgår även att känsliga personuppgifter får behandlas med stöd av artikel 9.2 j dataskyddsförordningen, om behandlingen är nödvändig för statistiska ändamål och samhällsintresset av det statistikprojekt där behandlingen ingår klart väger över den risk för otillbörligt intrång i enskildas personliga integritet som behandlingen kan innebära.

Socialdataskyddsutredningen har uttalat att vad gäller kravet på proportionalitet och förenlighet med det väsentliga innehållet i rätten till dataskydd får det förutsättas att regeringen gjort en avvägning mellan behovet av olika hälsodataregister och intrånget i den personliga integriteten innan beslut fattades om att utfärda förordningar om de olika registren. De krav på åtgärder för att skydda den registrerades rättigheter och friheter som dataskyddsförordningen ställer får därmed enligt utredningen anses uppfyllda.[64]

[70] Prop. 2017/18:107 Ändringar i vissa författningar inom Finansdepartementets ansvarsområde med anledning av EU:s dataskyddsreform, s. 33.

Säkerhet vid uppgiftsbehandling och skydd av personlig integritet

Som nämnts tidigare ska Socialstyrelsen, enligt artikel 32 dataskyddsförordningen, i egenskap av personuppgiftsansvarig vidta lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder. Detta ska göras i syfte att skydda personuppgifterna som behandlas och ska säkerställa en säkerhetsnivå som är lämplig i förhållande till risken.

Vad gäller det tekniska skyddet har Socialstyrelsen lång erfarenhet av att arbeta med känsliga personuppgifter genom de hälsodataregister och socialtjänstregister som myndigheten förvaltar. Uppgifterna förvaras och behandlas i myndighetens avgränsade registermiljö som är åtskild från myndighetens ordinarie IT-miljö. Behandling av personuppgifterna kan även ske genom transport till och från registermiljön, men omgärdas av säkerhetsåtgärder såsom kryptering av förbindelsen och i de fall det är möjligt ersätts personnummer med en kod enligt en särskild algoritm. Myndigheten har även starkt begränsat medarbetarnas tillgång till uppgifterna genom behörighetsstyrning. Utgångspunkten är att så få medarbetare som möjligt ska ha tillgång till så få känsliga personuppgifter som möjligt. Medarbetarnas behörigheter utvärderas kontinuerligt och begränsas till att endast omfatta de behov som den anställde behöver för att utföra sina arbetsuppgifter.

Socialstyrelsen har ett kontinuerligt arbete inom informationssäkerhet, som bland annat omfattar utbildning till anställda och att styrdokument på området är uppdaterade och relevanta. Socialstyrelsen genomför även riskanalyser löpande för att kunna identifiera eventuella risker och åtgärda dessa.

De uppgifter som en utvidgning av patientregistret skulle innebära skulle självfallet även omfattas av Socialstyrelsens höga tekniska säkerhet och det ständigt pågående informationssäkerhetsarbetet.

Till skydd för de registrerades personliga integritet finns inte endast ett tekniskt skydd, utan även ett juridiskt. Det juridiska skyddet vid Socialstyrelsen utgörs både av bestämmelserna om sekretess, men även av de ändamålsbegränsningar som finns avseende personuppgiftsbehandlingen. Den föreslagna utökningen av patientregistret skulle omfattas av 24 kap. 8 § OSL, som innebär en absolut sekretess. Uppgifter som behövs för forsknings- eller statistikändamål och uppgifter som inte är direkt hänförliga till enskild får dock lämnas ut om det efter en sekretessprövning står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider skada eller men.

Varje utlämnande föregås av en sekretessprövning enligt 24 kap. 8 § OSL, varvid beställaren utförligt får redogöra för vad uppgifterna ska användas till och hur de ska hanteras. Socialstyrelsen prövar alltså varje enskild begäran om att ta del av uppgifter ur myndighetens register, och lämnar i regel ut avidentifierade uppgifter som har löpnummersatts. I vissa fall kan det dock ske att uppgifter med personnummer lämnas ut för forskningsändamål, men då ska det handla om att det inte är möjligt att besvara den aktuella forskningsfrågan utan dessa uppgifter. Exempelvis kan det handla om att forskningsprojektet innebär att journalgranskning ska ske eller att uppgifterna behöver matchas gentemot en biobank hos forskningshuvudmannen. I de fall det handlar om utlämnande för forskning är det även i de flesta fall krav på att

Etikprövningsmyndigheten har prövat och godkänt forskningen. Genom detta kan Socialstyrelsen kontrollera att det finns ett godkännande enligt lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor (etikprövningslagen), vilket innebär att de uppgifter som begärs ut får behandlas och att de får behandlas på det sätt som beskrivits i ansökan till Socialstyrelsen.

Personuppgifter som lämnats ut från Socialstyrelsen för forsknings- eller statistikändamål skulle exempelvis kunna behandlas på ett universitet, hos en annan statistikansvarig myndighet eller hos en enskild forskningshuvudman.

I de fall en icke statistikansvarig myndighet, såsom ett universitet, får uppgifter i sin forskningsverksamhet överförs den absoluta sekretessen till myndigheten enligt 11 kap. 3 § OSL. Detta så länge det inte finns någon annan sekretessbestämmelse vid den mottagande myndigheten som primärt ska tillämpas på uppgifterna, 11 kap. 8 § OSL. I dessa fall skulle ett utlämnande till en annan myndighet kunna innebära en risk för skada, redan med anledning av att det svagare sekretesskyddet hos mottagaren kan medföra att uppgifterna lämnas vidare på ett sätt som medför skada för de registrerade.[71] När Socialstyrelsen prövar en begäran om utlämnande i sådana fall gör myndigheten en bedömning av om det handlar om uppgifter som behövs för ett forskningsändamål och vilket skydd uppgifterna får hos mottagaren.

I de fall det rör sig om en enskild forskningshuvudman som begär uppgifter från Socialstyrelsens patientregister kan ett eventuellt utlämnande, efter prövning enligt 24 kap. 8 § OSL, förenas med ett sekretessförbehåll enligt 10 kap. 14 § OSL. Genom detta kan man undanröja den eventuella risken för skada och men som ett utlämnande annars hade inneburit.

Vad gäller utlämnande för statistikändamål aktualiseras detta i realiteten endast för utlämnande till myndigheter som också tillämpar statistiksekretess.[72] Det är därför även i dessa fall av vikt att undersöka vilket skydd uppgifterna får hos en mottagande myndighet och att den har en sådan särskild statistikverksamhet som avses i 24 kap. 8 § OSL.

Utöver det primära skydd som uppgifterna får med stöd av 24 kap. 8 § OSL, skyddas uppgifterna även av sekretess enligt 21 kap. 7 § OSL. Bestämmelsen innebär att sekretess gäller om det kan antas att uppgifterna efter ett utlämnande kommer att behandlas i strid med dataskyddsförordningen, dataskyddslagen eller 6 § etikprövningslagen.

Utöver de sekretessbestämmelser som omgärdar registeruppgifterna, finns även aspekten att den enskilde har möjlighet till insyn i vilka uppgifter Socialstyrelsen behandlar om denne och hur uppgifterna används. Enligt artikel 15 dataskyddsförordningen har den enskilde rätt att av den personuppgiftsansvarige, det vill säga Socialstyrelsen, få bekräftelse på huruvida personuppgifter som rör denne håller på att behandlas och i så fall även få tillgång till de aktuella uppgifterna och viss annan information, exempelvis ändamålet med behandlingen och vilka kategorier av personuppgifter som behandlingen gäller. Information om denna rättighet, samt hur man går tillväga för att göra den gällande, finns på Socialstyrelsens hemsida.[63] På hemsidan finns även information om patientregistret och hur registret används för att förbättra vården.[24]

[71] Prop. 2013/14:162 Ändringar av statistiksekretessen, s. 12.

[72] Prop. 1994/95:200 Lag om vissa personregister för officiell statistik m.m., s. 28, 38 och 57.

Sök- och sammanställningsmöjligheter

Dataskyddsförordningen saknar bestämmelser om sökning eller användning av sökbegrepp, men sökning och sammanställning av uppgifter som sker elektroniskt är dock en behandling av personuppgifter och omfattas därför av förordningen. Denna typ av behandlingar måste därför vara förenliga med ändamålen för behandlingen för att vara tillåten. Det finns även sökbegränsningar i flera registerförfattningar, då det annars skulle vara möjligt att skapa mycket integritetskänsliga sammanställningar med exempelvis personer som har vissa egenskaper. Ett förbud mot sökbegrepp som avser till exempel känsliga personuppgifter utgör en säkerhetsåtgärd i dataskyddsförordningens mening.[64]

Denna typ av säkerhetsåtgärd finns i specifika registerförfattningar, exempelvis hälsodatalagen. Enligt 7 § hälsodatalagen får som sökbegrepp i ett hälsodataregister, det vill säga däribland patientregistret, användas de uppgifter som enligt 4 § får ingå i ett hälsodataregister. Av 4 § hälsodatalagen framgår att ett sådant register endast får innehålla de uppgifter som behövs för de ändamål för vilka personuppgifter får behandlas enligt 3 §. Dessa specifika uppgifter framgår i sin tur av 4 § patientregisterförordningen.

I dagsläget omfattas inte uppgifter som avser primärvård, men för det fall de föreslagna ändringarna genomförs skulle samma förutsättningar avseende sökbegrepp gälla även för de tillkomna uppgifterna. Eftersom bestämmelsen i 7 § hälsodatalagen i praktiken dock inte innebär en begränsning av att använda de uppgifter som finns i registret som sökbegrepp, så innebär det inte en faktisk säkerhetsåtgärd i dataskyddsförordningens mening.

I Socialstyrelsens registermiljö används däremot pseudonymisering när inte annat är befogat, till exempel vid produktion av statistik. Statistikredovisningar inom bland annat den officiella statistiken sker i aggregerad form, vilket gör att enskilda personer inte kan härledas.

Gallring

Som tidigare nämnts görs ingen gallring i Socialstyrelsens patientregister, eftersom retrospektiva analyser med kontroller bakåt i tiden ska kunna genomföras. Detta följer av 2 § Riksarkivets föreskrifter om gallring hos Socialstyrelsen (RA-MS 2009:50), som innebär att register för automatiserad behandling hos myndigheten undantas från gallring. Material som inte ska gallras överlämnas till en arkivmyndighet, 19 § tredje stycket LOS.[73]

Barnkonsekvensanalys

Enligt lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter gäller FN:s konvention, kallad barnkonventionen, som svensk lag. Några av de grundläggande principerna i barnkonventionen är rätten till icke-diskriminering (artikel 2) samt rätten till liv, överlevnad och utveckling (artikel 6). Vidare ska bland annat offentliga välfärdsinstitutioner och administrativa myndigheter, vid alla åtgärder som rör barn, sätta barnets bästa i främsta rummet (artikel 3). Konventionsstaterna uppmuntras även att respektera barns rätt till personlig integritet och sekretess (artikel 16).

Artikel 6 i barnkonventionen innebär vidare att konventionsstaterna till det yttersta av sin förmåga ska säkerställa barnets överlevnad och utveckling. Begreppet utveckling innebär även att erbjuda barnet bästa möjliga förhållanden för barndomen, det vill säga barnets liv här och nu.[65] Att uppföljningen av primärvården kan förbättras och att det skulle kunna innebära en ökad möjlighet att uppmärksamma den vård barn erbjuds inom primärvården bör i sin tur öka möjligheterna att ge barn bättre förutsättningar från ett vårdperspektiv, både för sin nuvarande situation och för dess framtida utveckling.

Förslaget om ett utvidgat patientregister, som även skulle omfatta personnummerbaserade uppgifter om besök hos hälso- och sjukvårdspersonal som sker i primärvården, innebär att uppgifter behandlas avseende barn, det vill säga personer under 18 år, som gör den typen av besök. Det kan således handla om väldigt många individer, då det under ett barns tidiga levnadsår kan väntas ske flertalet besök till just primärvården.[6] Detta kan vara aktuellt även högre upp i åldrarna.

Ett syfte med att utöka den nationella insamlingen av registeruppgifter med uppgifter från primärvården är att kunna bidra till en patientsäker och jämlik hälso- och sjukvård. Detta vore till gagn för den enskilda individen och skulle ge ett brett underlag för bland annat uppföljningen och det systematiska kvalitetsarbetet inom primärvården. Förslaget skulle ge möjlighet att bättre utvärdera den vård som ges inom primärvården och skulle därmed exempelvis kunna belysa om det finns vissa typer av åtgärder som ges till barn och som leder till bättre resultat, samt hur vårdinsatserna fördelar sig över landet. På sikt möjliggörs alltså, genom en mer omfattande uppföljning via patientregistret, att i högre utsträckning kunna erbjuda en mer adekvat och jämlik vård. Detta leder förhoppningsvis i sin tur till ett gott resultat för varje enskilt barn.

[73] För en närmare beskrivning om gallring av Socialstyrelsens register, se stycke ”Bedömningar utifrån dataskyddsförordningen”; ”Förslaget i relation till de grundläggande principerna i artikel 5”; ”Lagringsminimering”.

Ett utvidgat patientregister, vilket föreslås av Socialstyrelsen, rör rätten till icke-diskriminering genom att en utvecklad statistik inom området skulle kunna leda till mer specifika och avvägda åtgärder. Sådana åtgärder kan exempelvis gälla ett barns sjukdom och kan även öka förutsättningarna för mer likvärdiga typer av åtgärder oavsett var i landet besöket görs och vem barnet träffar.

Socialstyrelsen bedömer även att den föreslagna behandlingen av personuppgifter, som utvidgningen av patientregistret skulle innebära, avser en begränsad omfattning av känsliga personuppgifter till enbart sådana uppgifter som är nödvändiga för att uppnå det önskade ändamålet. Detta är i linje med artikel 16 i barnkonventionen, enligt vilken barns rätt till personlig integritet och sekretess ska respekteras. Socialstyrelsen vill härvid även understryka att barn åtnjuter samma skydd för sina personuppgifter som vuxna enligt dataskyddsförordningens bestämmelser om skydd för den personliga integriteten. Avsikten är således att begränsa omfattningen av känsliga personuppgifter till sådana uppgifter som anses nödvändiga för att bland annat uppnå en patientsäker och jämlik hälso- och sjukvård genom en förbättrad statistik. Socialstyrelsen exkluderar bland annat av denna anledning ungdomsmottagningar från förslaget avseende utvidgning av patientregistret. Uppgifter av detta slag beträffande barn är särskilt känsliga och Socialstyrelsen bedömer att det skulle innebära ett alltför stort intrång i barnets personliga integritet att samla in uppgifter från ungdomsmottagningar.[74]

Socialstyrelsen bedömer sammanfattningsvis att förslagen stärker barnets rättigheter och sätter barnets bästa i främsta rummet utifrån barnkonventionens perspektiv.

Alternativ till den föreslagna personuppgiftsbehandlingen

Socialstyrelsen har i rapportens inledande avsnitt, stycke ”Heltäckande bild av primärvården saknas i dagsläget”, redogjort för de uppgifter som finns i myndighetens patientregister samt de kvalitetsregister och regionala databaser med mera som innehåller uppgifter från primärvården. I nuläget är således möjligheten att på ett övergripande sätt följa primärvårdens arbete på nationell nivå mycket begränsad och de uppgifter som finns och kan vara av stor vikt för primärvårdens utveckling, samt för statistik, forskning, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring, är utspridda på olika håll. Socialstyrelsen anser, i likhet med regeringens proposition 2019/20:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform [75], att befintliga datakällor innehållande uppgifter från primärvården är viktiga, men otillräckliga ur ett nationellt uppföljningsperspektiv.

Socialstyrelsen anser inte att det finns några mindre ingripande sätt för att nå det önskade ändamålet med en utökning av patientregistret. Uppgifterna behövs på individnivå för att kunna möjliggöra analyser, statistik, forskning,

[74] För en närmare beskrivning av Socialstyrelsens ställningstagande till insamling av uppgifter från ungdomsmottagningar, se avsnitt ”Uppdragets utförande”, stycke ”Avgränsningar”.
[75] S. 49.

med mera inom området, exempelvis genom samkörning med andra register, men även för att kunna följa patientgruppers resa i vården.

Om den föreslagna förändringen inte kommer till stånd, kommer de aktuella uppgifterna fortfarande saknas på nationell nivå och information om en stor del av insatserna i hälso- och sjukvård kommer inte finnas tillgänglig. Därmed kommer det även saknas ett bredare underlag för exempelvis statistik, forskning, uppföljning, kvalitetssäkring samt i längden en mer jämlik och säker vård.

Behandling av personuppgifter hos vårdgivare och huvudmän

Personuppgiftsbehandling regleras i huvudsak av EU:s dataskyddsförordning, men kan även som tidigare nämnts kompletteras av nationella bestämmelser. Med behandling avses enligt artikel 4.2 dataskyddsförordningen en åtgärd eller kombination av åtgärder beträffande personuppgifter eller uppsättningar av personuppgifter, oberoende av om de utförs automatiserat eller inte. Enligt dataskyddsförordningens grundläggande principer får personuppgifter endast samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål och inte senare behandlas på ett sätt som är oförenligt med dessa ändamål.

Vid all personuppgiftsbehandling måste det som nämnts tidigare, enligt artikel 6, finnas en rättslig grund för behandlingen. Behandling av känsliga personuppgifter, såsom uppgifter om hälsa, är som huvudregel förbjuden enligt artikel 9.1 dataskyddsförordningen. Det finns dock flera undantag från denna huvudregel, exempelvis får behandling av känsliga personuppgifter enligt artikel 9.2 h dataskyddsförordningen ske om den är nödvändig av skäl som hör samman med bland annat förebyggande hälso- och sjukvård och yrkesmedicin, medicinska diagnoser, tillhandahållande av hälso- och sjukvård, behandling samt förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster. Stöd ska då även finnas i unionsrätten eller den nationella rätten. Att behandlingen ska vara nödvändig i förhållande till den rättsliga grunden innebär dock inte ett krav på att det ska vara omöjligt att utföra en uppgift av allmänt intresse utan att behandlingsåtgärden vidtas.[76] Den som bestämmer ändamålen och medlen för behandlingen av personuppgifter är enligt dataskyddsförordningen personuppgiftsansvarig. Denne ska genomföra lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att säkerställa att dataskyddsförordningens bestämmelser uppfylls.

Patientdatalagen (2008:355), PDL, kompletterar enligt 1 kap. 4 § dataskyddsförordningen vid behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården.

Av 1 kap. 3 § PDL framgår att med vårdgivare avses en fysisk eller juridisk person som bedriver hälso- och sjukvård. Det är statlig myndighet, region och kommun som i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och

[76] Prop. 2017/18:105 Ny dataskyddslag, s. 46 f. och 75 f.

sjukvård (privat vårdgivare). Även sådana kommunala bolag, föreningar och stiftelser där kommuner eller region utövar ett rättsligt bestämmande inflytande enligt 2 kap. 3 § OSL, är egna juridiska personer och utgör självständiga vårdgivare. Även privata utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård är självständiga vårdgivare.[66]

En vårdgivare är enligt 2 kap. 6 § PDL personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som vårdgivaren utför. Detta ska således skiljas från det personuppgiftsansvar som enligt 1 § hälsodatalagen samt 2 § patientregisterförordningen åligger Socialstyrelsen för den behandling som sker i patientregistret, efter att uppgifter lämnats från vårdgivarna till Socialstyrelsen. I en region eller kommun är alltså varje myndighet som bedriver hälso- och sjukvård personuppgiftsansvarig för den behandling som myndigheten utför. Behandling enligt PDL är tillåten för något av de ändamål som anges i 2 kap. 4 § PDL, bland annat för att föra patientjournal och upprätta annan dokumentation som behövs i och för vården av patienter.

Enligt 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården ska vårdgivaren säkerställa att uppgifterna i en patientjournal är entydiga. I tillhörande allmänt råd står det att för att försäkra sig om att uppgifterna är entydiga bör vårdgivaren använda följande publikationer, när de är tillämpliga:

- Socialstyrelsens termbank
- Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem (ICD-10-SE)
- Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)
- Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)
- Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms (Snomed CT).

Enligt 5 § ska vårdgivaren säkerställa att en patientjournal, i förekommande fall, innehåller uppgifter om bland annat aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar, utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa samt resultat av utredande och behandlande åtgärder.

De uppgifter som omfattas av den utökade rapporteringen skulle avse uppgifter som i relativt hög utsträckning redan är möjliga att registrera i primärvårdens journalsystem.[77] Flera av de föreslagna uppgifterna finns således redan att tillgå inom primärvården, och det finns även ett rättsligt stöd för aktörerna att enligt dataskyddsförordningen och PDL behandla uppgifter om hälsa för att bland annat kunna tillhandahålla hälso- och sjukvård.

Vidare skulle förslaget innebära att uppgifter på individnivå lämnas till Socialstyrelsen, vilket gör att arbetsbördan inte bör vara alltför stor i längden. Detta då det inte behöver göras någon bearbetning av uppgifterna för att exempelvis i stället lämna det i form av aggregerad data, det vill säga mängdstatistik. Ändamålet med behandlingen hos vårdgivarna skulle, vid behandlingen som sker när uppgifter skickas till Socialstyrelsens patientregister, vara att fullgöra en uppgiftsskyldighet. Denna uppgiftsskyldighet skulle

[77] För en närmare beskrivning av verksamheters registrering av, respektive regioners tillgång till, uppgifter se avsnitt ”Strukturerad och enhetlig registrering ger bättre registerkvalitet”, stycke ” Rätt förutsättningar behövs för enhetlig registrering av uppgifter”.

komma att regleras i Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret.

Socialstyrelsen bedömer att den uppgiftslämnarbörda som uppstår hos vårdgivarna om den föreslagna utvidgningen av patientregistret, och den därmed sammanhängande rapporteringsskyldigheten, blir verklighet är rimlig. Detta då flera av de föreslagna uppgifterna redan är möjliga för vårdgivarna att registrera, samt att de andra uppgifter som inte redan registreras vid ett besök i primärvården är av begränsad omfattning och troligtvis inte utgör en alltför stor ökad arbetsbörda. I förhållande till den nytta som ett utvidgat patientregister skulle innebära, bland annat utifrån det allmännas intresse av uppföljning av primärvården, får det anses acceptabelt med en viss ökad arbetsbörda för vårdgivarna.

Överväganden enligt 14 kap. 3 § regeringsformen

Den 1 januari 2011 infördes en ny bestämmelse, 14 kap. 3 §, i regeringsformen (RF). I bestämmelsen anges att en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den. Bestämmelsen innebär att en regelmässig prövning av de kommunala självstyrelseintressena ska göras under lagstiftningsprocessen, med tillämpning av en proportionalitetsprincip.

Förslaget är att Socialstyrelsens patientregister ska utvidgas till att omfatta uppgifter från den primärvård som bedrivs inom regionernas ansvarsområde.[78] Uppgiftsskyldighet för vårdgivare och huvudmän i primärvård finns nu inte reglerade i lag eller förordning. En förutsättning för en utvidgning av registret är att behandlingen av personuppgifter hos vårdgivarna och huvudmännen bedöms vara proportionell mot de legitima målen. Det aktuella författningsförslaget kommer sannolikt förutsätta att vårdgivare dokumenterar de aktuella uppgifterna direkt i patientjournalerna. Det överensstämmer med de rekommendationer Socialstyrelsen har utfärdat i Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2016:40) och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Vidare framgår det av 3 kap. patientdatalagen att det finns en skyldighet att föra patientjournal vid vård av patienter.

För att uppgifterna ska kunna användas för nationell statistik måste det finnas en systematik i dokumentationen och uttaget av uppgifterna. Det innebär att uppgifterna måste vara enhetligt definierade, på en tillräckligt detaljerad nivå för att informationen i uppgifterna ska vara meningsfulla att använda och möjliga att systematiskt hämtas upp och överföras från dokumentationen. Författningsförslaget erbjuder en sådan systematik och är därför lämplig att använda.

Socialstyrelsen bedömer att den inskränkning i den kommunala självständigheten som förslaget innebär inte går utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet som föranlett den.

[78] Till skillnad från primärvård som bedrivs inom kommunernas ansvarsområde.

Integritetsintrång i proportion till nytta

Socialstyrelsen bedömer, som nämnts ovan, att värdet av den föreslagna registerutvidgningen bör väga tyngre än intrånget i den personliga integriteten.

Dataskyddsförordningen och den tillhörande nationella lagstiftningen är direkt tillämplig på den tänkta personuppgiftsbehandlingen. En förutsättning för behandlingens godtagbarhet är att det sker med adekvata tekniska och organisatoriska åtgärder.

Behandlingen sker i syfte att ta fram och utveckla statistik och register inom Socialstyrelsens verksamhetsområde, i detta fall hälso- och sjukvård, se 1 och 6 §§ förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen. De övergripande ändamålen med personuppgiftsbehandlingen hos Socialstyrelsen skulle vara att hantera personuppgifter om personer som behandlats av hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården. Detta skulle ske i enlighet med 3 § patientregisterförordningen, det vill säga för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom den slutna hälso- och sjukvården och den öppna hälso- och sjukvården, samt forskning och epidemiologiska undersökningar. Ändamålet med behandlingen hos vårdgivare skulle vara att fullgöra en uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsen, vilken framöver kommer att definieras i Socialstyrelsens föreskrifter.

Förslaget innebär att Socialstyrelsen ska samla in personuppgifter av integritetskänslig natur avseende en stor del av Sveriges befolkning. Utöver att fler uppgifter om enskilda personer som redan finns i patientregistret kommer att behandlas, kommer även fler enskilda personer att tillkomma. Det handlar om de personer som endast besökt primärvården och inte tidigare besökt någon av de andra vårdinstanser som räknas upp i 4 § första stycket 1-3 patientregisterförordningen.

Liksom patientregistret i övrigt kommer denna utökning vara baserad på personnummer, eller samordningsnummer respektive reservnummer, vilket ger möjlighet att samköra uppgifterna med bland annat andra hälsodataregister. Utökningen kommer även innebära att personuppgifter om personal, i form av yrkeskategori, kommer att behandlas. Behandlingen av personuppgifter innebär främst ett integritetsintrång för de patienter som antingen kommer att tillkomma i patientregistret med anledning av utvidgningen, eller som redan finns i patientregistret men vars behandlade personuppgifter kommer att utökas till att även omfatta deras primärvårdsbesök och information om dessa besök. Integritetsintrånget kan således öka, både vad gäller varje enskild registrerad individ och antalet individer som kommer att omfattas.

Socialstyrelsen har dock i sitt förslag begränsat de aktuella uppgifter som vore önskvärda att hämta in till enbart de som är nödvändiga för att uppnå de önskade målen, såsom att kunna följa patientens hela vårdresa och att kunna säkerställa en jämlik vård.

Patientregistret utgör en bas för relevant statistik på området, och är även viktig för forskning med mera enligt vad som tidigare redogjorts för i denna rapport. Det bidrar till ett adekvat kunskapsunderlag för den långsiktiga utvecklingen inom hälso- och sjukvård. De nödvändiga uppgifter om enskilda som föreslås ingå i ett utvidgat patientregister som omfattar primärvården kommer således kunna bidra till en tydligare helhetsbild av hälso- och sjuk-

vården, bland annat utifrån aspekterna jämlik och säker vård, men även i förlängningen bidra till att gynna folkhälsan och patienterna samt att kunna utveckla primärvården.

Vidare är den personliga integriteten för de enskilda, både i egenskap av patienter och anställda, starkt skyddad genom tekniska och organisatoriska åtgärder. Uppgifterna har ett omfattande skydd i myndighetens registermiljö och omfattas även av hög sekretess, vilket tidigare redogjorts för. De aktuella personuppgifterna får heller inte användas för att vidta åtgärder i fråga om de registrerade.

Proportionalitetsbedömning

Vid den här typen av bedömning ska det ändamål för vilket personuppgiftsbehandlingen sker och som ska vara godtagbar enligt bland annat ovan redogjorda grundläggande principer och vidtagna skyddsåtgärder, vägas mot det integritetsintrång som behandlingen medför. Den föreslagna personuppgiftsbehandlingen ska ställas mot värdet av det ändamål för vilket behandlingen sker.

Integritetsskyddet enligt dataskyddsförordningen

Den rättsliga grunden för vårdgivarna och huvudmännen samt Socialstyrelsen för att få behandla personuppgifter om patienter, respektive hälso- och sjukvårdspersonal, inom primärvården, är begränsad till nödvändig och proportionerlig behandling för att utföra ett arbete av allmänt intresse.

De personuppgifter som Socialstyrelsen angivit att myndigheten har för avsikt att behandla, avseende patienter inom primärvården, utgör känsliga personuppgifter. Det är, som redovisats för ovan, fråga om nödvändig och proportionerlig behandling för att uppnå ett brett underlag för statistik, forskning, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring, men även för att ge en tydligare helhetsbild av hälso- och sjukvården samt att gynna folkhälsan, patienterna och utvecklingen av primärvården. De uppgifter som föreslås ska få behandlas är adekvata, relevanta och inte för omfattande med hänsyn till ändamålet. Behandlingen av personuppgifterna kommer vidare ske med nödvändiga tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder.

Förslaget om ett utvidgat patientregister, som även skulle omfatta primärvården, sker enligt Socialstyrelsens bedömning med respekt för de registrerades integritet och får anses stå i proportion till det eftersträvade syftet.

Integritetsskyddet enligt RF

Den 1 januari 2011 trädde en ny grundlagsbestämmelse, 2 kap. 6 § andra stycket RF, i kraft. Enligt bestämmelsen är var och en gentemot det allmänna skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten, om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden. Det stärkta grundlagsskyddet innebär att en begränsning av det skydd som bestämmelsen föreskriver endast får göras i form av lag och under de förutsättningar som anges enligt 2 kap. 20 och 21 §§ RF.

Av förarbetena till RF framgår bland annat att vid bedömningen av vad som kan anses utgöra ett betydande intrång bör flera omständigheter vägas in. Uppgifternas karaktär och omfattning utgör endast två faktorer att beakta.

Även sådana omständigheter som till exempel ändamålet med behandlingen av uppgifterna och åtgärdens effekter samt omfattningen av utlämnandet av uppgifter till andra som sker utan omedelbart stöd av offentlighetsprincipen kan vara av betydelse vid bedömningen.[79]

Uppgifternas karaktär och omfattning

Patientregistret innehåller stora mängder information om enskildas personliga förhållanden och mycket integritetskänsliga uppgifter (bland annat om enskildas hälsa). En utvidgning av patientregistret med uppgifter även från primärvården, innebär att uppgiftssamlingen kommer att omfatta i princip hela landets befolkning. Det handlar främst om patienter inom primärvården, men även om de personer inom hälso- och sjukvården som omfattas av uppgiften avseende yrkeskategori. Vidare innebär en utvidgning av patientregistret även att vårdgivare inom primärvården kommer att vara skyldiga att lämna uppgifter till Socialstyrelsen. En enskild patient kommer inte att ha möjlighet att neka vårdgivaren att lämna uppgiften om vården vidare till Socialstyrelsen. Med hänsyn till uppgifternas karaktär och omfattning bedömer Socialstyrelsen att en utvidgning av patientregistret innebär en kartläggning av den enskildes personliga förhållanden som sker utan samtycke från den enskilde.

Ändamålet med behandlingen av uppgifterna och dess effekt

Enligt 3 § patientregisterförordningen framgår att ändamålet för behandlingen av uppgifterna i patientregistret är att framställa statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård samt forskning och epidemiologiska undersökningar. Socialstyrelsen anser att de nya analyser som möjliggörs vid en utvidgning av patientregistret är mycket viktiga för att kunna följa patientens hela vårdkedja. En utvidgning av patientregistret gör det även möjligt att följa upp primärvården avseende vårdens kvalitet, jämlikhet samt möjliggör djupare analyser på nationell nivå. I förlängningen kan dessa nya analyser bidra till att vården utvecklas och förbättras för flera olika patientgrupper. Socialstyrelsen kommer inte att följa den enskilda medborgarens hälsa, utan syftet med patientregistret är att på nationell nivå bidra till att säkerställa en god vård. Socialstyrelsen bedömer att effekten av registret kommer den enskilda individen till nytta eftersom det ökar förutsättningarna för en god och jämlik vård.

Utlämnande av uppgifter och mottagarens hantering av dessa

Av förarbetena till RF framgår att det förhållandet att uppgifter som behandlas av en myndighet omfattas av stark sekretess, inte bör utgöra en omständighet som automatiskt innebär att en bestämmelse om uppgiftsskyldighet, såsom den som föreslås för primärvården, måste anses omfattas av grundlagsbestämmelsens tillämpningsområde. Även andra omständigheter måste beaktas vid bedömningen av hur långtgående intrång uppgiftsskyldigheten

[79] Prop. 2009/10:80 En reformerad grundlag, s. 181 och 184

innebär när ställning tas till om föreskrifterna omfattas av den nya bestämmelsen. En sådan omständighet kan exempelvis vara på vilket sätt och för vilka syften mottagaren av uppgifterna hanterar utlämnade uppgifter.[80]

Den föreslagna utvidgningen av patientregistret kommer hos Socialstyrelsen att omfattas av sekretess enligt 24 kap. 8 § OSL. Enligt huvudregeln är sekretessen absolut, vilket innebär att uppgifterna inte får lämnas ut. Det finns dock, som nämnts tidigare (se ovan under rubriken ”Säkerhet i samband med behandlingen och skydd för de registrerades personliga integritet”), fyra undantag från denna huvudregel. Dessa undantag möjliggör ett utlämnande såvida det står klart att uppgifterna kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider skada eller men.

Socialstyrelsen bedömer att reglerna om absolut sekretess i patientregistret innebär ett skydd för de registrerade personernas integritet. Undantag från sekretessen ges endast i vissa särskilda fall om det står klart att uppgifterna kan röjas utan att den som uppgifterna avser, eller närstående, lider skada eller men. Vid ett utlämnande undersöker Socialstyrelsen även vilket sekretesskydd uppgifterna får hos mottagaren, så att risken för skada eller men ska minimeras.

Socialstyrelsens bedömning rörande integritetsskyddet enligt RF

Socialstyrelsen bedömer att en utvidgning av patientregistret kommer den enskilde till nytta, eftersom det ökar förutsättningarna för en god och jämlik vård. Socialstyrelsen har i bedömningen även beaktat det allmännas intresse av uppföljning av primärvården samt att reglerna om absolut sekretess i patientregistret innebär ett skydd för de registrerade personernas integritet. Myndigheten anser dock, vid en samlad bedömning och trots ovanstående omständigheter, att en omfattande insamling av känsliga personuppgifter till patientregistret måste anses utgöra ett betydande intrång i den personliga integriteten och innebära en kartläggning av den enskildes personliga förhållanden. Socialstyrelsen konstaterar vidare att behandlingen görs utan den registrerades samtycke och att det inte heller finns någon möjlighet för en enskild att begära att inte vara del av patientregistret. En sådan insamling och registrering av uppgifter träffas därför av bestämmelsen i 2 kap. 6 § andra stycket RF.

Det stärkta grundlagsskyddet innebär att en begränsning av det skydd som föreskrivs i 2 kap. 6 § RF endast får göras i form av lag och under de förutsättningar som anges i 2 kap. 20 och 21 §§ RF.

Socialstyrelsen har i enlighet med regeringsuppdraget samrått med IMY i frågor som rör den personliga integriteten. IMY har bland annat framfört att de nya bestämmelser Socialstyrelsen föreslår bör ges i lag.

Det har tidigare i flera lagstiftningsärenden som rört myndigheters personuppgiftsbehandling framhållits att målsättningen bör vara att myndighetsregister med ett stort antal registrerade och ett särskilt känsligt innehåll ska regleras särskilt i lag.[81] Det har förekommit att även mindre omfattande behandlingar, som även avsett uppgifter av mindre känslig karaktär, har ansetts

[80] Prop. 2009/10:80 En reformerad grundlag, s. 184

[81] Jfr exempelvis prop. 1997/98:44 Personuppgiftslag, s. 41 och prop. 2009/10:80 En reformerad grundlag, s.183 f.

lämpligast att reglera i lag.[82] Socialstyrelsen konstaterar härvid att behandlingen i patientregistret, liksom övriga hälsodataregister, har sitt stöd i hälsodatalagen. Den kartläggning av den enskildes personliga förhållanden som behandlingen innebär, och som sker utan de enskildas samtycke, är således enligt Socialstyrelsens bedömning reglerad i lag även om närmare reglering inom den ram som hälsodatalagen ger överlämnats till normering på lägre nivå.

Ovanstående fråga är även belyst i utredningen Framtidens socialtjänst (SOU 2020:47) där förslag bland annat lämnas avseende en lag om socialtjänstdataregister. Utredningen anser att en lämplig modellreglering är lagen om hälsodataregister.[83] Utredningen redogör vidare för förhållandet till 2 kap. 6 § andra stycket RF och uttalar att lagmotiven ger uttryck för att redan det förhållandet att omfattande eller känsliga informationsmängder hanteras hos en viss myndighet kan ses som ett slags kartläggning som är av det slaget att grundlagsbestämmelsen ska anses vara tillämplig. I sammanhanget framhålls att socialtjänststatistiken måste regleras till fullo, men att det endast är de moment i verksamheten som utgör ett betydande intrång och i övrigt faller inom regleringen i 2 kap. 6 § RF som måste regleras i lag. Övriga frågor kan överlåtas till regeringen att besluta i förordningar, såsom skett beträffande lagen om hälsodataregister.[84] Utredningens uppfattning är vidare att regeringen i en ny förordning om socialtjänstdataregister ska specificera vilka uppgifter som Socialstyrelsen får behandla för det primära ändamålet statistik inom de olika tillämpningsområdena.[85]

Förslaget rörande socialtjänstdataregisterlag utgår således från samma modell som Socialstyrelsen för närvarande har avseende de hälsodataregister som myndigheten förvaltar. Det vill säga att regleringen sker i en övergripande lag som anger bl.a. ändamål, registrets innehåll och uppgiftsskyldighet medan närmare regler inom den givna ramen ges i förordning, såsom patientregisterförordningen.

Härutöver gäller att begränsningar enligt 2 kap. 20 § RF endast får göras för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. Begränsningen får heller aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den och får inte heller sträcka sig så långt att den utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen såsom en av folkstyrelsens grundvalar. Begränsningen får inte göras enbart på grund av politisk, religiös, kulturell eller annan sådan åskådning.

Att en central förvaltningsmyndighet inom området hälso- och sjukvård får behandla en stor mängd personuppgifter, däribland uppgifter om hälsa, om Sveriges befolkning bör anses vara legitimt och godtagbart i ett demokratiskt samhälle. Registret utgör en bas för statistik, forskning, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring samt bidrar bland annat till en bättre grund för vårdgivarens systematiska kvalitetsarbete. Även folkhälsan och de enskilda patienterna bör gynnas av den ökade kunskap som utvidgningen av registret skulle innebära.

---

[82] Jfr prop. 2011/12:123, Ny ordning för nationella vaccinationsprogram, s. 67, samt lagrådsremiss Uppföljning av vaccinationer mot covid-19, s. 23.
[83] SOU 2020:47, Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag Del 1, s. 611.
[84] SOU 2020:47, Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag Del 1, s. 613 f.
[85] Jfr SOU 2020:47, Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag Del 1, s. 633.

Socialstyrelsen bedömer att det inte finns något som talar för att den föreslagna utvidgningen av patientregistret, med stöd i hälsodatalagen respektive patientregisterförordningen – den sistnämnda med nödvändiga föreslagna förändringar – skulle innebära en behandling av känsliga personuppgifter för ändamål som inte är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. Socialstyrelsen kan heller inte se att en sådan utvidgning skulle utgöra ett hot mot den fria åsiktsbildningen eller ha någon koppling till politisk, religiös, kulturell eller annan sådan åskådning.

Myndigheten anser därför att det sammanfattningsvis bör finnas stöd för att reglera den föreslagna utökningen av patientregistret genom en förändring i patientregisterförordningen, då inskränkningen i den personliga integriteten – som konstateras föreligga enligt 2 kap. 6 § RF – begränsas med stöd av lag, närmare bestämt hälsodatalagen. Detta i enlighet med vad som framgår av 2 kap. 20 och 21 §§ RF.

Integritetsskyddet enligt Europakonventionen m.m.

Artikel 8 i den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) avser rätten till skydd för privat- och familjeliv.

Av artikeln framgår att

1. Var och en har rätt till respekt för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens.
2. Offentlig myndighet får inte inskränka åtnjutande av denna rättighet annat än med stöd av lag och om det i ett demokratiskt samhälle är nödvändigt med hänsyn till statens säkerhet, den allmänna säkerheten, landets ekonomiska välstånd eller till förebyggande av oordning eller brott eller till skydd för hälsa eller moral eller för andra personers fri- och rättigheter.

Artikel 8 är tillämplig på behandling av personuppgifter, men omfattar inte all slags behandling av personuppgifter. Frågan måste gälla privatliv, familjeliv, hem eller korrespondens. Europakonventionen tar i första hand sikte på åtgärder som vidtas av det allmänna.

De föreslagna författningsändringarna som innebär att även känsliga personuppgifter om enskilda som besökt primärvården kommer att behandlas i Socialstyrelsens patientregister. Detta kommer att ske med stöd av hälsodatalagen och den kompletterande patientregisterförordningen. Det är vidare fråga om inskränkningar som sker till skydd för de enskildas hälsa. Författningsändringarna sker alltså i enlighet med Europakonventionen.

Det finns även en grundläggande bestämmelse om dataskydd i artikel 8 Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (2010/C 83/02), rättighetsstadgan.

I artikeln anges att var och en har rätt till skydd av de personuppgifter som rör honom eller henne. Personuppgifterna ska behandlas lagenligt för bestämda ändamål och på grundval av den berörda personens samtycke eller någon annan legitim och lagenlig grund.

Var och en har rätt att få tillgång till insamlade uppgifter som rör honom eller henne och få rättelse av dem. En oberoende myndighet ska kontrollera att dessa regler efterlevs.

De föreslagna författningsändringarna innebär att behandlingar avseende patienter, och hälso- och sjukvårdspersonal, i primärvården sker i patientregistret. Dessa behandlingar sker för vissa bestämda ändamål som framgår av dataskyddsförordningen och kompletterande nationell lagstiftning. De registrerade har möjlighet att både få tillgång till sina egna uppgifter i patientregistret och har rätt att begära rättelse av dessa uppgifter. Efter en prövning av om förutsättningarna för detta är uppfyllda, kan i sådant fall rättelse ske. De föreslagna författningsändringarna sker alltså även i enlighet med rättighetsstadgan.

Slutsats av proportionalitetsbedömningen

Socialstyrelsen har analyserat konsekvenserna av förslaget, avseende såväl vårdgivare och regioner samt för de registrerades personliga integritet. Förslaget bör sammanfattningsvis kunna medföra en risk för otillbörligt intrång i enskildas personliga integritet.

Mot detta ska vägas att det utan ändring i lagstiftningen även i fortsättningen kommer att saknas ett nationellt register på individnivå om vårdkontakter i primärvården, vilket innebär att kunskap avseende en stor del av insatserna i hälso- och sjukvård kommer att gå förlorad.

Den föreslagna utökningen av patientregistret skulle innebära ett stort stöd i arbetet för en mer jämlik och säker vård, samt utgöra ett gediget underlag för forskning. Utöver detta ökar förutsättningarna för Socialstyrelsen och andra aktörer att följa upp och utvärdera vårdens kvalitet, samt möjligheterna för att kunna ge ett adekvat kunskapsstöd till vårdgivarna. Värdet av en utvidgning av patientregistret är till så stor nytta för patienterna som kollektiv, att det enligt myndighetens bedömning väger tyngre än det intrång i den personliga integriteten som behandlingen innebär.

Inskränkningarna som förslaget innebär för de registrerades fri- och rättigheter genom behandling av känsliga personuppgifter görs för att tillgodose statistikändamål i enlighet med artikel 9.2 j dataskyddsförordningen och för tillhandahållande och förebyggande av hälso- och sjukvård enligt artikel 9.2 h. De aktuella inskränkningarna i de enskildas personliga integritet är utformade så att de inte går utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet. De risker för de registrerades rättigheter och friheter som den utvidgade uppgiftsskyldigheten innebär, kan hanteras genom skyddsåtgärder, säkerhetsåtgärder och rutiner. Ett bibehållet starkt sekretesskydd, en fortsatt hög informationssäkerhet och kontinuerlig information till allmänheten om registrets innehåll och användning talar för ett fortsatt förtroende för Socialstyrelsens hantering av känsliga personuppgifter.

Socialstyrelsen bedömer sammanfattningsvis att den utökade insamlingen och behandlingen av personuppgifter som förslaget innebär är nödvändig för att kunna framställa statistik som kan ligga till grund för analyser, uppföljningar, forskning med mera och att nyttan med detta överväger det intrång som kan uppstå i de enskildas integritet. En sådan utvidgning av patientregistret är vidare förenlig med dataskyddsförordningen, regeringsformen, Europakonventionen och rättighetsstadgan.

Strukturerad och enhetlig registrering ger bättre registerkvalitet

För att information ska kunna delas mellan olika system, verksamheter och personer, samt förstås på samma sätt, behövs enhetlig och entydig användning av termer och definitioner för begrepp inom olika verksamhetsområden. I överenskommelsen för Vision e-hälsa 2025 lyfts behovet av enhetligare begreppsanvändning, det vill säga att koder, begrepp, termer och strukturer ska vara giltiga och kunna användas i arbetet med informationsutbyte.[45] Vidare ska SKR enligt överenskommelsen med staten arbeta för att huvudmännen samarbetar sinsemellan och med berörda statliga aktörer avseende exempelvis bruk av gemensamma begrepp, termer, och klassifikationer eller strukturer i verksamheterna.

För hälsodataregister såväl som kvalitetsregister är enhetlig användning av fackspråkliga resurser en förutsättning för att kunna jämföra och dra slutsatser av insamlade data. Detta medför således vinster på flera plan och syftar i slutänden till att säkerställa kvalitet och säkerhet för den vård som bedrivs.

I kommande stycke följer en beskrivning av Socialstyrelsens fackspråk som stödjer en strukturerad och ändamålsenlig dokumentation inom hälso- och sjukvård. Vidare redogörs i korthet för pågående utvecklingsarbeten samt vikten av en strukturerad, enhetlig och entydig uppgiftsregistrering.

Termer, begrepp och klassifikationer inom hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen utvecklar och tillhandahåller enhetliga begrepp, termer och klassifikationer (begreppssystemet Snomed CT, Socialstyrelsens termbank samt hälsorelaterade klassifikationer) och nationell informationsstruktur.[67] Dessa skapar förutsättningar för en strukturerad och entydig information i dokumentationen om patienten. Klassifikationer används för enhetlig och entydig registrering av information, samt rapportering till register och databaser. Uppgifterna används för exempelvis registerbaserad forskning, officiell statistik, nationella, regionala och lokala uppföljningar, analyser och utvärderingar samt i vårdens ersättningssystem. Klassifikationerna används också för informationsöverföring mellan olika vårdgivare.

Närmare om Socialstyrelsens hälsorelaterade klassifikationer

För registrering av uppgift om diagnos samt åtgärd till Socialstyrelsens hälsodataregister används ICD-10-SE[86] respektive KVÅ. Dessa klassifikationer används i Socialstyrelsens register och förvaltas av myndigheten inom ramen för dess uppdrag om nationellt fackspråk.

Socialstyrelsen förvaltar även den svenska översättningen av WHO:s klassifikation ICF, vilken spelar en viktig roll som komplement till ICD vid beskrivning av funktionstillstånd.

Primärvårdsklassifikationen KSH97-P[87] publicerades av Socialstyrelsen 1997 och bygger på ICD-10, men har sedan 2015 successivt fått ett minskat användningsområde till förmån för ICD-10-SE.

Klassifikationerna erbjuder en möjlighet att för statistisk uppföljning kategorisera hälsorelaterad information samt uppgifter om den vård som patienten har erhållit.[53] I Sverige introducerades ICD på bred front i samband med introduktionen av Socialstyrelsens patientregister.[68] Nya klassifikationer har tillkommit [55, 59] och klassifikationer kan idag ha flera användningsområden, exempelvis används ICF både som ett ramverk samt som stöd för läkare vid sjukskrivning.[69]

En framåtblick

Inom området e-hälsa sker utveckling på flera håll, visar en uppföljning från 2020.[70] Vidare är regionerna mitt uppe i implementeringen av nästa generations informationssystem. I detta arbete används bland annat e-hälsoverktyg, tillämpningar och specifikationer som Socialstyrelsen ansvarar för, vilka lägger grunden till en enhetlig och ändamålsenlig dokumentation kring patienter. Implementeringen kommer att ta flera år. Vid E-hälsomyndigheten pågår ett regeringsuppdrag (S2019/01521/FS) om standardisering av information inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Syftet är att skapa förutsättningar för mer enhetlig användning av gemensamma nationella specifikationer i hälso- och sjukvård och socialtjänst.[71] Vid Socialstyrelsen pågår flera regeringsuppdrag och framtagande av specifikationer, kodsystem och kodverk såsom till exempel uppmärksamhetsinformation och Nationell källa för ordinationsorsak, ett utvecklingsarbete som bland annat innebär stöd för användning av begreppssystemet Snomed CT. Arbetet syftar till att på sikt ge möjlighet att dokumentera exempelvis fritextinformation i journalsystemen på ett enhetligt och mer strukturerat sätt än vad som sker i dagsläget.

Socialstyrelsen samarbetar även med WHO avseende de hälsorelaterade klassifikationerna och utvecklingen av den nya generationens klassifikationer.[67] WHO har för närvarande två referensklassifikationer, ICD och ICF. En tredje, International Classification of Health Interventions (ICHI), är under utveckling och planeras att godkännas inom närmaste framtiden.[72] Tillsammans bildar dessa ett omfattande hälsoinformationssystem. Den elfte revisionen av ICD (ICD-11) antogs av Världshälsoförsamlingen i maj 2019. I

[86] Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård innehåller inte ICD-koder.
[87] KSH97-P står för Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997, Primärvård.

arbetet med revisionen har Sverige bidragit aktivt genom Nordic WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications (NordClass). I ICD-11 har innehållet uppdaterats, men det har även lagts ner ett omfattande arbete på att utveckla den terminologiska grunden för att stödja användningen av klassifikationen i digital miljö. Primärvården är ett av de områden som WHO särskilt pekat ut som ett viktigt användningsområde för ICD-11 globalt sett.[73, 74] WHO arbetar för närvarande med att utforma regelverk och andra stöd för att använda klassifikationen, även i primärvård.[75] Vid övergången till ICD-11 är det till fördel för Sverige att vi redan idag till övervägande del använder samma klassifikation för vårdkontakter, oavsett vårdnivå.

Enhetlig användning av klassifikationssystem i samtliga led är en förutsättning för att kunna bygga upp ett nationellt hälsodataregister för primärvården. Informationen i patientjournaler behöver dokumenteras enhetligt med strukturerade och kodade informationsmängder för att kunna återanvändas för olika syften.[67] Socialstyrelsen ser dessutom ett behov av att samtliga regioner inför kodverket ICD-10-SE inom primärvården, och att användandet av kodsystemet KSH97-P fasas ut. Inom specialistvården används uteslutande ICD-10-SE och således är diagnosuppgifter i patientregistret baserade på detta klassifikationssystem.

För en framtida utökning med primärvårdsuppgifter i patientregistret är det således aktuellt med de hälsorelaterade klassifikationer som idag används vid det befintliga registret, såsom ICD-koder samt KVÅ-koder. Även ICF-koder föreslås ingå i primärvårdsrapporterade uppgifter, även om de i dagsläget inte förekommer i patientregistret.

Rätt förutsättningar behövs för enhetlig registrering av uppgifter

För att ett nationellt hälsodataregister med uppgifter från primärvården ska fungera i praktiken behövs rätt förutsättningar i hela kedjan: från begreppsanvändning, stöd för klassificering och registreringsförfarande vid verksamheten till ett kompatibelt journalsystem där uppgifter kan registreras och på regelbunden basis överföras till Socialstyrelsens servrar.

Nedan följer en redogörelse för hur förekomst och användande ser ut i regionerna gällande de uppgifter Socialstyrelsen önskar samla in från primärvården.[88] Vidare beskrivs bland annat olika verksamheter och professioners förutsättningar samt användande av specifika klassifikationer.

Vår kartläggning visar att fortlöpande utbildningsinsatser och informationssatsningar i högre omfattning behöver äga rum vid händelse av en uppgiftsskyldighet, för att säkerställa kunskap om klassifikationssystem ute i regioner och verksamheter.

[88] Tillgång till uppgift om tidpunkt (klockslag) för vårdkontakt efterfrågades inte till regioner (eller verksamheter), utan endast tillgång till uppgift om besöksdatum. Vidare efterfrågades tillgång till uppgift om Yttre orsak till sjukdom och död, till skillnad från Yttre orsak till sjukdom eller skada, men begreppen kan i detta sammanhang anses likvärdiga.

Regioner

Socialstyrelsen har i intervjuer med regioner frågat om vilka av de aktuella uppgifterna för insamling som regionerna har tillgång till i dagsläget och från vilka yrkeskategorier samt typer av primärvårdsverksamheter (inklusive driftsform) uppgifterna finns tillgängliga. Vidare har frågor ställts om datakvaliteten på befintliga uppgifter.

Vad gäller offentligt drivna primärvårdsverksamheter har regionerna tekniskt sett i de allra flesta fall tillgång till uppgifter om personnummer, besöksdatum, form av primärvårdskontakt, utförande vårdenhet[89], diagnos, åtgärd samt utförande yrkeskategori. Detta är i regel även fallet gällande privata verksamheter inom vårdvalet (LOV).

I dagsläget uppger endast Blekinge och Värmland att uppgifter om funktionstillstånd (med ICF-kod) finns att tillgå i form av strukturerad kodregistrering i deras journalsystem. I Östergötland finns de tekniska förutsättningarna på plats och en grundladdning koder är inlästa, men inget beslut har fattats om och i så fall när detta ska tas i bruk. I flera regioner saknas uppgift om inkommande remisser, alternativt finns uppgiften men med kvalitetsbrister. Andra uppgifter som i en del regioner saknas, alternativt finns men inte registreras strukturerat, eller på annat sätt behöver utvecklas, är bland annat uppgift om planerad vårdkontakt, uppgift om distanskontakter samt uppgifter om läkemedel. Drygt hälften av regionerna uppger att de står i begrepp att byta journalsystem inom de närmaste åren, vilket på sikt kan komma att påverka möjligheten att med koder registrera uppgifter som i dagsläget inte finns att tillgå för dessa regioner.

Fyra regioner (Jönköping, Kalmar, Skåne och Gävleborg[90]) svarar att de i huvudsak använder KSH97-P vid diagnosregistrering. I Västra Götaland används KSH97-P i begränsad utsträckning och då av vissa privata aktörer. Flera av dessa nämner att de har för avsikt att på sikt helt övergå till ICD-koder i primärvården. I Blekinge och Kronoberg fasades användandet av KSH97-P ut under 2020.

Åtgärdsregistrering skiljer sig åt en hel del mellan olika regioner när det kommer till vad som registreras och av vem. Flera regioner nämner dock en begränsad tillgång till KVÅ-koder. På en del håll beror det på att primärvården använder sig av ett begränsat antal åtgärdskoder, vilket kan medföra att de inte blir tillämpbara för samtliga yrkeskategorier. I Stockholm är det exempelvis styrt av avtal och ekonomisk ersättning vilka åtgärder som ska registreras med KVÅ-koder samt vilken yrkeskategori som registrerar uppgifterna. Ett par regioner svarar att åtgärdsregistrering med KVÅ-koder rent generellt inte används i större utsträckning inom deras primärvård.

Utöver journalerna uppges det som regel inte finnas några ytterligare källor till uppgifterna, men viss komplettering sker vid behov från andra administrativa system.[91]

---

[89] I dagsläget finns inget nationellt register med tillhörande kodverk för vårdenheter, och lokala varianter förekommer.

[90] Gävleborg använder även ICD-10-P, vilket är en primärvårdsanpassad version av ICD-10-SE.

[91] Ett undantag är Västerbotten, där informationen om vårdkontakter finns dels i journalen (uppgift om diagnos, yttre orsak till sjukdom och död, åtgärd samt läkemedelsinformation), dels i det administrativa systemet (uppgift om personnummer, besöksdatum, form av primärvårdskontakt, besökstyp, utförande vårdenhet samt yrkeskategori). Dessa separata system kopplas inte ihop, vilket uppges i dagsläget försvåra regionens uppföljning av den medicinska kvaliteten.

Regionerna uppger sig i huvudsak ha tillgång till uppgifter från samtliga berörda yrkeskategorier som arbetar inom primärvården (med undantag av framför allt vissa privata verksamheter). Vilka professioner som arbetar inom respektive regions primärvård kan dock skilja sig åt. Även i vilken utsträckning olika yrkeskategorier registrerar koder varierar mellan olika regioner.

Det föreligger inte något större bortfall gällande vilka typer av primärvårdsverksamheter (exempelvis vårdcentraler, mödrahälsovård, primärvårdsrehabilitering etc.) i regional regi som regionerna har tillgång till uppgifter från. Inte heller tillgången till uppgifter från offentligt respektive privat drivna verksamheter uppges skilja sig nämnvärt åt, förutsatt att den privata verksamheten använder samma journalsystem (alternativt annat journalsystem men samma filspecifikation) som regionen, vilket är fallet för majoriteten av de privata verksamheterna inom vårdvalet (LOV). Gällande tillgången till uppgifter från upphandlad verksamhet (LOU) så varierar detta, mycket beroende på om verksamheterna använder samma journalsystem (alternativt filspecifikation) som regionen. Alla regioner har dessutom inte primärvårdsverksamhet inom ramen för LOU. Tillgången till uppgifter från aktörer inom den nationella taxan är som regel begränsad, då dessa inte är ålagda att använda samma journalsystem som regionen. De regioner som har privata digitala aktörer delvis eller helt stationerade i regionen har som regel tillgång till uppgifter från dessa, om än i varierad utsträckning. I Skåne ställs krav på att privata digitala aktörer med säte i region Skåne ska använda samma journalsystem som regionen.

De flesta regioner upplever att det finns brister i kvalitet på uppgifterna regionen har tillgång till i dagsläget. Det kan exempelvis handla om utebliven kodning för diagnoser och åtgärder, men även överkodning av diagnoser. Med det menas att fler diagnoser än vad som är aktuellt för vårdkontakten registreras. Regionala rutiner alternativt riktlinjer för kodning finns på flera håll. Andra uppger att de inte har tagit fram en egen riktlinje för kodning, utan i stället använder sig av Socialstyrelsens anvisningar. I en del regioner finns lathundar framtagna för kodning, som exempelvis i Östergötland, där olika yrkeskategorier har egna lathundar utifrån vilka diagnoser och åtgärder som bedöms vara användbara just för dem.[76]

Utifrån regionernas redovisningar ovan drar Socialstyrelsen slutsatsen att det i dagsläget finns relativt god tillgång till flera av de uppgifter Socialstyrelsen önskar samla in. Däremot behöver medarbetare i vården i högre utsträckning än idag på ett ändamålsenligt sätt (och med rekommenderade klassifikationer) registrera uppgift om exempelvis diagnos eller åtgärd, samt ges tekniska förutsättningar att kunna registrera uppgifter om exempelvis funktionstillstånd, läkemedel eller inkommande remiss. Framöver kommer primärvården domineras av färre enskilda leverantörer av journalsystem jämfört med i dagsläget. Socialstyrelsen anser att detta kan komma att få betydelse bland annat för möjligheten till enhetlig registrering av uppgifter.

Primärvårdsverksamheter

I den enkät som Socialstyrelsen skickade ut till vårdcentraler efterfrågades vilket journalsystem som används, om verksamheten planerar byta journalsystem inom de närmaste tre åren, samt om uppgifter om vårdkontakter vid verksamheten är tillgängliga för regionen. Resultatet visar att det finns en

större bredd hos vårdcentralerna än regionerna gällande vilka journalsystem som används, eftersom privata verksamheter inte nödvändigtvis använder samma journalsystem som regionen. Knappt hälften av vårdcentralerna uppger att de planerar byta journalsystem inom de närmaste tre åren. Vidare uppger vårdcentralerna i huvudsak att uppgifter om vårdkontakter är tillgängliga för regionen.

Socialstyrelsen har även fört dialog med en av landets större privata vårdgivare, med primärvårdsverksamhet i 13 av 21 regioner. I samtalet framkommer att den aktuella vårdgivaren i de flesta fall är ålagd att använda samma journalsystem som respektive region använder. Det innebär att om regionerna byter journalsystem framöver kommer även den vårdgivaren att göra det. Vidare uppger den privata vårdgivaren att all legitimerad personal registrerar diagnos och att det görs med ICD-kod. Åtgärdsregistrering med KVÅ-kod används men i lägre utsträckning. I vissa fall är registreringen kopplad till ersättningssystem. Användande av ICD-koder för diagnos och KVÅ-koder för åtgärd är ålagt verksamheterna av respektive region. ICF-koder används inte i större utsträckning, möjligtvis hos arbetsterapeuter, fysioterapeuter och andra som gör funktionsbedömningar, menar vårdgivaren. Utöver detta finns en diskrepans i hur inkommande remisser registreras, beroende på journalsystem. Alla system har inte elektronisk remisshantering, vilket medför en potentiell risk för att inkommande pappersremisser missas att registreras. Även möjligheten till uppgiftsregistrering beträffande huruvida ett vårdbesök är planerat eller inte kan variera, delvis på grund av att primärvården generellt inte sett ett behov av att registrera den typen av uppgifter, enligt vårdgivaren.

Den fysioterapeut som är verksam inom den nationella taxan (LOF) uppger i en intervju att hon registrerar följande uppgifter: personnummer, besöksdatum, form av kontakt, vårdenhet, diagnos (ICD), åtgärd (KVÅ) samt utförande yrkeskategori. Information om funktionstillstånd samt remiss återges i löpande journaltext. I dagsläget registrerar många fysioterapeuter inom LOF inte koder, enligt intervjupersonen. Vidare menar fysioterapeuten att det är en god idé att samla in uppgifter om funktionstillstånd med ICF-koder, då det kan utgöra ett viktigt komplement till ICD-koderna.

Av samtalet med en av de större privata digitala vårdgivarna framkommer att det i dagsläget överförs uppgifter på personnummerbasis för de besök som är ersättningsgrundande. Den sortens kontakter innebär bland annat att besöket uppfyller kraven för ”kvalificerad sjukvård” enligt Socialstyrelsens definition[92], och således inte handlar om enklare vårdåtgärder eller rådgivning.[77] Den information som verksamheten överför till regionen är diagnosuppgifter med ICD-koder, uppgifter om läkemedelsförskrivning och sjukskrivningar. Däremot överförs inte uppgifter om åtgärder med KVÅ-koder från digitala vårdmöten, även om de registreras i journalen.

Professionsförbund

Socialstyrelsen har fört dialog med fem olika yrkesförbund om bland annat användande av klassifikationer inom primärvården.

[92] Kvalificerad sjukvård finns inte definierat i Socialstyrelsens termbank. I SOSFS 2013:30 Version: 3.0 finns däremot en redogörelse för kvalificerad hälso- och sjukvård inom ramen för distanskontakter.

Svensk sjuksköterskeförening uppger att professionens användande av ICD-koder för diagnossättning och KVÅ-koder för registrering av åtgärder varierar, beroende på bland annat ersättningssystem. Användande av ICD-koder förefaller mer vedertaget än användande av KVÅ-koder. ICD-10-SE innehåller huvudsakligen medicinska diagnoser som inte alltid är tillämpbara för sjuksköterskor, menar däremot förbundet. De påpekar dock att det rent teoretiskt inte finns något hinder för andra yrkeskategorier utöver läkare att ställa diagnoser, så länge utövaren har kompetens att göra detta. KVÅ-koder för omvårdnadsåtgärder finns, om än i begränsad utsträckning, vilket kan påverka följsamheten till registrering.

Enligt uppgifter från Kommunal använder undersköterskor vid vissa vårdcentraler sig av ICD-koder för att registrera besöksorsak, respektive KVÅ-koder för att registrera åtgärd, vid egna patientbesök. Det är däremot oklart hur vanligt förekommande det är.

Fysioterapeuter i primärvård använder sig av diagnossättning med ICD-koder i varierad utsträckning, enligt förbundet Fysioterapeuterna. För de som arbetar inom vårdval finns ett krav att använda ICD-koder för diagnossättning och KVÅ-koder för åtgärdsregistrering. Däremot finns inte ett sådant krav för de som arbetar utifrån den nationella taxan, vilket många fysioterapeuter gör. Ett problem är att inte alla journalsystem idag stödjer användning av ICD- samt ICF-koder, menar förbundet.

Dietister i primärvård använder idag ICD-koder i varierad utsträckning, enligt Dietisternas riksförbund. Däremot uppges KVÅ-koder användas ofta, och då främst kopplat till levnadsvanor.

Psykologförbundet uppger att diagnoser med ICD-koder och åtgärder med KVÅ-koder registreras av de flesta psykologer i primärvård. Enligt förbundet används dessa koder ofta på en relativt övergripande nivå, som exempelvis åtgärden ”psykologisk behandling”, utan närmare specifikation. Tidigare var kodanvändandet kopplat till ersättning, vilket inte är lika vanligt längre.

Behovet av ett register med validerade variabler lyfts även fram. Vidare påpekas att variablerna inte nödvändigtvis behöver vara många till antalet, utan att kvalitet och effektivitet går före uppgiftsbredd.

Utbildning inom klassifikationer

Socialstyrelsen har i intervjuer med regioner samt i enkäter till vårdcentraler frågat om behovet av kontinuerliga utbildningsinsatser inom klassifikationer med tillhörande kodverk, i händelse av en framtida uppgiftsskyldighet för primärvården. Vi har även bett respondenterna uppge vilka yrkeskategorier som är i behov av eventuella utbildningsinsatser.

Regioner

En klar majoritet av regionerna anser att det vid en framtida uppgiftsskyldighet för primärvården finns ett behov av kontinuerliga utbildningsinsatser inom klassifikationer och tillhörande kodverk. Vissa regioner har redan utbildningsinsatser på plats, främst inom diagnoskodning, där några använder sig av region Östergötlands utbildning om ICD-10, riktad mot medicinska sekreterare. På annat håll har de fått pausa planerad utbildning på grund av

covid-19-pandemin. En region menar att det behövs bättre satsningar nationellt vad gäller utbildningar inom klassifikationer. Flera regioner lyfter behov av utbildning inom ICF, om denna klassifikation framöver förväntas registreras och rapporteras från primärvården till ett utvidgat patientregister.

Angående vilka personalkategorier som är aktuella för utbildning inom klassifikationer och kodverk anger flera regioner att samtlig vårdpersonal inom primärvården berörs. En del lyfter främst de medicinska sekreterarna, vars ansvar inom kodning kan komma att öka vid en framtida uppgiftsskyldighet. Men även i de fall medicinska sekreterare inom primärvården kommer att ansvara för kodning behöver också övrig personal förstå grunderna, påpekar några regioner.

Blir det aktuellt med en uppgiftsskyldighet för primärvården behöver Socialstyrelsen medverka till att underlätta för regionerna och inte minst de yrkeskategorier som förväntas registrera koder. Detta kan ske genom att myndigheten i händelse av ett kommande föreskriftsarbete tillhandahåller tydliga instruktioner för att underlätta effektiv registrering. Det kan även handla om att utöka och se över och utveckla kodverken så att koderna blir tillämpbara för fler områden och yrken samt att bistå med information om de olika klassifikationssystemen. En möjlighet är att Socialstyrelsen tillhandahåller kunskapsstöd för implementering av berörda klassifikationer och kodverk, motsvarande exempelvis det material om KVÅ och ICF[93] som myndigheten publicerade i februari 2021[78] inom ramen för uppdraget att stärka stödet till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården (S2019/01225/FS). Kunskapsstödet behöver i så fall vara anpassat efter aktuella klassifikationer och målgrupper inom primärvård som bedrivs inom regionens ansvarsområde.

Primärvårdsverksamheter

Resultatet av enkäten till vårdcentraler visar att drygt tre fjärdedelar av verksamheterna anser att ett framtida rapporteringskrav kommer medföra behov av kontinuerliga utbildningsinsatser inom klassifikationer och tillhörande kodverk. Vilka målgrupper som anses vara aktuella för dessa utbildningar varierar. Vissa lyfter fram enskilda professioner, exempelvis läkare, sjuksköterskor eller medicinska sekreterare. Andra menar att samtlig personal kommer att behöva utbildas inom området.

För att dokumentationen och klassifikationsanvändandet, inklusive kunskap om gängse kodverk, ska bli enhetligt och överförbart behövs kunskap hos den som ska registrera uppgifterna, det vill säga journalföraren. Socialstyrelsen ser ett behov av utbildningsinsatser gällande klassifikationssystem med tillhörande kodverk, i syfte att stötta och säkra en korrekt användning av koder tillhörande respektive föreslagna variabler som rapporteras in. Myndigheten kan bidra till detta med informationssatsningar och kunskapsstöd till

[93] Materialet syftar till att stödja kommuner och verksamheter i att använda KVÅ och ICF vid journalföring, dokumentation samt i sitt lokala systematiska kvalitetsarbete för att skapa förutsättningar för en likartad tillämpning av klassifikationerna så att det kommunala hälso- och sjukvårdsregistret ska hålla god kvalitet och möjliggöra för kommunerna att jämföra sig med varandra. Materialet riktar sig till medicinskt ansvariga sjuksköterskor samt medicinskt ansvariga för rehabilitering, legitimerad sjukvårdspersonal inom kommunal hälso- och sjukvård, chefer, IT-samordnare och verksamhetsutvecklare.

huvudmän, vårdgivare och systemleverantörer. Vidare har samtliga vårdgivare som berörs av uppgiftsskyldigheten ett ansvar att hålla sig uppdaterade om hur informationen till hälsodataregistret klassificeras korrekt. Därför ser Socialstyrelsen ett behov att regionerna genomför fortlöpande informationsinsatser, såväl regionalt som lokalt, för att förbättra möjligheterna att uppnå målsättningen med en effektiv och ändamålsenlig uppgiftsinsamling i primärvården.

Behov av goda tekniska förutsättningar för rapportering

För att patientregistret ska kunna utökas med primärvårdsdata, löpande uppdateras med relevant information samt långsiktigt förvaltas krävs rätt tekniska förutsättningar hos uppgiftslämnande (verksamheter och regioner) såväl som mottagande enhet (Socialstyrelsen). I propositionen om en nära och tillgänglig vård[94] nämns säkra och ändamålsenliga IT-system som en nödvändig förutsättning för den fortsatta progressen till en god och nära vård. Här behöver utveckling äga rum, bland annat för att minska den administrativa bördan hos personalen.

Den uppfattningen delas av de berörda aktörer Socialstyrelsen varit i kontakt med beträffande frågan. De efterlyser ett rapporteringsförfarande som är effektivt och inte resurskrävande. Därmed behövs ett dokumentationssystem som kan ge stöd för systematisk dokumentation för ändamålen vård och behandling samt korrekt och enhetlig klassificering av relevant information i samband med vårdkontakter, som exempelvis diagnos, åtgärd och funktionstillstånd.

I dagsläget används olika journalsystem mellan samt i viss utsträckning inom regionerna. Flera regioner står emellertid i begrepp att byta journalsystem inom de närmaste åren. I många regioner finns ett gemensamt övergripande journalsystem vid sjukhus, psykiatri och primärvård, visar en kartläggning utförd 2020 på uppdrag av regionernas IT-direktörer och IT-strateger (SLIT-gruppen).[79]

Nedan följer en redogörelse över de tekniska förutsättningar för rapportering som råder hos regionerna i dagsläget och vad som behöver utvecklas för att kunna överföra de uppgifter Socialstyrelsen önskar samla in. Vidare beskrivs olika verksamheters samt professionsförbunds syn på praktiska och tekniska förutsättningar för rapportering av uppgifter.

Regioner

Socialstyrelsen har frågat regionerna hur deras möjlighet till överföring av uppgifter från primärvården ser ut i dagsläget, samt inom vilken tid de bedömer regelbundet kunna överföra de uppgifter Socialstyrelsen önskar samla in.

Majoriteten av regionerna uppger att de, efter viss handpåläggning, har goda möjligheter att överföra de uppgifter som finns tillgängliga för dem i dagsläget. Detta förutsatt att överföringen i så fall sker på liknande sätt som dagens rapportering från den specialiserade vården till patientregistret. I och med att regionerna genom avtal har tillgång till uppgifter från flertalet privata vårdgivare inom primärvården, framför allt de inom vårdvalet, råder i stort samma möjlighet där, givet att de juridiska förutsättningarna för datahantering är på plats. Eftersom de flesta privata vårdgivare har samma journalsystem (alternativt använder samma filspecifikation) som regionerna finns inga

[94] Prop. 2019/20:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform, s. 63.

tekniska hinder för att regionen framöver överför uppgifter från dem. Däremot föreligger i dagsläget såväl juridiska som tekniska hinder för regioner att samla in Socialstyrelsens föreslagna uppgifter från vissa privata verksamheter, exempelvis inom den nationella taxan.

Om regionerna regelbundet ska börja överföra samtliga av de uppgifter Socialstyrelsen önskar samla in från primärvården behövs dock ett utvecklingsarbete av regionernas befintliga alternativt kommande journalsystem innan detta är möjligt. Bland annat behöver systemen anpassas för uppgifter som inte registreras i dagsläget inom alla regioner, som exempelvis ICF-koder. Tidsspannet för denna process uppges vara allt från ett par månader till några år, bland annat beroende på om regionen står i begrepp att byta journalsystem inom de närmaste åren eller inte. Här påpekas vikten av god framförhållning från Socialstyrelsens sida och att regionerna meddelas i samband med att ett eventuellt föreskriftsarbete påbörjas. Att få till nya arbetssätt och rutiner med kodning inom primärvården beskrivs som en utmaning, då det inte överallt är lika etablerat som inom den specialiserade vården. Här föreslås Socialstyrelsen bidra med användarstöd för kodning, i synnerhet om ICF-koder ska införas.

I händelse av en framtida utökning av patientregistret ser Socialstyrelsen att regionerna behöver involvera systemleverantörer som säkerställer att rätt tekniska förutsättningar för informationsöverföring finns hos verksamheter som omfattas av uppgiftsskyldighet, inklusive inom primärvården.

Primärvårdsverksamheter

I resultatet från enkäten till vårdcentraler framträder ett behov av ett smidigt och automatiserat rapporteringsförfarande, vid händelse av en framtida uppgiftsskyldighet. Vidare lyfts från privata verksamheters håll en önskan om stöd (inklusive samordning) från regionen i rapporteringsförfarandet.

Den större privata vårdgivare Socialstyrelsen haft en dialog med menar att på flera håll skulle överföring av journaluppgifter till ett nationellt primärvårdsregister vara möjlig redan i dagsläget. Detta beror på att vårdgivarens primärvårdsverksamheter använder samma journalsystem som specialistvården[95], från vilken uppgifter till patientregistret redan överförs. I Västra Götaland, där den aktuella vårdgivaren använder ett annat journalsystem än regionen, behövs troligtvis vissa tekniska justeringar innan uppgifter är redo att överföras. Vårdgivaren efterlyser därför god framförhållning från Socialstyrelsens sida, så att verksamheterna hinner anpassa systemen innan en uppgiftsskyldighet träder i kraft. De uppger vidare att den viktigaste förutsättningen för att i så hög utsträckning som möjligt få privata vårdgivare att rapportera uppgifter är att förfarandet inte genererar merarbete för vårdgivare. Journalsystemen behöver därför vara anpassade för den typen av överföringar. Detta kan bli ett problem, menar vårdgivaren, främst för de vårdgivare som arbetar utifrån den nationella taxan. Dessa vårdgivare använder i lägre utsträckning de vanligaste journalsystemen och deras system kan dessutom vara mindre utbyggda.

I intervjun med en fysioterapeut verksam inom den nationella taxan (LOF) framgår däremot att verksamhetens journalsystem, som är ett av de vanligare

[95] Skåne undantaget.

inom LOF, i sig inte upplevs utgöra ett tekniskt hinder för framtida uppgiftsöverföring. Fysioterapeuten menar att journalleverantören är positivt inställd till att göra anpassningar i systemet. Troligtvis borde det därmed gå att exempelvis lägga till ICF-koder i det aktuella journalsystemet. Snarare ligger utmaningen i att kunna överföra uppgifter till regionen (om rapporteringen ska gå via dem), som behöver teknisk möjlighet att ta emot uppgifter om exempelvis diagnos och åtgärd, vilket i dagsläget inte alltid går. Eftersom information i viss utsträckning redan överförs till regionerna skulle överföring av föreslagna uppgifter via regionen eventuellt innebära en mindre anpassning av interoperabilitet än om uppgifterna överförs direkt från en enskild verksamhet till Socialstyrelsen. I nuläget ser det olika ut i regionerna huruvida de erbjuder verksamma inom LOF att ansluta till regionens eget system. Gällande vilka faktorer som krävs för att Socialstyrelsen i så hög utsträckning som möjligt ska få in uppgifter från privata vårdgivare inom LOF framhålls ett automatiserat rapporteringsförfarande som allra viktigast. Farhågan för dubbelarbete när det kommer till registreringar kan minska motivationen, menar intervjupersonen. Även KVÅ-systemet behöver utvecklas för att passa fysioterapeuter bättre och ge en tydligare bild av de insatser som utförs.

Den privata digitala vårdgivare Socialstyrelsen varit i kontakt med menar att deras verksamhet redan har flera av de tekniska lösningarna på plats och att förberedelserna för rapportering varken behöver innebära stor arbetsåtgång eller höga omkostnader för verksamheten, givet att de uppgifter som ska rapporteras in inte skiljer sig alltför mycket från de som verksamheten redan idag rapporterar in till regionen. Vårdgivaren framhåller det generella behovet av att utveckla tekniska lösningar, framför allt inom den traditionella vården.[96] Digitalisering kan och bör användas för att effektivisera sedvanliga processer, menar vårdgivaren.

Professionsförbund

Samtliga professionsförbund som Socialstyrelsen varit i kontakt med understryker vikten av ett effektivt rapporteringsförfarande som utesluter dubbelarbete. När vårdpersonal rapporterar in till kvalitetsregister förekommer inte sällan att de behöver registrera samma uppgift på flera ställen, dels i journalen och dels i underlaget som skickas till kvalitetsregister. Från flera håll befaras det att ett liknande system för rapportering av data till ett hälsodataregister skulle ta alltför stora resurser i anspråk, då tidsmarginalerna redan i dagsläget upplevs som knappa. Förbunden förespråkar en lösning som innefattar automatiserad dataöverföring från patientjournalen vidare till ett nationellt hälsodataregister. En viktig förutsättning är dock enhetlig dokumentering mellan yrkesgrupper, vilket Svensk sjuksköterskeförening påpekar. En bonuseffekt av ett mer likartat dokumentationsförfarande är att det blir lättare för verksamheterna att göra lokala utvärderingar och förbättringsarbeten, menar de.

Även med automatiserad dataöverföring behövs tidsmässiga resurser för att få utrymme att registrera det som ska rapporteras in till ett nationellt primärvårdsregister, påpekar Kommunal. Enligt Psykologförbundet behöver den information som registreras ha en tillräckligt rättvisande detaljeringsnivå.

[96] Det vill säga den vård som främst utgörs av fysiska vårdmöten.

Från ett annat håll lyfts problematiken med de olika journalsystemens kapacitet och att framför allt enskilda privata aktörer har sämre förutsättningar att överföra data från systemet, eftersom deras journalsystem ofta är mindre utbyggda. Dessutom kan primärvården vara organiserad så att besök hos externa primärvårdsaktörer, exempelvis psykologer, inte syns i vårdcentralens patientjournal.

En annan synpunkt som framhålls är integritetsaspekten för personalen. Det anses viktigt med information till medarbetare om att vissa journalförda data kommer föras över samt att det tydliggörs att avsikten med registret inte är att samla in uppgifter om enskilda yrkesutövare.

Från flera håll lyfts behovet av utbildningsinsatser vid en framtida uppgiftsskyldighet till ett nationellt primärvårdregister. Det behövs en implementeringsprocess riktad mot professionen så att utövarna ser nyttan av och använder koderna, menar Svensk sjuksköterskeförening. Förslagsvis kan detta enligt dem ske via webbaserade utbildningsinsatser, och uppgiftsskyldigheten bör även förankras i sjuksköterskeutbildningen.

Nuvarande lösning för dataöverföring till patientregistret

Uppgifter till det befintliga patientregistret samlas in med stöd av Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister (SOSFS 2013:35). Enligt en upparbetad rutin överför uppgiftslämnarna månatligen uppgifter omfattande de senast föregående tre månaderna i strukturerade textfiler via Socialstyrelsens för ändamålet avsedda e-tjänster. När Socialstyrelsen tar emot filerna sker en första automatisk kontroll av filer och innehållets följsamhet till föreskrift, varpå en återkoppling skickas till uppgiftslämnaren med besked om att leveransen är godkänd, alternativt en anmodan om rättning och återleverans. Utöver kontroller av innehållet i anslutning till mottagandet sker mer omfattande kontroll av uppgifternas rimlighet i anslutning till att de förs in i registret. Detta återkopplas även till uppgiftslämnarna, för att vid behov uppmana till självkontroll och eventuell återleverans av rättade uppgifter.

Förväntad resursåtgång vid krav på uppgiftslämnande

Socialstyrelsen har kartlagt regionernas och enskilda verksamheters uppskattning av vilka resurser en uppgiftsskyldighet till ett nationellt hälsodataregister över primärvård skulle kräva. Dessutom lyfts möjliga påverkansaspekter på små företag vid en framtida uppgiftsskyldighet. Slutligen har en första bedömning gjorts av vilken resursåtgång en uppgiftsskyldighet för primärvården medför för Socialstyrelsen.

Regioner

Socialstyrelsen har frågat regionerna vilka kostnader som förberedelser för regelbunden överföring av uppgifter från primärvården skulle medföra för regionen.

Regionerna uppger att förberedelser för regelbunden överföring av uppgifter till Socialstyrelsen skulle medföra IT-kostnader, exempelvis för inventering, anpassning och testning av datasystem och validering av uppgifter. Andra typer av kostnader som flera regioner nämner är utbildningskostnader, exempelvis beträffande nya journalsystem, klassifikationer och kodning. Här nämns webbaserade utbildningar som ett föredraget alternativ.

Det är däremot svårare för regionerna att i dagsläget ge besked om hur stora kostnader det handlar om. Endast ett fåtal regioner kan ge ett uppskattat belopp som, i de fall det görs, rör sig om cirka 100 000–400 000 kr.

Socialstyrelsen drar av detta slutsatsen att regionerna bedömer att en uppgiftsskyldighet från primärvården kommer att innebära kostnader, men att det i dagsläget är svårt att avgöra hur omfattande dessa blir. Om uppdraget resulterar i ett efterföljande föreskriftsarbete kommer regionerna utifrån det mer utförligt kunna bedöma sina kostnader. Det är därför av stor vikt med en löpande dialog mellan myndigheten och regionerna i händelse av en fortsatt process rörande insamling av registeruppgifter från primärvården.

En framtida uppgiftsskyldighet för primärvården kan även innebära en förändrad resursåtgång bemanningsmässigt. Socialstyrelsen ser utifrån intervjusvaren att det kan uppstå organisatoriska konsekvenser inom verksamheterna beroende på om vårdpersonalen själva ska registrera koder eller om ansvaret överlåts till medicinska sekreterare. Här förefaller regionerna organisera detta på olika sätt. I vissa regioner är rutinen att den vårdpersonal som träffar patienten även kodar. I andra regioner förväntas medicinska sekreterare sköta kodningen, ibland dock endast åt läkare. En uppgiftsskyldighet för primärvården kan således resultera i ett behov av att anställa fler administratörer vid verksamheterna, men även ett utökat behov av personal som utbildar inom klassifikationer och kodverk i regionen.

Även huruvida regionerna rapporterar in uppgifter från privata verksamheter eller inte kan ge organisatoriska konsekvenser för den enskilda verk-

samheten. Vidare kan en uppgiftsskyldighet i sig medföra ett behov för verksamheten att anpassa sitt journalsystem, oavsett om uppgifterna går via regionen eller direkt till Socialstyrelsen.

Primärvårdsverksamheter

Socialstyrelsen har frågat vårdcentraler vilken typ av kostnader en regelbunden överföring av aktuella uppgifter till Socialstyrelsen skulle innebära för verksamheten. Resultatet från enkäten visar att kostnaderna vid ett framtida krav på uppgiftslämnande främst förväntas uppstå inom den del av verksamheten som berör administration. Andra kostnader som flera nämner är kostnader för vårdpersonal, kostnader för IT-investeringar samt utbildningskostnader inom klassifikationer och kodverk. Såväl arbetsbörda som kostnader beror på vilka uppgifter som ska rapporteras respektive hur överföringen av uppgifterna ska ske, menar några. Närmare hälften av vårdcentralerna svarar att de i dagsläget inte kan ange vilken typ av kostnader ett framtida krav på uppgiftslämnande kommer att innebära för dem.

Resultatet från Socialstyrelsens intervju med en fysioterapeut inom den nationella taxan (LOF) visar att om en framtida uppgiftsskyldighet medför stora kostnader i form av ökad arbetsbelastning, exempelvis dubbelarbete vid registreringar, kan det innebära en marknadsmässig nackdel för verksamma inom LOF. Just en ökad arbetsbelastning för den enskilda fysioterapeuten väntas utgöra den främsta omkostnaden, enligt intervjupersonen. Kostnaderna för anpassning av journalsystemen, i händelse av en framtida uppgiftsskyldighet, är okänd, menar intervjupersonen. Hon befarar däremot inte att omkostnader för anpassningar alternativt byten av journalsystem skulle bli så pass omfattande för enskilda utövare att fysioterapeuter inom LOF inte skulle ha råd att bedriva sin verksamhet.

Effekter för små företags arbetsförutsättningar och konkurrensförmåga

Statliga regleringar kan på olika sätt påverka konkurrensen på en marknad.[80] En uppgiftsskyldighet för sjukvårdshuvudmän inom primärvård kommer att beröra såväl regionalt drivna som privata aktörer. Små privata aktörer, exempelvis inom den nationella taxan, kan som tidigare nämnts ha sämre förutsättningar för obligatorisk rapportering av uppgifter. Detta beror framförallt på att många använder andra journalsystem än det system regionen, i vilken den privata aktören verkar, har i bruk. Vid en lagreglerad uppgiftsskyldighet för primärvården kan små privata aktörer behöva anpassa alternativt byta sina journalsystem i en högre utsträckning än övriga, vilket riskerar att medföra kostnadsmässig påverkan. En del utövare har dock, som i exemplet med den intervjuade fysioterapeuten inom LOF, möjligheter att anpassa nuvarande system med mindre omfattande justeringar. Vidare kan personalen behöva utbildas i nya journalsystem men även i klassifikationer och koder. Är det sistnämnda inte vedertaget inom verksamheten krävs mer resurser till detta och blir något verksamheten kan behöva finansiera själva, om de ligger utanför regionernas ansvar. Små verksamheter kan dessutom ha begränsade möjligheter att kunna anställa administrativ personal som tillhandahåller kodningen, varpå vårdpersonalen kan behöva koda själva i högre utsträckning.

Sammantaget innebär dessa faktorer en risk för påverkan på framförallt mindre företags arbetsförutsättningar och konkurrensförmåga. Socialstyrelsen bedömer dock att det inom ramen för denna rapport inte är möjligt att göra en mer ingående analys av de eventuella effekter som kan uppstå. Vid ett så inledande skede av en föreslagen utvidgning av patientregistret finns exempelvis ännu inte en samlad bild av hur ett sådant förslag skulle kunna genomföras – och därmed mer specifikt påverka mindre aktörer – varför det är svårt att redan nu förutspå de risker för påverkan som kan uppstå. Mot bakgrund av detta går det i nuläget inte att på ett adekvat sätt bedöma vilka konsekvenser förslaget kan tänkas få på små företag. Vid ett framtida föreskriftsarbete behöver Socialstyrelsen grundligare undersöka hur privata aktörers arbetsförutsättningar, konkurrensförhållanden och andra villkor kan påverkas av en uppgiftsskyldighet från primärvården.

Socialstyrelsen

Resursåtgången för Socialstyrelsen kommer huvudsakligen återfinnas inom områden som registerutveckling, utveckling av tekniska lösningar för exempelvis rapportering och mottagande av uppgifter, samt utökade resurser för underhåll och förvaltning av det aktuella registret. En utökat patientregister kan även medföra en högre efterfrågan på analyser och statistik som grundar sig på data från primärvården, och kommer således innebära ett ökat behov av personer med statistisk och analytisk kompetens på myndigheten. Primärvårdsdata kommer sannolikt även att leda till en ökad efterfrågan på mikrodatautlämnande för statistisk- och forskningsändamål. Vidare kommer det förmodat innebära att mikrodata som begärs ut kommer omfatta en större mängd data. Begäran om mikrodatautlämnande är förenat med en intern sekretessprövning och denna prövning kommer att bli mer resurskrävande i samband med större datamängder. Även myndighetens verksamhet med sammanställning av statistik utifrån särskilda beställningar (statistikunderlag samt forskarbeställningar), kommer att bli mer belastad vilket myndigheten behöver ha beredskap för från ett såväl tekniskt som organisatoriskt perspektiv. Vidare kan det förväntas tillkomma ett behov av resurser för utveckling av klassifikationer och kodverk, samt framtagande av informations- och stödmaterial.

I nuläget är det svårt att bedöma hur stora arbetskostnaderna för myndighetens ovan nämnda insatser blir, samt vilka av dessa kostnader som kommer att vara löpande. I händelse av ett framtida föreskriftsarbete behöver därför en fördjupad analys av resursåtgången genomföras, utifrån beslut om vilka uppgifter som ska samlas in och mer detaljerat kring tillvägagångssättet, rent tekniskt men även organisatoriskt.

Utvecklingsbehov på närmare och längre sikt

Standardisering av informationsinnehåll och informationsöverföring, samt behov av strukturerade vårddata beskrivs som några av flera utmaningar i utvecklingen av den nationella e-hälsan. Tillväxten inom området är till stor del beroende av implementeringshastigheten i regioner och kommuner.[70]

För att ett utvidgat nationellt patientregister med uppgifter från primärvården ska vara ändamålsenligt, samt för effektiv resursanvändning, behöver aktörer på olika nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet ha en kontinuerlig dialog och samverkan. Detta behövs bland annat för att uppnå och bibehålla interoperabilitet mellan olika system.

På nationell nivå är det angeläget med fortsatt samverkan mellan Socialstyrelsen, Inera, SKR samt E-hälsomyndigheten vad gäller informationsstruktur och teknisk infrastruktur för vård och omsorg. I en kartläggning från 2020 aktualiserar SKR det faktum att de tillsammans med bland annat Socialstyrelsen behöver stötta regionerna i utvecklingen av kompatibla IT-system så att regionerna kan leverera statistik för nationell insamling.[81] Dialog om olika typer av nationell samverkan bör i så fall initieras redan i samband med ett framtida föreskriftsarbete om primärvårdsuppgifter i patientregistret.

På regional och lokal nivå behöver huvudmännen samverka med bland annat systemleverantörer och enskilda verksamheter för att säkerställa journalsystem som uppfyller kriterierna för dokumentation, stöd för enhetlig klassificering, datafångst samt uppgiftsöverföring. Utvecklingsarbetet med journalsystemen kan med fördel påbörjas skyndsamt, eftersom det utgör en grundförutsättning för insamling av uppgifter. Dock är det viktigt att kravspecifikationen för utformningen först definieras.

Gemensamt ansvar för en ändamålsenlig rapporteringsprocess

En avgörande faktor för att kunna upprätthålla ett hälsodataregister med uppgifter från primärvården är att rapporteringen till registret sker effektivt och friktionsfritt. En grundläggande förutsättning för att uppnå detta är, som tidigare nämnts, dokumentationssystem som ger stöd åt systematisk dokumentation för vård och behandling och även korrekt och enhetlig klassificering av tillstånd och åtgärder som ska följas upp på flera nivåer. Dokumentationssystemen behöver tillhandahålla aktuella versioner av de klassifikationer, terminologier och kodverk som ska eller bör användas nationellt. Det behöver dessutom finnas möjlighet för användaren av systemet att med digitalt anpassade anvisningar och stöd enkelt söka och verifiera termer och koder både utifrån ett visst klassificeringssystem och utifrån samtliga rekommenderade termer och synonymer. Vidare behöver befintliga och kommande kodverk ses över och utvecklas. Ett angeläget exempel är behovet av ett nationellt or-

ganisationskodverk för hälso- och sjukvårdsverksamheter. Socialstyrelsen föreslår att E-hälsomyndigheten fortsätter driva frågan i samverkan med Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Myndigheten för digital förvaltning (DIGG), SKR, Inera och Socialstyrelsen.

Ansvaret för att säkerställa en ändamålsenlig rapporteringsprocess delas av flera aktörer. Socialstyrelsen utför en stor del av insatserna, men även systemleverantörerna behöver säkerställa att aktuella versioner av nationella klassifikationer och kodverk tillhandahålls och används i systemen för vårddokumentation. Vidare bär vårdgivare och huvudmän ett ansvar för att installera system som medger registrering enligt de nationella klassifikationerna såväl som överföring av uppgifter. Inom området IT-stöd för vårddokumentation väntas stora förändringar ske de närmaste åren.[79] Här behöver vårdgivarna och huvudmännen i sin tur ställa krav på sina systemleverantörer så att uppgifter kan tas ut och rapporteras på ett säkert sätt.

Utvecklingsarbeten för Socialstyrelsen

Kvaliteten på insamlade uppgifter är beroende av ett enhetligt regelverk för kodning oavsett klassifikation. Regelverket för kodningen behöver följa arbetsprocessen i primärvården för att fungera. Socialstyrelsens erbjuder idag ett regelverk för ICD som stöder kodning av vårdkontakter inom de verksamheter som har skyldighet att lämna in uppgifter till patientregistret. För att nå kvalitet i ett framtida register för primärvården behöver Socialstyrelsen utreda om regelverket för kodning med ICD behöver anpassas för att fungera inom primärvård. Om justeringar behövs måste de göras och kommuniceras med användare. Vidare är regelverket för tillämpning av ICF i dagsläget ofullständigt och behöver färdigställas.

I händelse av en uppgiftsskyldighet för primärvården behöver Socialstyrelsen se över och utveckla regelverken för ICD i primärvården samt ICF. Avseende åtgärdskoder behöver regelverk och urval ses över, och i samband med det kan en uppdatering av åtgärdskoder i KVÅ behöva göras. Inom ramen för utvecklingsarbeten med koppling till ett utvidgat patientregister ryms även framtagande av kunskapsstöd om användande av klassifikationer.

Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården – slutord

I hälso- och sjukvården pågår ett skifte, där primärvården avses utgöra navet i framtidens vård. Förflyttningen från sjukhustung till nära vård innebär ett behov att på nationell nivå och med registerdata kunna följa det som sker i primärvården. Men med dagens lagstiftning har Socialstyrelsen inte möjlighet att samla in uppgifter om vårdkontakter i primärvården. Socialstyrelsen bedömer att myndighetens föreslagna reglering av ett utvidgat patientregister kan ske i enlighet med grundlagens bestämmelser och med regelverken avseende sekretess och dataskydd.

Mycket förväntas ske inom primärvården de närmaste åren, vilket kan komma att påverka framtida rapporteringsmöjligheter för verksamheter och regioner. Några exempel är införandet av nya journalsystem, införandet av ICD-11, utvecklad digitalisering och eventuella lagändringar rörande den nationella taxan. Även de juridiska förutsättningarna för regionernas hantering av uppgifter från privata vårdgivare kan framöver komma att ändras. Behoven av jämförbar information och data från primärvården – och andra vårdnivåer – för olika typer av nationell uppföljning kan också öka.

I händelse av en framtida uppgiftsskyldighet för primärvården behöver registrering och rapportering av uppgifter ske effektivt och ändamålsenligt, i syfte att upprätthålla ett register av god kvalitet, men även för att undvika merarbete för uppgiftslämnarna. Här kan Socialstyrelsen bland annat bidra med att se över och utveckla berörda regelverk för klassifikationer, så att de blir applicerbara för fler områden och yrkeskategorier. Här kan även framtagande av kunskapsstöd och samverkan med andra aktörer, exempelvis SKR och E-Hälsomyndigheten, vara värdefull.

Om Socialstyrelsen ges lagstadgad rätt att samla in uppgifter kommer myndigheten att hantera en avsevärt större mängd information än vad som finns i systemen idag. Rätt tekniska och säkerhetsmässiga förutsättningar behövs då för att ta emot, förvalta och leverera denna utökade uppgiftsmängd.

Socialstyrelsen bedömer att en utvidgning av patientregistret med uppgifter från primärvården är nödvändig och att det finns stöd för detta hos olika berörda aktörer, bland annat andra myndigheter, SKR och professionsförbund. Även forskare uttrycker ett stort behov av tillgång på nationell nivå till uppgifter från primärvård.

Utan författningsändringar kommer det fortsatt saknas en heltäckande bild av primärvården och lika så vården i stort. Vid förflyttningen till en mer nära vård är tillgång till uppgifter från primärvården nödvändig för att se utfallet av reformen samt för att kvalitetssäkra den framtida vården.

Referenser

1. Uppdrag angående uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård. S2008/00857/FS, S2017/06952/FS, S2018/05694/FS, S2019/03056/FS (delvis). Socialdepartementet; 2019.
2. God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39). Stockholm: Norstedts Juridik; 2018.
3. Uppdrag att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård. S2019/03056/FS (delvis), S2020/03319/FS (delvis). Socialdepartementet; 2020.
4. Regleringsbrev för budgetåret 2019 avseende Socialstyrelsen. S2019/02110/FS. Socialdepartementet; 2019.
5. Socialstyrelsen. Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård. Socialstyrelsen; 2019. Hämtad 20-03-24 från https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6445.pdf
6. Forslund T, Wettermark B. Primärvårdens roll i sjukvårdssystemet. Stockholm: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen Region Stockholm; 2019.
7. Björck S, Forslund T, Westander F. Kartläggning av nationella register i primärvård. Nationella kvalitetsregister; 2019.
8. Sveriges Kommuner och Regioner. Ekonomi- och verksamhetsstatistik (Verksamhetstabeller 2008-2019). SKR; 2020. Citerad 20-08-04. Hämtad från https://skr.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/ekonomiochverksamhetsstatistik.1342.html
9. Socialstyrelsen. Primärvårdens uppdrag: En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
10. Sveriges Kommuner och Regioner. Digitala utomlänskontakter 2019. SKR; 2020. Hämtad 20-05-11 från https://skr.se/download/18.5b4505d4171dc987b1e5c090/1588844940718/Digitala_vardkontakter%202019_skr.pdf
11. Sveriges Kommuner och Regioner. Snabb ökning av digitala vårdtjänster. SKR; 2020. Citerad 20-05-11 Hämtad från https://skr.se/tjanster/press/nyheter/nyhetsarkiv/LW1cigOIgPg/snabbokningavdigitalavardtjanster.33078.html
12. Socialdepartementet. Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01). Statens offentliga utredningar. Citerad 20-11-18 Hämtad från http://www.sou.gov.se/godochnaravard/
13. Effektiv vård – Slutbetänkande av en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (SOU 2016:2). Stockholm: Wolters Kluwer; 2016.
14. God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53). Stockholm: Wolters Kluwer; 2017.
15. God och nära vård – Vård i samverkan (SOU 2019:29). Stockholm: Norstedts Juridik; 2019.
16. God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19). Stockholm: Norstedts Juridik; 2020.
17. God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6). Stockholm; 2021.

18. God och nära vård En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2019. Regeringskansliet, SKR: 2019. Hämtad 20-03-11 från https://skr.se/download/18.4402e18716b630bd97a3cb5f/1560859304687/%C3%96verenskommelse%20God%20och%20n%C3%A4ra%20v%C3%A5rd%202019.pdf
19. God och nära vård 2020 En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården. Regeringskansliet, SKR: 2020. Hämtad 20-02-03 från https://skr.se/download/18.47edd5e216ffdb5867cd6b77/1580981983734/Overenskommelse%20God-och-nara-vard%202020.pdf
20. God och nära vård 2021 En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och regioner. Regeringskansliet, SKR; 2021. Hämtad 21-02-10 från https://www.regeringen.se/4907a7/contentassets/72c5a92be1d94f78b26741e1d19b8cb0/god-och-nara-vard-2021.pdf
21. Lagrådsremiss, Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform. Socialdepartementet; 2020. Hämtad 20-04-17 från https://www.regeringen.se/497da4/contentassets/ceebc29edc2342729860d245a499cd2f/inriktningen-for-en-nara-och-tillganglig-vard--en-primarvardsreform.pdf
22. Socialstyrelsen. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård – Utvecklingen i regioner och kommuner och uppföljning av överenskommelsen En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare. Socialstyrelsen; 2020. Hämtad 20-09-09 från https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-6-6826.pdf
23. Socialstyrelsen. Register. Socialstyrelsen. Citerad 20-11-27. Hämtad från https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/
24. Socialstyrelsen. Patientregistret. Socialstyrelsen. Citerad 2020-01-08. Hämtad från: https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/patientregistret/
25. Socialstyrelsen. Uppgifter om psykiatrisk vård i patientregistret. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
26. Regleringsbrev för budgetåret 2021 avseende Socialstyrelsen. S2019/04465, S2020/09593 (delvis). Socialdepartementet; 2020.
27. Socialstyrelsen. Bortfall och kvalitet i patientregistret. Socialstyrelsen. Citerad 20-04-27. Hämtad från: https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/patientregistret/bortfall-och-kvalitet/
28. PrimärvårdsKvalitet. PrimärvårdsKvalitet – ett stöd för kvalitetsarbete i primärvården. Sveriges Kommuner och Regioner. Citerad 20-01-10. Hämtad från http://primarvardskvalitet.skl.se/
29. 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. Socialstyrelsen, 2019. Hämtad 19-11-05 från https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6430.pdf
30. Väntetider.se. Väntetider i vården. Sveriges Kommuner och Regioner. Citerad 20-01-10. Hämtad från: www.vantetider.se

31. Sveriges Kommuner och Regioner. KPP Databas. SKR. Citerad 20-01-10. Hämtad från https://skr.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/kostnadperpatientkpp/kppdatabas.1079.html
32. Nationell patientenkät. Vad är Nationell patientenkät? Sveriges Kommuner och Regioner. Citerad 20-11-17. Hämtad från https://patientenkat.se/sv/vad-ar-nationell-patientenkat/
33. PROM-nätverket. Översikt av PROM och PREM inom de Nationella Kvalitetsregistren 2017. PROM-nätverket; 2017. Hämtad 20-02-03 från https://qrcstockholm.se/wp-content/uploads/2018/12/%C3%96versikt-av-PROM-och-PREM-inom-de-Nationella-Kvalitetsregistren-2017.pdf
34. Socialstyrelsen. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård – Ett förslag på indikatorer. Socialstyrelsen; 2020. Hämtad 20-06-17 från https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-6-6760.pdf
35. Sveriges riksdag. Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01). Socialdepartementet. Citerad 20-12-18. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/kommitteberattelse/utredningen-om-sammanhallen-information-inom-vard_H7B2S01
36. Socialdepartementet. Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst-och hälso-och sjukvårdsverksamhet. Regeringskansliet; 2019. Hämtad 20-05-07 från https://www.regeringen.se/4adabf/contentassets/6a839d1ede3a407a8ad71fd00ab15e93/oversyn-av-vissa-fragor-som-ror-personuppgiftshantering-i-socialtjanst-och-halso-och-sjukvardsverksamhet-dir2019_37.pdf
37. Uppdrag att påbörja ett utvecklingsarbete avseende datainsamling inom primärvården. S2007/11028/HS (delvis), S2010/7914/HS (delvis). Stockholm: Socialdepartementet; 2010.
38. Socialstyrelsen. Nationell datainsamling i primärvården – Förslag till utökning av patientregistret. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
39. Socialstyrelsen. Utveckling av nationell datainsamling i primärvården [pm]. Socialstyrelsen; 2014.
40. Socialstyrelsen. Nationell datainsamling – primärvård [pm]. Socialstyrelsen; 2017.
41. Kommittédirektiv (2019:93). En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Socialdepartementet; 2019. Hämtad 20-05-20 från https://www.regeringen.se/4ad986/contentassets/99ce723a989c49ab9024c56f552921a3/dir-2019_93.pdf
42. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Uppföljning av cancerläkemedel och andra läkemedel via alternativa datakällor. TLV; 2020. Hämtad 20-10-05 från https://www.tlv.se/download/18.2fb232d9174ba11bd5bb0054/1601626715921/uppfoljning_av_cancerlakemedel_och_andra_lakemedel_via_alternativa_datakallor.pdf
43. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens yttrande över delbetänkandet God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39). Socialstyrelsen; 2018. Hämtad 20-05-27 från https://www.regeringen.se/4ac784/contentassets/38015458df934c04a23eec33e4ca1373/socialstyrelsen.pdf
44. Socialstyrelsen. Att följa utvecklingen av fast läkarkontakt. Delrapport inom ramen för regeringsuppdrag om uppföljning av omställningen till

en mer nära vård. Socialstyrelsen; 2020. Hämtad 20-12-15 från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-12-7054.pdf
45. e-hälsa 2025. Tillsammans för Vision e-hälsa 2025. Staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Citerad 20-11-19. Hämtad från https://ehalsa2025.se/
46. Socialstyrelsen. Digitala vårdtjänster riktade till patienter – Kartläggning och uppföljning. Socialstyrelsen; 2018. Hämtad 19-11-22 från https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-6-15.pdf
47. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. För säkerhets skull – Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017. Hämtad 19-11-27 från https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2017/12/Rapport-2017-10-För-säkerhets-skull.pdf
48. Socialstyrelsen. Hälsodataregister – räddar liv och ger bättre vård. Socialstyrelsen; 2019. Hämtad 20-11-27 från https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/halsodataregister-information-nyttan-med-register.pdf
49. Socialstyrelsen. Patientregistret – kan ge ledtrådar kring stroke och hjärtinfarkt. Socialstyrelsen; 2019. Hämtad 20-11-27 från https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/halsodataregister-patientregistret-nyttan-med-register.pdf
50. Unik kunskap genom registerforskning (SOU 2014:45). Stockholm: Fritzes; 2014.
51. United Nations. Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. UN. Hämtad 20-03-23 från https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf
52. Socialstyrelsen. Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet Väntetider i akutsjukvården och fyra tematiska analyser, 2019. Socialstyrelsen; 2019. Hämtad 20-09-21 från https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-4-10.pdf
53. Socialstyrelsen. Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem Systematisk förteckning Svensk version 2020 Del 1 (3) A–G. Socialstyrelsen; 2020. Citerad 20-06-03.
54. Socialstyrelsen. Anvisningar för val av huvud- och bidiagnos. Version 4.1. Socialstyrelsen; 2016. Hämtad 20-06-16 från https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/klassifikationer-och-koder/2016-5-21.pdf
55. Socialstyrelsen. Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). Socialstyrelsen. Citerad 20-06-03. Hämtad från https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/icf/
56. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens termbank. Socialstyrelsen. Citerad 20-05-14. Hämtad från https://termbank.socialstyrelsen.se/
57. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2020. Socialstyrelsen; 2020. Hämtad 20-06-09 från https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-5-6779.pdf

58. World Health Organization. Rehabilitation 2030. WHO. Citerad 20-03-16. Hämtad från https://www.who.int/rehabilitation/rehab-2030/en/
59. Socialstyrelsen. Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). Socialstyrelsen. Citerad 20-06-03. Hämtad från https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/kva/
60. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens nationella yrkeskodverk (SOSNYK). Socialstyrelsen. Citerad 20-11-26. Hämtad från https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/andra-kodverk/sosnyk/
61. Nationella kvalitetsregister. Nulägesrapport 2020. Nationella kvalitetsregister. Hämtad 20-08-17 från http://www.kvalitetsregister.se/download/18.358c3817172f36974fd71384/1593532603603/Nulagesrapport_2020_final.pdf
62. Sveriges Kommuner och Regioner. Regionanställd personal 2019. (Tabell 3 Antal anställningar efter verksamhet och personalgrupp). SKR; 2020. Citerad 20-06-10. Hämtad från https://skr.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/personalstatistik/personalenisiffror/tabellerregionanstalldpersonal2019.32644.html
63. Socialstyrelsen. Personuppgiftsbehandling i hälsodata- och socialtjänstregister. Socialstyrelsen. Citerad 20-06-11. Hämtad från https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/behandling-av-personuppgifter/personuppgiftsbehandling-i-halsodata--och-socialtjanstregister/
64. Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde (SOU 2017:66). Stockholm: Wolters Kluwer; 2017.
65. United Nations International Children´s Emergency Fund (UNICEF). Handbok om barnkonventionen. Malmö: UNICEF; 2008.
66. Rätt information på rätt plats i rätt tid – del 1 (SOU 2014:23). Stockholm: Fritzes; 2014.
67. Socialstyrelsen. Årsredovisning 2019. Socialstyrelsen; 2020. Hämtad 20-06-09 från https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-2-6609.pdf
68. Socialstyrelsen. Historik om patientregistret. Socialstyrelsen. Citerad 20-06-03. Hämtad från https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/patientregistret/historik/
69. Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Socialstyrelsen. Citerad 20-03-06. Hämtad från https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/forsakringsmedicinskt-beslutsstod/
70. eHälsa 2025. Vision e-hälsa 2025. Uppföljning 2019. Staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Hämtad 20-06-24 från https://ehalsa2025.se/wp-content/uploads/2020/04/Uppföljningsrapport_2019_Vision_e-hälsa_2025-1.pdf
71. Uppdrag att tillgängliggöra och förvalta gemensamma nationella specifikationer. S2019/01521/FS (delvis). Socialdepartementet; 2019. Hämtad 21-01-17 från https://www.regeringen.se/49593d/contentassets/d915aae9fbab4840a390a8ea4d008613/uppdrag-att-tillgangliggora-och-forvalta-gemensamma-nationella-specifikationer.pdf
72. World Health Organization. Classifications. WHO. Citerad 20-06-04. Hämtad från https://www.who.int/classifications/en/

73. World Health Organization. Official records. Resolutions, decisions and annexes WHA72/2019/REC/1. WHO. Citerad 20-06-03. Hämtad från https://apps.who.int/gb/or/e/e_wha72r1.html
74. World Health Organization. ICD-11 Fact Sheet. WHO. Hämtad 20-06-03 från https://icd.who.int/en/docs/icd11factsheet_en.pdf
75. World Health Organization. World Health Organization – Family of International Classifications (WHO-FIC) Network Annual Meeting. WHO. Hämtad 20-06-03 från https://www.who.int/classifications/network/WHOFIC2018MeetingSummaryReport.pdf?ua=1
76. Vårdgivarwebb för region Östergötland. Diagnos- och KVÅ-koder i primärvården. Region Östergötland. Citerad 20-10-22. Hämtad från https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/Startsida/Verksamheter/Regiondirektor/Ledningsstaben/Sjukdomsklassifikation-/Anvandbara-koder-i-primarvarden/
77. Sveriges Kommuner och Regioner. Meddelande från styrelsen – Utvecklingen av digitala vårdtjänster. SKR; 2019. Hämtad 20-06-17 från https://skr.se/download/18.7cd16ace16c8d66c868d7538/1566205202826/Digitala-vardtjanster-2019-06-14.pdf
78. Socialstyrelsen. ICF och KVÅ inom kommunal hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen; 2021. Citerad 21-02-09. Hämtad från https://utbildning.socialstyrelsen.se/learn/course/external/view/elearning/279/icf-och-kva-inom-kommunal-halso-och-sjukvard
79. Jerlvall L, Pehrsson T. eHälsa och IT i regionerna, maj 2020. SLIT-gruppen; 2020.
80. Tillväxtverket. Påverkas konkurrensförhållanden? Tillväxtverket. Citerad 20-11-11 Hämtad från https://tillvaxtverket.se/amnesomraden/forenkling/handledning-for-konsekvensutredning/utred-konsekvenser/ekonomiska-effekter/konsekvenser-for-foretag/paverkas-konkurrensforhallanden.html
81. Sveriges Kommuner och Regioner. Kartläggning Distanskontakter i verksamhetsstatistiken. SKR; 2020.

Bilaga 1. Projektorganisation samt berörda aktörer

Styrgrupp

Mona Heurgren	*Avdelningschef Register och statistik*
Henrik Lysell	*Enhetschef Statistik1*
Jenny Gardbrant	*Enhetschef Förvaltningsjuridik*
Lars Söderdahl	*Enhetschef Klassifikationer och terminologi*

Projektledning

Projektledare

Anna Granath	*Utredare Statistik 1*

Juridiskt sakkunniga

Carina Carmona	*Jurist Förvaltningsjuridik*
Annica Gulliksson	*Rättssakkunnig Förvaltningsjuridik*
Sara Land	*Jurist Förvaltningsjuridik*
Josefin Adlertz	*Jurist Förvaltningsjuridik*
Marie Zernig	*Jurist Förvaltningsjuridik (t.o.m. februari 2020)*

Intern expertgrupp

Magdalena Fresk	*Medicinskt sakkunnig Klassifikationer och terminologi*
Anders Hansson	*Utredare Enheten för register*
Max Köster	*Statistiker Enheten för specialiststöd 2*
Kristina Bränd Persson	*Utredare Register och statistik*

Extern expertgrupp

Stina Gäre-Arvidsson	*Allmänläkare samt delprojektledare PrimärvårdsKvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner*
Christer Rosenberg	*Allmänläkare samt verksam vid Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet, Svensk förening för allmänmedicin*
Jan Sölch	*Samordnare vid avdelningen för ekonomi och styrning, Sveriges Kommuner och Regioner*
Johan Ärnlöv	*Professor i allmänmedicin vid Karolinska Institutet*

Enkäter

Lars Holm	*Statistiker Enheten för specialiststöd 2*
Anna Malmborg	*Enkätkonstruktör Enheten för specialiststöd 2*

Övriga medarbetare

Ann-Helene Almborg	*Utredare Klassifikationer och terminologi*
Pernilla Askenbom	*Kommunikatör Kommunikationsutveckling 2*
Anna Dahlin	*Projektledare deluppdrag III Hälso- och sjukvård och tandvård 3*
Alma Soltancharkari-Hjertén	*Terminolog Klassifikationer och terminologi*
Tiina Laukkanen	*Produktionsledare Kommunikationsutveckling 1*
Emma Lund	*Hälsoekonom Enheten för specialiststöd 2*
Iréne Nilsson Carlsson	*Folkhälsoråd Enheten för kunskapstillämpning*
Mikael Ohlin	*Statistiker Enheten för statistik 1*
Charlotte Pihl	*Projektledare deluppdrag III Hälso- och sjukvård och tandvård 1*
Camilla Salomonsson	*Projektledare deluppdrag II Enheten för specialiststöd 2*

Berörda aktörer för information, samråd samt diskussion

Sveriges Kommuner och Regioner

Annika Brodin-Blomberg	*Ansvarig handläggare för tillgänglighetsfrågor avdelningen för vård och omsorg*
Hanna Bolin Emami	*Handläggare Nationell patientenkät, sakkunnig inom patientrapporterade mått avdelningen för vård och omsorg*
Maria Berglund	*Handläggare Nationell patientenkät avdelningen för vård och omsorg*
Lars Kolmodin	*Handläggare avdelningen för ekonomi och styrning, sakkunnig inom digitala vårdgivare*
Anna Liljenberg	*Statistiker avdelningen för ekonomi och styrning*
Einar Sjölund	*Handläggare avdelningen för ekonomi och styrning*

samt

Nationella primärvårdsrådet, via Lisbeth Löpare och Helena Henningson

Forskningsverksamma

Staffan Björck	*Medicinsk rådgivare vid Registercentrum Västra Götaland*
Rebecka Björnfors	*Forskningskoordinator vid IQVIA*
Tomas Forslund	*Allmänläkare samt forskare vid Region Stockholm*
Jonas Ludvigsson	*Professor i klinisk epidemiologi vid Karolinska Institutet*

Privata vårdgivare

Stefan Bremberg	*Chefsläkare, medicinsk chef samt dataskyddsombud vid Capio Närsjukvård*
Nasim Farrokhnia	*Kvalitets- och forskningsdirektör vid KRY samt ordförande vid eHälsoläkarföreningen*
Marie Granberg	*Specialistfysioterapeut (LOF) samt ombudsman för företagare Fysioterapeuterna*
Fredrik Gunmalm	*VD Capio Närsjukvård*

samt

Näringslivets regelnämnd

Professionsförbund

Dietisternas riksförbund

Fysioterapeuterna

Kommunal

Psykologförbundet

Svensk sjuksköterskeförening

Övriga

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)

Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (S 2019:05)

Integritetsskyddsmyndigheten *(tidigare Datainspektionen)*

BHVQ-registret

Patient- och brukarrådet vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Socialstyrelsens nämnd för funktionshindersfrågor

samt

20 regioner och 226 vårdcentraler

Regeringskansliet

Remiss

2021-10-07
S2019/03056

Socialdepartementet

Remiss av Socialstyrelsens rapport Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård, deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården

Med utgångspunkt i det omställningsarbete som pågår inom primärvården finns det ett behov av underlag med uppgifter om primärvården som beskriver olika förhållanden inom den vården. Socialstyrelsen har haft i uppdrag att ge förslag på vilka variabler och personalkategorier som bedöms vara nödvändiga att omfattas av regionernas uppgiftslämnande (dnr. S2019/03056 – deluppdrag I). Detta utifrån vad som bedöms stå i proportionalitet mellan integritetsintrånget och det allmännas intresse av uppföljning av primärvården avseende vårdens kvalitet och jämlikhet och som möjliggör djupare analyser på nationell nivå. I uppdraget angavs bl.a. att Socialstyrelsen skulle utgå från de ändamål som gäller för hälsodataregister enligt 3 § lagen om hälsodataregister.

I februari 2021 redovisade Socialstyrelsen deluppdraget genom rapporten Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård, deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården till Socialdepartementet.

Socialdepartementet önskar nu ta del av remissinstansernas synpunkter på förslaget.

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

Remissinstanser

E-hälsomyndigheten
Folkhälsomyndigheten
Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte)
Funktionsrätt Sverige
Fysioterapeuterna
Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
Integritetskyddsmyndigheten
Justitiekanslern (JK)
LIF
Läkemedelsverket
Myndigheten för delaktighet
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
Nepi (nätverk för läkemedelsepidemiologi)
Regelrådet
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 län
Region Östergötland
Statistiska centralbyrån (SCB)

Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)
Svensk sjuksköterskeförening
Svenska Distriktsläkarföreningen (DLF)
Svenska Läkaresällskapet
Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
Sveriges läkarförbund
Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)
Vetenskapsrådet
Vårdförbundet
Vårdföretagarna
Västra Götalandsregionen

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 15 januari 2022**. Svaren bör lämnas per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se och med kopia till petra.zetterberg.ferngren@regeringskansliet.se. Ange diarienummer S2019/03056 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i rapporten. Om remissen är begränsad till en viss del av underlaget, 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.

Cecilia Halle
Ämnesråd

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 1-20

Tid: 2022-01-11 kl. 08:30

Plats: Digitalt

§ 11

Remiss - Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar SOU 2021:80

Diarienummer: RJL 2021/2144

Beslut

Presidiet

- Avvaktar med beslut till nämndsammanträdet.

Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerat betänkande *Reglering av privata sjukförsäkringar – ökad kunskap och kontroll (SOU 2021:80)*.

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2021-12-21
- Förslag till yttrande daterat 2022-01-25
- Remiss - Reglering av privata sjukförsäkringar - ökad kunskap och kontroll (SOU 2021:80)

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

Reglering av privata sjukförsäkringar - ökad kunskap och kontroll (SOU 2021:80)

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 *Reglering av privata sjukförsäkringar – ökad kunskap och kontroll (SOU 2021:80)*.

Region Jönköpings län anser att betänkandet grundar sig på omfattande utredning av ett område inom den nationella sjukvården som tidigare inte varit i fokus. Region Jönköpings län anser också att staten helt ska ta ansvar för den sjukvård som bedrivs utanför den offentligt finansierade sjukvården avseende tillsyn.

Information i ärendet

Det förekommer i Sverige olika former av privatfinansierad vård hos privata vårdgivare. En privat vårdgivare kan välja att enbart bedriva privatfinansierad vård. En privat vårdgivare kan också välja att ha flera uppdragsgivare och både bedriva offentligfinansierad vård, t.ex. på uppdrag av en region, och privatfinansierad vård, t.ex. på uppdrag av försäkringsbolag. Regionen är inte huvudman för den privatfinansierade vården. Antalet privata sjukvårdsförsäkringar har ökat under 2000-talet. Betalning av hälso- och sjukvård via privata sjukvårdsförsäkringar uppskattas uppgå till cirka 0,7 procent av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna.

Regeringen har uttalat att den ser med oro på den rådande situationen där utvecklingen med att allt fler tecknar en privat sjukvårdsförsäkring riskerar att urholka tilliten för hälso- och sjukvården. I direktiven till denna utredning uttalar regeringen att det är av grundläggande betydelse att lagstiftningen så långt det är möjligt säkerställer att huvudprinciperna för svensk hälso- och sjukvård inte åsidosätts.

Utredningens slutsats är att staten och regionerna behöver ta ett större ansvar för frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i syfte att tillförsäkra patienterna en god och patientsäker vård utifrån de grundläggande principerna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Utredningen lämnar exempelvis författningsförslag som innebär begränsningar av när hälso- och sjukvården får finansieras privat.

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2021-12-21
- Förslag till yttrande daterat 2022-01-25
- Remiss - Reglering av privata sjukförsäkringar - ökad kunskap och kontroll (SOU 2021:80)

Beslut skickas till

Socialdepartementet
Folkhälsa och sjukvård

REGIONLEDNINGSKONTORET

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anette Peterson
Hälso- och sjukvårdsstrateg

Socialdepartementet

Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll (SOU 2021:80)

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerade *Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll (SOU 2021:80)*

Sammanfattning

Region Jönköpings län anser att betänkandet grundar sig på omfattande utredning av ett område inom den nationella sjukvården som tidigare inte varit i fokus. Region Jönköpings län anser också att staten helt ska ta ansvar för den sjukvård som bedrivs utanför den offentligt finansierade sjukvården avseende tillsyn. Övriga synpunkter beskrivs nedan.

Synpunkter på förslaget

13.3 Finansiering av hälso- och sjukvård

Region Jönköpings län stödjer förslaget att det inte bör vara tillåtet för en region att utföra vård på beställning av privata sjukförsäkringar. Om detta behöver tydligare lagstadgas eller inte är svårt att bedöma. Däremot anser Region Jönköpings län inte att privata vårdgivare ska hindras i att bedriva verksamhet både med avtal mot den offentliga sjukvården och privata försäkringslösningar.

13.6 Förstärkning av IVO: tillsyn över hälso- och sjukvården

Region Jönköpings län anser att det är bra att IVO utvecklar uppföljning och tillsyn av vård som ges inom ramen för privata försäkringslösningar.

13.7 Uppgift om finansieringsform i patientregister

Region Jönköpings län håller inte med om att det saknas hinder för insamling och registrering av finansieringen i patientregistret, detta behöver vidare utredas utifrån integritetsperspektiv.

13.8 Uppgift om finansieringsform i vissa nationella kvalitetsregister

Region Jönköpings län håller inte med om att det saknas hinder för insamling och registrering av finansieringen i kvalitetsregistret. I ett sådant register bör det vara

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

tillräckligt med utförande enhets identitet och finansieringsform bör ur detta perspektiv inte finnas med utifrån ett integritetsperspektiv.

13.10 Den nationella väntetidsdatabasen och privatfinansierad vård

Region Jönköpings län håller med utredningen om att det ska vara obligatoriskt för samtliga vårdgivare att rapportera väntetider till den nationella väntetidsdatabasen. Däremot bör detta ske via tvingande lagstiftning där utföraren har ansvaret för att rapportering sker och inte via avtal. Bör omfatta all vård oavsett finansieringsform då denna bör anses ingå i Vårdgarantin.

REGION JÖNKÖPINGS LÄN

Rachel De Basso
Ordförande i nämnd för folkhälsa och sjukvård

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör



Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar

– ökad kunskap och kontroll

BETÄNKANDE AV
UTREDNINGEN OM
PRIVATA SJUKVÅRDSFÖRSÄKRINGAR

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2021:80

Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar
– ökad kunskap och kontroll

Betänkande av Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar

Stockholm 2021

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2021:80

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Foto: Julia Norsk
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2021

ISBN 978-91-525-0227-3 (tryck)
ISBN 978-91-525-0228-0 (pdf)
ISSN 0375-250X

Till Statsrådet och chefen för Socialdepartementet Lena Hallengren

Regeringen tillsatte den 20 augusti 2020 en särskild utredare med uppdrag att beskriva privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligfinansierad hälso- och sjukvård. Vidare fick utredaren i uppdrag att föreslå åtgärder som säkerställer att patienter med privat sjukvårdsförsäkring inte får snabbare tillgång till vård eller bättre vård i den offentligfinansierade hälso- och sjukvården framför patienter utan sådan försäkring och på så vis säkerställa att alla patienter får vård på lika villkor i den offentligfinansierade hälso- och sjukvården. I uppdraget har också ingått att lämna ett författningsförslag som begränsar regionernas möjlighet att sluta avtal som innebär att personer med privat sjukvårdsförsäkring genom en sådan försäkring ges vård inom den offentligfinansierade hälso- och sjukvården.

Som särskild utredare förordnades från och med den 20 augusti 2020 chefsjuristen Karin Lewin. Utredningen har antagit namnet *Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar*.

Som sekreterare i utredningen anställdes fr.o.m. den 28 september 2020 t.o.m. den 30 september 2021 stabschefen Mats Nilsson. Som sekreterare i utredningen anställdes fr.o.m. den 1 oktober 2020 tf kammarrättsassessorn Alexandra Braf och juristen Anton Lesse.

Som sakkunniga till utredningen förordnades den 13 oktober 2020 kanslirådet Lisa Englund Krafft, kanslirådet Linnea Källqvist, departementssekreteraren Carl Nilsson och ämnesrådet Eva Willman Kullén. Lisa Englund Krafft entledigades den 20 juni 2021.

Som experter till utredningen förordnades den 13 oktober 2020 chefsjuristen Linda Almqvist, vice ordföranden Karin Båtelson, juristen Linnea Eriksson, seniora ekonomen Eva Erlandsson, utredaren Ulrika Lorentzi, konkurrensrådet Leif Nordqvist, utredaren Olle

Olsson, projektdirektören Joakim Ramsberg, förbundsordföranden Sineva Ribeiro, professorn Mikael Sandlund och sakkunniga Ingrid Schmidt.

Vi vill rikta ett varmt tack till alla som har bidragit i arbetet med betänkandet. Ett särskilt stort tack riktas till professorn Shirin Ahlbäck Öberg, professorn Joakim Palme och docenten Paula Blomqvist, samtliga tre vid den Statsvetenskapliga Institutionen i Uppsala, professorn Ulrika Winblad och doktoranden Linn Kullberg, båda vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap i Uppsala, professorn Anna-Sara Lind, vid den Juridiska Institutionen i Uppsala, professorn Mårten Palme vid den Nationalekonomiska Institutionen i Stockholm, professorn Nils-Eric Sahlin vid Institutionen för kliniska vetenskaper i Lund, professorn Lars Sandman vid Institutionen för hälsa, medicin och vård i Linköping samt professor emeritus Kjell Asplund. Ett särskilt tack riktas också till European Observatory on Health Systems and Policies som har lämnat bidrag till utredningens internationella utblick.

Utredningens expertgrupp har under utredningsarbetet bidragit med värdefulla och konstruktiva synpunkter och underlag. När begreppet utredningen används i betänkandet avses den särskilda utredaren samt sekretariatet. Den särskilda utredaren svarar ensam för innehållet i betänkandet.

I och med detta betänkande är uppdraget avslutat. Utredningen överlämnar härmed betänkandet *Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll*.

Stockholm i september 2021

Karin Lewin

/Alexandra Braf
Anton Lesse
Mats Nilsson

Innehåll

Sammanfattning **21**

Summary **35**

1 Författningsförslag **51**

1.1 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659) 51

1.2 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 53

1.3 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen 55

1.4 Förslag till förordning om ändring i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) 56

1.5 Förslag till förordning om ändring i skatteförfarandeförordningen (2011:1261) 58

1.6 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg 61

2 Utredningens uppdrag och arbete **63**

2.1 Utredningens ansats och läsanvisningar till betänkandet 63

2.1.1 Utredningens juridiska ansats och undersökningar av problemet 63

2.1.2 Utredningens förslag rikas mot staten och regionerna i det korta perspektivet 64

2.1.3 Beredskap för ytterligare åtgärder 65

2.2 Utredningens uppdrag och bakgrunden till uppdraget 65
2.2.1 Uppdraget 65
2.2.2 Bakgrunden till uppdraget 66

2.3 Utredningens tolkning av uppdraget 68
2.3.1 Uppdraget om privata sjukvårdsförsäkringar och den offentligfinansierade vården 68
2.3.2 En neutral begreppsapparat är nödvändig för en saklig diskussion 70

2.4 Utredningens arbete 73
2.4.1 Inläsning, insamling och dialoger 73
2.4.2 Expertgrupp och sammanträden 75

2.5 Begrepp som används i betänkandet 75

3 Gällande rätt 87

3.1 Inledning 87

Hälso- och sjukvårdsrelaterad lagstiftning 88

3.2 Regeringsformen 88

3.3 Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 88
3.3.1 Inledning 88
3.3.2 Lagens bestämmelser som gäller för all hälso- och sjukvård 90
3.3.3 Regionens ansvar som huvudman 92
3.3.4 Avtal med annan om överlämnande av uppgifter 93
3.3.5 Regionerna och vårdgarantin 97

3.4 Patientlagen (2014:821) 98

3.5 Patientsäkerhetslagen (2010:659) 100
3.5.1 Vårdgivarens ansvar vid vårdskada 102
3.5.2 IVO:s tillsyn 103

Lagstiftning som särskilt berör regionerna 103

3.6 Kommunalrätt 105
3.6.1 Regeringsformen 105
3.6.2 Grundläggande kommunalrättsliga principer 105

3.6.3 Den kommunala självstyrelsen 107
3.6.4 Kommunallagens bestämmelser om överlämnande av kommunala angelägenheter..... 109
3.6.5 Lagen om vissa kommunala befogenheter 110

3.7 Upphandling och vårdvalssystem – olika sätt att teckna avtal med privata vårdgivare 111
3.7.1 Olika sätt att teckna avtal med privata vårdgivare 111
3.7.2 Upphandlingsrättsliga begrepp och principer 112
3.7.3 Vårdvalssystem enligt hälso- och sjukvårdslagen..... 114
3.7.4 Valfrihetssystem enligt LOV..... 115
3.7.5 Upphandling enligt LOU 116
3.7.6 Lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi..... 117

3.8 Bisysslor..... 118
3.8.1 Förtroendeskadliga bisysslor 119
3.8.2 Förbjudna bisysslor grundat på kollektivavtal..... 120

Lagstiftning som berör skydd och rättigheter..... 123

3.9 Rätten till egendomsskydd..... 123
3.9.1 Europakonventionen..... 125
3.9.2 EU:s rättighetsstadga 125

3.10 Rätten till näringsfrihet 126

3.11 Skydd för den personliga integriteten 127

3.12 EU:s dataskyddsförordning 128

Lagstiftning som rör hälsodata, statistik och sekretess 129

3.13 Regler kring hälsodataregister m.m. 129
3.13.1 Patientregistret 130
3.13.2 Vårdgivarregistret..... 131
3.13.3 Kvalitetsregister..... 132
3.13.4 Den nationella väntetidsdatabasen hos SKR..... 133
3.13.5 Uppgifter hos SCB..... 133

3.14 Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) 134
3.14.1 IVO 134

3.14.2 Socialstyrelsen 135
3.14.3 Regionerna 135

Lagstiftning som rör skatterätt 136

3.15 Skatterättsliga regler som berör privata sjukvårdsförsäkringar 136
3.15.1 Gränsdragningsfrågor mellan skattepliktiga och skattefria hälso- och sjukvårdsförmåner 138
3.15.2 Redovisning av förmån av privat sjukvårdsförsäkring till Skatteverket 141

4 Tidigare överväganden och pågående uppdrag om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar 143

4.1 Inledning 143

4.2 Tidigare regleringar och överväganden 144

4.3 Avslutade uppdrag och lagstiftningsarbeten 145
4.3.1 Välfärdsutredningen 145
4.3.2 Utredningen om ökad insyn i välfärden 146
4.3.3 Regeringens förslag om privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård 146
4.3.4 Regeringens förslag om driftsformer för universitetssjukhus 147
4.3.5 Utredningen om styrning för en mer jämlik vård 147
4.3.6 Vård- och omsorgsanalys rapport om privata sjukvårdsförsäkringar 148
4.3.7 IVO:s förstudie om privata sjukvårdsförsäkringar 151

4.4 Pågående uppdrag 155
4.4.1 Tillgänglighetsdelegationen 155

5 Beskrivning av privata sjukvårdsförsäkringar 159

5.1 Inledning 159

5.2 Vad är en försäkring? 159

5.3 Vad är en privat sjukvårdsförsäkring? 161

5.4 Vård som omfattas av och ersätts av privata sjukvårdsförsäkringar..... 162
5.4.1 Försäkringsvården utförs av privata vårdgivare... 163
5.4.2 Den vård som omfattas respektive inte omfattas av privata sjukvårdsförsäkringar..... 163
5.4.3 Gränsdragning mot företagshälsovård, förebyggande behandling och rehabilitering samt skattemässig hantering av försäkringar 169
5.4.4 Nyttjandegrad av sjukvårdsförsäkringarna 170

5.5 Hur fungerar sjukvårdsförsäkringen?..... 170

5.6 Krav och andra villkor i de privata sjukvårdsförsäkringarna..... 172

5.7 Klagomålshantering m.m. gällande privata sjukvårdsförsäkringar..... 175

5.8 Användare av privata sjukvårdsförsäkringar..... 177
5.8.1 Antalet försäkringstagare..... 177
5.8.2 Beskrivning av den grupp som använder sjukvårdsförsäkringar 179
5.8.3 Sjukvårdsförsäkring som gruppförsäkring via fackförbund 185

5.9 Så stor del av hälso- och sjukvården betalas av privata sjukvårdsförsäkringar..... 188

5.10 Slutsatser och sammanfattning 190

6 Ansvaret för hälso- och sjukvården..... 193

6.1 Delat ansvar mellan staten och regionerna..... 193

6.2 Regionens ansvar för hälso- och sjukvården 194
6.2.1 Regionen är huvudman och kan även vara vårdgivare 194
6.2.2 Huvudmannaskapets innebörd och omfattning i relation till privata vårdgivare..... 195

6.3 Finansieringen av hälso- och sjukvården..... 197

6.4 Olika kategorier av drift av vård 199
6.4.1 Regionen bedriver vård i egen regi 200
6.4.2 Regioner bedriver vård med en annan region som huvudman 202
6.4.3 Privat vårdgivare bedriver vård utan regionen som huvudman 202
6.4.4 Privat vårdgivare bedriver vård med regionen som huvudman 203
6.4.5 Vårdgivare med flera uppdragsgivare 207
6.4.6 Avtalsförfarandet vid regionens upphandling 208

6.5 Regionernas ansvar för avtalen och uppföljning av avtalen 211
6.5.1 Lagbestämmelser om avtal och uppföljning 211
6.5.2 Vägledning till regionerna från olika aktörer 213
6.5.3 Skillnader mellan avtalen 216
6.5.4 Utmaningar för regionerna vid avtalsskrivande och uppföljning av avtalen 218

6.6 Utredningens undersökning om avtalsvillkor och avtalsuppföljning 221
6.6.1 Beskrivning av undersökningen 221
6.6.2 Utmaningar för regionerna med att ställa krav och följa upp kraven 230
6.6.3 Slutsatser av undersökningen 232

6.7 Slutsatser och sammanfattning 233

7 Uppgifter som rör privata sjukvårdsförsäkringar 235

7.1 Brist på information om privatfinansierad vård 235

7.2 Uppgifter i IVO:s vårdgivarregister om vårdgivare 237

7.3 Uppgifter hos SCB om kostnader för hälso- och sjukvården 238

7.4 Uppgifter hos Skatteverket om privata sjukvårdsförsäkringar kopplade till skatteuppgifter 238

7.5 Uppgifter i Socialstyrelsens patientregister om hälso- och sjukvården 239

7.6 Uppgifter i kvalitetsregister om hälso- och sjukvården 240
7.6.1 Register som innehåller uppgifter om finansieringsform 242
7.7 Uppgifter i SKR:s väntetidsdatabas om väntetider 243
7.8 Slutsatser och sammanfattning 246

8 Privata sjukvårdsförsäkringar och den etiska plattformen 247

8.1 Regionen och den privata vårdgivaren har ansvar för de offentligfinansierade patienterna 247
8.2 Behovs-solidaritetsprincipen och den etiska plattformen 250
8.2.1 Riksdagsbeslut om etiska plattformen 250
8.2.2 Lagtext om etiska plattformen 251
8.2.3 Förarbeten m.m. om etiska plattformen 251
8.3 Tillsyn över målbestämmelserna 276
8.4 Socialstyrelsens Nationella riktlinjer 277
8.5 Vård- och omsorgsanalys rapporter 280
8.6 Tidigare förslag om att se över den etiska plattformen 284
8.7 Vårdgarantins förhållande till den etiska plattformen 285
8.8 Slutsatser och sammanfattning 289
8.8.1 Det medicinska behovet ska styra 289
8.8.2 Olika tidsgränser för väntan på vård 292

9 Regionernas hantering av bisysslor 295

9.1 Regionernas ansvar att hantera bisysslor 295
9.1.1 KPMG:s granskning av Västra götalandsregionen 296
9.1.2 PWC:s granskning av region Gävleborg 297
9.1.3 Internrevision i Region Värmland 297
9.1.4 PWC:s granskning av region Västmanland 298
9.1.5 PWC:s granskning av region Skåne 299
9.1.6 Statskontorets rapport om bisysslor 300

9.1.7 Konkurrensverkets rapport om regioners upphandling av vårdpersonal ... 301
9.1.8 Granskningar i media ... 301

9.2 Slutsatser och sammanfattning ... 302

10 Internationell utblick ... 303

10.1 Inledning ... 303

10.2 Utredningens metod för utblicken ... 304

10.3 Norge ... 305
10.3.1 Översikt av hälso- och sjukvårdssystemet i Norge ... 305
10.3.2 Privata sjukvårdsförsäkringar i Norge ... 306

10.4 Finland ... 308
10.4.1 Översikt av hälso- och sjukvårdssystemet i Finland ... 308
10.4.2 Privata sjukvårdsförsäkringar i Finland ... 309

10.5 Danmark ... 311
10.5.1 Översikt av hälso- och sjukvårdssystemet i Danmark ... 311
10.5.2 Privata sjukvårdsförsäkringar i Danmark ... 312

10.6 Kanada ... 315
10.6.1 Översikt av hälso- och sjukvårdssystemet i Kanada ... 315
10.6.2 Privata sjukvårdsförsäkringar i Kanada ... 317

10.7 Kort om privata sjukvårdsförsäkringar i andra länder ... 321

10.8 Slutsatser och sammanfattning ... 322
10.8.1 Hälso- och sjukvårdssystem ... 323
10.8.2 Privata sjukvårdsförsäkringar ... 323
10.8.3 Slutsatser ... 326

11 Privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården och samhället i stort ... 331

11.1 Inledning ... 331

11.2 Utmaningar med att beskriva påverkan från privata sjukvårdsförsäkringar 332
11.2.1 Det finns få undersökningar av påverkan från privata sjukvårdsförsäkringar 332
11.2.2 Det är svårt att undersöka försäkringars påverkan på hälso- och sjukvården och försäkringars undanträngningseffekter 333

11.3 Olika former av påverkan på hälso- och sjukvården 335
11.3.1 Påverkan på kapaciteten inom hälso- och sjukvården 335
11.3.2 Påverkan på efterfrågan på hälso- och sjukvården 340
11.3.3 Vård- och omsorgsanalys undersökning om väntetider 342
11.3.4 Hur försäkringar kan påverka vårdkonsumtion .. 346
11.3.5 Påverkan på utbildningsplatser och innovation ... 347
11.3.6 Påverkan på kvaliteten på hälso- och sjukvården 349

11.4 Undanträngningseffekter och privata sjukvårdsförsäkringar 353
11.4.1 Inledning 353
11.4.2 Vård- och omsorgsanalys granskning av om vårdgarantin lett till undanträngning 357
11.4.3 Riksrevisionens granskning av vårdval i primärvården 359
11.4.4 Socialstyrelsens granskning av om införandet av standardiserade vårdförlopp i cancervården har lett till undanträngning 361
11.4.5 ESO:s rapport om hälso- och sjukvård i privat regi och konkurrens och kvalitet 363

11.5 Slutsatser och sammanfattning 365

12 Överväganden och skäl för förslag 369

12.1 Statens och regionernas ansvar för frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar 369
12.1.1 Det saknas särskilda regler om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar 370

12.1.2 Det saknas ledning från förarbeten om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar 371
12.1.3 Det saknas ledning från myndigheterna om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar 377
12.1.4 Det saknas regler om data avseende frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar 378
12.1.5 Det saknas ledning från regionerna om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar 379
12.1.6 Det finns en efterfrågan om ökad tydlighet i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar 379
12.1.7 Sammanfattning 380

12.2 Svårt för aktörerna att ta sitt ansvar för hälso- och sjukvården 381

12.3 Privata sjukvårdsförsäkringar och den svenska välfärdsmodellen 384
12.3.1 Inledning 384
12.3.2 Välfärdsmodeller 384
12.3.3 Närmare om den nordiska välfärdsmodellen 386
12.3.4 Den svenska välfärdsmodellens utmaningar 386

12.4 Intresseavvägning 390

12.5 Utredningens skäl för förslag 391

13 Utredningens förslag 397

13.1 Inledning 397

13.2 Etiska plattformen och privatfinansierad vård 398
13.2.1 Det medicinska behovet ska styra 398
13.2.2 Diskussionen om en översyn av den etiska plattformen 399

13.3 Finansiering av hälso- och sjukvården 402
13.3.1 Uttryckliga regler om finansiering av hälso- och sjukvård saknas 402
13.3.2 Nya bestämmelser om finansiering av hälso- och sjukvården föreslås 404
13.3.3 Begreppen offentligfinansierad vård och offentliga medel 407

13.3.4 Följsamhet till de nya bestämmelserna 408

13.4 Nya verktyg och bättre förutsättningar vad gäller regionernas avtal med privata vårdgivare 408
13.4.1 Nuvarande bestämmelser och tidigare överväganden om regionernas avtal och uppföljning 409
13.4.2 Krav på nya avtalsvillkor och uppföljning när vårdgivaren har flera uppdragsgivare 411
13.4.3 Nya avtalsvillkor om påverkan på den offentligfinansierade vården 414
13.4.4 Regionernas uppföljning av de nya avtalsvillkoren 420
13.4.5 Upphandlingsföremålet och proportionalitetsbedömningen 422
13.4.6 I nuläget behövs inte mer detaljerade regler 423
13.4.7 Tillsyn över de nya bestämmelserna 425
13.4.8 Det föreslås inte några nya bestämmelser avseende den s.k. nationella taxan 427

13.5 Tystnadspliktsgränsen mellan den privata vårdgivaren och regionen 427

13.6 Förstärkning av IVO:s tillsyn över hälso- och sjukvården 430
13.6.1 Det saknas praxis från tillsynsmyndigheten om privata sjukvårdsförsäkringar 431
13.6.2 IVO:s pågående utvecklingsarbete av tillsynen ... 432
13.6.3 Behov av bättre förutsättningar och verktyg för tillsynen över hälso- och sjukvården 436
13.6.4 Anmälan av fler uppgifter till vårdgivarregistret 437
13.6.5 IVO:s förebyggande arbete och bidrag till kunskapsuppbyggnad 441
13.6.6 Statlig tillsyn och huvudmannaskapets ansvar 442
13.6.7 Sanktioner kopplade till anmälan till vårdgivarregistret 443
13.6.8 IVO:s behov av uppgifter från andra myndigheter och aktörer 446

13.7 Uppgift om finansieringsform i patientregistret 450

13.7.1 Behov av uppgift om finansieringsform i patientregistret ... 451
13.7.2 Konsekvenser för den personliga integriteten ... 453

13.8 Uppgift om finansieringsform i vissa Nationella Kvalitetsregister ... 457

13.9 Förmån av privata sjukvårdsförsäkringar ska särredovisas ... 460

13.10 Den nationella väntetidsdatabasen och privatfinansierad vård ... 463
13.10.1 Utvecklingsarbete av väntetidsdatabasens nuvarande uppdrag ... 464
13.10.2 Uppgifter om privat drift och privatfinansierad vård ... 467

13.11 Regionernas hantering av bisysslor ... 468

14 Uppföljning av förslagen och framtida utredningsfrågor ... 471

14.1 Uppföljning av utredningens förslag ... 471

14.2 Framtida utredningsfrågor ... 474
14.2.1 Mer kunskap om hur privata sjukvårdsförsäkringar fungerar och deras påverkan på hälso- och sjukvården och samhället i stort ... 475
14.2.2 Mer kontroll i form av regeländringar ... 479

15 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser ... 483

15.1 Förslaget om finansiering av hälso- och sjukvården ... 484

15.2 Förslaget om nya avtalsvillkor ... 485
15.2.1 Avtal som redan har ingåtts vid ikraftträdandet ... 485
15.2.2 Avtal som har ingåtts före ikraftträdandet men som förlängs efter ikraftträdandet ... 485
15.2.3 Avtal som ingås efter ikraftträdandet ... 487

15.3 Förslaget om IVO:s vårdgivarregister ... 487

15.4 Förslaget om ändring i IVO:s instruktion 488

15.5 Förslaget om föreläggande med möjlighet att förena det med vite 488

15.6 Förslaget om patientregistret 490

15.7 Förslaget om särredovisning 490

16 Konsekvensanalys 491

16.1 Syftet med utredningens förslag och alternativa lösningar 491

16.2 Vilka berörs av utredningens förslag? 492
16.2.1 Flera aktörer kan påverkas av utredningens förslag 492
16.2.2 Svårigheter med att redovisa antalet privata vårdgivare 493

16.3 Konsekvenser för enskilda 497

16.4 Konsekvenser för regioner 498
16.4.1 Förslaget om finansiering av hälso- och sjukvården 498
16.4.2 Förslaget om nya avtalsvillkor 498
16.4.3 Förslaget om att regioner ska rapportera finansieringsform till patientregistret 500
16.4.4 Förslaget om att regioner ska anmäla till vårdgivarregistret 501
16.4.5 Förslaget om en förstärkt tillsyn för IVO 502

16.5 Konsekvenser för företag m.m. 503
16.5.1 Privata vårdgivare 503
16.5.2 Försäkringsbolagen 508
16.5.3 Arbetsgivare 509
16.5.4 Fackförbund och andra organisationer som erbjuder medlemmar privat sjukvårdsförsäkring 512

16.6 Ekonomiska konsekvenser för staten 512
16.6.1 Socialstyrelsen 512
16.6.2 IVO 513

16.6.3 Skatteverket ... 514
16.6.4 Domstolar ... 515
16.6.5 SCB ... 515

16.7 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen ... 516
16.7.1 Förslaget om finansiering av hälso- och sjukvården ... 516
16.7.2 Förslaget om nya avtalsvillkor ... 517
16.7.3 Förslaget om rapportering till PAR och vårdgivarregistret ... 520

16.8 Övriga konsekvenser enligt kommittéförordningen och direktivet ... 521
16.8.1 Förslagens förenlighet med unionsrätten ... 521
16.8.2 Rätten till egendomsskydd och näringsfrihet ... 522
16.8.3 Konsekvenser för jämställdhet ... 524
16.8.4 Övriga konsekvenser ... 524

17 Författningskommentar ... 525

17.1 Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659) ... 525

17.2 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ... 526

17.3 Förslaget till förordning om ändring i förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen ... 530

17.4 Förslaget till förordning om ändring i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) ... 531

17.5 Förslaget till förordning om ändring i skatteförfarandeförordningen (2011:1261) ... 532

17.6 Förslaget till förordning om ändring i förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg ... 533

Särskilt yttrande 535

Referenser 545

Bilaga

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2020:83 565

Sammanfattning

Sammanfattning i korthet – privata sjukvårdsförsäkringar behöver regleras

Hälso- och sjukvården i Sverige är ett offentligt åtagande där framför allt regionerna är ansvariga för att planera, organisera, erbjuda och finansiera vården. Den största delen av hälso- och sjukvården bedrivs i regionens egen regi och den vården finansieras med offentliga medel, dvs. är offentligfinansierad. Det finns även privata vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av en region och där regionen alltjämt är huvudman för vården. Även denna vård är offentligfinansierad.

Att en region är huvudman för hälso- och sjukvården innebär att regionen har kvar det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården även när utförandet av vården har lämnats över till en privat vårdgivare. Huvudmannaskapet regleras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Det förekommer olika former av privatfinansierad vård hos de privata vårdgivarna. En privat vårdgivare kan välja att enbart bedriva privatfinansierad vård. En privat vårdgivare kan också välja att ha flera uppdragsgivare och både bedriva offentligfinansierad vård, t.ex. på uppdrag av en region, och privatfinansierad vård, t.ex. på uppdrag av försäkringsbolag. Regionen är inte huvudman för den privatfinansierade vården.

Antalet privata sjukvårdsförsäkringar har ökat under 2000-talet och i dagsläget har cirka 690 000 personer en privat sjukvårdsförsäkring. Betalning av hälso- och sjukvård via privata sjukvårdsförsäkringar uppskattas uppgå till cirka 0,7 procent av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna.[1]

[1] Cirka 3,6 miljarder kronor av totalt 549 miljarder kronor. 2019 års siffror.

Olika frågor med koppling till privata sjukvårdsförsäkringar har varit föremål för flera överväganden de senaste decennierna i samband med lagstiftningsarbeten. Privata sjukvårdsförsäkringar är alltjämt föremål för en förhållandevis intensiv debatt. Den senaste tiden har diskussionerna framför allt handlat om vilken påverkan privata sjukvårdsförsäkringar har på hälso- och sjukvården och samhället i stort och rört frågor om försäkringar går att förena med grundläggande principer i hälso- och sjukvårdslagen, så som den etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården, i betänkandet refererad till som den etiska plattformen. I debatten uttrycks en risk för att ”försäkringspatienter går före i kön och får en gräddfil till vården”.[2]

Regeringen har uttalat att den ser med oro på den rådande situationen där utvecklingen med att allt fler tecknar en privat sjukvårdsförsäkring riskerar att urholka tilliten för hälso- och sjukvården. I direktiven till denna utredning uttalar regeringen att det är av grundläggande betydelse att lagstiftningen så långt det är möjligt säkerställer att huvudprinciperna för svensk hälso- och sjukvård inte åsidosätts. Utredningen har därför till uppgift att:

– beskriva de undanträngningseffekter eller risker för sådana effekter som privata sjukvårdsförsäkringar har lett till inom hälso- och sjukvården,
– föreslå författningsförslag, eller andra åtgärder, som i möjligaste mån säkerställer att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar inte får snabbare tillgång till vård eller bättre vård i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården framför patienter utan sådana försäkringar, och
– lämna ett författningsförslag som innebär begränsningar av hur hälso-och sjukvårdsverksamhet som bedrivs enligt avtal med regionen får finansieras.

I detta betänkande beskrivs utifrån ett juridiskt perspektiv vad som gäller i olika frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen klargör beskrivningarna om att ”försäkringspatienter går före i kön och får en gräddfil till vården” och vad som avses med att en privat vårdgivare bedriver verksamhet i s.k. ”blandform”. Utred-

[2] För en beskrivning av debatten, se kapitel 2.4.

ningen använder sig av de definitioner som återfinns i regelverken för att beskriva de olika situationerna. Utredningen beskriver även hur privata sjukvårdsförsäkringar kan påverka hälso- och sjukvården och samhället i stort samt resonerar kring olika s.k. undanträngningseffekter.

Utredningen har en juridisk ansats för att analysera frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen kan konstatera att dessa frågor i princip är oreglerade. Bristen på ändamålsenliga och tydliga regler har skapat en osäkerhet om rättsläget.

Utredningens slutsats är att staten och regionerna behöver ta ett större ansvar för frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i syfte att tillförsäkra patienterna en god och patientsäker vård utifrån de grundläggande principerna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Staten bör ta sitt ansvar genom att tillhandahålla ett tydligt regelverk och säkerställa en effektiv tillsyn över hälso- och sjukvården inklusive frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Staten bör även möjliggöra tillgång till data och kunskapsuppbyggnad om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Ökad kunskap bidrar till ett tydligare rättsläge för vårdgivarna, patienterna och allmänheten i stort om vad som gäller.

Regionerna bör ges möjlighet men också skyldighet att ta sitt ansvar i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården, genom att ställa krav på och följa upp de privata vårdgivarna som vid sidan av regionen har andra uppdragsgivare, i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård för de offentligfinansierade patienterna. Regionerna behöver kontrollera att de privata vårdgivare som tar emot både offentligfinansierade och privatfinansierade patienter följer bestämmelserna om en jämlik vård, en vård på lika villkor för hela befolkningen och att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården.

Utifrån dessa slutsatser lämnar utredningen författningsförslag som innebär begränsningar av när hälso- och sjukvården får finansieras privat. Vidare lämnar utredningen författningsförslag som innebär att regionerna ska vara skyldiga att i avtalen med de privata vårdgivarna reglera att de offentligfinansierade patienterna inte påverkas av en privat vårdgivares övriga uppdrag.

Utredningen lämnar även författningsförslag om att utöka anmälningsskyldigheten till IVO:s vårdgivarregister rörande frågor om privata sjukvårdsförsäkringar och om att IVO får möjlighet att

besluta om föreläggande med vite för det fall anmälningsskyldigheten inte följs.

Utredningen lämnar författningsförslag så att olika register kommer att innehålla uppgift om finansieringsform för vården.

Övergripande syfte med förslagen är att öka kunskapen och kontrollen över frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar för att säkerställa en god och patientsäker vård. Därigenom kan även förtroendet och tilliten för hälso- och sjukvården och välfärdssamhället stärkas.

Utredningen föreslår även att det sker en uppföljning av utredningens slutsatser och förslag. Uppdraget om uppföljning bör lämnas snarast så att arbetet kan påbörjas. I arbetet med uppföljningen bör övervägas vilka ytterligare åtgärder som behöver vidtas avseende frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar.

I det följande finns en längre sammanfattning av betänkandet med utredningens slutsatser, överväganden samt förslag på åtgärder.

En längre sammanfattning av betänkandet

En neutral begreppsapparat är nödvändig för en saklig diskussion

I diskussionen om privata sjukvårdsförsäkringar finns skilda ideologiska uppfattningar om konsekvenserna av sådana försäkringar och hur de påverkar förtroendet för hälso- och sjukvården och välfärdssamhället. För att kunna lämna en så korrekt och värderingsfri redogörelse som möjligt används i betänkandet juridiska begrepp och andra neutrala beskrivningar för att undvika att läsaren lägger in värderingar i begreppen. I det följande återfinns de viktigaste begreppen och beskrivningarna.

Regionen är i egenskap av *huvudman* ansvarig för att planera, organisera, erbjuda och finansiera hälso- och sjukvården. Enligt principen om den kommunala självstyrelsen kan regionen välja att antingen som vårdgivare bedriva verksamhet i egen regi eller anlita andra, exempelvis privata vårdgivare, att bedriva vården. Även om en region överlämnar en viss uppgift som annars skulle ha utförts i egen regi åt en privat vårdgivare har regionen kvar huvudmannaskapet och därigenom det övergripande ansvaret för verksamheten. Huvudmannen och vårdgivaren har som regel båda ansvar att uppfylla

regelverken. Den vård som bedrivs av regionen själv eller på uppdrag av regionen är *offentligfinansierad*.

En privat vårdgivare kan utföra vård på uppdrag av olika *uppdragsgivare*, t.ex. av en eller flera regioner, av en patient som betalar kontant eller av ett försäkringsbolag via en privat sjukvårdsförsäkring. Det är endast den vårdverksamhet som bedrivs på uppdrag av regionen som är offentligfinansierad medan den andra verksamheten är *privatfinansierad*. I betänkandet beskrivs situationen att en privat vårdgivare bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Detta beskrivs även som att vårdgivaren har flera uppdragsgivare. I debatten används ibland begreppet ”blandform” för att beskriva denna situation. Regionen är inte huvudman för den privatfinansierade vården.

En *privat sjukvårdsförsäkring* är en försäkring som ersätter kostnaden för olika vårdinsatser. I dagsläget är de privata sjukvårdsförsäkringar som förekommer i Sverige främst inriktade på att erbjuda korta väntetider. I andra länder kan försäkringarna vara inriktade på tilläggstjänster som upplevs ge bättre kvalitet eller annat mervärde eller utbud av vård. Såvitt utredningen har kunnat finna förekommer inte privata sjukvårdsförsäkringar i den offentligfinansierade vården, vare sig i den som bedrivs av regionen i egen regi eller i den som bedrivs av en privat vårdgivare på uppdrag av regionen.

Utredningen undviker att använda begreppet ”kö” och ”gå före i kön”. Även begreppet ”snabbare vård” och ”gräddfiler till vården” undviks. I stället beskrivs vad som avses och då framför allt utifrån den *etiska plattformen* och bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen om ”en vård på lika villkor för hela befolkningen” och att ”den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården” (den s.k. behovs-solidaritetsprincipen). Utredningen använder de sammanfattande begreppen en *god och patientsäker vård* för att beskriva de övergripande mål och regler som gäller för all hälso- och sjukvård.

Ett centralt begrepp som används i betänkandet och som också anges i direktivet är *påverkan* från privata sjukvårdsförsäkringar i olika former. Synonymt med påverkan används ordet konsekvens eller effekt till följd av frågor som rör försäkringar. En påverkan kan vara att bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen inte följs, t.ex. på så sätt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård inte ges företräde till vården. Detta kan leda till patientsäkerhets-

risker i form av vårdskada på grund av utebliven eller sen vård. Påverkan kan vara positiv eller negativ och avse bl.a. kapaciteten inom hälso- och sjukvården (dvs. vårdgivarens förmåga att erbjuda vård), patienternas efterfrågan på hälso- och sjukvård, kvaliteten på vården samt olika s.k. undanträngningseffekter. Vidare kan det röra sig om påverkan på förtroendet för och tilliten till hälso- och sjukvården och välfärdssamhället.

Bristfällig information gör det svårt att beskriva privata sjukvårdsförsäkringar och deras påverkan

Det saknas regler som möjliggör insamling av data om finansieringen av hälso- och sjukvården inklusive finansiering via privata sjukvårdsförsäkringar. Det saknas därför en nationell infrastruktur med information om bl.a. hur mycket hälso- och sjukvård som betalas via privata sjukvårdsförsäkringar, vilka vårdgivare som utför vård som betalas via sjukvårdsförsäkringar, vilken typ av hälso- och sjukvård det är som betalas via privata sjukvårdsförsäkringar samt hur många och vilka patienter som får sin vård betald via privata sjukvårdsförsäkringar. Avsaknaden av officiella data har medfört svårigheter för utredningen att beskriva hur privata sjukvårdsförsäkringar fungerar. Det har även varit svårt att få fram fakta för att beskriva försäkringars påverkan på hälso- och sjukvården och samhället i stort. Bristen på data innebär även hinder för regionerna i deras uppföljning av avtalen med de privata vårdgivarna och för Inspektionen för vård och omsorg (IVO) i sin tillsyn över hälso- och sjukvården.

Frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar är oreglerade

Utredningen kan konstatera att frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i princip är oreglerade. Det finns inte några offentligrättsliga regler som särskilt reglerar privata sjukvårdsförsäkringar.[3] Det saknas t.ex. regler om finansieringen av hälso- och sjukvården, vårdgivarens skyldigheter vad gäller behovs-solidaritetsprincipen, huvudmännens ansvar när vården bedrivs av en privat vårdgivare,

[3] Särskilda regler finns inom försäkringsrätten och om Finansinspektionens tillsyn över försäkringsbolagen. Det finns även skatterättsliga regler som tar sikte på just privata sjukvårdsförsäkringar.

IVO:s tillsyn kopplad till frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar samt data om privata sjukvårdsförsäkringar.

Det finns ett antal regler i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientsäkerhetslagen (2010:659) som ska tillämpas för all vård oavsett drifts- och finansieringsform. Det görs inte några undantag från dessa bestämmelser för vård som betalas via privata sjukvårdsförsäkringar. Det saknas dock i stort sett helt resonemang om privat vård i förarbetena till nu gällande bestämmelser. Denna brist på ändamålsenliga och tydliga regler har skapat en osäkerhet om rättsläget.

Det medicinska behovet ska styra

Bestämmelserna i 3 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) gäller för alla vårdgivare, såväl offentliga som privata, och för all vård, såväl offentligfinansierad som privatfinansierad vård. En av dessa bestämmelser innebär att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Denna gäller således även när en privat vårdgivare bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Utredningen kan inte, utifrån lagstiftning, förarbeten m.m., finna att försäkringar i sig strider mot bestämmelsen om att den som har det största behovet ska ges företräde till vården eller mot övriga bestämmelser. Så länge den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården, kan utredningen inte finna att det skulle vara otillåtet med olika väntetider eller tidsgränser. Den författningsreglerade vårdgarantin och de i avtal reglerade tidsgränserna är underordnade behovs-solidaritetsprincipen.

Huruvida en vårdgivare i en enskild situation har agerat i strid med behovs-solidaritetsprincipen och inte givit vård efter behov, är en uppgift för tillsynsmyndigheten IVO och regionerna att undersöka. Såväl IVO som regionerna i deras egenskap av huvudmän för vården, är ansvariga för att säkerställa en god och patientsäker vård. Det har inte varit möjligt för denna utredning att närmare granska hur vårdgivarna följer bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen.

Behovs-solidaritetsprincipen är avsedd att ge ledning både på ett övergripande plan för att fördela samhällets resurser då dessa inte räcker till ”allt åt alla” och att vara vägledande i det direkta vård-

arbetet, vilket gör att principen innehåller stor grad av komplexitet. Den etiska plattformen och tillhörande regelverk togs dessutom fram framför allt för att hantera prioriteringar i den offentligt finansierade vården, dvs. inte i den privatfinansierade vården. Även om principerna gäller för både offentliga och privata vårdgivare, verkar de således under olika förutsättningar. Flera aktörer har påtalat tolkningsproblem med den etiska plattformen och att den behöver ses över.

Det saknas ledning från regionerna och myndigheterna

Regionen har ett ansvar i egenskap av huvudman även för vård som bedrivs av privata vårdgivare på uppdrag av regionen. Regionen anger genom avtal utifrån det upphandlingsrättsliga regelverket hur den privata vårdgivaren ska bedriva vården. Utredningens undersökning visar att några, men inte alla, regioner reglerar frågor om privata sjukvårdsförsäkringar i avtalen med de privata vårdgivarna.

IVO har inte utövat tillsyn över frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar och hur de kan påverka vårdens utförande. Det finns därför inte några vägledande tillsynsbeslut. Inte heller övriga myndigheter, t.ex. Socialstyrelsen, har tagit fram vägledande dokument i frågan. Det saknas således en enhetlig vägledning från regionerna och myndigheterna om hur de privata vårdgivarna ska agera i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar, särskilt situationen att vårdgivaren har flera uppdragsgivare med olika tidsgränser för patienterna.

Privata sjukvårdsförsäkringar kan påverka hälso- och sjukvården och samhället i stort

Utredningen beskriver, i enlighet med direktivet, privata sjukvårdsförsäkringars påverkan i form av undanträngningseffekter och andra konsekvenser på hälso- och sjukvården och samhället i stort. Beskrivningen utgår till stor del från två myndighetsrapporter som nyligen har analyserat frågan. IVO beskriver i en förstudie de patientsäkerhetsrisker som kan finnas med privata sjukvårdsförsäkringar.[4] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys analyserar i en

[4] IVO förstudie (2020).

regeringsrapport såväl möjliga risker som nyttan av privata sjukvårdsförsäkringar.[5] Utöver dessa rapporter finns det inte särskilt mycket forskning eller annat underlag som beskriver privata sjukvårdsförsäkringar och deras påverkan på hälso- och sjukvården i Sverige. Utredningen har inte kunnat finna några specifika rapporter om privata sjukvårdsförsäkringar och faktiska undanträngningseffekter. Däremot finns flera rapporter som resonerar kring undanträngningseffekter på andra områden inom hälso- och sjukvården. De beskrivningarna kan vara relevanta även för frågan om undanträngning till följd av privata sjukvårdsförsäkringar.

Regionernas hantering av bisysslor kan påverka hälso- och sjukvården och samhället i stort

När hälso- och sjukvårdspersonal utför vård som finansieras via försäkringar kan det få påverkan på hälso- och sjukvården, bl.a. eftersom vårdens personalresurser är begränsade. En offentliganställd hälso- och sjukvårdspersonal kan utföra försäkringsvård som ett sidouppdrag hos en privat vårdgivare. Sådana sidouppdrag faller under reglerna om bisysslor och som regionen som arbetsgivare har ansvar att följa. Utredningen har tagit del av flera granskningar som visar på en delvis bristande efterlevnad. Den bristande efterlevnaden kan påverka förtroendet för och tilliten till hälso- och sjukvården och välfärdssamhället.

Internationell utblick

Utredningen har gjort en översiktlig internationell utblick i syfte att öka kunskapen om hur frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar kan hanteras. Det är Norge, Danmark, Finland och Kanada som har undersökts. Privata sjukvårdsförsäkringar är vanligare i de andra undersökta nordiska länderna än i Sverige (i Norge har 12 procent av befolkningen en supplementär privat sjukvårdsförsäkring, i

[5] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2020:3.

Finland är det 24 procent, och i Danmark 37 procent, att jämföra med 6,5 procent i Sverige).[6]

Kanada särskiljer sig från de nordiska länderna och har regler m.m. som delvis begränsar förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar. Det finns ett förbud mot s.k. dual practice som innebär att läkare inte får arbeta både inom det offentliga och det privata. Vidare finns det ett förbud mot supplementära försäkringar, som delvis har uppluckrats efter en dom från Högsta domstolen. I vissa provinser/territorier finns reglerade ersättningstak som är tillämpliga inom såväl det offentliga som det privata systemet. I Kanada förekommer knappt s.k. supplementära försäkringar. Cirka 69 procent av befolkningen har komplementära försäkringar.

Det behövs ökad kunskap och kontroll i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar

Det finns inte i dag något beslut från riksdag eller regering, i form av lagstiftning eller andra regler, om att möjliggöra eller förbjuda privata sjukvårdsförsäkringar som en betalningsform för hälso- och sjukvård. Det innebär att frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i princip är oreglerade. Dagens reglering i framför allt hälso- och sjukvårdslagstiftningen är således inte anpassad utifrån utvecklingen av privata sjukvårdsförsäkringar och utredningen menar att regleringen därför inte är ändamålsenlig. Det saknas en tillräcklig tydlighet och förutsebarhet vad gäller frågor om t.ex. hur hälso- och sjukvården får finansieras, vårdgivarens skyldigheter enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (t.ex. vad avser behovs-solidaritetsprincipen), huvudmännens ansvar när vården bedrivs av en privat vårdgivare och IVO:s tillsyn kopplad till privata sjukvårdsförsäkringar. Förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar rör grundläggande hälso- och sjukvårdsfrågor så som hur hälso- och sjukvården ska finansieras och frågor som rör tillgängligheten till hälso- och sjukvården.

Det behövs aktiva och medvetna beslut från riksdag och regering om vad som ska gälla i olika frågor som rör privata sjukvårds-

[6] En *komplementär sjukvårdsförsäkring* innefattar sådant som inte erbjuds inom ramen för det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet. En *supplementär sjukvårdsförsäkring* innefattar sådant som erbjuds inom det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet men då ofta med erbjudande om t.ex. tillgänglighet, korta väntetider eller valfrihet i olika former.

försäkringar. Staten bör ta ett större ansvar och ange de rättsliga ramarna samt ge förutsättningar för regionerna och vårdgivarna att verka för en god och patientsäker vård. En tydlighet i regelverken krävs för att regionerna och vårdgivarna ska kunna möta hälso- och sjukvårdens utmaningar och för att kunna nå målbestämmelserna för hälso- och sjukvården. Även om regionerna, utifrån den kommunala självstyrelsen, bestämmer hur vården ska organiseras och vilka som ska utföra vården, anser utredningen att det inte är lämpligt att helt överlämna frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar till regionerna och vårdgivarna att lösa.

Staten och regionerna behöver därför ta ett större ansvar i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i syfte att tillförsäkra en god och patientsäker vård. Staten bör ta sitt ansvar genom att tillhandahålla ett tydligt regelverk som möjliggör en *ökad kontroll* i form av effektiv avtalsuppföljning och tillsyn. Staten bör även möjliggöra tillgång till data och *ökad kunskap* i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar.

Regionerna ska ges en möjlighet men också en skyldighet att ta sitt ansvar i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården, genom att *ställa krav på och följa upp* de privata vårdgivarna som vid sidan av regionen har andra uppdragsgivare, i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård för de offentligfinansierade patienterna.

Utredningens förslag syftar till att säkerställa en god och patientsäker vård för alla

Utredningens förslag syftar till att ge ökad kunskap och kontroll över privata sjukvårdsförsäkringar i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård för alla, i enlighet med de grundläggande principerna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Därigenom kan även förtroendet för och tilliten till hälso- och sjukvården och välfärdssamhället stärkas. Det är framför allt staten och regionerna som bör ta ansvaret för denna kontroll och kunskapsuppbyggnad. En ökad kontroll och kunskap kommer även att underlätta för de privata vårdgivarna att följa regelverken och därmed bidra till ett tydligare rättsläge om hur regler ska tolkas och tillämpas. En ökad tydlighet och kunskap om vad som gäller i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar bidrar till ett tydligare rättsläge även för patienterna och allmänheten i stort.

Utredningens förslag till författningsändringar samt andra förslag på åtgärder som utredningen har funnit motiverade beskrivs kortfattat i det följande.

1. Diskussionen om hur den etiska plattformen ska tolkas bör även omfatta faktorer som rör den privatfinansierade vården och efterfrågestyrd vård. Däremot är det inte nödvändigt med en översyn av den etiska plattformen och tillhörande lagstiftning för att utredningens förslag ska kunna genomföras.
2. Det ska i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) införas regler om hur hälso- och sjukvården får finansieras. Om inte annat följer av lag ska den hälso- och sjukvård som regionen bedriver i egen regi finansieras enbart med offentliga medel. Motsvarande ska gälla för den vård som utförs på uppdrag av regionen. Förslaget innebär att regionen, eller en vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av regionen, inte kan finansiera den hälso- och sjukvården med privata medel t.ex. via en privat sjukvårdsförsäkring. Sådan privatfinansiering som sker med stöd av författning kommer dock alltjämt att vara tillåten.
3. Det ska i hälso- och sjukvårdslagen införas regler som ger nya verktyg och bättre förutsättningar för regionerna i egenskap av huvudmän att ta sitt ansvar för vården när vården utförs av en privat vårdgivare som även har andra uppdragsgivare, t.ex. ett försäkringsbolag. Det föreslås en skyldighet för regionerna att ställa krav på och följa upp de privata vårdgivarna som vid sidan av regionen har andra uppdragsgivare, i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård för de offentligfinansierade patienterna. Förslaget innebär att om en vårdgivare har andra uppdragsgivare än regionen ska det i avtalet mellan vårdgivaren och regionen framgå hur det säkerställs att vårdgivarens övriga uppdrag inte påverkar de uppgifter som regionen har lämnat över till vårdgivaren att utföra.
4. Tystnadspliktsgränsen mellan den privata vårdgivaren och regionen behöver regleras i enlighet med tidigare lämnat utredningsförslag från *Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg* (SOU 2021:4).
5. Det ska i patientsäkerhetslagen (2010:659) och patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) införas regler som ger nya verktyg och

bättre förutsättningar för IVO att utöva tillsyn över hälso- och sjukvården inklusive frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Förslaget innebär att IVO bättre kan ta sitt ansvar som tillsynsmyndighet och säkerställa en god och patientsäker vård när den privata vårdgivaren har flera uppdragsgivare, men även i de situationer när den privata vårdgivaren endast bedriver privatfinansierad vård. Förslagen utgörs av en ökad anmälningsskyldighet till IVO:s vårdgivarregister och att IVO ska få meddela de föreläggande som behövs för efterlevnaden av reglerna om anmälan till vårdgivarregistret. Dessa förslag stärker IVO:s förebyggande arbete med att agera utifrån risker i stället för utifrån konstaterade vårdskador.

6. Vårdgivarna ska rapportera uppgift om finansieringsform för vården till Socialstyrelsens patientregister, utöver de uppgifter som redan idag ska rapporteras till registret.
7. Utredningen rekommenderar att uppgift om finansieringsform för vården rapporteras i de Nationella Kvalitetsregister där det är relevant.
8. Den arbetsgivare som tillhandahåller en privat sjukvårdsförsäkring som en förmån åt sin anställd ska till Skatteverket särredovisa denna uppgift.
9. Den nationella väntetidsdatabasen bör utvecklas i enlighet med tidigare lämnat förslag från bl.a. *Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården* (SOU 2021:59) men det är inte lämpligt att den innehåller uppgifter om privatfinansierad vård.
10. Utredningen rekommenderar SKR att ta fram riktlinjer för hanteringen av bisysslor med särskilt fokus på hälso- och sjukvården samt utbildningsmaterial för de personer i regionerna som arbetar med bedömning av bisysslor inom hälso- och sjukvården.

Konsekvensanalys och ikraftträdande

Vissa av utredningens förslag innebär nya arbetsuppgifter för vårdgivarna, såsom förslaget om att rapportera finansieringsform för vården till Socialstyrelsens patientregister och att anmäla uppgifter om finansieringsform och flera uppdragsgivare till IVO:s vårdgivar-

register. Förslaget om reglering av hur hälso- och sjukvården får finansieras är framför allt en kodifiering av vad som redan gäller och innebär således framför allt ett tydligare rättsläge. Vilka konsekvenser som följer av förslagen om regionernas nya avtalsvillkor och om avtalsuppföljning beror på huruvida aktörerna redan agerar på det sätt som föreslås och tar sitt huvudmannaansvar. Förslaget om särredovisning medför en viss ökad arbetsbörda för de arbetsgivare som tillhandahåller privata sjukvårdsförsäkringar som en förmån åt sina anställda. Vissa av förslagen medför ekonomiska konsekvenser för staten, och då framför allt för de berörda myndigheterna IVO, Socialstyrelsen och Skatteverket.

Författningsförändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2023. Förordningsändringarna kan träda i kraft tidigare. Vissa övergångsbestämmelser föreslås.

Förslagen behöver följas upp i syfte att överväga ytterligare åtgärder

Bristen på ändamålsenliga och tydliga regler har lett till en otillräcklig kunskap och kontroll av de privata sjukvårdsförsäkringarna. Det gör det angeläget att oron för konsekvenserna av sjukvårdsförsäkringarna inte leder till förhastade beslut som inte bygger på en juridisk analys och faktabaserade underlag. Samtidigt är det viktigt att en beredskap byggs upp för att inom en nära framtid kunna vidta de ytterligare åtgärder som uppföljningen av utredningens förslag motiverar. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör få i uppdrag att följa upp förslagen. Uppdraget bör lämnas snarast så att arbetet kan påbörjas och planeras.

Utifrån ny kunskap och erfarenhet om privata sjukvårdsförsäkringar kan det framöver finnas behov av ytterligare åtgärder. Utredningens förslag ska således betraktas som ett första steg i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar.

Summary

A brief summary – voluntary private health insurances should be regulated

Healthcare in Sweden is in large part a public responsibility where the regions are those primarily responsible for the funding and the provision of the healthcare. The majority of healthcare in Sweden is conducted by public healthcare providers, and is publicly funded. There are also a large number of private healthcare providers that provide healthcare to the public at the request of the regions, in accordance with a contract with the region. The regions are still responsible for this healthcare as the principal (sw: *huvudman*) of it, and this healthcare is also publicly funded.

Furthermore, there are some forms of privately funded healthcare. These are, however, of a marginal scope. Privately funded healthcare is mainly run by private healthcare providers. The regions are not principals of the privately funded healthcare. The principalship is regulated in the Swedish Health and Medical Services Act (2017:30) (sw: *hälso- och sjukvårdslagen*) and means that the region keeps the overall responsibility over healthcare that has been contracted out to a private healthcare provider. A private healthcare provider can choose to only provide publicly funded healthcare, to only provide privately funded healthcare, or to provide both publicly and privately funded healthcare. It is only the publicly funded healthcare that the region is principal of, regardless of whether the healthcare provider provides both publicly and privately funded healthcare.

The number of persons having voluntary private health insurance has increased during the 21st century. As of today, around 690 000 persons in Sweden have voluntary private health insurance. Health-

care funded by voluntary private health insurances is estimated to amount to around 0,7 percent of the total spending on healthcare.[1]

Voluntary private health insurances have been subject to multiple considerations during the last decades in connection to different legislative efforts. It is still the subject of rather intense debate. Recently, the debate has focused on what effect voluntary private health insurances have on healthcare and society, as a whole. The debate has also focused on whether voluntary private health insurances are compatible with the Health and Medical Services Act and the fundamental principles stipulated in that act, such as the ethical platform for prioritising in healthcare (below called the ethical platform). In the public debate it is sometimes expressed that there is a risk that patients with voluntary private health insurance "jump the queue" and that the voluntary private health insurance is "a gravy train" for those patients that have such insurance.

With more people getting voluntary private health insurance, the Swedish Government has expressed its concern about the situation at hand. In the terms of reference to this Inquiry[2] the Government states that it is vital that the legislation, as far as possible, guarantees that the fundamental principles of Swedish healthcare aren't overridden. The Inquiry should therefore:

- describe the crowding out effects, or the risks of such effects, that voluntary private health insurances have caused in the healthcare system,
- propose legislation, or other measures, that, as far as possible, guarantees that patients with voluntary private health insurance do not get faster access to healthcare, or better healthcare, in the publicly funded healthcare system than patients without such insurances, and
- propose legislation which entails restrictions regarding how healthcare, provided in accordance with a contract with a region, can be funded.

In this report the Inquiry describes, from a legal perspective, what applies in terms of payment of healthcare with voluntary private

[1] In 2019 the spending on healthcare from voluntary private health insurances amounted to SEK 3,6 million, and the total spending amounted to SEK 549 million.
[2] Dir. 2020:83.

health insurance. The Inquiry sorts out the descriptions of "jumping the queue" and "having a gravy train". Furthermore, the Inquiry will describe what it means when healthcare providers have a so-called "mixed form". The Inquiry states which terminology is being used instead of the aforementioned descriptions. The Inquiry, furthermore, describes how voluntary private health insurances can affect the healthcare system and society, as a whole, and reasons about different so-called "crowding out effects".

The Inquiry has taken a legal approach to describe and analyse questions regarding voluntary private health insurances. The Inquiry notes that this subject is largely unregulated. The lack of appropriate and clear legislation and regulations have created legal uncertainty.

The Inquiry's conclusion is that the central government and the regions need to take greater responsibility regarding voluntary private health insurances, in order to guarantee all patients a good and patient-safe care. The central government should take responsibility by providing a clear legal framework and by ensuring an effective supervision of the provision of healthcare, including matters regarding voluntary private health insurances. The central government should also enable access to data and knowledge regarding payment of healthcare with voluntary private health insurances.

The regions should be given the possibility and the obligation, in their healthcare oversight capacity (as principals), to ensure good and patient-safe care for publicly funded patients, by making demands on and by following up the healthcare providers that, apart from the regions, also have other contracts with other entities. Increased knowledge will lead to a clearer legal situation for the healthcare providers, but also for the patients and the public, regarding how the rules are supposed to be interpreted and applied.

Given the Inquiry's conclusions, the Inquiry proposes a regulation which entails restrictions regarding when healthcare can be privately funded. Furthermore, the Inquiry proposes regulations intended to guarantee that patients with voluntary private health insurances don't receive care in violation of the fundamental principles about *healthcare on equal terms for the entire population* and that *the person with the greatest need for care should be given priority to care*.

The Inquiry also proposes legislation that will widen the obligation to register in the Health and Social Care Inspectorate's health-

care provider registry (sw: *vårdgivarregister*). The Inquiry furthermore proposes that the Health and Social Care Inspectorate should be given the possibility to issue injunctions, if necessary, to ensure compliance with the regulations regarding registration in the healthcare provider registry.

The Inquiry also proposes that different registers and databases should entail information regarding form of financing for healthcare.

The over-all purposes of the proposals are two-fold: guarantee a good and patient-safe care, that is in accordance with the fundamental principles in the healthcare legislation, and to increase the knowledge about voluntary private health insurances and their effects. By doing this, the public's trust in the healthcare, and in the welfare state, can be strengthened. By the Inquiry's proposals the legal situation regarding questions about voluntary private health insurances will be clearer.

The Inquiry furthermore proposes that the effects of the proposals in this report should be reviewed. This assignment should be given as soon possible, in order to initiate the review. During this work, it should be considered whether further measures, and if so which measures, should be taken regarding matters of voluntary private health insurances.

In the following a more detailed summary of the Inquiry's report is presented, containing the Inquiry's conclusions, considerations, and proposals.

A more detailed summary of the report

A neutral conceptual apparatus is needed for the discussion to be objective

In the debate about voluntary private health insurances there are differing ideological perspectives regarding the consequences of those insurances, and how they affect the public's view on healthcare and society. In order to give as neutral and correct a description as possible, the Inquiry uses legal, and other neutral terminology. This is also done in order to avoid any valuation of the terms from the readers. In the following there is a description of the most common and important terms and descriptions in the report.

The region, as *principal* (sw: *huvudman*), is responsible for providing and financing the healthcare. In accordance with the principle of local self-government, the region has the ability to choose whether to provide the healthcare itself, in their capacity as a healthcare provider, or to contract out the healthcare to others, e.g. private healthcare providers. Should a region choose to outsource a certain task, which otherwise would have been performed by the region, the region still has the over-all responsibility for the healthcare provided. The principalship contains an obligation to, in addition to providing healthcare (either through the regions' own healthcare providers, or by contracting the healthcare to private healthcare providers), finance, organize and plan the healthcare. Both the regions, in their capacity as principals, and the contracted private healthcare providers, are responsible for conformity to the rules. The healthcare provided by the region itself, and the healthcare provided by a private healthcare provider in accordance with a contract with the region, is *publicly funded.*

A private healthcare provider can provide healthcare on behalf of different *clients* (sw: *uppdragsgivare*), such as different regions, patients who pay directly for their care (in cash for example), and insurance companies. It is only the healthcare that is provided in accordance with a contract with a region (i.e. on behalf of the region) that is publicly funded. Healthcare provided on other grounds is *privately funded*. When a private healthcare provider provides both publicly and privately funded healthcare, due to different contracts with different entities, the Inquiry primarily uses the description that the healthcare provider has different clients or different contracts with different entities. The term dual practice is also used to some extent. In the public debate the term "mixed form" sometimes is used. The Inquiry, however, avoids this word.

A *voluntary private health insurance* is an insurance that pays for certain care. Currently, voluntary private health insurance in Sweden is focused primarily on offering short waiting times. In other countries, the insurances can be focused on other aspects, such as better-quality care, or care that is not offered by the public healthcare. As far as the Inquiry has been able to find, voluntary private health insurances don't exist in the publicly funded healthcare, regardless of whether it is a public healthcare provider or a private one.

The Inquiry avoids the terms "queue", "jumping the queue", "faster access to care" and "gravy train". Instead, the Inquiry describes what is meant, primarily on the basis of *the ethical platform*, and the provisions in the Health and Medical Services Act, regarding healthcare on equal terms for the entire population and that the person with the greatest need for care should be given priority to care (the so-called needs-solidarity principle). The Inquiry uses the term *good and patient-safe care* to describe the overall objectives and rules that applies to all healthcare.

One important word that is used in the report, that is also mentioned in the terms of reference, is voluntary private health insurances' *effects*. The Inquiry uses the term consequences synonymously. One type of effect is if the provisions in the Health and Medical Services Act are not followed, e.g. healthcare is provided in a way that means that the person with the greatest need for care isn't given priority. This could cause risks in regard to patient-safety, such as missed care (i.e. injuries occurring due to the fact that a patient isn't given care, in time or at all). Effects from voluntary private health insurances can also be both positive and negative regarding the capacity of the healthcare (i.e. the healthcare provider's ability to provide care), the patients' demand on healthcare, the quality of the healthcare, and different so-called crowding out effects. Furthermore, voluntary private health insurances can affect the support of the public healthcare system and the welfare society.

Lack of information makes it hard to describe voluntary private health insurances and their effects

There are no rules that enable the collection of data regarding the financing of healthcare, especially the privately funded healthcare. Because of this, there also is no national information infrastructure regarding things such as how much of healthcare that is paid through voluntary private health insurances, which healthcare providers provide healthcare that is paid through insurances, which kinds of care are paid through insurances, or how many and which patients get their care paid through insurances. The lack of official data has made it difficult for the Inquiry to describe how voluntary private health insurances work. It has also been difficult to get a hold of facts to describe which effects voluntary private health insurances have on

the healthcare and on society as a whole. Furthermore, the lack of data causes difficulties for the regions in their enforcement of the contracts with private healthcare providers. The Health and Social Care Inspectorate (sw: *Inspektionen för vård och omsorg, IVO*) also faces difficulties in their supervision of the healthcare due to the lack of data.

Matters regarding voluntary private health insurances are unregulated

The Inquiry notes that there is a general lack of regulations surrounding voluntary private health insurance matters. There are no public law regulations regarding such insurances.[3] A level of clarity and predictability is missing regarding for example questions on how the healthcare can be funded (publicly and/or privately), the healthcare providers' obligations in regard to the needs-solidarity principle, the principals' responsibilities when healthcare is provided by private healthcare providers, the Health and Social Care Inspectorate's supervision regarding voluntary private health insurances, and data regarding voluntary private health insurances.

There are, however, some regulations, for example in the Health and Medical Services Act and the Patient Safety Act (2010:659) (sw: *patientsäkerhetslagen*), that are applicable to all healthcare, regardless of form of operation and financing (i.e. regardless of if it's a private or public healthcare provider and if it's privately or publicly funded). There are no exceptions to these regulations regarding healthcare paid by voluntary private health insurances. There is also, however, practically no consideration given to private healthcare (private healthcare providers as well as privately funded healthcare) in the legislative history of the regulations. The lack of appropriate and clear regulations has created an uncertainty regarding the legal position.

[3] There are regulations in the insurance law, and about the Swedish Financial Supervisory Authority's (sw: *Finansinspektionen*) supervision of the insurance companies. Furthermore, there are regulations regarding the taxation of voluntary private health insurances.

The patient's need for medical care is what should decide

The provisions in the 3rd chapter of the Health and Medical Services Act applies to all healthcare providers, both public and private, and to all healthcare, both publicly and privately funded. One of these provisions states that the patient with the greatest need for medical care should be given priority. This provision is thus applicable also when a private healthcare provider provides both publicly and privately funded healthcare. The Inquiry has taken a legal approach, and has reviewed the legislation, the legislative history etc. The Inquiry cannot find anything that suggests that it isn't allowed with differing waiting times. The National Guaranteed Access to Healthcare (sw: *vårdgarantin*) and the contractually stipulated waiting times are, however, subordinate to the needs-solidarity principle.

Whether a healthcare provider in a specific situation has acted in accordance with the needs-solidarity principle or not is a task for the Health and Social Care Inspectorate and the regions to investigate. Both the supervisory authority and the regions, in their capacity as principals, are responsible for guaranteeing good and patient-safe care. This Inquiry has not been able to audit if and how the private healthcare providers are acting in accordance with the regulations in the Health and Medical Services Act.

The needs-solidarity principle is intended to provide guidance both on a comprehensive level, in order to allocate the common resources, considering these are not enough to give "everything to everyone", as well as on a more direct level, in the actual healthcare providing situations. The principle, therefore, contains a high degree of complexity. The ethical platform was also established in order to address priorities in publicly funded healthcare, i.e. not in privately funded healthcare. Thus, although the principles apply to both public and private healthcare providers, these providers operate under different conditions. Several actors have pointed out problems of interpretation with the ethical platform, and that it needs to be reviewed.

Guidance from the regions and the authorities is missing

The regions have, in their capacity as principals, a responsibility for the care provided by private healthcare providers in accordance with a contract with the region. The regions direct the private healthcare providers through the contracts and the procurement law regulations. The investigation made by the Inquiry shows that some, but not all, regions regulate matters regarding voluntary private health insurances in the contracts with private healthcare providers.

The Health and Social Care Inspectorate hasn't supervised matters relating to voluntary private health insurances and how these can affect the healthcare. There are therefore no precedents or advisory decisions from the supervisory authority. Nor are there any other guidance or advisory documents from other authorities, such as the National Board of Health and Welfare (sw: *Socialstyrelsen*).

Thus, there is a lack of conforming guidance from the regions and from the authorities regarding how private healthcare providers should act in matters regarding voluntary private health insurances, especially in a situation where the private healthcare providers have different contracts, stipulating different waiting times, with different entities.

Voluntary private health insurances can affect the healthcare and society in general

The Inquiry, in accordance with the terms of reference, describes voluntary private health insurances' effects on the healthcare and on society as a whole, in regard to both so-called crowding out effects and other consequences. The description is mostly based on two reports from Swedish authorities. In a feasibility study report from 2020 the Health and Social Care Inspectorate describes the risks regarding patient-safety that can arise, due to voluntary private health insurances. The Swedish Agency for Health and Care Services Analysis (sw: *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*) analyses possible risks as well as potentials with voluntary private health insurances, in regards to both the public and the system, in its report 2020:3.

Apart from these reports there is not much research or other material which describes voluntary private health insurances and

their effects on the healthcare in Sweden. For example, the Inquiry has not been able to find any specific reports regarding voluntary private health insurances and actual crowding out effects. There are, however, several reports on crowding out effects in the healthcare in general. These are, to some extent, relevant for the question about crowding out as an effect of voluntary private health insurances.

The regions' management of complementary employment are in parts lacking

When healthcare personnel provide healthcare funded by voluntary private health insurances it can cause effects on healthcare, due to the fact that the healthcare resources are limited, among other reasons. Employees in public healthcare can have complementary employment with private healthcare providers, which have contracts with insurance companies and thus provides healthcare funded by voluntary private health insurances. These complementary employments are subject to rules regarding complementary employment, that the regions, in their capacity as employers, are responsible for implementing and following. The Inquiry has reviewed several audit reports, which show that the regions are somewhat lacking in their compliance with the rules regarding complementary employment. The lack of compliance could result in a decrease of the public's trust in the healthcare system.

International outlook

The Inquiry has conducted a brief international environmental scan regarding voluntary private health insurances, in order to increase the knowledge of how these matters can be handled. Norway, Denmark, Finland, and Canada have been included. The development and the regulations surrounding voluntary private health insurances in the Nordic countries are, in large, similar to the development and regulations in Sweden. The number of insurance holders in the countries differ, though. In Norway 12 percent of the population have voluntary private health insurance, in Finland the insurance holders are 24 percent of the population, in Denmark 44 percent, and in Sweden it is 6,5 percent.

In Canada, there are some different regulations that restricts how healthcare can be funded by voluntary private health insurances. There is a ban on dual practice, meaning that the physicians cannot operate in the publicly and the privately funded healthcare, but need to opt-out of one. So-called *supplementary* voluntary private health insurances are almost non-existent in Canada, due to a ban in several regions. This ban has been subject to a court decision from the Supreme Court, and has since been somewhat relaxed. There are furthermore, in some regions/territories, a regulation regarding a cap on renumerations, that are applicable in both the public and the private system. Around 69 percent of the population, however, have *complementary* voluntary private health insurance.

The government and the regions need to take more responsibility for voluntary private health insurances

There aren't any decisions from the Riksdag (the Swedish Parliament) or the Government, such as legislation or other regulations, about enabling or prohibiting payment of healthcare through voluntary private health insurances. Matters regarding voluntary private health insurances are therefore almost completely unregulated. The existing regulations, foremost in the Health and Medical Services Act, are not adapted to the development of voluntary private health insurances, and the Inquiry feels that the regulations, therefore, are not appropriate. The regulations are lacking in clarity and predictability regarding, for example, the funding of healthcare, the healthcare providers' responsibilities and obligations according to the Health and Medical Services Act (e.g. in regards to the needs-solidarity principle), the principals' responsibilities for healthcare provided by private healthcare providers, and the Health and Social Care Inspectorate's supervision in connection to voluntary private health insurances. The existence of voluntary private health insurances connects to basic healthcare matters, such as how healthcare should be funded and matters of accessibility to healthcare.

An active, conscious, decision from the Riksdag and the Government, regarding what should apply to the funding of healthcare with voluntary private health insurances is needed. In order to work towards good and patient-secure care, the government needs to take greater responsibility, establishing the legal framework, and give the

regions and the healthcare providers the prerequisites they need. Clarity in the regulations is required in order for the regions and healthcare providers to meet the challenges surrounding healthcare, and to achieve the goals for healthcare, laid out in the Health and Medical Services Act. Even though the regions, in accordance with the self-governing principle, decide themselves how the healthcare should be organised and who should provide the healthcare, the Inquiry deems it inappropriate to leave these matters solely to the regions and the healthcare providers. New obligations for the regions should therefore be put in place.

Thus, the government and the regions need to take a greater responsibility regarding payment of healthcare through voluntary private health insurances, in order to guarantee a good and patient-safe care for all patients. The government should take that responsibility by providing a clear legal framework, which enables efficient compliance and supervision. The government should also enable access to data and increase of knowledge regarding voluntary private health insurances.

The regions should be given the possibility and the obligation to take their responsibility, as principals of the healthcare, by making demands on and following up the private healthcare providers that have contracts with other entities, beside the region, in order to ensure a good and patient-safe care for the publicly funded patients.

The Inquiry's proposals aim to guarantee a good quality and patient-safe care for all patients

The Inquiry's proposals aim to increase the knowledge about and the control over voluntary private health insurances, in order to ensure a good and patient-safe care for all patients, in accordance with the fundamental principles in the healthcare legislation. Through this, the public's trust in the healthcare system and the welfare state can be increased. Foremost, it is the government and the regions that should take responsibility for this increase in control and knowledge. An increased control and knowledge will make it easier for the private healthcare providers to be in compliance with the legal framework, and will contribute to a clearer legal position regarding how the regulations should be interpreted and applied. An increased clarity in the framework is important for the regions, the

private healthcare providers, the insurance companies, the patients, and for the society.

The Inquiry's proposals, regarding regulations and other measures which the Inquiry has deemed justified, such as recommendations to the Government and other key actors, are summarized in the following.

1. The discussion regarding the ethical platform and its interpretation should include factors regarding privately funded healthcare and demand-driven healthcare. However, a review of the ethical platform is not necessary for this Inquiry's proposals to be implemented.

2. In the Health and Medical Services Act (2017:30), regulations regarding how the healthcare can be funded should be included. The healthcare provided by the regions, in their capacity as healthcare providers, should be exclusively publicly funded, unless otherwise regulated by law. The same principles should apply to the healthcare provided, in accordance to a contract with a region, by private healthcare providers. The proposal means that the region, and a private healthcare provider that provides healthcare in accordance with a contract with a region, cannot fund this healthcare by private means, e.g. through a voluntary private health insurance. An exception is made regarding patient fees and other out of pocket expenses that are allowed according to the law.

3. In the Health and Medical Services Act, regulations should be introduced, giving the regions better tools and prerequisites regarding their contracts with private healthcare providers, which at the same time have different contracts with different entities, e.g. an insurance company. An obligation for the regions, to make demands and follow up the private healthcare providers that have contracts with the region and with other entities, is proposed. This proposal should guarantee good and patient-safe care for the publicly funded patients. The proposal means, that if a healthcare provider has different contracts with other entities, on top of a contract with the region, the contract between the region and the private healthcare provider should reflect this, by regulating how the private healthcare provider ensures that the other contracts do not affect the healthcare that is provided on behalf of the region.

4. The confidentiality limit between private healthcare providers and the regions needs to be regulated in accordance with the proposal in SOU 2021:4.

5. In the Patient Safety Act (2010:659) and the Patient Safety Ordinance (2010:1369), regulations should be introduced that give new tools and better prerequisites in order to develop the Health and Social Care Inspectorate's supervision on the healthcare, including matters regarding voluntary private health insurances. The proposal means that the Health and Social Care Inspectorate can take a greater responsibility in its capacity as supervisory authority, and that it can ensure a good and patient-safe care when the private healthcare provider has different clients, but also when the private healthcare providers solely provide privately funded healthcare. The proposals consist of widened obligation to notify the Health and Social Care Inspectorate, by registration in the inspectorate's healthcare provider registry (sw: *vårdgivarregister*), and that the inspectorate should be able to issue injunctions, if necessary, to ensure compliance with the regulations regarding registration in the healthcare provider registry. These proposals will strengthen the Health and Social Care Inspectorate's preventive supervision, consisting of acting on the basis of risks rather than the basis of established medical injuries.

6. The healthcare providers should report form of financing for the healthcare to the patient registry (sw: *patientregistret*) held by the Swedish Agency for Health and Care Services.

7. The Inquiry recommends that form of financing should be reported to those national quality registries (sw: *Nationella Kvalitetsregister*) where it is deemed relevant.

8. Employers who supply their employees with voluntary private health insurance should report the benefit of this, separately from other types of benefits, to the Swedish Tax Agency.

9. The national waiting time database (sw: *väntetidsdatabasen*) should be improved and evolved in accordance with the proposal in SOU 2021:59, but it is not appropriate that it holds information regarding privately funded healthcare.

10. The Inquiry recommends the Swedish Association of Local Authorities and Regions (SKR) to develop guidelines regarding the handling of complementary employment, which is focused specifically on healthcare. Furthermore, educational documents should be developed, which are aimed at the persons working with assessment of complimentary employment in the healthcare.

Assessment of consequences and the entry into force of the Inquiry's proposals

Some of the Inquiry's proposals, such as the proposal regarding reporting to the patient registry and to the healthcare provider registry, will entail new tasks for the healthcare providers. The proposal regarding how healthcare can be funded is primarily a codification of what already applies. What the consequences of the Inquiry's proposals regarding terms of contracts and the following up of contracts with private healthcare providers will be, will depend on whether the different actors are already acting in the manner suggested in this report. The proposal regarding reporting of benefit of voluntary private health insurances separately from other benefits will increase the workload on the employers that offers such insurances to their employees, but only to a small extent. Some of the proposals will entail financial consequences for the government, primarily for the affected authorities: The Health and Social Care Inspectorate, the Swedish Agency for Health and Care Services, and the Swedish Tax Agency.

It is proposed that the proposed amendments to acts should entry into force on the 1st of January 2023. The amendments to ordinances can entry into force earlier. Some provisional regulations are proposed.

The Inquiry's proposals need to be further evaluated in order to consider further actions

The lack of clear and appropriate regulation has led to insufficient knowledge and control of voluntary private health insurances. It is important that the concerns regarding the consequences of volun-

tary private health insurances do not lead to hasty decisions, which are not based on a legal analysis and fact-based evidence. However, it is also important that a preparedness for taking additional measures, should they be needed, is built up. The Swedish Agency for Health and Care Services Analysis should be instructed to follow up the Inquiry's proposals. This assignment should be given as soon as possible, in order for the agency to be able to start planning and executing the work.

Based on the knowledge and experiences that will come out of the Inquiry's proposals, it could be relevant to implement additional measures onwards. The Inquiry's proposals should therefore be viewed as a first step in matters regarding voluntary private health insurances.

1 Författningsförslag

Utredningen har följande förslag till författningstext.

1.1 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

Härigenom föreskrivs i fråga om patientsäkerhetslagen (2010:659)

dels att 10 kap. 1 § ska upphävas,

dels att 10 kap. 13 § ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas en ny paragraf, 7 kap. 28 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	7 kap.
	28 a §
	Inspektionen för vård och omsorg får meddela de förelägganden som behövs för efterlevnaden av reglerna om anmälan enligt 2 kap. 1 och 2 §§ och av de föreskrifter som har meddelats i anslutning till 2 kap. 3 §. Beslut om föreläggande får förenas med vite.

10 kap.

13 §[1]

Inspektionen för vård och omsorgs beslut får överklagas till allmän förvaltningsdomstol, om beslutet gäller

1. föreläggande enligt 7 kap. 20 § andra stycket att lämna upplysningar, handlingar eller annat material,

2. föreläggande enligt 7 kap. 24 § att vidta rättelse,

3. förbud enligt 7 kap. 26, 27 eller 28 § att driva verksamhet, eller	*3. föreläggande enligt 7 kap. 28 a § att anmäla enligt 2 kap. 1–3 §§,*
4. förbud att utöva verksamhet enligt 8 § första stycket.	*4.* förbud enligt 7 kap. 26, 27 eller 28 § att driva verksamhet, eller
	5. förbud att utöva verksamhet enligt 8 § första stycket.

Andra beslut av Inspektionen för vård och omsorg enligt denna lag får inte överklagas.

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

2. I fråga om överträdelser som har skett före ikraftträdandet ska äldre bestämmelser tillämpas.

[1] Senaste lydelse 2012:957.

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

Härigenom föreskrivs att det i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska införas tre nya paragrafer, 7 kap. 10 §, 15 kap. 2 och 3 §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	7 kap.
	10 §
	Om inte annat följer av lag ska den hälso- och sjukvård som regionen bedriver i egen regi enbart finansieras med offentliga medel.
	15 kap.
	2 §
	Om uppgifter har överlämnats från regionen till någon annan enligt 1 § ska de uppgifterna enbart finansieras med offentliga medel och enligt vad som följer om avgifter enligt 17 kap.
	3 §
	Om en vårdgivare har andra uppdragsgivare än regionen ska det av avtalet enligt 1 § framgå hur det säkerställs att vårdgivarens övriga uppdrag inte påverkar de uppgifter som har lämnats över.
	I avtalet ska anges hur det som avtalas enligt första stycket följs upp.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

2. Bestämmelserna i 15 kap. 2 och 3 §§ gäller inte för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet.

3. Bestämmelserna i 15 kap. 2 och 3 §§ gäller inte för avtal som förlängs efter ikraftträdandet.

1.3 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen

Härigenom föreskrivs att 4 § förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
4 §[2]	
Sådana personuppgifter får behandlas som rör patienter som	
1. vårdats inom den slutna hälso- och sjukvården,	
2. behandlats av läkare inom den öppna vården som inte är primärvård, eller	
3. behandlats av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare inom den psykiatriska öppenvården.	
Behandlingen får avse uppgifter om	
1. personnummer, kön, födelseår, bosättningsort, vårdenhet, diagnoser, åtgärder, att åtgärder vidtagits av viss kategori hälso- och sjukvårdspersonal, yttre orsaker till sjukdom eller skada, vårdkostnader, grund för psykiatrisk tvångsvård, tidpunkter för åtgärder och händelser, in- och utskrivningssätt, planerad vård, och	1. personnummer, kön, födelseår, bosättningsort, vårdenhet, diagnoser, åtgärder, att åtgärder vidtagits av viss kategori hälso- och sjukvårdspersonal, yttre orsaker till sjukdom eller skada, vårdkostnader, *finansieringsform för vården*, grund för psykiatrisk tvångsvård, tidpunkter för åtgärder och händelser, in- och utskrivningssätt, planerad vård, och
2. folkbokföringsort, fastighetskoordinater, födelsehemort eller födelseort, medborgarskap, civilstånd, inflyttning från och utflyttning till utlandet, personnummerförändringar och dödsdatum.	

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.

---

[2] Senaste lydelse 2017:69.

1.4 Förslag till förordning om ändring i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 1 och 3 §§ patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 kap.	
1 §	
En anmälan enligt 2 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska innehålla uppgifter om	
1. verksamhetens inriktning,	
2. var verksamheten ska bedrivas,	
3. vem som är verksamhetschef,	
4. vem som ansvarar för anmälningsskyldigheten enligt 3 kap. 5–7 §§ patientsäkerhetslagen,	
5. verksamhet enligt 7 kap. 2 § patientsäkerhetslagen som anlitas eller avses anlitas, *och*	5. verksamhet enligt 7 kap. 2 § patientsäkerhetslagen som anlitas eller avses anlitas,
6. den patientförsäkring som tecknats för verksamheten.	6. den patientförsäkring som tecknats för verksamheten,
	7. hur vården är finansierad, och
	8. vårdgivaren har flera uppdragsgivare och om de olika verksamheterna är offentligt finansierade eller privat finansierade.
3 §[3]	
Register enligt 2 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) får innehålla uppgifter om	
1. namn eller företagsnamn och personnummer eller organisationsnummer för den som bedriver verksamheten,	
2. var verksamheten bedrivs,	
3. verksamhetens inriktning,	
4. verksamhetens omfattning,	
5. antalet yrkesutövare och deras yrkestitlar,	

[3] Senaste lydelse 2018:1838.

6. verksamhetschefens namn, adress och telefonnummer,
7. den patientförsäkring som tecknats för verksamheten,
8. datum för inspektion av verksamheten,
9. datum för Inspektionen för vård och omsorgs beslut i fråga om verksamheten, *och*
10. datum för anmälan enligt 3 kap. 5 eller 6 § patientsäkerhetslagen.

9. datum för Inspektionen för vård och omsorgs beslut i fråga om verksamheten,
10. datum för anmälan enligt 3 kap. 5 eller 6 § patientsäkerhetslagen,
11. hur vården är finansierad, och
12. vårdgivaren har flera uppdragsgivare och om de olika verksamheterna är offentligt finansierade eller privat finansierade.

---

1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.
2. Den som före ikraftträdandet bedriver verksamhet som efter den 1 januari 2023 ska anmälas enligt 2 kap. 1 § p. 7 eller p. 8 denna förordning ska senast den 1 februari 2023 göra en sådan anmälan.

1.5 Förslag till förordning om ändring i skatteförfarandeförordningen (2011:1261)

Härigenom föreskrivs att 5 kap. 1 och 2 §§ och 6 kap. 3 § skatteförfarandeförordningen (2011:1261) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
5 kap.	
1 §[4]	
I en kontrolluppgift enligt 15 kap. skatteförfarandelagen (2011:1244) om intäkt i inkomstslaget tjänst ska följande uppgifter lämnas:	
1. bruttolönen,	
2. det sammanlagda värdet av andra förmåner än bilförmån.	2. det sammanlagda värdet av andra förmåner än bilförmån *och förmån av privat sjukvårdsförsäkring*.
5 kap.	
2 §[5]	
I en kontrolluppgift enligt 15 kap. skatteförfarandelagen (2011:1244) ska följande uppgifter om bilförmån lämnas:	I en kontrolluppgift enligt 15 kap. skatteförfarandelagen (2011:1244) ska följande uppgifter om bilförmån *och förmån av privat sjukvårdsförsäkring* lämnas:
1. värdet av bilförmånen, exklusive drivmedel, efter nedsättning av värdet på grund av att mottagaren har utgett ersättning för förmånen, *och*	1. värdet av bilförmånen, exklusive drivmedel, efter nedsättning av värdet på grund av att mottagaren har utgett ersättning för förmånen,
2. värdet av förmån av drivmedel enligt 61 kap. 10 § inkomstskattelagen (1999:1229).	2. värdet av förmån av drivmedel enligt 61 kap. 10 § inkomstskattelagen (1999:1229), *och*

[4] Senaste lydelse 2017:390.
[5] Senaste lydelse 2017:390.

3. värdet av privat sjukvårdsförsäkring, efter nedsättning av värdet på grund av att mottagaren har utgett ersättning för förmånen.

6 kap.

3 §[6]

I en arbetsgivardeklaration som ska innehålla uppgifter om en viss betalningsmottagare enligt 26 kap. 19 a–19 c §§ eller 19 e § skatteförfarandelagen (2011:1244) ska följande uppgifter lämnas om mottagaren:

1. bruttolönen,

2. det sammanlagda värdet av andra förmåner än bilförmån.

2. det sammanlagda värdet av andra förmåner än bilförmån *och förmån av privat sjukvårdsförsäkring.*

Följande uppgifter om bilförmån ska också lämnas:

Följande uppgifter om bilförmån *och förmån av privat sjukvårdsförsäkring* ska också lämnas:

1. värdet av bilförmånen, exklusive drivmedel, efter nedsättning av värdet på grund av att mottagaren har utgett ersättning för förmånen, *och*

1. värdet av bilförmånen, exklusive drivmedel, efter nedsättning av värdet på grund av att mottagaren har utgett ersättning för förmånen,

2. värdet av förmån av drivmedel enligt 61 kap. 10 § inkomstskattelagen (1999:1229).

2. värdet av förmån av drivmedel enligt 61 kap. 10 § inkomstskattelagen (1999:1229), *och*

3. värdet av privat sjukvårdsförsäkring, efter nedsättning av värdet på grund av att mottagaren har utgett ersättning för förmånen.

Arbetsgivardeklarationen ska även innehålla uppgift om huruvida bostadsförmån i Sverige avser en bostad som är belägen på en småhusenhet. Det gäller dock inte om det är fråga om förmån av semesterbostad.

[6] Senaste lydelse 2017:390.

Den som ska redovisa skatteavdrag för skatt enligt lagen (1991:591) om särskild inkomstskatt för utomlands bosatta artister m.fl. ska också lämna uppgift om arten av den verksamhet som ersättning har betalats ut för. Det gäller också om ersättningen är undantagen från skatteplikt på grund av skatteavtal enligt 8 § första stycket 4 lagen om särskild inkomstskatt för utomlands bosatta artister m.fl.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.

1.6 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg

Härigenom föreskrivs att 1 § förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
1 §[7]	
Inspektionen för vård och omsorg har som huvudsakliga uppgifter att	
1. svara för tillsyn inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet, socialtjänst samt verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,	
2. som en del av tillsynen pröva klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal enligt bestämmelserna i patientsäkerhetslagen (2010:659), och	
3. svara för tillståndsprövning inom de områden som anges i 1.	
Verksamheten ska bedrivas strategiskt och effektivt samt på ett enhetligt sätt inom landet.	Verksamheten ska bedrivas strategiskt *och i förebyggande syfte*, effektivt samt på ett enhetligt sätt inom landet.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.

[7] Senaste lydelse 2014:1049.

2 Utredningens uppdrag och arbete

I detta kapitel ges först en beskrivning av utredningens ansats och läsanvisningar till betänkandet. Därefter beskrivs utredningens uppdrag och bakgrund till uppdraget, utredningens tolkning av uppdraget, hur utredningen har bedrivit sitt arbete samt vilka begrepp som används i betänkandet.

2.1 Utredningens ansats och läsanvisningar till betänkandet

2.1.1 Utredningens juridiska ansats och undersökningar av problemet

Utgångspunkten för detta betänkande är den problembild som beskrivs i direktiven till utredningen och där regeringens oro för den rådande situationen med en utveckling av att allt fler tecknar en privat sjukvårdsförsäkring beskrivs. Det anges i direktiven att det befaras att tilliten till hälso- och sjukvården och välfärdssamhället kan minska genom att de lagstadgade principerna som utgör den etiska plattformen åsidosätts. Utredningen anser att det är viktigt att bilda sig en uppfattning om hur de privata sjukvårdsförsäkringarna påverkar den svenska välfärdsmodellen, där de olika välfärdstjänsterna i huvudsak är offentligfinansierade. Se kapitel 12.

Utredningen har en juridisk ansats för att beskriva och analysera frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen har gjort eftersökningar för att kartlägga hur svensk hälso- och sjukvård är reglerad, finansierad och organiserad och om sjukvården uppfyller de lagstadgade målen om en god och patientsäker vård.

Utredningen kan konstatera att frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i princip är oreglerade. Denna brist på ändamålsenliga och tydliga regler har skapat en osäkerhet om rättsläget som inte gagnar den diskussion som pågår om privata sjukvårdsförsäkringar. Exempelvis finns en osäkerhet om vilka regler som gäller för den vård som betalas via privata sjukvårdsförsäkringar och om en privat vårdgivare får ha olika väntetider för patienter, beroende på hur avtalet med uppdragsgivaren är formulerat. Se kapitel 8.

Bristen på ändamålsenliga och tydliga regler har även bidragit till att det finns stora kunskapsluckor om försäkringar, t.ex. saknas kunskap om vilka som har och utnyttjar försäkringarna, liksom vad försäkringsbolagen faktiskt betalar för vården. Kunskap saknas även om privatpersoners och arbetsgivares incitament för att teckna privata sjukvårdsförsäkringar. Se kapitel 7.

Kunskapsluckorna skapar stora svårigheter när konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar ska studeras. Det gäller både positiva och negativa följder så som risk för att hälso- och sjukvårdens målsättning om en god och patientsäker vård inte uppfylls och om påverkan på efterfrågan på vård och vårdens kapacitet. Se kapitel 11.

Regionerna och staten har inom ramen för sitt nuvarande mandat en möjlighet och skyldighet att ta ett större ansvar än vad som sker i dag för att kontrollera och öka kunskapen om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Se kapitel 12.

2.1.2 Utredningens förslag rikas mot staten och regionerna i det korta perspektivet

För att regionerna, vårdgivarna och myndigheterna ska kunna ta sitt ansvar och kontrollera att vården är god och patientsäker krävs ett tydligt och ändamålsenligt regelverk. I dag saknas sådana regler med koppling till privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen anser att ett första steg bör vara att stärka regionernas möjligheter att ta sitt ansvar som huvudmän för hälso- och sjukvården. Utredningen föreslår därför en skyldighet för regionerna att i avtalet med den privata vårdgivaren reglera hur det säkerställs att vårdgivarens övriga uppdrag inte påverkar de offentligfinansierade patienterna. Utredningen anser också att staten ska ta sitt ansvar genom en effektivare tillsyn över hälso- och sjukvården. Utredningen lämnar därför flera förslag

till ny lagstiftning och andra författningsändringar. De redovisas och kommenteras i kapitel 13.

Utredningens strävan är också att bidra till ett helhetsperspektiv och transparens i frågan om privata sjukvårdsförsäkringar på det omfattande politikområde som hälso- och sjukvårdspolitiken utgör och som ofta är uppe till diskussion. Kunskapen måste stärkas om hur privata sjukvårdsförsäkringar fungerar i praktiken, t.ex. hur mycket försäkringarna utnyttjas, vilka det är som nyttjar försäkringarna och vilken vård det är som betalas via en försäkring. Utredningen lämnar därför olika förslag för att stärka kunskapen om privata sjukvårdsförsäkringar. De redovisas och kommenteras i kapitel 13.

2.1.3 Beredskap för ytterligare åtgärder

Bristen på ändamålsenliga och tydliga regler har lett till en otillräcklig kunskap och kontroll av de privata sjukvårdsförsäkringarna. Det gör det angeläget att oron för konsekvenserna av sjukvårdsförsäkringarna inte leder till förhastade beslut som inte bygger på en juridisk analys och faktabaserade underlag. Samtidigt är det viktigt att en beredskap byggs upp för att inom en nära framtid kunna vidta de ytterligare åtgärder som uppföljningen av utredningens förslag motiverar. Utifrån ny kunskap och erfarenhet om privata sjukvårdsförsäkringar kan det därför framöver finnas behov av ytterligare åtgärder. Se kapitel 14.

2.2 Utredningens uppdrag och bakgrunden till uppdraget

2.2.1 Uppdraget

I direktivet anges att utredaren ska

– beskriva de undanträngningseffekter eller risker för sådana effekter som privata sjukvårdsförsäkringar har lett till inom hälso- och sjukvården,

– föreslå författningsförslag, eller andra åtgärder som utredaren finner motiverade, som i möjligaste mån säkerställer att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar inte får snabbare tillgång till

vård eller bättre vård i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården framför patienter utan sådana försäkringar,

– lämna ett författningsförslag som innebär begränsningar av hur hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs enligt avtal med regionen får finansieras, och
– analysera hur förslagen förhåller sig till rätten till egendomsskydd och näringsfrihet.

Utredningen ska även motivera eventuella begränsningar av den kommunala självstyrelsen.

2.2.2 Bakgrunden till uppdraget

Bakgrunden till uppdraget framgår av direktivet[1]. I direktivet hänvisas till en rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys[2] där det konstateras att personer med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt får vård snabbare än personer som söker vård genom den offentligfinansierade hälso- och sjukvården, och att det inte är sannolikt att det beror på att de i genomsnitt har större medicinska behov. Vidare konstateras i rapporten att patienter med offentlig finansiering på gruppnivå i genomsnitt får vänta längre än privatfinansierade patienter hos privata vårdgivare som tar emot båda typerna av patienter.

Av direktivet framgår att regeringen ser med oro på den rådande situationen och att en förutsättning för att ett välfärdssystem som det svenska ska fungera är att invånarna känner tillit till och förtroende för systemet. Den snabba utvecklingen där allt fler svenskar tecknar en privat sjukvårdsförsäkring och därigenom kan få förtur till vård riskerar, enligt direktivet, att urholka tilliten för hälso- och sjukvården. Vidare anges i direktivet att det är av grundläggande betydelse att lagstiftningen så långt det är möjligt säkerställer att huvudprinciperna för svensk hälso- och sjukvård inte åsidosätts.

I budgetpropositionen för 2021 gör regeringen flera uttalanden som är relevanta för frågan om privata sjukvårdsförsäkringar i hälso- och sjukvården.[3] Regeringen skriver att alla ska erbjudas en behovs-

[1] Dir. 2020:83.
[2] Vård- och omsorgsanalys 2020:3.
[3] Prop. 2020/21:1 Utgiftsområde 9.

anpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet och att en sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig.[4] Regeringen uttalar att principen om vård efter behov ska tryggas och att tillgängligheten till vården ska förbättras. Regeringen betonar att en av de viktigaste frågorna för regeringen under innevarande mandatperiod har varit att förbättra tillgängligheten inom hälso- och sjukvården genom kortare köer men att den pågående pandemin har inneburit att ett stort antal planerade besök och operationer har behövt ställas in. Det har medfört att antalet personer som väntat på vård längre än vårdgarantins 90 dagar har ökat kraftigt. Regeringen uttalar också att ökad tillgänglighet i vården kräver en kombination av lösningar och att den avser att genomföra insatser för att stödja regionerna i arbetet med att korta väntetiderna och minska köerna. En viktig del utgörs enligt regeringen av Tillgänglighetsdelegationens arbete med att samverka med regionerna och stödja deras arbete med att ta fram och genomföra regionala handlingsplaner för kortare väntetider. En annan viktig del i arbetet för att korta köerna är, enligt regeringen, att regionernas och vårdgivarnas, oavsett utförare, samlade kapacitet används mer effektivt.[5]

Regeringen betonar också att vård ska finnas tillgänglig för alla i Sverige på lika villkor. Den offentligfinansierade hälso- och sjukvården ska vara jämlik och ges efter behov och inte betalningsförmåga. Regeringen påpekar att den därför har tillsatt denna utredning.[6]

I överenskommelsen från januari 2019 mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna (det s.k. januariavtalet) finns skrivningar om att korta köerna och att trygga principen om vård efter behov. Vite eller sanktioner ska kunna åläggas huvudmän som inte uppfyller vårdgarantin, om det visar sig att andra åtgärder inte räcker till.[7] I juli 2021 tillträdde en ny regering.

[4] Prop. 2020/21:1 Utgiftsområde 9, s. 42.
[5] Prop. 2020/21:1 Utgiftsområde 9, s. 43.
[6] Prop. 2020/21:1 Utgiftsområde 9, s. 44.
[7] Utkast till sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna, 2019-01-11.

2.3 Utredningens tolkning av uppdraget

2.3.1 Uppdraget om privata sjukvårdsförsäkringar och den offentligfinansierade vården

Utredningen har sett behov av att tydliggöra begreppet offentligfinansierad vård och förekomsten av sjukvårdsförsäkringar i den vården utifrån vad som anges i direktivet till utredningen.

Det saknas en legaldefinition av begreppet offentligfinansierad vård eller offentlig finansiering. Begreppen omnämns dock i ett flertal författningar och förarbeten. Med offentligfinansierad hälso- och sjukvård brukar avses vård som är finansierad av allmänna medel.[8]

Den offentligfinansierade hälso- och sjukvården betalas huvudsakligen av regionen. Det gäller både sådan vård som regionen bedriver i egen regi och sådan vård som en privat vårdgivare utför enligt avtal på uppdrag av regionen. Regionerna får sina intäkter genom skatter och statliga bidrag men även genom patientavgifter. Det finns även olika former av privatfinansierad vård men den är av marginell omfattning. Exempelvis kan vården betalas via en privat sjukvårdsförsäkring eller kontant direkt av patienten.

Utredningen kan inte finna att det förekommer privata sjukvårdsförsäkringar i den offentligfinansierade vården. Det finns dock inte några uttryckliga regler om huruvida det är tillåtet eller inte. Även om det inte förekommer några betalningar via privata sjukvårdsförsäkringar i den offentligfinansierade vården kan sådana försäkringar ha konsekvenser för hälso- och sjukvården i olika avseenden. Att privata sjukvårdsförsäkringar kan ha konsekvenser för den offentligfinansierade vården innebär inte att den försäkringsfinansierade vården kan ses som en del av den offentligfinansierade vården. Exempel på faktorer som kan påverkas av förekomsten av sjukvårdsförsäkringar är tillgång till hälso- och sjukvård och tillgång till personal samt prioriteringar mellan patienter.

I detta sammanhang är det också viktigt att komma ihåg att en privat vårdgivare kan utföra vård på uppdrag av olika uppdragsgivare, t.ex. en eller flera regioner, av en patient som betalar kontant eller av ett försäkringsbolag som betalar för en patient med en privat sjukvårdsförsäkring. Det är endast den vårdverksamhet som bedrivs på

[8] Se t.ex. prop. 2017/18:40, s. 84, prop. 1995/96:176, s. 54 f. och prop. 2009/10:67, s. 49.

uppdrag av regionen som är offentligfinansierad medan den andra verksamheten är privatfinansierad.

Utredningen har tolkat skrivningarna i uppdraget om att säkerställa ”att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar inte får snabbare tillgång till vård eller bättre vård i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården framför patienter utan sådana försäkringar”, som att den delen framför allt avser att tillförsäkra de offentligfinansierade patienterna en god och patientsäker vård i enlighet med de grundläggande principer och bestämmelser som gäller för hälso- och sjukvården, så som den etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården, i betänkandet refererad till som den etiska plattformen. De offentligfinansierade patienterna ska inte påverkas negativt av att vårdgivaren även tar emot privatfinansierade patienter. Det anges att utredningen i denna del ska föreslå författningsförslag eller andra åtgärder. Sådana andra åtgärder kan t.ex. vara regeringsuppdrag till myndigheter om att utföra fördjupade analyser eller rekommendationer till andra aktörer om att ta fram riktlinjer eller annat stödmaterial.

Som framgår av kapitel 8 är det flera aktörer som menar att det är svårt att få ledning från den etiska plattformen i vissa frågor och också föreslår en översyn av den etiska plattformen av olika skäl. Bl.a. pågår en diskussion om hur den etiska plattformen ska tillämpas i frågor om privatfinansierad vård, efterfrågestyrd vård och patientens valfrihet, dvs. frågor som har koppling till privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen konstaterar att den etiska plattformen är reglerad i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Arbetet med att ta fram den etiska plattformen och tillhörande lagstiftning var inriktat på den offentligfinansierade vårdens åtaganden och hur regionerna skulle kunna klara av sitt uppdrag utan att nya resurser tillfördes vårdområdet. I de förarbeten som togs fram för över 30 år sedan saknas därför i princip helt resonemang om privatfinansierad vård. För det fall man vill ändra eller komplettera den etiska plattformen med resonemang om t.ex. privatfinansierad vård behöver man således se över vilka effekter det får på lagstiftningen. Det har inte legat i utredningens uppdrag att se över den etiska plattformen med tillhörande lagstiftning.

Utredningen har även till uppdrag att ”lämna ett författningsförslag som innebär begränsningar av hur hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs enligt avtal med regionen får finansieras”.

Hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs enligt avtal med regionen är offentligfinansierad. Utredningen har sålunda tolkat denna del av uppdraget som att den avser hur den offentligfinansierade vården som utförs av en annan aktör än regionen får finansieras och då mer specifikt om den får finansieras med privata medel.

2.3.2 En neutral begreppsapparat är nödvändig för en saklig diskussion

Privata sjukvårdsförsäkringar och deras konsekvenser är föremål för en förhållandevis omfattande debatt.[9] Det saknas dock robusta kunskapsunderlag och den officiella statistiken är bristfällig.[10] Det saknas t.ex. uppgifter om hur mycket försäkringsbolagen betalar för hälso- och sjukvården. Det saknas också officiella uppgifter om vilken vård det är som betalas med sjukvårdsförsäkringar och vilka patienter det är som betalar på det sättet. Det saknas även heltäckande underlag om vilka konsekvenser privata sjukvårdsförsäkringar har på hälso- och sjukvården. Bristen på information försvårar en saklig diskussion.

I diskussionen om privata sjukvårdsförsäkringar finns skilda ideologiska uppfattningar om riskerna med sådana försäkringar och synen på välfärdssamhället och hälso- och sjukvården. För att kunna lämna en så korrekt och värderingsfri redogörelse som möjligt används i betänkandet juridiska begrepp och andra neutrala beskrivningar för att undvika att läsaren lägger in värderingar i begreppen. Utredningen använder sig i första hand av de definitioner som återfinns i regelverken för att beskriva olika situationer. Se kapitel 2.5 för vilka begrepp som kommer att användas. I det följande kommenteras begreppen kö och blandform.

En uppgift för denna utredning är att lämna förslag som säkerställer att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar inte får snabbare tillgång till vård eller bättre vård i den offentligfinansierade hälso- och sjukvården framför patienter utan sådana försäkringar. Uppdraget rör således prioriteringar mellan olika patienter. I debatten om sjukvårdsförsäkringar används orden ”kö” och ”vårdkö” i samband med diskussionen om prioriteringar. Exempelvis beskrivs att patienter som betalar med privata sjukvårdsförsäkringar ”går före

[9] Se beskrivning av detta i kapitel 2.4.
[10] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 5.

i kön och får en gräddfil i vården".[11] Ordet vårdkö förekommer även i andra sammanhang, t.ex. i diskussionen om i vilken ordning olika grupper ska få vaccin mot covid-19 och kring den s.k. kömiljarden.[12] I januariavtalet används begreppet vårdkö och att det ska tas fram en generalplan för kortare köer inom vården tillsammans med regionerna.[13] Vidare har Socialstyrelsen i uppdrag att följa och analysera utvecklingen av väntetider och vårdköer inom hälso- och sjukvården.[14]

Såvitt utredningen har kunnat se finns det inte några bestämmelser om att det ska finnas en eller flera köer till hälso- och sjukvården och beskrivningen återfinns inte heller i några förarbeten. I kapitel 6, figur 6.2. beskrivs flera olika sätt för en patient att få vård.

Regionerna har stor frihet att bestämma hur hälso- och sjukvården ska vara organiserad och organisationen skiljer sig åt mellan regionerna. Hälso- och sjukvården är inte reglerad eller organiserad på ett sätt som förutsätter eller kräver att det finns en kö. Patienter kan t.ex. få vård i en annan region eller i ett annat land och utländska patienter kan få vård i Sverige. En patient kan också få vård av flera olika aktörer. T.ex. kan patientens första kontakt vara med vård som bedrivs av regionen i egen regi medan den fortsatta vården kan ges av en privat vårdgivare med regionen som huvudman.[15] Dessutom är den hälso- och sjukvård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar organiserad på ett delvis annat sätt än den offentligfinansierade vården. Den vården är t.ex. inte uppbyggd utifrån fördelningen primärvård och specialistvård. Försäkringsbolagens villkor innebär att de enbart bekostar vårdåtgärder som utförs av de specialister som försäkringsbolaget har hänvisat till och har avtal med. Patienter som finansierar sin vård via privata sjukvårdsförsäkringar har således inte kontakt med primärvården på samma sätt som de offentligfinansierade patienterna.[16]

[11] Se t.ex. Katalys (2020).
[12] Folkhälsomyndighetens Rekommendation om vaccination mot covid-19, och *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården under 2021* – överenskommelse mellan staten och SKR. Se även SOU 2021:59, s. 35 och 134 om att använda andra begrepp än kö.
[13] Utkast till sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna, 2019-01-11.
[14] Socialstyrelsen har sedan den 25 juni 2020 regeringens uppdrag att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt följa och analysera väntetider i hälso- och sjukvården (S2020/05634/FS – delvis).
[15] För vidare beskrivning av detta, se kapitel 6.
[16] För vidare beskrivning av detta, se kapitel 5.

Utredningen kommer att i möjligaste mån undvika att använda begreppet kö och i stället beskriva vad som avses och då framför allt utifrån vad som gäller enligt regelverken. Värt att notera är att det inte finns regler om att få snabbast vård eller snabbare vård än någon annan. Däremot är det reglerat att olika vårdåtgärder ska ske inom viss föreskriven tid (vårdgarantin), att målet med hälso- och sjukvården bl.a. är en vård på lika villkor för hela befolkningen samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Det finns även regler om rapportering av väntetider till den nationella väntetidsdatabasen som SKR ansvarar för. Dessa olika legala beskrivningar kommer framför allt att användas i detta betänkande.

Ett annat ord som används i debatten är ”blandform” och att vårdgivaren blandar verksamhet bestående av offentligfinansierade patienter med verksamhet som består av privatfinansierade patienter.[17] Med detta begrepp brukar avses den situationen att en privat vårdgivare har flera uppdragsgivare och bedriver vård på uppdrag av regionen, dvs. offentligfinansierad vård, och samtidigt tar emot patienter som betalar för hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar.

Den privata vårdgivarens organisation kan se olika ut. I och med att privata vårdgivare kan ha flera verksamheter och flera uppdragsgivare, både offentligfinansierade och privatfinansierade, kan det av olika skäl finnas behov av att kunna särskilja vissa delar av de olika verksamheterna. Exempelvis finns det regler om redovisning och bokföring som kan förutsätta skilda system och som gäller för alla aktörer, inte bara de privata vårdgivarna. Det finns även sekretessregler som gör att uppgifter om patienter inte får delas helt fritt mellan olika verksamheter.

Förutom att det finns regler som förutsätter att systemen hålls separerade i vissa delar finns en frihet för vårdgivaren att organisera verksamheten på det sätt som denna anser vara lämpligt. I vissa fall är den vård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar separerad, t.ex. i en särskild juridisk person, i förhållande till den offentligfinansierade vården, medan vissa aktörer inte har en lika tydlig uppdelning utan bedriver vården t.ex. i samma lokal och med samma personal. Eftersom utredningen menar att det finns en risk att begreppet ”blandform” associeras med sammanblandning eller hop-

[17] Se t.ex. Katalys (2020), s. 12 f.

blandning kommer det begreppet att undvikas. I stället kommer utredningen beskriva vad som avses. Den vanligaste beskrivningen kommer då vara att vårdgivaren har flera uppdrag som kan vara offentligfinansierade eller privatfinansierade. Typ av uppdragsgivare kommer också beskrivas, t.ex. region, försäkringsbolag eller privatbetalande patienter.

2.4 Utredningens arbete

I detta avsnitt beskrivs hur utredningen har arbetat med uppdraget. I utredningens direktiv beskrivs att utredaren i sitt arbete ska föra en dialog med och inhämta synpunkter från myndigheter, näringsliv och andra berörda i den utsträckning som utredaren behöver och bedömer är lämpligt. Utredningen har eftersträvat ett öppet arbetssätt och har kontinuerligt fört dialog med olika aktörer.

Utredningen har anlitat konsultstöd för viss del av arbetet med faktainsamling, undersökningar och analyser. Detta arbete har utförts av Mapsec AB och Lumell Associates AB.

Förutom den egna insamlingen av relevant material till betänkandet har utredningens arbete p.g.a. covid-19-pandemin präglats av digitala möten och telefonkontakter.

2.4.1 Inläsning, insamling och dialoger

Utredningen har undersökt författningstext, förarbeten till lagstiftning, rättsfall och tagit del av forskningsmaterial, myndighetsrapporter, litteratur och övriga källor som har haft relevans för uppdraget.

Utredningen har även tagit del av den omfattande debatten vad gäller privata sjukvårdsförsäkringar.[18] Vård- och omsorgsanalys gjorde en artikelsökning för tiden den 16 september 2019 till den 16 mars 2020 och fann att det då publicerades närmare 1 400 artiklar

[18] För t.ex. riksdagsmotioner se Socialutskottets betänkande 2020/21:SoU16. För debatt i regionerna, se t.ex. regionfullmäktige i Västra Götalandsregionens beslut den 18 maj 2021, § 111 (beslut med anledning av motionen *Förslag om hårdare krav vid upphandlingar för att undvika personalbrist och en ojämlik vård*, RS 2020-03968), Vårdstyrelsen i Region Uppsalas sammanträde den 23 november 2020, § 123/20, dnr VS2020-00109 avseende behandling av *Initiativ för en tryggare och jämlikare sjukvård*, samt regionfullmäktige i Region Uppsalas sammanträde den 26 februari 2020, §19/20 och den 25 november 2020, § 111/20 och 112/20 för interpellationsdebatter.

om privata sjukvårdsförsäkringar.[19] Även utredningen har gjort en artikelsökning i ett mediearkiv och under tiden den 1 augusti 2020 till den 31 juli 2021 blev det 421 träffar med koppling till privata sjukvårdsförsäkringar. Träffarna återfinns i tryckt press, webb och TV/Radio.[20] Debattörerna är framför allt forskare, politiker och organisationsföreträdare. Frågor som debatteras rör bl.a. huruvida privata sjukvårdsförsäkringar är förenliga med den s.k. etiska plattformen och jämlik vård för hela befolkningen, hur långt regionernas ansvar sträcker sig, IVO:s tillsyn, vinster i välfärden samt bisysslor.

I detta betänkande hänvisas på flera ställen till vad som diskuteras och debatteras i ”den allmänna debatten” se t.ex. detta kapitel om vilka begrepp som används, kapitel 5 om fackförbundens inställning till privata sjukvårdsförsäkringar, kapitel 8 om den etiska plattformen och en jämlik vård för hela befolkningen, kapitel 9 om bisysslor, kapitel 10 om den internationella debatten samt kapitel 12 om synen på välfärdssamhället. Det är tydligt att det finns skilda åsikter i dessa frågor men det har inte varit möjligt för utredningen att närmare sortera och gruppera de olika åsikterna. Det är därför inte möjligt att t.ex. återge samtliga källor i noterna i betänkandet. Utredningens hänvisningar till vad som debatteras ska inte heller betraktas som uttömmande. I vissa fall gör utredningen exemplifieringar och sammanfattningar av vad som förekommer i debatten.

Utredningen har därutöver samlat in information genom enkäter, intervjuer och dialoger med olika aktörer. Utredningen har skickat ut två olika enkäter. Den ena har gått till de olika patientnämnderna i Sverige. Den andra enkäten riktade sig till upphandlare hos regionerna.

Utredningen har genomfört två strukturerade intervjusessioner. I den första intervjuades företrädare för regioner. I den andra intervjuades företrädare för privata vårdgivare. Dessa beskrivs närmare i kapitel 6.

Utredningar har vidare haft kontakt med andra pågående utredningar som Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S 2020:12) och Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01).

Utredningen har också deltagit i en policydialog den 16 juni 2021 anordnad av Socialstyrelsen i samarbete med European Observatory

[19] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 43.
[20] Sökning i Retrievers mediearkiv, perioden den 1 augusti 2020 till den 31 juli 2021.

on Health Systems and Policies, på temat *Privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige – lärdomar från andra länder*.

Förutom att utredningen har haft kontakt med de myndigheter som varit representerade i utredningens expertgrupp har kontakter tagits med SCB, Skatteverket, Finansinspektionen och Riksrevisionen. Vad gäller organisationer m.m. som inte har varit representerade i utredningen har utredningen haft kontakt med Vårdföretagarna, Smer och Funktionsrätt Sverige. Utredningen har också haft kontakter med forskare verksamma vid universitet i Uppsala, Stockholm, Lund och Linköping.

2.4.2 Expertgrupp och sammanträden

Till utredningen är en expertgrupp knuten med sakkunniga från myndigheter, organisationer och Regeringskansliet. Expertgruppen består av fyra sakkunniga från Regeringskansliet och elva experter som representerar myndigheterna IVO, Konkurrensverket, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Socialstyrelsen och Upphandlingsmyndigheten samt organisationerna LO, SKR, Svensk försäkring, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges läkarförbund och Vårdförbundet.

Deltagarna i expertgruppen har bidragit med värdefulla och konstruktiva synpunkter och underlag under hela utredningsarbetet. Sammanlagt har fem utredningssammanträden hållits. Inför sammanträdena har utredningen delat texter för genomläsning av expertgruppen. Sammanträdena har fokuserat på diskussion utifrån de utskickade texterna och utifrån olika teman.

Vid ett av utredningens sammanträden deltog en representant för Vårdföretagarna. Representanter från Smer och Länsförsäkringar har även deltagit som gästföreläsare vid några av sammanträdena.

2.5 Begrepp som används i betänkandet

Utredningen använder följande begrepp. Beskrivningen sker i bokstavsordning. Vid citat används originalordet.

Avtal om att bedriva vård på uppdrag av regionen

Regionen kan uppdra åt någon annan aktör att bedriva den vård som regionen ansvarar för. Uppdraget ska då regleras i avtal. I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) beskrivs detta som ett ”avtal med annan om överlämnande av uppgifter” och att regioner ”får med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen ansvarar för enligt denna lag”. Liknande beskrivning används i 10 kap. kommunallagen (2017:725).

Ibland beskrivs denna situation, dvs. när regionen lämnar över uppgiften att utföra vården till annan aktör, som att regionen köper vård från andra aktörer. Detta till skillnad från när regionen producerar vård i egen regi. Andra begrepp som används är att regionen upphandlar eller avtalar om vård.

Utredningen kommer huvudsakligen använda beskrivningarna ”bedriva” eller ”utföra” vård på uppdrag av regionen eller med regionen som uppdragsgivare. Även beskrivningen att ”regionen har lämnat över driften” till någon annan, t.ex. till en privat vårdgivare, kommer att användas.

Behovs-solidaritetsprincipen och den etiska plattformen

Behovs-solidaritetsprincipen utgör en av tre principer i den etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården, i betänkandet refererad till som den etiska plattformen. De övriga två är människovärdesprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Etiska plattformen ska, enligt ett riksdagsbeslut från 1997, styra beslut om prioriteringar i vården.[21] Principerna är också reglerade i 3 kap. 1 § och 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Behovs-solidaritetsprincipen uttrycks i lagen som att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Utredningen använder begreppet behovs-solidaritetsprincipen utifrån hur den är formulerad i hälso- och sjukvårdslagen.

Behovs-solidaritetsprincipen är avsedd att ge ledning både på ett övergripande plan, för att fördela samhällets resurser då dessa inte räcker till allt åt alla, och att vara vägledande i det direkta vårdarbetet, vilket gör att principen innehåller stor grad av komplexitet.[22] Den

[21] Socialutskottets betänkande 1996/97:SoU14, beslut i riksdagen den 16 april 1997.
[22] SOU 2001:8, s. 107.

etiska plattformen och tillhörande regelverk togs framför allt fram för att hantera prioriteringar i den offentligfinansierade vården, dvs. inte i den privatfinansierade vården.

God vård

Det används flera olika begrepp och beskrivningar för att beskriva målet med hälso- och sjukvården och hur den bör vara utformad och bedrivas.

Vissa begrepp och beskrivningar finns i lagstiftning som kompletteras med skrivningar från myndigheter. God vård är ett kvalitetsbegrepp. I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, anges att målet med hälso- och sjukvården är en *god hälsa* och en *vård på lika villkor för hela befolkningen*. Målbestämmelserna infördes i tidigare hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). I propositionen till den lagen var det tydligt att lagen hade karaktären av en målinriktad ramlag ”med möjlighet för huvudmännen att anpassa verksamheten efter lokala och regionala behov och förutsättningar”.[23] Det uttalades vidare att ”målen anger önskvärda framtida tillstånd”.[24]

I förarbetena uttalas att det ”främsta målet är en god hälsa för hela befolkningen”. Vidare uttalas att målet om en god hälsa förutsätter åtgärder för att befästa, skapa eller återställa ett så gott hälsotillstånd som möjligt för den enskilde individen. Det förutsätter också allmänt förebyggande insatser för att så långt som möjligt begränsa riskerna i livsmiljön och därmed en god hälsopolitisk planering.[25]

Om det andra målet ”en vård på lika villkor för hela befolkningen” uttalas i förarbetena att det innebär att det i princip bör vara möjligt för alla, oavsett var de bor i landet, att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Därav följer bl.a. att ekonomiska, sociala, språkliga, religiösa, kulturella och geografiska förhållanden inte får hindra den enskilde att erhålla vård. Möjligheterna att vid behov erhålla vård får sålunda inte, enligt uttalanden i förarbeten, påverkas av sådana förhållanden som ålder, kön, förmåga att ta initiativ, utbildning, betalningsförmåga, nationalitet, kulturella olikheter, sjukdomens art och sjukdomens varaktighet. Inte heller eventuella väntetider får påverkas av sådana förhållanden.

[23] Prop. 1981/82:97, s. 17.
[24] Prop. 1981/82:97, s. 26.
[25] Prop. 1981/82:97, s. 27.

Även för inte akuta eller mindre allvarliga tillstånd måste möjligheter finnas att få god vård inom rimlig tid. I förarbetena anges att samhället måste ha skyldighet att se till att, inom ramen för tillgängliga resurser och kunskaper, vård erbjuds åt alla vårdbehövande. Därvid är det särskilt angeläget för samhället att värna om vissa grupper som är särskilt utsatta, t.ex. äldre och handikappade.[26]

I förarbetena betonas huvudmännens ansvar för dessa mål och det är tydligt att det är den offentligfinansierade vården som bestämmelsen framför allt tar sikte på och därmed inte den privatfinansierade vården.[27]

I nuvarande hälso- och sjukvårdslag (2017:30), HSL, är också den s.k. etiska plattformen reglerad. Det anges i 3 kap. 1 § att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Vidare anges i 4 kap. 1 § att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. I samma lag anges också, i 3 kap. 2 §, att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.

Det finns olika författningskrav på vårdens kvalitet och utförande som alla huvudmän och vårdgivare måste följa. En grundläggande utgångspunkt, som anges i 5 kap. 1 § HSL, är att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard,
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och
5. vara lätt tillgänglig.

Socialstyrelsen har utvecklat begreppet god vård i sex dimensioner, som utgår från både patienters förväntningar på vården och från regelverk, nämligen följande:

[26] Prop. 1981/82:97, s. 27 f.
[27] Prop. 1981/82:97, s. 27 f.

1. *Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård*. Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård innebär att vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt.
2. *Säker hälso- och sjukvård*. Säker hälso- och sjukvård innebär att vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete.
3. *Patientfokuserad hälso- och sjukvård*. En patientfokuserad hälso- och sjukvård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar, och att dessa vägs in i de kliniska besluten.
4. *Effektiv hälso- och sjukvård*. Med effektiv hälso- och sjukvård avses att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål. Detta innebär att vården utformas och ges i samverkan mellan vårdens aktörer baserat på tillståndets svårighetsgrad och kostnadseffektiviteten för åtgärderna.
5. *Jämlik hälso- och sjukvård*. Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla.
6. *Hälso- och sjukvård i rimlig tid*. Hälso- och sjukvård i rimlig tid innebär att ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av.[28]

I 7 kap. 2 a § HSL regleras också att regionen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen.

I 2 kap. 1 § patientlagen (2014:821) anges att vården ska vara lätt tillgänglig. Regeringen beskriver begreppet tillgänglig i kommittédirektivet till Tillgänglighetsdelegation.[29] I direktivet anges att tillgänglighet handlar om balansen mellan invånarnas behov av vård och vårdens kapacitet och resurser att möta dessa. En tillgänglig vård innebär att vården är lätt att komma i kontakt med och att insatser ges inom rimlig tid. Tillgänglighet, enligt direktiven till den utredningen, handlar också om geografisk närhet, behovsanpassade öppettider, gott bemötande och möjligheter till digitala kontaktlösningar med vår-

[28] Se t.ex. Socialstyrelsen (2019) och Socialstyrelsen 2006-101-2.
[29] Dir. 2020:81. Utredningens formella namn är Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

den. Vidare innebär tillgänglighet att hälso- och sjukvården ska utformas så att den inte utestänger personer med särskilda behov, som t.ex. personer med funktionsnedsättningar eller personer som har ett annat modersmål än svenska. I direktiven anges att det är av särskild vikt att berörda aktörer beaktar eventuella risker för undanträngningseffekter, dvs. att patienter med mindre medicinska behov ges vård före patienter med större medicinska behov, vid utformandet av olika tillgänglighetsinsatser.[30]

IVO skriver i en rapport att ”för att hälso- och sjukvården ska kunna uppnå målen måste befolkningen kunna komma i åtnjutande av hälso- och sjukvården. Att hälso- och sjukvården är tillgänglig för befolkningen är alltså en förutsättning för målet om en vård på lika villkor”.[31]

Regeringen utvecklar sitt mål på hälso- och sjukvårdspolitikens område i Budgetpropositionen för 2021. Där framgår att målet för hälso- och sjukvårdspolitiken är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. En sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig. På det folkhälsopolitiska området är regeringens övergripande mål att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.[32]

Utredningen kommer precisera vilka mål och krav som avses med olika beskrivningar i betänkandet. T.ex. kommer det särskilt anges i de fall utredningen avser bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. I de fall det är nödvändigt med en övergripande beskrivning kommer begreppen god och patientsäker vård att användas. Se nedan om begreppet patientsäker vård.

Huvudman

Med begreppet huvudman avses i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, den region eller den kommun[33] som enligt den lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård (se 2 kap. 2 §). I samma

[30] Dir. 2020:81.
[31] IVO 2021-7, s. 12.
[32] Prop. 2020/21:1 Utgiftsområde 9.
[33] Den kommunala hälso- och sjukvården kommer inte att beröras närmare i detta betänkande, då den inte omfattas av utredningens direktiv.

bestämmelse anges också att inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet. En region kan bedriva hälso- och sjukvården i egen regi och är då både huvudman och vårdgivare. Enligt HSL är det således endast regionen som kan benämnas huvudman. Utredningen kommer att använda begreppet huvudman för att beskriva när regionen har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården och lämnat över viss vård till privata vårdgivare. Regionens ansvar som huvudman består bl.a. av att erbjuda vård (antingen i egen regi eller genom uppdrag åt någon annan) och att finansiera, organisera och planera vården.

En privat vårdgivare kan inte vara huvudman enligt HSL:s definition. Det finns inte något annat vedertaget begrepp för att beskriva en sådan aktör, utan utredningen kommer i dessa situationer särskilt skriva ut vad som då avses, t.ex. att en privat vårdgivare bedriver vård som inte är på uppdrag av regionen. I vardagligt tal brukar detta benämnas som ”privat privat” vård.

Begreppet huvudman har alltså en annan innebörd inom hälso- och sjukvården än på skolans område. Skollagen (2010:800) bygger på att det finns både enskilda och offentliga huvudmän. Kommunen är huvudman för de kommunala skolorna. Däremot är det skolans styrelse som är huvudman för de fristående skolorna. Det är huvudmannen som bestämmer hur skolan ska arbeta, ser till att skolan har de resurser som krävs och arbetar för att skolan ska bli bättre. Det är huvudmannen som ansvarar för att alla elever ska nå målen. Huvudmannen ska också se till att utbildningen följer de bestämmelser som finns. Eftersom kommunerna inte är huvudmän för de fristående skolorna har de inte möjlighet att ställa krav på någon annan verksamhet än sådan de själva ansvarar för.[34]

Komplementär respektive supplementär sjukvårdsförsäkring

Privata sjukvårdsförsäkringar delas ibland in i komplementära respektive supplementära sjukvårdsförsäkringar. Denna indelning används t.ex. vid internationella jämförelse då det skiljer sig åt mellan länderna vilken typ av försäkringar som är vanligast. I Sverige är supplementära sjukvårdsförsäkringar vanligast (cirka 6,5 procent av befolkningen har en sådan försäkring) medan det t.ex. i Kanada är

[34] SOU 2017:38, s. 59.

vanligast med komplementära försäkringar (cirka 69 procent av befolkningen har en sådan försäkring), se kapitel 10.

En *komplementär sjukvårdsförsäkring* innefattar sådant som inte erbjuds inom ramen för det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet. En *supplementär sjukvårdsförsäkring* innefattar sådant som erbjuds inom det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet, men då ofta med erbjudande om t.ex. tillgänglighet, korta väntetider eller valfrihet i olika former. Supplementära sjukvårdsförsäkringar kan innehålla inslag som räknas som komplementära. T.ex. ersätter flera av de svenska sjukvårdsförsäkringarna patientens utgifter för avgifter.

Offentligfinansierad vård

Som tidigare nämnts i kapitel 2.3.1 saknas det en legaldefinition av begreppet offentligfinansierad vård eller offentlig finansiering. Begreppen omnämns i ett flertal författningar och förarbeten. Med offentligfinansierad hälso- och sjukvård brukar avses vård som är finansierad av offentliga medel, dvs. inte privatfinansierad.

Med offentligfinansierad vård avser utredningen sådan vård som bedrivs av regionen i egen regi och som betalas med offentliga medel, bl.a. skatt och statsbidrag. Med offentligfinansierad vård avses även sådan vård som regionen, enligt avtal, uppdragit åt en privat vårdgivare att utföra och som betalas av regionen. Däremot är inte sådan verksamhet som en vårdgivare utför men som inte sker på uppdrag av regionen offentligfinansierad. Det innebär att en privat vårdgivare som har flera uppdragsgivare kan utföra både vård som är offentligfinansierad och vård som inte är offentligfinansierad.

Patientsäker vård

Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet. I lagen finns bestämmelser om vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls. All vård ska ges i överenstämmelse med vetenskap och beprövad

erfarenhet. Vidare ska alla patienter ges sakkunnig och omsorgsfull vård.

Patientsäkerhet definieras i 1 kap. 6 § PSL som skydd mot vårdskada. Begreppet patientsäkerhet utgör en kvalitetsdimension i vården som är nära förknippad med god vård som avser att vården är av god kvalitet och tillgodoser patientens behov av trygghet och säkerhet. Patientsäkerhet avser ett tillstånd i vården som har att göra med i vilken grad vården förmår hindra att patienter skadas i och av vården. Patientsäkerhet kan också avse avsaknad av åtgärder när sådana är motiverade utifrån patientens tillstånd. Om patientsäkerheten är god minskar risken för vårdskador. Begreppet patientsäkerhet säger dock inget om nivån på säkerheten, eller hur respektive av vem något ska göras. Vidare förutsätter hög patientsäkerhet att andra lagar eller föreskrifter som gäller inom vården följs, t.ex. att vården bedrivs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.[35] IVO:s tillsyn över hälso- och sjukvården regleras i patientsäkerhetslagen.

Som beskrivs ovan under begreppet god vård kommer utredningen precisera vilka mål och bestämmelser som avses. I de fall det är nödvändigt med en övergripande beskrivning av dessa mål och bestämmelser kommer begreppen god och patientsäker vård att användas.

Vårdgivare

Det finns olika begrepp som definierar den som bedriver hälso- och sjukvård. I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, används begreppet vårdgivare och där avses statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet. Vårdgivarna har ett särskilt ansvar för patienter och andra i samband med den direkta hälso- och sjukvården men ska inte förväxlas med den person som rent faktiskt ger vården.[36]

Regionen behöver inte bedriva hälso- och sjukvården i egen regi utan kan uppdra åt en annan aktör att bedriva vården. I HSL används lokutionen ”någon annan” (15 kap. 1 §) för de situationer då regionen

[35] IVO 2021-7, s. 52 och prop. 2009/10:210, s. 191.
[36] Prop. 2016/17:43, s. 129.

lämnar över uppgiften att bedriva vård till t.ex. en annan region eller en privat vårdgivare. I kommunallagen (2017:725) benämns motsvarande aktör ”privat utförare” (10 kap. 7 §) och i lagen (2008:962) om valfrihetssystem ”leverantör” (2 kap. 3 §). I äldre förarbeten användes begreppet entreprenad.[37]

Vårdgivare med enbart privat finansiering omfattas också av begreppet vårdgivare. Utredningen använder begreppet vårdgivare för den som bedriver hälso- och sjukvården, oavsett om det är en region som gör det i egen regi, om det är en privat vårdgivare som bedriver vården på uppdrag åt regionen eller om vården bedrivs av en privat aktör utan uppdrag från regionen.

Av förarbetena till bestämmelsen om vårdgivare i HSL framgår att huvudmannen och vårdgivaren som regel båda har ansvar för att uppfylla kraven i de bestämmelser som gäller för all hälso- och sjukvård enligt avdelning II i lagen. Regionens särskilda ansvar som huvudman framgår framför allt av avdelningarna III och V i lagen. Regeringen uttalar också i förarbetena att ansvaret som åligger en vårdgivare är detsamma oavsett om vårdgivaren samtidigt är huvudman för verksamheten eller inte. Bestämmelser i lagen som är tillämpliga på vårdgivare gäller samtliga vårdgivare.[38]

Vårdkontakt och vårdtillfälle

Begreppen vårdkontakt och vårdtillfälle har i vissa sammanhang specifika betydelser och det kan vara nödvändigt att kunna särskilja begreppen. I Socialstyrelsens termbank[39] beskrivs vårdkontakt som ”kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal då hälso- och sjukvård utförs”. Vårdtillfälle beskrivs på samma ställe som ”vårdkontakt i sluten vård”.

Vårdkontakt är alltså ett vidare begrepp där ett vårdtillfälle kan vara ett exempel på en vårdkontakt. Andra exempel på vårdkontakter kan vara mottagningsbesök, hembesök och distanskontakt.[40]

I betänkandet används begreppen utifrån hur Socialstyrelsen definierat dem.

[37] Se t.ex. prop. 1992/93:43.
[38] Prop. 2016/17:43, s. 86 ff.
[39] https://termbank.socialstyrelsen.se/
[40] Se t.ex. Region Stockholm, HSN 2020-1419, s. 4.

Väntetider och tidsgränser

Som beskrivs ovan kommer utredningen att undvika att använda begreppet kö och i stället beskriva vad som avses och då framför allt utifrån vad som gäller enligt regelverken. De regler som är av intresse är reglerna om vårdgarantin, som är en försäkran om att den enskilde inom viss tid ska få olika vårdåtgärder. I 9 kap. i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, finns sådana bestämmelser, dvs. att regionen ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens ansvar. Däremot omfattas inte de personer som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård av regionens vårdgaranti, enligt 8 kap. 3 § HSL. Närmare bestämmelser finns i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Vårdgarantin reglerar inom vilka tidsgränser patienten ska erbjudas kontakt, bedömning, besök och planerad vård. Däremot reglerar den inte om vård alls ska ges, vilken vård som i så fall ska ges eller hur lång tid utredningen, diagnostiseringen eller behandlingen m.m. av patienten får ta. Vårdgarantin anger alltså inte hur snart en åtgärd ska ske. Däremot uttalar vårdgarantin att olika vårdåtgärder bör ske senast inom vissa tydligt angivna tidsramar.

Bestämmelserna om vårdgarantin gäller inte för den privatfinansierade vården. I de avtal som försäkringsbolagen tecknar med privata vårdgivare gäller ofta andra tidsgränser än vad som anges i regionernas avtal med de privata vårdgivarna.

Regeringen har uttalat att vårdgarantin inte är överordnad den etiska plattformens principer. Det är utredningens bedömning att samma sak gäller för de oreglerade tidsgränser som anges i t.ex. avtalen mellan den privata vårdgivaren och försäkringsbolagen. Varken den författningsreglerade vårdgarantin, eller de avtalsvillkor om tidsgränser som används i samband med försäkringsfinansierad vård, är således överordnade den etiska plattformens principer. Det är den med störst behov som ska ges företräde till vården. Först när den bestämmelsen är uppfylld kan vårdgivaren tillämpa de olika regler och avtalsvillkor om tidsgränser som gäller för vården.

I betänkandet anges vilka väntetider respektive tidsgränser som avses, dvs. antingen utifrån den författningsreglerade vårdgarantin eller utifrån vad som regleras i avtalet mellan försäkringsbolaget och den privata vårdgivaren.

3 Gällande rätt

3.1 Inledning

I detta kapitel ges en översiktlig redogörelse för lagstiftning och andra regler som särskilt berör de frågeställningar som utredningen har att ta ställning till.

Framställningen i detta kapitel följer olika ämnesområden. Kapitlet börjar med ett område som rör hälso- och sjukvårdsrelaterad lagstiftning. Därefter följer ett område som tar upp regionernas befogenheter, ansvar och skyldigheter, inklusive upphandlingsfrågor och regler om bisysslor. Därefter följer ett område kopplat till olika skydd- och rättighetslagstiftningar. Nästa område kopplar till lagstiftning som rör hälsodata, statistik och sekretess. Slutligen finns ett skatterättsligt område.

Det finns över 250 författningar som innehåller bestämmelser som reglerar olika förhållanden inom hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientlagen (2014:821) innehåller grundläggande och övergripande bestämmelser på hälso- och sjukvårdsområdet. Patientsäkerhetslagen (2010:659) syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och innehåller bl.a. bestämmelser om Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) tillsyn.

Bestämmelser om kommunal självstyrelse inklusive frågor om överlämnande av kommunala angelägenheter till andra utförare finns i regeringsformen, kommunallagen (2017:725) och hälso- och sjukvårdslagen. Även andra delar av kommunallagen och lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter är av relevans för de frågor utredningen har att hantera.

Av relevans för utredningen är också bestämmelser som styr upphandlingen av sjukvård och ersättningen till dem som utför vården. Sådana bestämmelser finns bl.a. i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling och lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

Andra bestämmelser som har relevans för utredningen är rätten till näringsfrihet och egendomsskydd, skattemässig hantering av privata sjukvårdsförsäkringar samt bisysslor.

Slutligen är bestämmelser om hälsoregister relevanta för utredningen. Sådana bestämmelser återfinns i lagen (1998:543) om hälsodataregister med flera författningar.

Hälso- och sjukvårdsrelaterad lagstiftning

3.2 Regeringsformen

I 1 kap. 2 § regeringsformen anges att den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Vidare anges att särskilt ska det allmänna trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa. Bestämmelsen, som trädde i kraft år 1977, uttrycker en målsättning för staten, till skillnad från de fri- och rättigheter som regleras som bindande rättsregler i 2 kap. regeringsformen. Målsättningsbestämmelsen uttrycker en politisk strävan och inte en utkrävbar rätt till viss vård av en särskild standard som svarar mot ett definierat behov för individen. Det har dock ansetts väsentligt att i grundlag ge uttryck för viktiga värden i form av sociala rättigheter som får stor betydelse för den enskildes välfärd och som också utgör en grundläggande förutsättning för demokrati.[1]

3.3 Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

3.3.1 Inledning

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, är den centrala lagen för hälso- och sjukvården. Lagen trädde i kraft den 1 april 2017 och ersatte då den tidigare hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).[2] Syftet med den nya hälso- och sjukvårdslagen var att göra regelverket överskådligare, tydligare och mer lättillgängligt samt mer i

[1] Prop. 1975/76:209, s. 128, prop. 2009/10:80, s. 246 och SOU 1975:75, s. 93 och 183 f.
[2] Införd genom prop. 1981/82:97.

enlighet med intentionen om en målinriktad ramlag.[3] Lagen innehåller bl.a. definitioner och mål för hälso- och sjukvården.

Lagen är uppbyggd utifrån kapitelindelade avdelningar där bestämmelser av liknande karaktär samlas. Avdelningarna baseras på de olika aktörerna inom hälso- och sjukvårdsområdet och deras ansvar, dvs. regioner och kommuner som huvudmän. Strukturen tydliggör regionens och kommunernas tudelade ansvar som både huvudmän och vårdgivare. Lagen består av fem avdelningar: avdelning I innehåller inledande bestämmelser (1–2 kap.), avdelning II innehåller bestämmelser för all hälso- och sjukvård (3–6 kap.), avdelning III innehåller bestämmelser om regionens ansvar som huvudman (7–10 kap.), avdelning IV innehåller bestämmelser om kommunens ansvar som huvudman (11–13 kap.) och avdelning V innehåller övriga bestämmelser för huvudmännen (14–18 kap.).

Med hälso- och sjukvård avses enligt 2 kap. 1 § HSL åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt sjuktransporter och omhändertagande av avlidna.

Med sluten vård avses enligt 2 kap. 4 § HSL hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning. Med öppen vård avses annan hälso- och sjukvård än sluten vård (2 kap. 5 § HSL), varav primärvården är en del.

Med primärvård avses hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens (2 kap. 6 § HSL).[4] Sedan den 1 juli 2021 finns även en bestämmelse i 13 a kap. 1 § HSL[5] om vad som ska ingå i primärvårdens grunduppdrag, nämligen att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska:

– tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,
– se till att vården är lätt tillgänglig,

[3] Prop. 2016/17:43, s. 1.
[4] Definitionen fick en delvis ny lydelse som trädde i kraft den 1 juli 2021 genom prop. 2019/20:164.
[5] För förarbetsuttalanden, se prop. 2019/20:164, s. 73 ff.

– tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
– samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
– möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

3.3.2 Lagens bestämmelser som gäller för all hälso- och sjukvård

De grundläggande målen för den svenska hälso- och sjukvården är, som framgår av 3 kap. 1 § första stycket HSL, en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Målen infördes i den ursprungliga hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Det saknades tidigare några samlade övergripande mål för hälso- och sjukvården. Då fanns bara olika mål som uttalades av olika instanser och som formulerades på olika sätt. Enligt regeringen hade värdet av ett samlat mål även ökat då Sverige gått från ett gynnsamt ekonomiskt läge där olika disparata mål ändå hade kunnat tillgodoses till ett kärvare ekonomiskt läge som förväntades bestå under en lång tid. Målen infördes för att, enligt regeringen, ”lägga fast mer översiktliga riktlinjer för arbetet inom hälso- och sjukvården”. Vidare angavs att målen bör ange ”önskvärda framtida tillstånd” och inte bör ”ange egenskaper eller krav på organisatoriska eller andra förändringar”.[6]

Regeringen uttalade i propositionen till den ursprungliga HSL att en första del av det övergripande målet för hälso- och sjukvården är att åstadkomma ett tillstånd där hela befolkningen har en god hälsa.[7]

Vad som avses med god hälsa sågs, enligt regeringen, som svårt att klart definiera, vilket till stor del berodde på att begreppet hälsa oftast sätts i samband med den enskilda människan och att dess betydelse därför kan påverkas av individuella förhållanden. En annan svårighet angavs vara den varierande och föränderliga synen på vad som är friskt och sjukt. Vidare angavs att innebörden av begreppet hälsa i hög grad påverkas av sociala och kulturella förhållanden och av värderingar vid den aktuella tiden samt att uppfattningarna om hälsa varierar mellan olika sociala grupper och åldersgrupper. Regeringen hänvisade även till WHO:s definition av hälsobegreppet som angav att

[6] Prop. 1981/82:97, s. 26.
[7] Prop. 1981/82:97, s. 27.

”hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och ej endast frånvaro av sjukdom och svaghet”.[8]

Att vården ska ges på lika villkor för hela befolkningen innebär enligt motiven i samma proposition att det ska vara möjligt för alla – oavsett var de bor i landet – att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster.[9] Regeringen uttalade vidare att möjligheterna att få vård inte får påverkas av sådana förhållanden som ålder, kön, förmåga att ta initiativ, betalningsförmåga, utbildning, nationalitet, språk, religion, kulturella olikheter och andra liknande förhållanden.[10]

I 3 kap. 1 § HSL andra stycket lagfästs huvudprinciper för hur resurserna i svensk sjukvård ska fördelas mellan medborgarna liksom allmänna utgångspunkter för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Prioriteringarna vilar på riksdagens beslut från 1997 om riktlinjer för prioriteringar i vården.[11] Den etiska plattformen för prioriteringsbeslut syftar till att förstärka och fördjupa HSL:s grundtema och mål: en god vård på lika villkor för hela befolkningen. Plattformen ska vara vägledande för beslutsfattare både på politisk och på administrativ nivå samt i den kliniska vardagen inom vården. Prioriteringar i vården ska bygga på tre principer:

- Människovärdesprincipen: Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- Behovs-solidaritetsprincipen: Resurserna bör fördelas efter behov.
- Kostnadseffektivitetsprincipen: Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

Människovärdes- och behovs-solidaritetsprinciperna ligger till grund för bestämmelsen i 3 kap. 1 § andra stycket HSL om att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Kostnadseffekti-

[8] Prop. 1981/82:97, s. 112 f.
[9] Prop. 1981/82:97, s. 27.
[10] Prop. 1981/82:97, s. 27 och 114.
[11] Prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186.

vitetsprincipen (jfr 4 kap. 1 § HSL), är underordnad de båda andra principerna.[12] Strävan efter en kostnadseffektiv verksamhet får alltså inte innebära att sjukvården nekar vård till eller försämrar vårdens kvalitet för de mest behövande.

I förarbetena ges exempel på vilka prioriteringar som bör göras mellan olika sjukdomstillstånd. I dessa exempel anges bl.a. att akut livshotande sjukdomar och vård av svåra kroniska sjukdomar ska ges högsta prioritet. Den etiska plattformen ligger till grund för Socialstyrelsens nationella riktlinjer, vilka utgör ett stöd vid prioriteringar i hälso- och sjukvården. Riktlinjerna ska ge vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vården bör satsa resurser på.

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska enligt 5 kap. 1 § HSL bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och vara lätt tillgänglig.

All hälso- och sjukvård ska enligt 5 kap. 2 § HSL ha den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att kunna ge patienterna god vård.

I HSL finns också bestämmelser för ledning och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvården. Av dessa framkommer bl.a. att ledningen av hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet (4 kap. 1 § HSL). Det ska finnas en verksamhetschef, som är ansvarig för verksamheten (4 kap. 2 § HSL). Det framkommer vidare att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras (5 kap. 4 § HSL).

3.3.3 Regionens ansvar som huvudman

Med huvudman avses enligt 2 kap. 2 § HSL den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet.

[12] Prop. 1996/97:60, s. 21.

Med vårdgivare avses enligt 2 kap. 3 § HSL statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Huvudsakligen är det regionerna som ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård till dem som bor i regionen och till vissa andra (8 kap. HSL). Kommunerna har enligt 12 kap. 1 § HSL ansvar för hälso- och sjukvård för personer som bor i vissa särskilda boendeformer enligt socialtjänstlagen (2001:453) och för dem som vistas i viss dagverksamhet enligt samma lag. Kommunerna har också, under förutsättning att kommunen kommit överens med regionen om att ta över sådant ansvar, ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende och i särskilt boende enligt 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen.

I 7 kap. 2 § HSL, i avdelningen som rör regionens ansvar som huvudman, anges att regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvården samt att regionen vid planeringen ska beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. Av förarbetena till bestämmelsen framgår följande.

> Landstingskommunen får alltså planera verksamheten på det sätt som den finner mest ändamålsenligt. Dock måste planeringen alltid vara så utformad att kraven på hälso- och sjukvården uppfylls och att verksamheten strävar mot det övergripande målet i 2 §.[13]

> Landstingskommunens planeringsansvar omfattar inte endast den egna hälso- och sjukvården utan också den som erbjuds av andra vårdgivare. Regionen ska alltså vid planeringen av den egna verksamheten ta hänsyn till det utbud av hälso- och sjukvård som andra vårdgivare svarar för, t.ex. privata vårdinrättningar, privatpraktiserande läkare, skolhälsovård och företagshälsovård.[14]

3.3.4 Avtal med annan om överlämnande av uppgifter

Det finns bara en bestämmelse i HSL som uttryckligen reglerar vad som gäller när regionen överlämnar uppgiften att utföra vård åt någon annan, exempelvis en privat vårdgivare. Bestämmelsen finns i 15 kap. 1 § HSL och anger att regionerna och kommunerna med bibehållet huvudmannaskap kan sluta avtal med någon annan om att utföra vården, såvida den inte innefattar myndighetsutövning. Av

[13] Prop. 1981/82:97, s. 122.
[14] Prop. 1981/82:97, s. 122 f.

bestämmelsen följer också att de särskilda villkor som gäller för överlämnandet ska framgå av avtalet.

Att huvudmannaskapet behålls innebär att regionerna och kommunerna har kvar det övergripande ansvaret för verksamheten och att de därmed också bl.a. är skyldiga att se till att den anlitade privata vårdgivaren följer de bestämmelser som finns för verksamheten.[15]

Bestämmelsen införs år 1993

Den ursprungliga bestämmelsen infördes år 1993 i 3 § andra stycket i dåvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).[16] Bestämmelsens lydelse var då:

> Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Därefter har vissa tillägg och justeringar gjorts i bestämmelsen.

I propositionen till bestämmelsen, prop. 1992/93:43 *Ökad konkurrens i kommunal verksamhet*, lämnades förslag som syftade till att öka inslagen av konkurrens i den kommunala verksamheten. Propositionen föregicks av en parlamentarisk kommitté, Lokaldemokratikommittén, som bl.a. hade till uppgift att utarbeta förslag inriktade på att underlätta införandet av alternativa produktions- och driftsformer i den kommunala verksamheten.[17]

I propositionen till bestämmelsen användes begreppet ”entreprenad”, vilket avser sådan verksamhet som utförs av annan producent än kommunens eller regionens egna organ.[18] Regeringen konstaterade att konkurrens är ett viktigt medel för att uppnå ökad effektivitet inom den kommunala sektorn men att de rättsliga förutsättningarna för entreprenader i specialreglerad kommunal verksamhet i vissa fall är oklara. Regeringen föreslog därför en särskild reglering i frågan. Regeringen uttalade följande.

> Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska varje landsting erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget (3 §). Även

[15] Se t.ex. prop. 2016/17:43, s. 146.
[16] Prop. 1992/93:43.
[17] Dir. 1992:12.
[18] Prop. 1992/93:43, s. 3.

om det i förarbetena till den aktuella bestämmelsen klart har uttalats att den inte innebär att landstinget självt måste bedriva verksamheten (prop. 1981/82:97 s. 33) råder osäkerhet huruvida landstinget kan träffa avtal med någon annan om driften.[19]

[Det bör] införas ett tillägg som klargör att landstinget respektive kommunen får sluta avtal med någon annan om att utföra de lagreglerade uppgifterna. Även här bör anges att en uppgift som innefattar myndighetsutövning inte får lämnas över till ett privaträttsligt organ.[20]

Regeringen uttalade vidare följande.

Det har också i bl.a. förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen uttalats att landstingens huvudmannaansvar för hälso- och sjukvård i och för sig inte innebär en skyldighet för regionen att själva bedriva denna verksamhet (prop. 1981/82:97 s. 33). I likhet med kommittén anser regeringen därför att huvuddelen av den nuvarande sjukvården bör kunna läggas ut på entreprenad.[21]

Det har förekommit att driften av en vårdcentral har överlämnats till ett privat bolag. Frågan om tillåtligheten av detta har såvitt känt inte prövats av domstol. Under förutsättning av att landstinget genom sin nämnd kan styra verksamhetens inriktning och att kraven på landstingets ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls bör det inte föreligga några hinder mot denna form av entreprenad. Dessa frågor och frågor om äganderätten till patientjournaler m.m. får regleras i avtalet med entreprenören.[22]

Någon principiell skillnad mellan att överlämna driften av en vårdcentral och t.ex. ett sjukhus föreligger inte. Det finns privata sjukhus med vilka regionen tecknar avtal om vård för ett visst antal patienter eller en enskild patient. Lagligheten av sådana avtal kan knappast ifrågasättas.[23]

Huvudmannaansvaret för de akuta sjuktransporterna har sedan lång tid tillbaka inte ansetts medföra en skyldighet för landstingen att genom egna organ utföra transporterna. Om transporterna läggs ut på entreprenad, vilket i stor utsträckning är fallet, har landstinget dock en skyldighet att övervaka att transportorganisationen inte brister i ett eller annat hänseende.[24]

[19] Prop. 1992/93:43, s. 8.
[20] Prop. 1992/93:43, s. 8 f.
[21] Prop. 1992/93:43, s. 23.
[22] Prop. 1992/93:43, s. 23.
[23] Prop. 1992/93:43, s. 23.
[24] Prop. 1992/93:43, s. 23.

Bestämmelsen kompletteras år 2005 med tillägget om att avtalet ska innehålla särskilda villkor

Genom en lagändring år 2005 infördes skrivningen om att regionen i avtalet ska ”ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet”.[25] Av förarbetena framgår följande.

> I propositionen 1993/94:188, Lokal demokrati, uttalade regeringen att det är kommunen eller landstinget och inte primärt entreprenören som inför kommunmedlemmarna svarar för att den av entreprenören bedrivna verksamheten uppfyller samma kvalitetskrav som de som bedrivs av kommunen eller landstinget och att man därför avtalsvägen genom särskilda villkor måste skapa garantier för att entreprenören beaktar de allmänna regler som gäller för offentlig förvaltning. Efter vad som framkommit vid studiet av ett antal entreprenadavtal verkar enligt departementspromemorian detta hittills ha fått föga genomslag inom hälso- och sjukvården. Regeringen anser därför att reglerna i hälso- och sjukvårdslagen om överlämnade av uppgifter som landstinget respektive kommunen ansvarar för bör kompletteras med en föreskrift om att det i avtalen ska anges de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. Regeringen förutsätter att Socialstyrelsen till ledning för sjukvårdshuvudmännen behandlar entreprenadavtalens innehåll i nämnda avseenden i allmänna råd.[26]

Bestämmelsen justeras år 2015 rörande begreppet juridisk person

Genom en lagändring år 2015 ersattes skrivningarna om bolag, förening, samfällighet, stiftelse och enskild individ med begreppet ”juridisk person”.[27] Ändringen utgjorde en anpassning till lydelsen i regeringsformen samt motsvarande bestämmelser i kommunallagen (1991:900), tandvårdslagen (1985:125) och socialtjänstlagen (2001:453).

Komplettering år 2017 kring bibehållet huvudmannaskap

Nuvarande bestämmelse i 15 kap. 1 § HSL motsvarar, för regionernas del, tidigare bestämmelse i 3 § tredje stycket tidigare hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) med den skillnaden att ”med bibehållet huvudmannaskap” har lagts till i första meningen. Av förarbetena

[25] Prop. 2004/05:89.
[26] Prop. 2004/05:89, s. 21.
[27] Prop. 2013/14:118, s. 99.

framgår att tillägget syftar till att tydliggöra att ett avtal med någon annan om att t.ex. tillhandahålla viss vård inte medför att regionens eller kommunens huvudmannaskap för vården övergår på den andra vårdgivaren.[28] Regeringen uttalade följande. ”Landstinget eller kommunen har således kvar ett övergripande ansvar för att dess medlemmar får en god vård, vilket kan säkerställas bl.a. genom tillräckliga och relevanta krav i avtalen med de externa utförarna. Detta gäller vid överlämnande av uppgifter redan i dag och någon saklig ändring är inte avsedd.”[29]

Av förarbetena framgår även följande.

> Av HSL framgår att landsting och kommuner får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget eller kommunen ansvarar för enligt lagen (3 § tredje stycket respektive 18 § femte stycket HSL). Då uppgifter på det sättet överlämnas till någon annan övergår ansvaret för utförandet av uppgiften till den andra parten. Landstinget eller kommunen har emellertid även fortsatt ett ansvar som huvudman för de uppgifter som överlämnats. Utredningen, som låg till grund för propositionen, har erfarit att det kan uppstå oklarheter vad gäller vilket ansvar de olika parterna har då uppgifter överlämnas. Det utgör skäl för att i lagförslaget införa ett förtydligande om att landstinget behåller sitt huvudmannaskap då uppgifter överlämnas genom avtal. Remissinstanserna ger stöd till att huvudmannaskapet förtydligas.[30]

Begränsningar av regionernas möjligheter att överlämna vård

Det har funnits två tillfälliga regleringar som har begränsat regionernas möjligheter att överlämna hälso- och sjukvård till privata vårdgivare. Särskilda bestämmelser fanns dels under år 2001–2002 (i form av särskild lagstiftning), dels under år 2006–2007 (i form av bestämmelser i HSL). Innebörden av de nu upphävda bestämmelserna beskrivs på flera ställen i detta betänkande, se vidare i kapitel 4.2.

3.3.5 Regionerna och vårdgarantin

Regionerna ska enligt 9 kap. 1 § HSL erbjuda vårdgaranti åt dem som omfattas av regionens ansvar. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilda inom viss tid får kontakt med primärvården,

[28] Prop. 2016/17:43, s. 146.
[29] Prop. 2016/17:43, s. 146.
[30] Prop. 2016/17:43, s. 115.

en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården, besöka den specialiserade vården, och planerad vård. Om vårdgarantin inte uppfylls, såvitt avser besök till den specialiserade vården och planerad vård, ska regionen enligt 9 kap. 2 § HSL se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

De tider som gäller för vårdgarantin regleras i 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF. Där framgår att kontakt med primärvården ska fås samma dag som den enskilda söker sådan kontakt, enligt den s.k. tillgänglighetsgarantin. Medicinsk bedömning inom primärvården ska ske inom tre dagar från att den enskilda har sökt kontakt, om vårdgivaren bedömt att den enskilda behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilda först söker kontakt. Denna del av vårdgarantin kallas för bedömningsgaranti inom primärvården.

Vad gäller besöksgarantin inom den specialiserade vården ska den enskilda få besöka den specialiserade vården inom 90 dagar, räknat från det att remiss utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilda har sökt kontakt med den specialiserade vården. Även vad gäller behandlingsgarantin ska den planerade vården ges inom 90 dagar, detta räknat från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilda ska få den aktuella vården.

I 6 kap. 2 § HSF anges vissa begränsningar kring vilken tid som räknas vid bedömningen av om vårdgarantin enligt punkt 3 eller 4, dvs. om besöksgarantin inom den specialiserade vården eller behandlingsgarantin, är uppfylld. Det anges också när en enskild ska anses frivilligt avstå från vård.

Regionerna ska, enligt 9 kap. 3 § HSL, rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas. Av 6 kap. 3 § HSF följer att detta ska göras genom att regionerna lämnar uppgifter till den nationella databas som förs av Sveriges Kommuner och Regioner, SKR.

3.4 Patientlagen (2014:821)

Patientlagen (2014:821) innehåller vissa bestämmelser som överensstämmer med bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och vissa som kompletterar HSL.

I 1 kap. 6 § patientlagen anges att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet, och att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Vidare anges i 1 kap. 7 § patientlagen att patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

I patientlagens andra kapitel finns bestämmelser om tillgänglighet. I 2 kap. 1 § anges att hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig. I 2 kap. 2 § anges att patienten, om det inte är uppenbart obehövligt, snarast ska få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Vidare finns i 2 kap. 3–4 §§ bestämmelser om vårdgarantin. Av dessa framgår att om vårdgarantin vad avser besök till den specialiserade vården och planerad vård inte uppfylls ska patienten få vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

Det finns också bestämmelser om rätten till information (3 kap.), självbestämmande och samtycke (4 kap.) samt delaktighet (5 kap.).

När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få den valda behandlingen, om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat (7 kap. 1 § patientlagen).

En patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård ska inom eller utom denna region få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård (9 kap. 1 § patientlagen). Av förarbetena framgår följande.

> Patienten ska således ges möjlighet att välja utförare inom primärvården och den specialiserade öppenvården, såsom t.ex. dagkirurgi. Valmöjligheten omfattar även högspecialiserad vård, dvs. exempelvis regionsjukvård enligt 9 § HSL (*nuvarande 2 kap. 7 § HSL, utredningens anmärkning*) under förutsättning att vården inte kräver intagning i vårdinrättning. Valmöjligheten omfattar offentligt finansierad öppen vård som bedrivs i landstingets egen regi, av privata vårdgivare med avtal med landstinget eller av privata utförare som är verksamma enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.[31]

[31] Prop. 2013/14:106, s. 125.

3.5 Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och därmed jämförlig verksamhet. I lagen finns bl.a. bestämmelser om anmälan av verksamhet, vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal m.fl. Vidare finns bestämmelser om Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) tillsyn, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) samt straffbestämmelser och överklagande. Lagen innehåller även ett antal olika definitioner.

Med hälso- och sjukvård avses enligt 1 kap. 2 § verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, lagen (2021:363) om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel.

Med vårdgivare avses enligt 1 kap. 3 § statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård.

Med hälso- och sjukvårdspersonal avses enligt 1 kap. 4 §:

1. den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården,
2. personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter,
3. den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare,
4. apotekspersonal som tillverkar eller expedierar läkemedel eller lämnar råd och upplysningar,
5. personal vid Giftinformationscentralen som lämnar råd och upplysningar, och
6. personal vid larmcentral och sjukvårdsrådgivning som förmedlar hjälp eller lämnar råd och upplysningar till vårdsökande.

Med vårdskada avses enligt 1 kap. 5 § lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som

1. är bestående och inte ringa, eller
2. har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

I förarbetena till bestämmelsen uttalade regeringen följande.

> Av första stycket framgår att en vårdskada kan bestå av en fysisk eller psykisk sjukdom eller skada eller ett dödsfall, men även att ett lidande kan anses som en vårdskada. Att ett sjukdomstillstånd inte uppmärksammas vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården leder kanske inte till att patienten drabbas av en ny skada eller sjukdom utan snarare till ett förlängt fysiskt eller psykiskt lidande till följd av att inte få vård i rätt tid. Det ska dock vara fråga om ett icke alltför bagatellartat tillstånd för att lidandet ska anses som en vårdskada i lagens mening.[32]

> För att en vårdskada ska föreligga krävs att det varit något slags kontakt, fysisk sådan eller via telefon, mellan en patient och någon form av hälso- och sjukvårdsverksamhet. […] Vidare krävs att lidandet, skadan, sjukdomen eller dödsfallet skulle ha kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid kontakten med hälso- och sjukvården.[33]

> Någon utredning eller behandling behöver inte ha påbörjats för att en vårdskada ska anses ha inträffat. Tvärtom kan, såsom nämnts, en vårdskada uppstå av den anledningen att en adekvat åtgärd inte vidtas. Det krävs inte heller oaktsamhet eller uppsåt från hälso- och sjukvårdspersonalens sida för att en vårdskada ska anses föreligga.[34]

Med patientsäkerhet avses enligt 1 kap. 6 § skydd mot vårdskada. Regeringen har i förarbetena till bestämmelsen uttalat följande.

> Med patientsäkerhet ska förstås ett tillstånd i vården som har att göra med i vilken grad vården förmår förhindra att patienter skadas i och av vården i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder, eller på grund av att vården inte vidtar åtgärder när sådana är motiverade med hänsyn till patientens tillstånd. En hög patientsäkerhet innebär att sannolikheten för att en patient ska drabbas av en vårdskada är liten, medan låg eller dålig patientsäkerhet innebär motsatsen, dvs. sannolikheten för att en vårdskada ska inträffa är större. Patientsäkerhet kan ses som en fun-

[32] Prop. 2009/10:210, s. 190.
[33] Prop. 2009/10:210, s. 190.
[34] Prop. 2009/10:210, s. 191.

damental kvalitetsdimension i vården men begreppet i sig säger ingenting om nivån på säkerheten, vad som bör eller måste göras för att uppnå en hög patientsäkerhet, hur det ska göras eller vilka eller vem som ska göra det.[35]

Vidare innehåller patientsäkerhetslagen bestämmelser som reglerar ansvaret för vårdgivaren, men även för personal i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen är behörig myndighet att besluta om legitimation m.m.

3.5.1 Vårdgivarens ansvar vid vårdskada

Enligt 3 kap. PSL är vårdgivare skyldiga att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Enligt 3 kap. 1 § ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls.

Vårdgivaren ska enligt 3 kap. 2 § 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 enligt 3 kap. 3 § utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med utredningen ska vara att

1. så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det, samt
2. ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

Vårdgivaren ska enligt 3 kap. 4 § ge patienter och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Vidare har vårdgivare en anmälningsskyldighet för vårdskador till IVO (3 kap. 5–6 §§) och en skyldighet att informera patienter om inträffade vårdskador (3 kap. 8–8 e §§).

[35] Prop. 2009/10:210, s. 191.

3.5.2 IVO:s tillsyn

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska svara för tillsyn och tillståndsprövning inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet, socialtjänst samt verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Den lagstiftning som styr verksamheten är i huvudsak hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, socialtjänstlagen (2001:453) och LSS. Vidare finns det mer detaljerade bestämmelser gällande IVO:s tillsyn i förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

Syftet med IVO:s tillsyn är enligt 2 § förordningen med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. Ett patient- och brukarperspektiv ska genomsyra tillsynen. Villkor och förhållanden för kvinnor och män, flickor och pojkar ska särskilt belysas.

Av samma bestämmelse framgår vidare att tillsynen ska planeras och genomföras med utgångspunkt i egna riskanalyser om inte annat följer av lag, förordning eller särskilt beslut från regeringen. 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:s tillsyn inom hälso- och sjukvårdsområdet omfattar hälso- och sjukvården och dess personal enligt 7 kap. 1 § PSL. Tillsynen innebär en granskning av att krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter uppfylls. Tillsynsansvaret är oberoende av huvudmannaskap och omfattar såväl privata som offentliga huvudmän. Det enda undantaget till IVO:s tillsynsansvar är över den hälso- och sjukvård som bedrivs inom Försvarsmakten och Försvarets materielverk.

Tillsynen ska enligt 7 kap. 3 § PSL främst inriktas på granskning av att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter enligt 3 kap., dvs. bl.a. att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL uppfylls.

IVO ska enligt 7 kap. 4 § PSL, inom ramen för sin tillsyn, lämna råd och ge vägledning, kontrollera att brister och missförhållanden

avhjälps, förmedla kunskap och erfarenheter som erhålls genom tillsynen, och informera och ge råd till allmänheten.

För att kunna utöva tillsyn har IVO ett flertal verktyg till sitt förfogande. Enligt 7 kap. 20 § PSL är den verksamhet som står under IVO:s tillsyn skyldig att på begäran lämna över de handlingar, prover och annat material som rör verksamheten och lämna de upplysningar om verksamheten som IVO behöver för sin tillsyn. IVO får även förelägga den som bedriver verksamheten att lämna ut vad som begärs. Ett sådant föreläggande får förenas med vite. Enligt 7 kap. 21 § PSL har IVO rätt att inspektera verksamheter som står under IVO:s tillsyn.

Om IVO får kännedom om att någon har brutit mot en bestämmelse som gäller verksamhet som står under inspektionens tillsyn ska myndigheten vidta åtgärder så att bestämmelsen följs.

Om en vårdgivare inte fullgör sina skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete enligt 3 kap., dvs. att bl.a. planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL uppfylls, och om det finns skäl att befara att underlåtenheten medför fara för patientsäkerheten har IVO skarpare verktyg att ta till. IVO ska då enligt 7 kap. 24 § PSL, om det inte är uppenbart obehövligt, förelägga vårdgivaren att fullgöra sina skyldigheter. Ett sådant föreläggande ska innehålla uppgifter om de åtgärder som är nödvändiga för att de påtalade missförhållandena ska kunna avhjälpas och när åtgärderna ska vara utförda. Om missförhållandena utgör en fara för patientsäkerheten eller annars är av allvarligt slag får IVO besluta att helt eller delvis förbjuda verksamheten.

IVO har i en förstudie[36] konstaterat att myndigheten har ett tillsynsansvar även över målbestämmelsen i hälso- och sjukvårdslagen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

[36] IVO förstudie (2020).

Lagstiftning som särskilt berör regionerna

3.6 Kommunalrätt

3.6.1 Regeringsformen

Av 8 kap. 2 § regeringsformen (RF) framgår att grunderna för kommunernas organisation och verksamhetsformer och för den kommunala beskattningen samt kommunernas befogenheter i övrigt och deras åligganden meddelas genom lag. Enligt regeringsformens terminologi innefattar kommun även regioner, jfr 1 kap. 7 § RF.

Kommunerna 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 (14 kap. 2 § RF). Av 14 kap. 4 § följer att kommunerna får ta ut skatt för skötseln av sina uppgifter.

I 12 kap. 4 § RF finns grundlagsstöd för att kommuner och regioner kan lämna över verksamhet till privata utförare. Av den bestämmelsen framgår att förvaltningsuppgifter kan lämnas över till kommuner samt till andra juridiska personer och enskilda individer.

3.6.2 Grundläggande kommunalrättsliga principer

Vad kommuner och regioner får göra är begränsat i lagstiftning. I 1 kap. 2 § kommunallagen (2017:725), KL, anges följande. ”Kommuner och regioner sköter på demokratins och den kommunala självstyrelsens grund de angelägenheter som anges i denna lag eller annan författning.” Bestämmelserna i KL om kommuner avser även regioner, jfr 1 kap. 7 § regeringsformen.

I 2 kap. KL regleras de kommunala angelägenheterna. Bestämmelsen i 1 § handlar om allmänna befogenheter och den s.k. lokaliseringsprincipen. Där anges att kommuner och regioner själva får ha hand om angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller regionens område eller deras medlemmar. I 2 § stadgas ett förbud mot att ha hand om sådana angelägenheter som enbart staten, en annan kommun, en annan region eller någon annan ska ha hand om. I 3 § regleras likställighetsprincipen, som innebär

att kommuner och regioner ska behandla sina medlemmar lika, om det inte finns sakliga skäl för något annat.

Kommuner och regioner får, enligt 2 kap. 5 § KL, ta ut avgifter för tjänster och nyttigheter som de tillhandahåller. Av samma bestämmelse följer dock att för tjänster eller nyttigheter som de är skyldiga att tillhandahålla får avgifter endast tas ut om det följer av lag. Av 2 kap. 6 § KL följer också självkostnadsprincipen, som anger att kommuner och regioner inte får ta ut högre avgifter än som motsvarar kostnaderna för de tjänster eller nyttigheter som de tillhandahåller. I 17 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) finns bestämmelser om regionernas avgifter för hälso- och sjukvården.[37]

Det förekommer att patienterna helt eller delvis själva betalar regionen för viss vård. Det kan vara fråga om sådan vård som regionen inte anser vara medicinskt motiverad, som t.ex. kosmetiska ingrepp, synfelsbehandling i samband med starroperation, vissa typer av hälsoundersökningar, vaccinationer och intyg. Denna form av privatfinansiering brukar benämnas medfinansiering, egenfinansiering eller köp av tilläggstjänster. Såvitt utredningen känner till är det inte rättsligt prövat vilket författningsstöd som finns för regionerna att ta emot sådan privat finansiering. Det torde dock framför allt vara bestämmelserna i kommunallagen som reglerar detta.[38]

Kommuner och regioner får, enligt 2 kap. 7 § KL, driva näringsverksamhet, om den drivs utan vinstsyfte och syftar till att tillhandahålla allmännyttiga anläggningar eller tjänster åt medlemmarna. Det föreligger alltså ett förbud mot spekulativ verksamhet inom kommuner och regioner. Kommuner och regioner får, enligt 2 kap. 8 § KL, genomföra åtgärder för att allmänt främja näringslivet i kommunen eller regionen, men är som huvudregel förhindrade att lämna individuellt riktat stöd. Av bestämmelsens andra stycke framgår nämligen att stöd till enskilda näringsidkare får lämnas endast om det finns synnerliga skäl för det.

I 12 kap. KL finns bestämmelser om revision. Revisorerna 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

[37] Prop. 2016/17:43, s. 116 f.
[38] Smer 2014:1. Se även kapitel 8.2.3.

kontrollen som görs inom nämnderna är tillräcklig. Revisorerna ska varje år till fullmäktige lämna en berättelse med redogörelse för resultatet av den revision som avser verksamheten under det föregående budgetåret. De förtroendevalda revisorerna har ansvar för både förvaltnings- och redovisningsrevision.[39]

3.6.3 Den kommunala självstyrelsen

Den kommunala självstyrelsen är en grundläggande del av det svenska statsskicket. Av 1 kap. 1 § andra stycket regeringsformen, RF, framgår att den svenska folkstyrelsen bygger på fri åsiktsbildning och på allmän och lika rösträtt. Den förverkligas genom ett representativt och parlamentariskt statsskick och genom kommunal självstyrelse. I förarbetena uttalade föredragande statsrådet följande.

> I vårt land präglas förhållandet mellan kommunerna och statsmakterna och därmed den kommunala självstyrelsen av en helhetssyn. Generellt sett gäller sålunda att staten och kommunerna samverkar på skilda områden och i olika former för att uppnå gemensamma samhälleliga mål. Utgår man från detta synsätt, är det varken lämpligt eller möjligt att en gång för alla dra orubbliga och preciserade gränser i grundlag kring en kommunal självstyrelsesektor. Arbets- och befogenhetsfördelningen mellan stat och kommun måste i stället i ganska vid omfattning kunna ändras i takt med samhällsutvecklingen.[40]

> Vad jag hittills har framhållit talar visserligen för att man iakttar återhållsamhet när det gäller att i grundlag ange den kommunala självstyrelsen. Det hindrar enligt min mening emellertid inte att RF ger tydligt uttryck för vissa fundamentala drag i fråga om kommunernas ställning i styrelseskicket.[41]

> Genom lagstiftningen har […] kommunerna fått betydelsefulla åligganden. Dessa uppgifter ger många gånger stor handlingsfrihet åt kommunerna. Av grundläggande betydelse för kommunernas kompetens är emellertid att de utöver sina särskilda åligganden har en fri sektor inom vilken de kan ombesörja egna angelägenheter. Inom detta område finns alltså utrymme för en kommunal initiativrätt. Denna initiativrätt kan sägas bilda en kärna i den kommunala självbestämmanderätten som bör komma till klart uttryck i RF. Jag föreslår därför att det redan i RF:s inledande paragraf tas in en bestämmelse med innehåll att den svenska folkstyrelsen förverkligas förutom genom ett representativt och parla-

[39] Prop. 2016/17:171, s. 240.
[40] Prop. 1973:90, s. 190.
[41] Prop. 1973:90, s. 190.

> mentariskt statsskick också genom kommunal självstyrelse. Det senare uttrycket är visserligen obestämt, men det kan likväl anses belysande när det gäller att ge uttryck åt principen om en självständig och inom vissa ramar fri bestämmanderätt för kommunerna.[42]

Den kommunala självstyrelsen preciseras sedan i bestämmelser i 14 kap. RF som tillkom år 2010.

Av 14 kap. 2 § RF framgår att kommunerna sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund och att närmare bestämmelser om detta finns i lag. Det framgår också att på samma grund sköter kommunerna även de övriga angelägenheter som bestäms i lag.

I förarbetena till bestämmelsen uttalade regeringen följande.

> Det finns skäl att klargöra att principen om kommunal självstyrelse gäller för all kommunal verksamhet. Ett sådant tydliggörande innebär inte […] att utrymmet för kommunal självstyrelse utvidgas. Även i fortsättningen kommer det vara möjligt att föreskriva skyldigheter för kommuner och landsting i speciallagstiftning i de fall detta motiveras av vikten av att åstadkomma en reglering som ger likvärdig service för invånarna oberoende av var de är bosatta.[43]

Enligt 14 kap. 3 § RF bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den. I propositionen där denna proportionalitetsprincip föreslogs uttalade regeringen bl.a. följande.

> Det är inte ovanligt att den kommunala självstyrelsen i lagstiftningsärenden ställs mot andra intressen och att det ibland uppstår en omfattande diskussion kring kommunernas krav på en lokal eller regional bestämmanderätt och nationella krav på en enhetlig reglering. Det är i sådana sammanhang viktigt att konsekvenserna för den kommunala självstyrelsen blir föremål för ingående överväganden. En grundlagsbestämmelse, som innebär att det vid all lagstiftning som kan få betydelse för den kommunala självstyrelsen ska prövas om skälen för den tänkta regleringen motiverar det eventuella intrång i den kommunala självstyrelsen som regleringen innebär, skulle kunna fylla en viktig funktion till skydd för den kommunala självstyrelsen. En sådan reglering innebär att riksdagen regelmässigt måste pröva kommunernas självstyrelseintresse när begränsningar av självstyrelsen övervägs. En sådan ordning skulle också leda till att riksdagen får ett bättre underlag när det gäller att bedöma olika besluts följder för den kommunala självstyrelsen.[44]

[42] Prop. 1973:90, s. 190.
[43] Prop. 2009/10:80, s. 211.
[44] Prop. 2009/10:80, s. 212.

> En proportionalitetsprövning av detta slag bör innefatta en skyldighet att undersöka om det ändamål som regleringen avser att tillgodose kan uppnås på ett för det kommunala självbestämmandet mindre ingripande sätt än det som föreslås. Om olika möjligheter finns för att nå samma mål bör riksdagen av hänsyn till principen om den kommunala självstyrelsen välja den reglering som lägger minst band på den kommunala självbestämmanderätten. Det bör framhållas att detta givetvis förutsätter att det i lagstiftningsprocessen har gjorts noggranna analyser av den påverkan olika förslag har på den kommunala självstyrelsen.[45]

Vidare framhöll regeringen att proportionalitetsprincipens huvudsakliga syfte är att åstadkomma en ordning som innebär att intresset av kommunal självstyrelse under beredningen av lagförslag regelmässigt ställs mot de intressen som ligger bakom lagförslaget. Det uttalades att det är ”av avgörande betydelse att den slutliga bedömningen av om proportionalitetskravet är tillgodosett görs av riksdagen i samband med att den tar ställning till förslaget.”[46]

3.6.4 Kommunallagens bestämmelser om överlämnande av kommunala angelägenheter

I 3 kap. 12 § kommunallagen (2017:725), KL, anges att kommuner och regioner får, med de begränsningar som framgår av lag, överlämna skötseln av kommunala angelägenheter till privata utförare. Att regioner och kommuner har möjlighet att lämna över vården av en kommunal angelägenhet till en juridisk person eller en enskild individ framgår också av 10 kap. 1 § KL.

Av 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) framgår dessutom att en region och en kommun med bibehållet huvudmannaskap får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen ansvarar för enligt lagen, såvida de inte innefattar myndighetsutövning. En närmare redogörelse för denna bestämmelse återfinns i kapitel 3.3.4.

Av förarbetena till KL framgår följande:

> En grundläggande princip är att den verksamhet som lämnas över till privaträttsliga subjekt ska falla inom den kommunala kompetensen och att risken för kompetensöverskridanden vid verksamhetens utövande ska vara ringa. Samma kommunalrättsliga principer som styr den rent kommunala verksamheten styr också kommunerna och landstingens

[45] Prop. 2009/10:80, s. 212.
[46] Prop. 2009/10:80, s. 213.

> verksamhet genom privaträttsliga subjekt. De får därför inte heller anlita t.ex. ett bolag för åtgärder som de inte själva får vidta.[47]

För att fullgöra det ansvar som följer av huvudmannaskapet måste regionen kontrollera och följa upp verksamhet som bedrivs av privata vårdgivare. Detta regleras i 10 kap. 8 § KL. Regionen ska, enligt 10 kap. 9 § KL, genom avtalet tillförsäkra sig information som gör det möjligt att ge allmänheten insyn i den verksamhet som lämnas över.

Fullmäktige ska för varje mandatperiod anta ett program med mål och riktlinjer för sådana kommunala angelägenheter som utförs av privata utförare. I programmet ska det också anges hur fullmäktiges mål och riktlinjer ska följas upp och hur allmänhetens insyn ska tillgodoses (5 kap. 3 § KL).

3.6.5 Lagen om vissa kommunala befogenheter

Lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter innehåller bestämmelser som ger kommuner och regioner ökade befogenheter i förhållande till vad som gäller enligt kommunallagen (2017:725). Lagen innehåller kompetensutvidgande regler som möjliggör för kommuner och regioner att ägna sig åt uppgifter som de annars inte skulle ha rätt att göra.

Lagen anger olika områden där kommuner och/eller regioner ges ökad kompetens. Enligt 5 kap. 1 § får regioner och kommuner bl.a. tillhandahålla sådan kunskap och erfarenhet som finns i den kommunala verksamheten för export, s.k. tjänsteexport. Lagen innebär att kommuner och regioner i vissa fall får lämna bistånd till andra länder och även exportera sådan kunskap och erfarenhet som finns i den kommunala verksamheten. Lagen utgör i denna del ett undantag från lokaliseringsprincipen. Lagen innehåller vidare krav på att kommunal tjänsteexport ska ske på affärsmässiga grunder, vilket innebär ett undantag från självkostnadsprincipen.[48] Bestämmelserna om tjänsteexport och internationellt bistånd i 5 kap. 1–9 §§ motsvarar, tillsammans med 1 kap. 2 § och 3 §, innehållet i den numera upp-

[47] Prop. 2013/14:118, s. 25.
[48] Prop. 2008/09:21, s. 22.

hävda lagen (2001:151) om kommunal tjänsteexport och kommunalt internationellt bistånd.[49]

3.7 Upphandling och vårdvalssystem – olika sätt att teckna avtal med privata vårdgivare

3.7.1 Olika sätt att teckna avtal med privata vårdgivare

Som framgår ovan kan regioner sluta avtal med andra om att utföra uppgifter som ankommer på regionen, t.ex. att bedriva hälso- och sjukvård. När regionerna sluter avtal med privata utförare om att utföra uppgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, sker det med bibehållet huvudmannaskap för regionen (15 kap. 1 § HSL), men vården utförs av de privata vårdgivarna.[50]

I fråga om primärvården är det reglerat i 7 kap. 3 § HSL att regionen ska organisera denna inom ramen för ett vårdvalssystem. Det framgår också att lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, ska tillämpas när regionen beslutat att införa ett vårdvalssystem. Det står regionerna fritt att införa valfrihetssystem inom de övriga områden som omfattas av LOV, vilket enligt 1 kap. 1 § LOV, är ett mycket stort antal tjänster inom bl.a. hälsovård och socialtjänster.[51]

För det fall ett vårdvalssystem inte införts för ett visst område ska avtalstecknande i stället föregås av ett upphandlingsförfarande i enlighet med lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU.

Valfriheten innebär fri etablering av utförare, att patienten kan välja, och välja ny, utförare, samt att ersättningen till utföraren följer patientens val. Valfrihetssystem inom hälso- och sjukvården kallas i regel för vårdval eller hälsoval. Regler om vårdval och valfrihet finns i ett flertal författningar.

Förfarandet är i grova drag likadant enligt LOU och LOV, med undantag för avtalsstadiet. Enligt LOU tecknas avtal med den (eller de) leverantör(er) som vinner en upphandling, medan det enligt LOV tecknas avtal med samtliga leverantörer som godkänns. Det är

[49] Förarbeten återfinns i prop. 1985/86:154, prop. 1993/94:189 och prop. 2000/01:42.
[50] För mer information om huvudmannaskapets innebörd se kapitel 6.
[51] I lagen anges att den gäller bl.a. tjänster som omfattas av CPV-kod 85000000-9 till 85323000-9 med tre undantag. Koderna avser en lång rad tjänster inom hälso- och sjukvårdsområdet samt inom socialvården. CPV är en förkortning för Common Procurement Vocabulary, ett klassificeringssystem i syfte att standardisera terminologin vid offentliga upphandlingar. Terminologin fastställs i Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 2195/2002 och har ändrats genom Kommissionens förordning (EG) nr 213/2008.

således upp till den enskilda patienten att välja leverantör (dvs. vårdgivare) i stället för den upphandlande myndigheten, regionen.

Följande avsnitt om principer och terminologi gäller både för LOU och LOV. De närmare förfarandena enligt de olika lagarna beskrivs i efterföljande avsnitt, där också fler skillnader mellan lagarna framgår.

3.7.2 Upphandlingsrättsliga begrepp och principer

I kapitel 2 redogörs för de begrepp som används i betänkandet. I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, används bl.a. begreppen region, patient, vårdgivare och utförare. I lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, och lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, används i stället begreppen upphandlande myndighet, enskild, leverantör och sökande, eftersom lagarna inte endast är tillämpliga på vårdområdet. Av samma anledning använder LOV begreppet valfrihetssystem, medan begreppet vårdvalssystem används i HSL. Dessa ord, valfrihetssystem och vårdvalssystem, används i detta betänkande synonymt.

LOU bygger på ett EU-direktiv, Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/24/EU av den 26 februari 2014 om offentlig upphandling och om upphävande av direktiv 2004/18/EG. LOV bygger inte på något EU-direktiv, men innehåller ett antal bestämmelser som bygger på EU-rätten.

För såväl LOU som LOV gäller att upphandlande myndighet ska behandla leverantörer på ett likvärdigt och icke-diskriminerande sätt samt iaktta principerna om öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet (1 kap. 2 § LOV och 4 kap. 1 § LOU).

Principerna är allmänna EU-rättsliga principer som följer av Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (FEUF). Principerna behöver därför tolkas i ljuset av EU-rätten. Det finns rikhaltig praxis rörande principernas tolkning från såväl svenska domstolar som EU-domstolen. Principerna förklaras kortfattat nedan.

Likabehandling

Likabehandlingsprincipen innebär att alla leverantörer ska behandlas på samma sätt, och att särbehandling av någon särskild leverantör, positiv eller negativ, inte får ske. Principen innebär även att samtliga leverantörer ska ha samma förutsättningar för att lämna sitt mest konkurrenskraftiga anbud, t.ex. ska leverantörerna få samma information samtidigt.

Icke-diskriminering

Principen om icke-diskriminering innebär att det är förbjudet att diskriminera en utförare på grund av faktorer som nationalitet eller etableringsort. Detta förbud gäller inte enbart mot öppen diskriminering utan även alla former av dold diskriminering som, genom tillämpning av andra särskiljande kriterier, faktiskt leder till samma resultat.

Öppenhet

Principen om öppenhet (transparens) innebär att en upphandling ska genomföras på ett öppet sätt och ha sådan transparens att det av annons och förfrågningsunderlag på ett tydligt och klart sätt ska gå att utläsa vad som ska köpas, samtliga krav som ställts upp samt hur anbudsutvärderingen ska ske. Regionerna och kommunerna är således skyldiga att skapa öppenhet och lämna information om upphandlingen eller valfrihetssystemet och det praktiska tillvägagångssättet vid denna.

Ömsesidigt erkännande

Principen om ömsesidigt erkännande innebär att intyg och certifikat som har utfärdats av en medlemsstats behöriga myndigheter ska gälla också i övriga EU- och EES-länder.

Proportionalitet

Proportionalitetsprincipen innebär att kraven på utföraren eller leverantören och upphandlingsföremålet måste ha ett naturligt samband och stå i rimlig proportion till det som ska upphandlas. De krav som ställs ska dels vara lämpliga och effektiva för att uppnå syftet, dels ska de vara nödvändiga för att uppnå syftet – på så vis att det saknas mindre ingripande alternativ som också är lämpliga och effektiva. Om det finns flera alternativ för att uppnå samma mål ska det alternativ väljas som är minst belastande för utföraren. Dessutom ska det prövas om den negativa effekt som kravet får på den rättighet eller det intresse som inskränks är oproportionerligt eller överdrivet i förhållande till det eftersträvade syftet.

3.7.3 Vårdvalssystem enligt hälso- och sjukvårdslagen

Vad som utgör ett vårdvalssystem definieras i 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Av bestämmelsens första stycke framgår att en patient kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja fast läkarkontakt. Vidare framgår att regionen har skyldighet att organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård, kan göra sådana val, samt att regionen inte får begränsa den enskildas val till ett visst geografiskt område inom regionen.

Regionen ska vidare, enligt bestämmelsens andra stycke, utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildas val av utförare.

Av tredje stycket framgår att när en region beslutat att införa ett vårdvalssystem, ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, tillämpas. Det är dock inte bara vårdgivare som deltagit i förfarande enligt LOV som kan ingå i vårdvalssystemet. Regionen kan, som komplement till ett LOV-förfarande, teckna avtal med olika parter efter traditionell upphandling av driften av en verksamhet enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU.

När det gäller konkurrensneutraliteten i LOV-respektive LOU-förfarande framgår följande av förarbetena.

För att uppnå konkurrensneutralitet mellan den LOU-upphandlade driftentreprenaden och vårdgivare som godkänns enligt LOV kan landstinget i LOU-upphandlingen inte ange några volymgarantier. Vidare ska den ekonomiska ersättningen framgå av förfrågningsunderlaget. I situationer där exempelvis ett landsting vill konkurrensutsätta egenregiverksamhet i ett visst geografiskt område där ingen privat vårdgivare ansökt om att få etablera sig vid förfarandet enligt LOV kan, som påpekats ovan, landstinget dock erbjuda bättre ekonomiska villkor till den LOU-upphandlade verksamheten än till en utförare som tecknat kontrakt efter att ha godkänts enligt LOV. Inom ett vårdvalssystem kan det förutom privata utförare, som tecknat kontrakt enligt LOV eller LOU, finnas vårdgivare inom landstingets egen regi. Samtliga dessa ska patienterna således kunna välja som utförare av hälso- och sjukvårdstjänster.[52]

3.7.4 Valfrihetssystem enligt LOV

När en region bestämt sig för att inrätta ett vårdvalssystem ska ett förfarande enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, inledas. En upphandlande myndighet som beslutat att inrätta eller förändra ett valfrihetssystem, har enligt 3 kap. 1 § LOV skyldighet att annonsera ett s.k. förfrågningsunderlag som, tillsammans med annonsen, ska finnas tillgängligt på en nationell webbplats som har upprättats för detta ändamål. Sådan annonsering ska ske löpande (3 kap. 2 § LOV).

Enligt definitionen i 2 kap. 1 § LOV utgör förfrågningsunderlaget sådant underlag för ansökan om att delta i ett valfrihetssystem som en upphandlande myndighet tillhandahåller.

Av 4 kap. LOV framgår vad förfrågningsunderlaget ska innehålla. Där anges att grunderna för den ekonomiska ersättningen till en leverantör (1 §) och inom vilken tid beslut om godkännande kommer att fattas (4 §) ska finnas med i förfrågningsunderlaget. Vidare ska det av förfrågningsunderlaget eller annonsen också framgå på vilket sätt ansökan ska ges in (4 kap. 3 §). Av 4 kap. 2 § framgår därutöver att den upphandlande myndigheten får ställa särskilda sociala, miljömässiga och andra villkor för hur ett kontrakt ska fullgöras, och att samtliga villkor måste anges antingen i annonsen eller i förfrågningsunderlaget.

Några närmare bestämmelser om vilka krav som får ställas i förfrågningsunderlaget framgår inte direkt av lagstiftningen, utan får avgöras med tillämpning av de grundläggande principerna (1 kap. 2 §

[52] Prop. 2008/09:74, s. 52.

LOV). Kraven måste vara relevanta och proportionerliga i förhållande till de tjänster som valfrihetssystemet omfattar. De krav som ställs måste också kunna följas upp av myndigheterna.

Rätten att få delta i ett valfrihetssystem regleras i 5 kap. 1 § LOV, där det framgår att såväl fysiska som juridiska personer, antingen var för sig eller tillsammans med andra leverantörer, kan lämna in en ansökan. Upphandlande myndighet kan därmed inte ställa krav på en viss juridisk form för att få lämna en ansökan. Ett sådant krav kan dock ställas när leverantören väl blivit tilldelad kontraktet, om det krävs för att kontraktet ska kunna fullgöras på ett godtagbart sätt.

Enligt 5 kap. 2 § LOV får en sökande vid behov åberopa andra företags ekonomiska, tekniska och yrkesmässiga kapacitet i ansökan. Sökanden ska, genom att tillhandahålla ett åtagande från företagen i fråga eller på annat sätt, kunna visa att sökanden kommer att förfoga över nödvändiga resurser när kontraktet ska fullgöras.

I 7 kap. LOV anges grunderna för när en sökande kan uteslutas av den upphandlande myndigheten och således går miste om att delta i ett utannonserat valfrihetssystem.

Alla leverantörer som uppfyller kraven i annonsen och förfrågningsunderlaget och som inte uteslutits enligt 7 kap. 1 § LOV, ska godkännas enligt 8 kap. 1 §. Kontrakt ska därefter tecknas utan dröjsmål efter ett godkännande (8 kap. 3 §).

Regionerna tecknar därmed avtal med flera leverantörer, och det är upp till den enskilda patienten att välja vilken vårdgivare den vill vända sig till. För att patienten ska kunna göra ett informerat val finns det reglerat i 9 kap. 1 § LOV att den upphandlande myndigheten till enskilda ska lämna information om samtliga leverantörer som myndigheten tecknat kontrakt med inom ramen för valfrihetssystemet. Informationen ska vidare, enligt samma bestämmelse, vara saklig, relevant, jämförbar, lättförståelig och lättillgänglig.

3.7.5 Upphandling enligt LOU

Enligt 1 kap. 1 § lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, är lagen tillämplig vid upphandling som genomförs av en upphandlande myndighet (offentlig upphandling). Formkraven för hur en upphandling ska genomföras framgår av lagen. Där framgår bl.a. vilka typer av förfaranden som finns, när dessa får användas, regler

kring annonsering, vilka som får delta i upphandling och hur kontrakt tilldelas.

Som nämnts ovan finns det flera likheter mellan förfarandena enligt LOU och LOV. LOU bygger dock på EU-direktiv[53] och behöver därför alltid tolkas i ljuset av direktivtext och avgöranden från EU-domstolen. Vidare är ett upphandlingsförfarande enligt LOU mer detaljreglerat än ett förfarande enligt LOV.

När det gäller regelverket runt LOU finns olika förfaranden som kan tillämpas beroende på ett antal faktorer, och det finns även tröskelvärden att beakta som påverkar vilket förfarande som ska användas.

3.7.6 Lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi

Utöver lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, och lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, finns också två andra lagar som tillämpas av regionerna när det kommer till avtal med privata vårdgivare, nämligen lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF. Dessa brukar benämnas den s.k. nationella taxan.

Enligt lagarna lämnas ersättning till läkare respektive fysioterapeuter som har samverkansavtal med regionen (5 §). Samma bestämmelser anger dock också att regionen vid ingående av samverkansavtal och vårdavtal ska tillämpa LOU eller LOV, om inte annat följer av 5 a–h §§, där ersättningsetablering behandlas. Ersättningen till läkarna respektive fysioterapeuterna är fastställd i särskilda förordningar, förordning (1994:1121) om läkarvårdsersättning respektive förordning (1994:1120) om ersättning för fysioterapi.

I både LOL och LOF finns bestämmelser om verksamhetsuppföljning m.m. I LOL anges att en läkare som begär läkarvårdsersättning ska medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Läkaren ska årligen till regionen lämna en redovisning med uppgifter om mottagningens personal och medicintekniska utrustning samt om utförda vårdåtgärder och antalet patientbesök. Läkaren ska på begäran av regionen lämna upplysningar och visa upp

[53] Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/24/EU av den 26 februari 2014 om offentlig upphandling och om upphävande av direktiv 2004/18/EG.

patientjournal samt övrigt material som rör undersökning, vård eller behandling av en patient och som behövs för kontroll av begärd läkarvårdsersättning. Av 6 § lagen (1998:543) om hälsodataregister följer att läkaren också ska lämna uppgifter till hälsodataregister.

I LOF anges att en fysioterapeut som begär fysioterapiersättning enligt denna lag ska medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Fysioterapeuten ska årligen till regionen lämna en redovisning med uppgifter om mottagningens personal och medicintekniska utrustning samt om utförda behandlingsåtgärder och antalet patientbesök. Fysioterapeuten ska på begäran av regionen lämna upplysningar och visa upp patientjournal samt övrigt material som rör behandling av en patient och som behövs för kontroll av begärd fysioterapiersättning.

I SOU 2020:19 föreslås att LOL och LOF ska upphävas. Förslaget är föremål för beredning i Regeringskansliet.

3.8 Bisysslor

Bestämmelser om offentliganställdas bisysslor finns i lagen (1994:260) om offentlig anställning, LOA, anställningsförordningen (1994:373), högskolelagen (1992:1434), samt i andra författningar som gäller statsanställda. Bisysslor regleras också i kollektivavtal både för statsanställda och kommun- och regionanställda samt för anställda i vissa offentliga bolag.

En bisyssla kan för en arbetstagare vara tillåten eller otillåten. De otillåtna bisysslorna brukar delas in i tre kategorier:

– Förtroendeskadliga bisysslor
– Arbetshindrande bisysslor
– Konkurrensbisysslor

SKR tagit fram allmänna stöddokument om bisysslor i form av cirkulär.[54] Flera regioner har därutöver tagit fram mer detaljerade regler för bisysslor till hjälp bl.a. vid bedömningen om en bisyssla

[54] Se SKR:s cirkulär 2002:50, dnr 2000:2391 och cirkulär 17:50, dnr 17/05350.

ska vara tillåten eller otillåten, t.ex. Region Stockholm[55] och Region Sörmland[56].

En och samma bisyssla kan falla under alla tre kategorierna, dvs. vara förtroendeskadlig, arbetshindrande och konkurrerande med arbetsgivaren på samma gång.[57]

I det följande beskrivs närmare de tre olika kategorierna av bisysslor.

3.8.1 Förtroendeskadliga bisysslor

Den typ av bisyssla som regleras i lag avser s.k. förtroendeskadliga bisysslor. Lagen (1994:260) om offentlig anställning, LOA, gäller för arbetstagare hos riksdagen och dess myndigheter samt hos myndigheterna under regeringen. Enligt 2 § LOA gäller bestämmelserna om förtroendeskadliga bisysslor (7–7 c §§) även arbetstagare i kommun, region och kommunalförbund.

Enligt 7 § LOA får inte arbetstagare ha någon anställning eller något uppdrag eller utöva någon verksamhet som kan rubba förtroendet för hens eller någon annan arbetstagares opartiskhet i arbetet eller som kan skada myndighetens anseende.

7 § LOA har till syfte att upprätthålla allmänhetens förtroende för myndigheternas opartiskhet. Bestämmelsen skall tillgodose det allmänna intresset av saklighet och opartiskhet i utövandet av offentlig verksamhet. Bestämmelsen uttrycker en grundsats som får anses följa redan av den offentliga anställningens beskaffenhet.[58]

För att en bisyssla ska vara otillåten behöver det inte ha konstaterats att den anställde verkligen har varit partisk i något ärende eller att allmänhetens förtroende för myndigheten eller dess anställda faktiskt har minskat. Det räcker att det finns risk för att allmänheten sätter opartiskheten i fråga på grund av bisysslans existens.[59]

Arbetsgivaren ska enligt 7 a § LOA på lämpligt sätt informera arbetstagarna om vilka slags förhållanden som kan göra en bisyssla otillåten enligt 7 §.

[55] Region Stockholm, LS 2017-1339.
[56] Region Sörmland, RegLS-LED16-1660-1.
[57] Prop. 2000/01:147, s. 9.
[58] Prop. 2000/01:147, s. 10.
[59] SOU 2000:80, s. 172.

En arbetstagare ska enligt 7 b § LOA på arbetsgivarens begäran lämna de uppgifter som behövs för att arbetsgivaren ska kunna bedöma arbetstagarens bisysslor.

Vidare ska en arbetsgivare enligt 7 c § LOA besluta att en arbetstagare som har eller avser att åta sig en bisyssla som inte är förenlig med 7 § ska upphöra med eller inte åta sig bisysslan. Beslutet ska vara skriftligt och innehålla en motivering.

Exempel på förtroendeskadliga bisysslor i regionerna

- Om en medarbetare ägnar sig åt alternativa behandlingsmetoder som är vetenskapligt tveksamma, om det finns en risk att patienten och/eller allmänheten kan uppfatta det som att om regionen står bakom metoden.[60]
- Om bisysslan medför att medarbetaren har intressen i ett företag som anlitas av regionen och medarbetaren kan påverka förhållandet mellan företaget och regionen i sin egenskap av medarbetare i regionen angående avtal om t.ex. upphandling eller inköp.[61]
- Uppdrag i bemanningsföretag om det innebär att man hyrs ut till sin egen region.[62]

3.8.2 Förbjudna bisysslor grundat på kollektivavtal

I föregående avsnitt har den bisyssla som regleras i lag beskrivits. I kollektivavtal regleras ytterligare två typer av förbjudna bisysslor, de arbetshindrande bisysslorna och konkurrensbisysslorna.[63]

Exempel på arbetshindrande bisysslor i regionerna

Bisyssla ska bedömas som arbetshindrande om den innebär att arbetsgivaren inte kan planera sin verksamhet utan att ta hänsyn till medarbetares bisyssla.[64]

[60] Region Sörmland, RegLS-LED16-1660-1.
[61] Region Sörmland, RegLS-LED16-1660-1.
[62] Region Sörmland, RegLS-LED16-1660-1 och Region Stockholm, LS 2017-1339.
[63] Se exempelvis Villkorsavtal-T.
[64] Region Sörmland, RegLS-LED16-1660-1.

Region Stockholm väger in följande faktorer i bedömningen.

- Antalet timmar som ägnas åt bisysslan.
- Sysselsättningsgraden. En medarbetare som arbetar deltid kan i normalfallet tillåtas ägna flera timmar åt sin bisyssla än en heltidsarbetande medarbetare.
- Den faktiska arbetstid som utförs under en period (ATL-tid, dvs. ordinarie arbetstid, övertid och jourtid – dock inte beredskap).
- Kraven i medarbetarens arbetsuppgifter: Ju högre kraven är på en medarbetares arbetsuppgifter, desto mindre negativ inverkan av en bisyssla kan accepteras.[65]

Exempel på konkurrerande bisysslor i regionerna

- Uppdrag som innebär att medarbetare utför arbete hos annan vårdgivare som beställts eller finansierats av regionen och då uppdraget annars hade kunnat utföras av regionen är konkurrerande och inte tillåtlig.[66]
- Huvudregeln är att all anställning i bemanningsföretag ska ses som konkurrerande bisyssla. Vissa företag och organisationer bedriver både verksamhet som konkurrerar med regionen och verksamhet som inte konkurrerar med regionens verksamhet. Däremot är det tillåtet att arbeta inom den del som inte konkurrerar med regionens verksamhet, förutsatt att det går att göra en sådan skillnad. Vid en bedömning av om en medarbetares bisyssla är en konkurrerande bisyssla eller inte har det inte någon betydelse vilka arbetsuppgifter eller vilken befattning som medarbetaren har i sitt arbete inom regionen. Det är vilken typ av verksamhet som medarbetaren utför i sin bisyssla som är avgörande.[67]

[65] Region Stockholm, LS 2017-1339.
[66] Region Sörmland, RegLS-LED16-1660-1.
[67] Region Stockholm, LS 2017-1339.

Rättsfall

Det finns endast två domar från Arbetsdomstolen som rör bisysslor inom hälso- och sjukvården. De redovisas i det följande.

AD 1999 nr 27

En regionanställd barnmorska arbetade bl.a. med ultraljudsundersökningar. Hon fick ett erbjudande att arbeta åt ett bolag med utförandet av ultraljudsundersökningar, cirka två timmar per vecka på kvällstid. Hon förbjöds av regionen att inneha bisysslan med hänvisning till kollektivavtalets konkurrensförbud. Tvisten gällde huruvida regionen haft rätt att förbjuda barnmorskan att inneha bisysslan.

Arbetsdomstolen konstaterade först att det har överlämnats åt arbetsgivaren att ensidigt bedöma om det föreligger en konkurrenssituation eller inte. Det hindrar inte att ett förbud mot en bisyssla kan anses som godtyckligt eller otillbörligt om t.ex. arbetsgivarens påstående om konkurrens framstår som helt obefogat. Arbetsdomstolen ansåg vidare att syftet med bestämmelsen i kollektivavtalet inte kan tolkas som att den endast är tillämplig för arbetstagare som styr över patienter från regionen till enskilda bolag i vilka de har ett ägarinflytande och kan göra en ekonomisk vinst. Arbetsdomstolen ansåg det heller inte som otillbörligt att regionen hade tillåtit vissa andra anställda att ha bisysslor där de ägnade sig åt samma verksamhet som i deras ordinarie anställning. Regionen hade således rätt att fatta beslut om att förbjuda bisysslan och ett sådant förbud var inte otillbörligt.

AD 2020 nr 9

Tvisten gällde att en läkares arbetsgivare vid tre tillfällen hade nekat läkaren att utföra sin bisyssla hos en privat vårdgivare. Anledningen till nekandet berodde inte på att bisysslan i sig sågs som konkurrerande eller förtroendeskadlig utan på grund av att läkaren var inne i en rehabiliteringsprocess grundat i läkarens astma och att arbetsgivaren ansåg att bisysslor i sig då kunde vara arbetshindrande. Arbetsdomstolen gick på arbetsgivarens linje avseende de två första tillfällena men inte vid det tredje tillfället då det inte fanns några

rehabiliteringsåtgärder planerade. Arbetsgivarens beslut kunde då ses som godtyckligt eftersom någon egentlig prövning av de faktiska omständigheterna vid beslutstillfället inte vidtagits.

Arbetsdomstolen uttalade följande om kollektivavtalsregleringen i AB 17.

> Enligt Arbetsdomstolens mening utgör bestämmelsen en s.k. arbetsgivarventil. Det innebär att det har överlämnats åt arbetsgivarens diskretionära prövning att tillämpa bestämmelsen inom ramen för dess tillämpningsområde. Arbetsgivarens fria prövningsrätt är inskränkt endast så till vida att den inte får utnyttjas på ett godtyckligt eller eljest otillbörligt sätt. Frågan om en arbetsgivare genom beslut i en skälighetsfråga har överskridit sin fria prövningsrätt kan underställas domstols prövning. Om så sker och domstolen därvid finner att arbetsgivaren har hållit sig inom ramen för sin prövningsrätt, kan domstolen inte gå in på frågan huruvida arbetsgivaren skäligen hade bort fatta ett annat beslut.

Lagstiftning som berör skydd och rättigheter

3.9 Rätten till egendomsskydd

Av 2 kap. 15 § regeringsformen, RF, framgår att vars och ens egendom är tryggad genom att ingen kan tvingas avstå sin egendom till det allmänna eller till någon enskild genom expropriation eller något annat sådant förfogande eller tåla att det allmänna inskränker användningen av mark eller byggnad utom när det krävs för att tillgodose angelägna allmänna intressen.

Av samma bestämmelse framgår vidare att den som genom expropriation eller något annat sådant förfogande tvingas avstå sin egendom ska vara tillförsäkrad full ersättning för förlusten. Ersättning ska också vara tillförsäkrad den för vilken det allmänna inskränker användningen av mark eller byggnad på sådant sätt att pågående markanvändning inom berörd del av fastigheten avsevärt försvåras eller att skada uppkommer som är betydande i förhållande till värdet på denna del av fastigheten. Ersättningen ska bestämmas enligt grunder som anges i lag.

Bestämmelsen inleds med att varje medborgares egendom är tryggad. Denna formulering har inte någon självständig rättslig betydelse utan anger endast det övergripande syftet med bestämmelsen så som det kommer till uttryck i dess fortsatta lydelse. Syftet är alltså inte att genom denna bestämmelse ge ett heltäckande skydd för all

egendom, utan att slå fast att hela vår rättsordning, liksom hittills, ska ge ett betryggande skydd för den enskildas egendom. Med uttrycket varje medborgare kan, liksom med paragrafens nuvarande lydelse, avses såväl fysiska som juridiska personer.[68]

Med uttrycket ”expropriation eller annat sådant förfogande” avses att en förmögenhetsrätt, dvs. äganderätt eller annan rätt med ett ekonomiskt värde (bl.a. nyttjanderätt, servitut eller vägrätt), tvångsvis överförs eller tas i anspråk.[69]

Utanför bestämmelsens tillämpningsområde faller ingrepp som innebär att egendom förstörs t.ex. på grund av risk för smitta. Inte heller skatt, böter, viten och exekutiva åtgärder omfattas av bestämmelsen. Som exempel på förfoganden som är likställda med expropriation har nämnts nationalisering och socialisering av egendom.[70]

Förutom att ge ett skydd mot att rättigheter tvångsvis överförs eller tas i anspråk omfattar grundlagsskyddet sådan lagstiftning som innebär begränsningar i innehavarens rätt att använda mark och byggnader. Med det avses allehanda inskränkningar i form av byggnadsförbud, användningsförbud, åtgärder enligt skogsvårdslagen (1979:429), strandsskyddsförordnande, beslut om naturreservat och andra beslut enligt miljöbalken m.m.[71]

Den enskildas egendom är inte ovillkorligt skyddad av det allmänna. Det finns situationer då angelägna allmänna intressen kan gå före. Det kan handla om samhällets behov av mark för bl.a. naturvårds- och miljöintressen, totalförsvarsändamål, bostadsbyggande, trafikleder och rekreation. För sådana särskilt angelägna ändamål måste som en sista utväg finnas möjlighet att tvångsvis ta i anspråk annans egendom eller begränsa ägarens möjligheter att fritt använda sin egendom. Det måste även vara möjligt att kunna vidta sådana åtgärder till förmån för enskild. Vad som är ett angeläget allmänt intresse måste till slut i viss mån bli föremål för en politisk värdering där hänsyn även måste tas vill vad som är godtagbart från rättssäkerhetssynpunkt i ett modernt och demokratiskt samhälle.[72]

[68] Prop. 1993/94:117, s. 48.
[69] SOU 2008:125, s. 429.
[70] SOU 2008:125, s. 429 f.
[71] Prop. 1993/94:117, s. 49.
[72] Prop. 1993/94:117, s. 48.

3.9.1 Europakonventionen

Bestämmelser om egendomsskydd finns även i den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen). Europakonventionen innebär att de anslutna staterna åtar sig att garantera vissa fri- och rättigheter (artikel 1). Vilka rättigheter som avses framgår av en omfattande och relativt detaljerad katalog över fri- och rättigheter (artikel 2–18). Konventionen har vidare kompletterats med olika tilläggsprotokoll som innehåller materiella bestämmelser.[73]

Även i konventionen finns det bestämmelser om egendomsskydd. Artikel 1 i första tilläggsprotokollet stadgar att varje fysisk eller juridisk person ska ha rätt till respekt för sin egendom. Ingen får berövas sin egendom annat än i det allmännas intresse och under de förutsättningar som anges i lag och i folkrättens allmänna grundsatser. Bestämmelsen inskränker dock inte en stats rätt att genomföra sådan lagstiftning som staten finner nödvändig för att reglera nyttjandet av egendom i överensstämmelse med det allmännas intresse eller för att säkerställa betalning av skatter eller andra pålagor eller av böter och viten.

I artikel 8 anges att var och en har rätt till respekt för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens samt att offentlig myndighet inte får inskränka åtnjutandet av denna rättighet annat än med stöd av lag och om det i ett demokratiskt samhälle är nödvändigt med hänsyn till statens säkerhet, den allmänna säkerheten, landets ekonomiska välstånd eller till förebyggande av oordning eller brott eller till skydd för hälsa eller moral eller för andra personers fri- och rättigheter.

3.9.2 EU:s rättighetsstadga

I Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (EU:s rättighetsstadga) behandlas medborgerliga, politiska, ekonomiska och sociala rättigheter. Det främsta syftet med stadgan är att befästa och klargöra den skyldighet som EU redan hade att respektera grundläggande rättigheter. Det handlar t.ex. om tanke-, religions-, yttrande- och mötesfrihet, rätt till ett skyddat privatliv och barns rätt till skydd och omvårdnad. Stadgan är till stor del en sam-

[73] För ytterligare beskrivning se SOU 2020:44, s. 163 ff.

manfattning av de rättigheter som redan finns inom EU genom fördragen och EU-domstolens praxis. Stadgan är indelad i sju avdelningar, där de sex första behandlar olika rättigheter och den sjunde avdelningen innehåller allmänna bestämmelser om tolkning och tillämpning av stadgan.[74]

I artikel 8 anges att var och en har rätt till skydd av de personuppgifter som rör honom eller henne. Personuppgifterna ska behandlas lagenligt för bestämda ändamål och på grundval av den berörda personens samtycke eller någon annan legitim och lagenlig grund.

3.10 Rätten till näringsfrihet

Av 2 kap. 17 § regeringsformen, RF, framgår att begränsningar i rätten att driva näring eller utöva yrke får införas endast för att skydda angelägna allmänna intressen och aldrig i syfte enbart att ekonomiskt gynna vissa personer eller företag. I förarbetena till bestämmelsen uttalade regeringen bl.a. följande.

> Genom stadgandet i första stycket slås skyddet för närings- och yrkesfriheten fast. Med att driva näring avses här enskilda som yrkesmässigt bedriver verksamhet av ekonomisk art. Avsikten med att bestämmelsen även avser dem som utövar yrke är att begreppen närings- och yrkesfrihet inte helt stämmer överens med varandra. Att båda begreppen förekommer i paragrafen kan inte gärna leda till oklarhet.[75]

Skyddet har utformats så att det tar sikte på ett särskilt moment i närings- och yrkesfriheten, nämligen den ekonomiska sidan av den s.k. likhetsprincipen. Principen kan kortfattat sägas innebära att alla regleringar på närings- och yrkesfrihetens område måste vara generella på så sätt att alla ska ha möjlighet att konkurrera på lika villkor under förutsättning att de i övrigt uppfyller de krav som kan ställas upp för just det yrket eller den näringsgrenen. Under dessa förutsättningar ska bestämmelsen förhindra att någon enskild ekonomiskt ska få gynnas på någon annans bekostnad.[76]

Genom andra ledet i paragrafens första stycke slås fast att inskränkningar aldrig får införas i syfte enbart att ekonomiskt gynna vissa personer eller företag. Avsikten är att den ekonomiska sidan av

[74] För ytterligare beskrivning se SOU 2020:44, s. 172.
[75] Prop. 1993/94:117, s. 50.
[76] Prop. 1993/94:117, s. 50.

likhetsprincipen ska vara överordnad den princip som läggs fast i det första ledet.[77] Regeringen uttalade vidare följande.

> En inskränkning som införs för att tillgodose ett angeläget allmänt intresse måste vara generell och får inte leda till att likhetsprincipen åsidosätts. Om en sådan inskränkning införs, kan inte uteslutas att detta kan komma att leda till att vissa näringsidkare gynnas. Att sådana gynnsamma ekonomiska konsekvenser aldrig får vara det egentliga syftet med inskränkningen har därför på det sätt kommittén föreslagit kommit till uttryck i paragrafen. Likhetsprincipen skall här förhindra att någon näringsidkare eller annan yrkesutövare gynnas på annans bekostnad. Motsatsvis följer att någon annan härvid också kan komma att missgynnas. Det skall såsom kommittén påpekat därmed i princip inte vara tillåtet att införa regler som innebär att nyetableringar inom viss näring eller visst yrke förhindras eftersom detta innebär ett skydd för dem som redan är etablerade, såvida det inte samtidigt finns något angeläget allmänt intresse av regleringen. Avsikten med den föreslagna lydelsen är emellertid inte att hindra ett offentligt monopol som drabbar alla presumtiva konkurrenter lika, under förutsättning att det införts för att skydda något angeläget allmänt intresse.[78]

3.11 Skydd för den personliga integriteten

Var och en är gentemot det allmänna skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten, om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden (2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen, RF).

Regeringsformens skydd för den personliga integriteten infördes genom 2010 års lagändringar. Genom att på grundlagsnivå stärka skyddet för den personliga integriteten, utan att detta skyddsintresse i första hand värderas utifrån intresset av att skydda den fria åsiktsbildningen, kommer enligt förarbetena vikten av respekt för individens rätt att själv förfoga över och ta ställning till det allmännas tillgång till sådan information som rör hans eller hennes privata förhållanden att betonas på ett tydligare sätt än vad som tidigare skett.[79]

Grundlagsskyddet är relativt. Det får alltså begränsas genom lag (2 kap. 20–22 §§ RF). Enligt förarbetena bör skyddet kunna förväntas öka förutsättningarna för att avvägningarna i fråga om integri-

[77] Prop. 1993/94:117, s. 51.
[78] Prop. 1993/94:117, s. 51 f.
[79] Prop. 2009/10:80, s. 176.

tetsintrång blir mer ingående belysta och att de presenteras på ett sådant sätt att kvaliteten i lagstiftningen höjs ytterligare.

Uttrycket ”enskilds personliga förhållanden” avses här ha samma innebörd som i tryckfrihetsförordningen och offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Vid bedömningen av vilka åtgärder som kan anses utgöra ett ”betydande intrång” ska både åtgärdens omfattning och arten av det intrång som åtgärden innebär beaktas. Även åtgärdens ändamål och andra omständigheter kan ha betydelse. De grundläggande fri- och rättigheterna omfattar endast sådana intrång som på grund av åtgärdens intensitet eller omfattning eller av hänsyn till uppgifternas integritetskänsliga natur eller andra omständigheter innebär ett betydande ingrepp i den enskildas privata sfär.[80]

3.12 EU:s dataskyddsförordning

Den 27 april 2016 antogs Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning). I fortsättningen används förkortningen dataskyddsförordningen. Dataskyddsförordningen syftar till att skydda fysiska personers grundläggande rättigheter och friheter, särskilt deras rätt till skydd av personuppgifter. Ett övergripande syfte med dataskyddsförordningen är att ytterligare harmonisera och effektivisera skyddet för personuppgifter för att förbättra den inre marknadens funktion och öka enskildas kontroll över sina personuppgifter.

Dataskyddsförordningen började tillämpas i medlemsstaterna den 25 maj 2018 och ersatte då den allmänna regleringen om behandling av personuppgifter inom EU som fanns i Europaparlamentets och rådets direktiv 95/46/EG av den 24 oktober 1995 om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter, förkortat dataskyddsdirektivet.

Artikel 4 i dataskyddsförordningen innehåller en rad definitioner av olika begrepp, bl.a. begreppet personuppgift. Dataskyddsförordningen kräver att personuppgifter bara behandlas utifrån vissa

[80] Prop. 2009/10:80, s. 250.

grundläggande principer. Dessa principer finns i artikel 5 och gäller som ett ramverk vid all behandling av personuppgifter.

Behandling av personuppgifter är endast tillåten om den stöder sig på minst en av de rättsliga grunder som räknas upp i artikel 6.1 i dataskyddsförordningen. Bestämmelsen räknar uttömmande upp de rättsliga grunder som finns för att det över huvud taget ska vara tillåtet att behandla personuppgifter.

- Den registrerade har lämnat sitt samtycke till att dennes personuppgifter behandlas för ett eller flera specifika ändamål (led a).
- Behandlingen är nödvändig för att fullgöra ett avtal i vilket den registrerade är part eller för att vidta åtgärder på begäran av den registrerade innan ett sådant avtal ingås (led b).
- Behandlingen är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar den personuppgiftsansvarige (led c).
- Behandlingen är nödvändig för att skydda intressen som är av grundläggande betydelse för den registrerade eller för en annan fysisk person (led d).
- Behandlingen är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i den personuppgiftsansvariges myndighetsutövning (led e).
- Behandlingen är nödvändig för ändamål som rör den personuppgiftsansvariges eller en tredje parts berättigade intressen, om inte den registrerades intressen eller grundläggande rättigheter och friheter väger tyngre och kräver skydd av personuppgifter, särskilt när den registrerade är ett barn (led f).

Led f gäller inte för behandling som utförs av offentliga myndigheter när de fullgör sina uppgifter.

Lagstiftning som rör hälsodata, statistik och sekretess

3.13 Regler kring hälsodataregister m.m.

Uppgifter om patienter och vård finns i ett antal olika register. Lagen (1998:543) om hälsodataregister och ett antal förordningar reglerar olika slag av s.k. hälsodataregister. Avsikten är att de frågor som är

gemensamma för alla hälsodataregister ska regleras i en lag medan närmare föreskrifter om enskilda hälsodataregister ska meddelas av regeringen inom de ramar som lagen drar upp.[81]

I 1 § i lagen stipuleras det att central förvaltningsmyndighet inom hälso- och sjukvården får utföra automatiserad behandling av personuppgifter i hälsodataregister. Det är den centrala förvaltningsmyndigheten som utför behandlingen av personuppgifter som är personuppgiftsansvarig. Personuppgifter i ett hälsodataregister får enligt 3 § behandlas för:

- Framställning av statistik,
- uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård, och
- forskning och epidemiologiska undersökningar.

Enligt 4 § får ett hälsodataregister endast innehålla de uppgifter som behövs för de ändamål för vilka personuppgifterna får behandlas enligt 3 §. Enligt 6 § ska den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården lämna uppgifter till ett hälsodataregister för de ändamål som anges i 3 §.

3.13.1 Patientregistret

Patientregistret är ett av Socialstyrelsens hälsodataregister.[82] Föreskrifter om registret finns i förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen och i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2013:35) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister.

Personuppgifter får behandlas i registret för alla tre ändamål som stipuleras i 3 § hälsodataregisterlagen. Enligt 4 § förordningen om patientregister hos Socialstyrelsen får behandlingen avse följande uppgifter:

1. personnummer, kön, födelseår, bosättningsort, vårdenhet, diagnoser, åtgärder, att åtgärder vidtagits av viss kategori hälso- och sjukvårdspersonal, yttre orsaker till sjukdom eller skada, vårdkostnader, grund för psykiatrisk tvångsvård, tidpunkter för

[81] Prop. 1997/98:108, s. 44.
[82] Förarbeten finns i prop. 1997/98:108 och prop. 2017/18:171.

åtgärder och händelser, in- och utskrivningssätt, planerad vård, och

2. folkbokföringsort, fastighetskoordinater, födelsehemort eller födelseort, medborgarskap, civilstånd, inflyttning från och utflyttning till utlandet, personnummerförändringar och dödsdatum.

Enligt 2 § SOSFS 2013:35 ska den som bedriver verksamhet i hälso- och sjukvården till Socialstyrelsen lämna uppgifter om de patienter som under de tre månader som föregår rapporteringsmånaden

1. har varit inskrivna i den slutna hälso- och sjukvården eller
2. har behandlats av läkare i den del av den öppna hälso- och sjukvården som inte är primärvård.

I bilagan till myndighetsföreskriften finns det specifikationer kring hur uppgifterna ska lämnas till Socialstyrelsen.

3.13.2 Vårdgivarregistret

Det finns även register som inte innehåller några uppgifter om enskilda patienter. Ett exempel på det är IVO:s vårdgivarregister som därmed inte kan klassas som ett hälsodataregister. Av 2 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att IVO ska föra ett automatiserat register över verksamheter som anmälts till inspektionen. Den som avser att bedriva verksamhet som omfattas av IVO:s tillsyn ska anmäla detta till inspektionen senast en månad innan verksamheten påbörjas enligt 2 kap. 1 § patientsäkerhetslagen. I patientsäkerhetsförordningen och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1998:13) om anmälan av verksamheter på hälso- och sjukvårdens område, anges vilka uppgifter anmälan ska innehålla. Den som uppsåtligen eller av oaktsamhet påbörjar, flyttar eller väsentligt ändrar en verksamhet som omfattas av tillsyn enligt patientsäkerhetslagen utan att ha gjort föreskriven anmälan döms till böter.

IVO är personuppgiftsansvarig för behandlingen av personuppgifter i vårdgivarregistret. Enligt 2 kap. 3 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) får registret innehålla följande uppgifter:

1. namn eller företagsnamn och personnummer eller organisationsnummer för den som bedriver verksamheten,
2. var verksamheten bedrivs,
3. verksamhetens inriktning,
4. verksamhetens omfattning,
5. antalet yrkesutövare och deras yrkestitlar,
6. verksamhetschefens namn, adress och telefonnummer,
7. den patientförsäkring som tecknats för verksamheten,
8. datum för inspektion av verksamheten,
9. datum för Inspektionen för vård och omsorgs beslut i fråga om verksamheten, och
10. datum för anmälan enligt 3 kap. 5 eller 6 § patientsäkerhetslagen.

Registret får inte innehålla uppgifter om enskilda patienter enligt 2 kap. 3 § patientsäkerhetsförordningen.

3.13.3 Kvalitetsregister

Nationella Kvalitetsregister är register som systematiskt samlar data om olika patientgrupper. Det primära syftet med kvalitetsregistren är att de ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. Bestämmelser om nationella och regionala kvalitetsregister finns i 7 kap. patientdatalagen (2008:355).

Av 7 kap. 2 § patientdatalagen framgår att personuppgifter inte får behandlas i ett kvalitetsregister om den enskilda motsätter sig det.

Personuppgifter i ett Nationellt Kvalitetsregister får behandlas för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. Vidare får personuppgifter som behandlas för det ändamålet också behandlas för framställning av statistik och forskning inom hälso- och sjukvården vilket framgår av 7 kap. 4 och 5 §§ patientdatalagen.

3.13.4 Den nationella väntetidsdatabasen hos SKR

I 9 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, finns bestämmelser om vårdgarantin, dvs. att regionen ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens ansvar. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilda inom viss tid får kontakt med primärvården, en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården, får besöka den specialiserade vården, och får planerad vård. Närmare bestämmelser om tidsperioder återfinns i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF. Om regionen inte uppfyller vårdgarantin ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

Av 9 kap. 3 § HSL följer att regionen ska rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas. Närmare bestämmelser om regionernas rapporteringsskyldighet återfinns i HSF. Av förordningen framgår att regionernas rapporteringsskyldighet ska fullgöras genom att regionerna lämnar uppgifter om väntetider till den nationella väntetidsdatabas som förs av Sveriges Kommuner och Regioner (se 6 kap. 3 §). Det finns ett bemyndigande för Socialstyrelsen att meddela ytterligare föreskrifter om regionernas rapporteringsskyldighet men några sådana föreskrifter har inte tagits fram.

3.13.5 Uppgifter hos SCB

Bestämmelser om den officiella statistiken, bl.a. att den officiella statistiken ska finnas för allmän information, utredningsverksamhet och forskning samt om uppgiftsskyldighet finns i lagen (2001:99) om den officiella statistiken. Till lagen finns kompletterande föreskrifter i förordningen (2001:100) om den officiella statistiken. Där finns bestämmelser bl.a. om statliga myndigheters skyldighet att lämna statistiska uppgifter till respektive statistikansvariga myndigheter. Vilka de är framgår av 2 § förordningen om den officiella statistiken och bilagan till denna. I 15 § förordningen om den officiella statistiken finns bemyndigande för den statistikansvariga myndigheten att inom sitt verksamhetsområde meddela föreskrifter om verkställighet av bestämmelserna om uppgiftsskyldighet i 7 och 8 §§ lagen om den officiella statistiken och 5–5 d §§ förordningen om den officiella statistiken.

Statistiska centralbyrån, SCB, har flera föreskrifter om uppgiftsskyldighet. I Statistiska centralbyråns föreskrifter (SCB-FS 2018:22) om uppgifter till statistik om alternativa utförare av kommunal och landstingskommunal verksamhet inom skola, vård och omsorg finns bestämmelser om att kommuner och regioner på begäran av SCB ska lämna uppgifter rörande alternativa utförare av verksamhet inom skola, vård och omsorg som är finansierade av kommunen eller regionen. Uppgifterna ska lämnas till SCB. Det finns även en rapporteringsskyldighet för regionernas vårdkostnader till Räkenskaperna i SCB-FS 2020:27. Det saknas skyldighet för privata vårdgivare att lämna uppgifter om den privatfinansierade vården till SCB.

3.14 Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

I detta avsnitt redovisas ett antal sekretessbestämmelser som av olika anledningar berör utredningen och de förslag som utredningen lämnar. Uppräkningen ska inte ses som en uttömmande lista av sekretessbestämmelser som rör respektive aktör.

3.14.1 IVO

IVO:s verksamhet som rör utredning och tillsyn enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) är sekretessreglerad.[83]

I 30 kap. 23 § offentlighets- och sekretesslagen finns en bestämmelse till skydd för uppgifter som rör enskilda vilket här främst berör de verksamheter som finns registrerade i vårdgivarregistret. Sekretess gäller då

1. för uppgift om en enskilds affärs- eller driftförhållanden, uppfinningar eller forskningsresultat, om det kan antas att den enskilde lider skada om uppgiften röjs, och
2. för uppgift om andra ekonomiska eller personliga förhållanden än som avses i 1 för den som har trätt i affärsförbindelse eller liknande förbindelse med den som är föremål för myndighetens verksamhet.

[83] Se punkt 58 i bilagan till offentlighets- och sekretessförordning (2009:641).

3.14.2 Socialstyrelsen

Patientregistret hos Socialstyrelsen omfattas av regeln om statistiksekretess enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen. Bestämmelsen stadgar som huvudregel en absolut sekretess men det finns undantag.

Uppgift som behövs för forsknings- eller statistikändamål och uppgift som inte genom namn, annan identitetsbeteckning eller liknande förhållande är direkt hänförlig till den enskilde får lämnas ut, om det står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider skada eller men (se tredje stycket samma bestämmelse).

3.14.3 Regionerna

I en upphandling finns det sekretessregler som ska skydda den upphandlande myndigheten och leverantören. I 19 kap. 3 § andra stycket offentlighets- och sekretesslagen stadgas att det råder absolut sekretess för uppgifter i en pågående upphandling. Av 19 kap. 3 § första stycket framgår att det råder sekretess för uppgifter i en upphandling, även efter det att den har avslutats, om det kan antas att det allmänna lider skada om uppgiften röjs.

I 31 kap. 16 § offentlighets- och sekretesslagen regleras skyddet för en enskild aktör som har trätt i affärsförbindelse med en myndighet. Sekretess gäller då för uppgift om en enskilds affärs- eller driftförhållanden, om det av särskild anledning kan antas att den enskilde lider skada om uppgiften röjs.[84]

Hos regionerna finns det även sekretessbestämmelser som ska skydda uppgifter om enskilda individers hälsa. Bestämmelsen i 21 kap. 1 § gäller oavsett i vilket sammanhang uppgiften förekommer. Bestämmelsen i 25 kap. 1 § gäller inom hälso- och sjukvården för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden.

[84] I bestämmelsen räknas även upp de fall när bestämmelsen inte är tillämplig.

Lagstiftning som rör skatterätt

3.15 Skatterättsliga regler som berör privata sjukvårdsförsäkringar

En arbetsgivare kan betala premien för privata sjukvårdsförsäkringar för de anställda, se mer därom i kapitel 5. När arbetsgivare betalar premien för privata sjukvårdsförsäkringar för sina anställda uppkommer frågor om förmånsbeskattning. En privat sjukvårdsförsäkring som bekostas av arbetsgivaren räknas nämligen som en förmån. Den skatterättsliga huvudregeln är att löner, arvoden, kostnadsersättningar, pensioner, förmåner och andra inkomster som erhålls på grund av tjänst ska tas upp till beskattning enligt 11 kap. 1 § inkomstskattelagen (1999:1229), IL. Till denna bestämmelse finns det flera undantag och fram till den 30 juni 2018 skulle förmån av hälso- och sjukvård inte tas upp till beskattning oavsett om den avsåg vård i Sverige som inte var offentligfinansierad eller vård utomlands. Privata sjukvårdsförsäkringar bekostade av arbetsgivaren skulle alltså tidigare inte förmånsbeskattas.

I förarbetena till förändringen av förmånsbeskattningen, prop. 2017/18:131 *Slopad skattefrihet för förmån av hälso- och sjukvård*, anges att de förändrade reglerna tar sikte på att inte behandla privata sjukvårdsförsäkringar skatterättsligt annorlunda än andra förmåner. Regeringen utryckte det som att syftet med förändringen var att ”öka likformigheten i skattesystemet och skapa en ökad neutralitet mellan uppbärande av kontant lön och erhållande av förmån”.[85]

I dag gäller enligt 11 kap. 18 § IL att förmån av hälso- och sjukvård inte ska tas upp om förmånen avser vård utomlands vid insjuknande i samband med tjänstgöring utomlands. Följande förmåner ska inte heller tas upp:

- läkemedel vid vård utomlands vid insjuknande i samband med tjänstgöring utomlands,
- företagshälsovård, förebyggande behandling eller rehabilitering,
- vaccination som betingas av tjänsten, och

[85] Prop. 2017/18:131, s. 25.

- tandbehandling som har bedömts som nödvändig med hänsyn till tjänstens krav för Försvarsmaktens submarina eller flygande personal och för andra med i huvudsak liknande arbetsförhållanden.

Inkomster i annat än pengar ska värderas till marknadsvärdet om inte annat framgår av 61 kap. IL. Med marknadsvärdet avses det pris som den skattskyldige själv skulle ha fått betala på orten om personen köpt motsvarande vara eller tjänst, 61 kap. 2 § IL. Sjukvårdsförsäkringsförmån ska värderas till ett belopp som motsvarar arbetsgivarens kostnad för förmånen, 61 kap. 17 a § IL. Anledningen till det beskrivs på följande sätt i förarbetena.

> När det gäller förmån av sjukvårdsförsäkring bör dock, av förenklingsskäl, förmånen värderas till ett belopp som motsvarar arbetsgivarens kostnad för förmånen, dvs. normalt premien för försäkringen. Bakgrunden till detta är att premien för en sjukvårdsförsäkring varierar kraftigt beroende på åldern på den försäkrade, omfattningen av försäkringen och nivån på självrisken och att det sannolikt skulle innebära en inte obetydlig administrativ börda för såväl arbetsgivarna som Skatteverket att fastställa det pris den skattskyldige skulle ha fått betala på orten om hon eller han själv hade skaffat sig motsvarande försäkring.[86]

Regeringen framhöll bl.a. följande i förarbetena till de ändrade reglerna.

> Regeringen vill framhålla att förslaget inte innebär något förbud för företag att även fortsättningsvis teckna sjukvårdsförsäkringar för sin personal. Samtidigt kan noteras att den absoluta majoriteten av arbetstagarna inte har arbetsgivarbetalda sjukvårdsförsäkringar. Till skillnad från remissinstanserna anser regeringen inte att sjukvårdsförsäkringar kan jämställas med andra hälsofrämjande åtgärder som får dras av såsom företagshälsovård, förebyggande behandling, rehabilitering och friskvård, då en sjukvårdsförsäkring inte har samma nära koppling till arbetsplatsen som de övriga insatserna. Insatser i form av företagshälsovård, förebyggande behandling, rehabilitering och friskvård kommer även fortsatt att vara skattefria för arbetstagarna eftersom det inte föreslås någon ändring av de reglerna.[87]

[86] Prop. 2017/18:131, s. 30 f.
[87] Prop. 2017/18:131, s. 25.

3.15.1 Gränsdragningsfrågor mellan skattepliktiga och skattefria hälso- och sjukvårdsförmåner

En arbetsgivare kan erbjuda olika skattefria förmåner inom hälso- och sjukvårdsområdet. Arbetsgivaren har också ett ansvar enligt arbetsmiljölagen (1977:1160) för företagshälsovård, förebyggande behandling och rehabilitering.[88] I det följande beskrivs de gränsdragningsfrågor som kan uppstå mellan vad som är skattepliktigt och inte vad gäller olika hälso- och sjukvårdsförmåner.

Företagshälsovård

Med företagshälsovård avses enligt 3 kap. 2 c § arbetsmiljölagen 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.

Skatteverket har bedömt att hälsoundersökningar som ingår som en del av ett arbetsmiljöarbete och som är anpassade till de arbetsmiljörisker som de anställda utsätts för i sitt arbete utgör företagshälsovård. När arbetsgivaren bekostar sådan undersökning är förmånen skattefri. Detsamma gäller övriga besök hos företagshälsovården som den anställda gör som ett led i arbetsgivarens arbetsmiljöansvar. Övriga hälsoundersökningar och annan hälso- och sjukvård som arbetsgivaren tillhandahåller sina anställda via företagshälsovården eller via en annan aktör men som inte är ett led i arbetet med att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatsen är en skattepliktig förmån.[89]

Förebyggande behandling

Förebyggande behandling är åtgärder som syftar till att den anställde ska kunna fortsätta att förvärvsarbeta. Behandlingen ska avse anställda som har en förhöjd sjukdomsrisk. Den sjukdom som kan befaras uppkomma ska vara av sådan art att den kan förväntas leda

[88] Prop. 1994/96:182, s. 28.
[89] Skatteverkets ställningstagande, dnr 202 340340-18/111.

till nedsättning av arbetsförmågan. Det kan också gälla funktionsträning, t.ex. hörselträning, talträning och rörelseträning i bassäng. I dessa fall har en sjukdom orsakat en bestående funktionsnedsättning. Den förebyggande behandlingen ska inte avse att bota sjukdomen utan att förbättra eller motverka en försämring av sjukdomen i syfte att förhindra att arbetsoförmåga uppstår eller ökar. Några exempel på vanliga utgifter för rehabiliteringsåtgärder som kan få dras av är utgifter för behandling hos sjukgymnast, vård av missbrukare på behandlingshem och ryggträning på rygginstitut.[90]

Även hälsokontroller med direkt koppling till arbetet omfattas av begreppet förebyggande behandling. Sådana exempel kan vara lungröntgen för anställda som vistas i rökiga arbetsmiljöer, hjärtundersökningar som görs på idrottsmän, och blodtrycksmätning av anställda som har en stressig arbetsmiljö. Hälsoundersökningar som utförs i syfte att kontrollera det allmänna hälsotillståndet hos de anställda är däremot en skattepliktig förmån.[91]

Rehabilitering

Arbetsgivaren har, inom ramen för sitt rehabiliteringsansvar, ansvar för att vidta de åtgärder som skäligen kan krävas för att anställningen ska bestå. Det innebär att arbetsgivaren som ett led i detta har ett ansvar för rehabiliteringsåtgärder utöver de åtgärder som sker i samarbete med Försäkringskassan eller ingår i en plan för återgång i arbete. Övriga rehabiliteringsåtgärder kan t.ex. vara behandling av missbruksproblem, ätstörningar eller att arbetsgivaren erbjuder den anställda att gå till en fysioterapeut som ett led i en konvalescens. Om arbetsgivaren tillhandahåller sådana rehabiliteringsåtgärder till den anställda är dessa skattefria för denne. Även krisstöd i situationer när en anställd drabbas av händelser eller situationer som är uppslitande eller traumatiska är skattefria för den anställda.[92]

[90] Skatteverkets ställningstagande, dnr 202 340340-18/111.
[91] Skatteverkets ställningstagande, dnr 202 340340-18/111.
[92] Skatteverkets ställningstagande, dnr 202 340340-18/111.

Medicinska kontroller

Medicinska kontroller är enligt Skatteverkets rättsliga ställningstagande medicinska åtgärder som arbetsgivaren tillhandahåller i enlighet med Arbetsmiljöverkets föreskrifter AFS 2005:6 och som är avsedda att vara till stöd i arbetsmiljöarbetet.[93] I en medicinsk kontroll kan ingå biologisk exponeringskontroll, läkarundersökning, hälsoundersökning och tjänstbarhetsbedömning. Oavsett om sådan kontroll sker inom företagshälsovården eller på en annan inrättning är den skattefri för den anställda.[94]

Hur beskattning ska ske när försäkringen innehåller både skattefria och skattepliktiga moment

Privata sjukvårdsförsäkringar kan, förutom ren hälso- och sjukvård, även innehålla förebyggande insatser och rehabiliteringsåtgärder. I förarbetena uttalades följande om denna typ av försäkringar.

> När det särskilt gäller frågan om förmån av sjukvårdsförsäkringar, vilken torde utgöra den klart dominerande delen av arbetsgivarnas utgifter för privat hälso- och sjukvård, avgörs förmånens omfattning med utgångspunkt i vad försäkringen omfattar. Vilka typer av försäkringsfall som sedan inträffar och vad eventuella faktiska utbetalningar därmed kommer att avse saknar helt betydelse. För en försäkring som inte bara omfattar hälso- och sjukvård utan också omfattar andra insatser som fortsatt är skattefria för den anställde ska förmånsvärderingen göras utifrån en proportionering av försäkringens beståndsdelar, inte utifrån bedömningar av varje enskild insats som eventuellt kommit i fråga under beskattningsåret. Om en försäkring t.ex. till hälften omfattar hälso- och sjukvård och till hälften omfattar insatser som är undantagna från beskattning är halva värdet en skattepliktig förmån även om samtliga insatser när försäkringen väl behöver tas i anspråk avser sådant som ligger inom ramen för hälso- och sjukvård.[95]

I detta sammanhang kan nämnas att Skatteverket den 10 juni 2019 har utfärdat ett ställningstagande om beräkning av sjukvårdsförsäkringsförmån. Enligt ställningstagandet kan den skattepliktiga förmånen av en sjukvårdsförsäkring som omfattar både skattepliktiga

[93] Skatteverkets ställningstagande, dnr 202 340340-18/111. Notera dock att Arbetsmiljöverkets föreskrifter AFS 2005:6 är upphävda, och ersatta med Arbetsmiljöverkets föreskrifter Medicinska kontroller i arbetslivet, AFS 2019:3. Någon uppdatering av Skatteverkets ställningstagande har dock inte skett.
[94] Skatteverkets ställningstagande, dnr 202 340340-18/111.
[95] Prop. 2017/18:131, s. 28.

och skattefria insatser schablonmässigt beräknas till 60 procent av försäkringspremien. Procentsatsen har bedömts representera den genomsnittliga andel av försäkringsföretagens utbetalningar inom sjukvårdsförsäkringarna som avser insatser som är skattepliktiga. Om en försäkringsgivare eller arbetsgivare anser att den skattepliktiga delen av premien är lägre än 60 procent, ska den beräknade fördelningen dokumenteras och vid förfrågan kunna visas upp för Skatteverket.[96]

3.15.2 Redovisning av förmån av privat sjukvårdsförsäkring till Skatteverket

Arbetsgivaren är skyldig att till Skatteverket lämna uppgifter om utbetalda ersättningar och skatteavdrag på individnivå, dvs. per betalningsmottagare. Det sker huvudsakligen genom att uppgifterna redovisas i arbetsgivardeklarationerna eller i vissa fall genom att kontrolluppgift lämnas.

Av 15 kap. 2 § skatteförfarandelagen (2011:1244), SFL, framgår att kontrolluppgift ska lämnas om utgiven ersättning och förmån som utgör intäkt i inkomstslaget tjänst. Av 15 kap. 4 § SFL framgår att kontrolluppgiften ska lämnas av den som har gett ut ersättningen eller förmånen. I skatteförfarandeförordningen (2011:1261) regleras vad för uppgifter om förmån som utgör intäkt i inkomstslaget tjänst som ska lämnas till Skatteverket i form av en kontrolluppgift.

5 kap. 1 § skatteförfarandeförordningen stadgar att en kontrolluppgift ska innehålla uppgifter om bruttolön och det sammanlagda värdet av andra förmåner än bilförmån. Av den bestämmelsen framgår att det inte sker någon särredovisning av de förmåner som arbetsgivaren står för som exempelvis fri parkering och telefon utan alla förmåner utom bilförmåner redovisas som ett sammanlagt värde.

Av 15 kap. 8 § tredje punkten SFL framgår att kontrolluppgift inte är det primära sättet att lämna uppgifter till Skatteverket. Uppgiften ska inte lämnas som en kontrolluppgift om den i stället har lämnats i en arbetsgivardeklaration.

Bestämmelsen i 26 kap. 3 § andra stycket SFL reglerar vem som ska lämna en arbetsgivardeklaration. Av 26 kap. 19–19 f §§ framgår vad arbetsgivardeklarationen ska innehålla för uppgifter. Vad gäller

[96] Skatteverkets ställningstagande, dnr 202 259391-19/111.

förmån preciseras det i 6 kap. 3 § skatteförfarandeförordningen att en arbetsgivardeklaration ska innehålla uppgift om en viss betalningsmottagares bruttolön och det sammanlagda värdet av andra förmåner än bilförmån. Av den bestämmelsen framgår att det inte sker någon särredovisning av de förmåner som arbetsgivaren står för som exempelvis fri parkering och telefon utan alla förmåner utom bilförmåner redovisas som ett sammanlagt värde i arbetsgivardeklarationen.

Bilförmån särredovisas således i dag.[97] Det har tidigare funnits exempel på att vissa förmåner av tjänst särredovisas till Skatteverket, t.ex. förmån av fri parkering. År 2004 infördes det en bestämmelse i den då gällande förordningen om självdeklarationer och kontrolluppgifter med följande lydelse. ”Om förmån av fri parkering har getts ut, skall det anges i kontrolluppgiften”.[98]

Särredovisningen av förmånen fri parkering slutade att gälla 2019 genom en ändringsförordning till skatteförfarandeförordningen.[99]

[97] För bakgrund till särredovisningen, se prop. 1986/87:46, s. 10 ff. och prop. 1996/97:19, s. 70.
[98] SFS 2004:284.
[99] SFS 2017:390.

4 Tidigare överväganden och pågående uppdrag om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar

4.1 Inledning

I detta kapitel beskrivs översiktligt överväganden i bl.a. propositioner, betänkanden från statliga utredningar och myndighetsrapporter där det finns en koppling till frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Det har funnits två tillfälliga regleringar som berör frågor om betalning av hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar. De senaste åren har det även lämnats flera förslag från statliga utredningar och myndigheter m.m. som är av intresse för utredningen. Frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar har nyligen analyserats i två myndighetsrapporter, nämligen i en regeringsrapport från Vård- och omsorgsanalys och i en förstudie från IVO. Dessa rapporter kommer att beskrivas mer utförligt än övrigt material. Även förslag som har lämnats i betänkanden från statliga utredningar men som ännu inte har tagits vidare och utgjort förslag i propositioner beskrivs. Andra förslag som beskrivs är förslag som har lämnats i propositioner till riksdagen men som har avslagits av riksdagen och därför inte lett till författningsändringar. Dessutom beskrivs en pågående statlig utrednings uppdrag och delbetänkande.

Beskrivningen i detta kapitel ska inte ses som uttömmande. Utredningen kommer i senare kapitel att hänvisa till ytterligare utredningar och annat underlag som har koppling till utredningens uppdrag. Utredningar m.m. som utgjort underlag till nu gällande bestämmelser beskrivs i kapitel 3 om gällande rätt.

Beskrivningarna sker i kronologisk ordning med de äldre först.

4.2 Tidigare regleringar och överväganden

Det har funnits två tillfälliga regleringar som har koppling till frågor som rör betalning av hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar.

Den första regleringen avsåg lagen (2000:1440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan och gällde åren 2001–2002.[1] Lagen var tidsbegränsad. Regleringen innebar att regionernas möjligheter att låta privata vårdgivare utföra tjänster för regionernas räkning var inskränkt. Uppgiften att ansvara för driften av akutsjukhus fick inte, enligt regelverket, överlämnas till den som avsåg att driva verksamheten med syfte att skapa vinst åt ägare eller motsvarande intressent.

Den andra tillfälliga regleringen infördes den 1 januari 2006 i dåvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och innebar att uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett regionsjukhus eller en regionklinik inte fick överlämnas till någon annan.[2] Överlämnade regionen driften av hälso- och sjukvård vid övriga sjukhus till någon annan, skulle avtalet innehålla villkor om att ”verksamheten skall drivas utan syfte att ge vinst åt ägare eller motsvarande intressent, och att vården skall bedrivas uteslutande med offentlig finansiering och vårdavgifter”. I propositionen angavs att en entreprenör som driver ett sjukhus för regionens räkning inte fick, inom ramen för den överlåtna verksamheten, skaffa sig intäkter från patienter som hade en privat sjukvårdsförsäkring eller betalade vården med egna medel.[3] Bestämmelserna upphävdes den 1 juli 2007.[4]

Beredningsunderlaget till propositionen utgjordes dels av två betänkanden från utredningen om Vårdens ägarformer (S 2000:08); delbetänkandet *Vinst för vården* (SOU 2002:31) samt slutbetänkandet *Vårda vården – samverkan, mångfald och rättvisa* (SOU 2003:23), dels av en kompletterande promemoria som utarbetades i Socialdepartementet (S2004/4905/HS). Lagförslagen i propositionen och promemorian skiljde sig i flera avseenden från lagförslagen i slutbetänkandet. I propositionen och promemorian lyftes frågan om förbud mot att driva verksamheten i syfte att ge vinst åt ägaren in i författningsförslaget. Betänkandets författningsförslag fokuserade

[1] Prop. 2000/01:36, bet. 2000/01:SoU6 och bet. 2000/01:SoU11, rskr. 2000/01:122.
[2] Prop. 2004/05:145, bet. 2004/05:SoU18, rskr. 2004/05:300.
[3] Prop. 2004/05:145, s. 55.
[4] Prop. 2006/07:52, bet. 2006/07:SoU11, rskr. 2006/07:152.

mer på finansieringen av vård som överlämnats, och då särskilt på privata sjukvårdsförsäkringar och annan privatfinansiering.[5]

4.3 Avslutade uppdrag och lagstiftningsarbeten

4.3.1 Välfärdsutredningen

Regeringen beslutade den 5 mars 2015 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att föreslå ett nytt regelverk för offentlig finansiering av privat utförda välfärdstjänster. Utredningen antog namnet Välfärdsutredningen. Utredningen överlämnade i november 2016 delbetänkandet *Ordning och reda i välfärden* (SOU 2016:78). Den 9 maj 2017 överlämnades slutbetänkandet *Kvalitet i välfärden – bättre upphandling och uppföljning* (SOU 2017:38).

Några av utredningens förslag, bl.a. kring tillståndsplikt och ändringar i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU), ledde till lagändringar som trädde i kraft den 1 januari 2019.[6] Regeringen lämnade i en annan proposition förslag som syftade till att säkerställa att offentliga medel inom socialtjänsten och skollagsreglerad verksamhet användes till den verksamhet som de var avsedda för.[7] Riksdagen avslog denna proposition.[8]

Välfärdsutredningen lämnade flera förslag som är intressanta för denna utredning, bl.a. rörande IVO:s tillsyn och tystnadsplikten mellan regionerna och de privata vårdgivarna. Utredningen lämnade även ett förslag om tillståndsförfarande för privata aktörer inom hälso- och sjukvården som innebar att regioner endast skulle få ge ersättning enligt avtal till juridiska personer som har ett tillstånd att ta emot offentlig finansiering. Vidare föreslog utredningen att det inte skulle vara möjligt att bedriva annan typ av verksamhet än den som finansieras offentligt inom ramen för samma juridiska person. Dessa förslag har inte genomförts.

[5] SOU 2003:23.
[6] Prop. 2017/18:158.
[7] Prop. 2017/18:159.
[8] Bet. 2017/18:FiU44.

4.3.2 Utredningen om ökad insyn i välfärden

Regeringen beslutade den 3 september 2015 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utarbeta ett förslag om hur offentlighetsprincipen kan införas i privat utförd, offentligt finansierad vård och omsorg, fristående förskolor och fritidshem samt vuxenutbildning m.m., till den del de erbjuds av privata anordnare.[9] Utredningen antog namnet Utredningen om ökad insyn i välfärden. I oktober 2016 lämnade utredningen betänkandet *Ökad insyn i välfärden* (SOU 2016:62), med förslag om hur offentlighetsprincipen kan införas i bl.a. privat utförd, offentligt finansierad vård och omsorg. Betänkandet har remissbehandlats och är föremål för beredning i Regeringskansliet.

4.3.3 Regeringens förslag om privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård

Regeringen överlämnade i april 2017 propositionen *Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård* (prop. 2016/17:166) till riksdagen, med förslag till ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Bestämmelsen lydde: ”Inom offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet får hälso- och sjukvård ges inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart om principerna i 1 § andra stycket inte åsidosätts”. I propositionen föreslogs även att regionens avtal skulle innehålla villkor om detta krav. De principer som åsyftades var att vården skulle ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet och att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skulle ges företräde till vården, dvs. 3 kap. 1 § HSL. Förslagen syftade till att förtydliga att inom offentligfinansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet skulle hälso- och sjukvård få ges inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart om människovärdes- och behovs-solidaritetsprincipen inte åsidosattes.

Bakgrunden till propositionen var en överenskommelse som regeringen och Vänsterpartiet hade ingått i oktober 2014 om en välfärd utan vinstintresse. Till grund för propositionen låg en departementspromemoria utarbetad vid Socialdepartementet.[10]

[9] Dir. 2015:92.
[10] Ds 2016:29.

Lagändringarna föreslogs träda i kraft den 1 augusti 2017. Riksdagen avslog propositionen, mot bakgrund av att den ansåg att regeringen inte hade visat att det fanns något behov av lagändringen.[11]

4.3.4 Regeringens förslag om driftsformer för universitetssjukhus

Regeringen överlämnade i april 2017 propositionen *Driftsformer för universitetssjukhus* (prop. 2016/17:167) till riksdagen, med förslag om att regionerna inte skulle få överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett universitetssjukhus till någon annan. Regeringen skulle även ges bemyndigande att meddela föreskrifter om vilka sjukhus som anses som universitetssjukhus. Lagändringarna föreslogs träda i kraft den 2 augusti 2017. Bakgrunden till propositionen var en överenskommelse som regeringen och Vänsterpartiet hade ingått i oktober 2014 om en välfärd utan vinstintresse. Till grund för propositionen låg en departementspromemoria utarbetad vid Socialdepartementet.[12] Riksdagen avslog propositionen.[13]

4.3.5 Utredningen om styrning för en mer jämlik vård

Regeringen beslutade den 18 december 2017 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utreda hur styrningen av hälso- och sjukvården bättre kan främja en jämlik och behovsbaserad vård.[14] Utredningen antog namnet Styrning för en mer jämlik vård. I juni 2018 överlämnade utredningen delbetänkandet *Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv – Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning* (SOU 2018:55). I oktober 2019 överlämnade utredningen slutbetänkandet *Digifysiskt vårdval – tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet* (SOU 2019:42).

Utredningen föreslog bl.a. att det skulle tillsättas en offentlig utredning som skulle få i uppdrag att genomföra en öppen och bred debatt om grunderna för prioriteringar i hälso- och sjukvården och utreda behovet av att ta ett ökat samhällsansvar vad gäller konsum-

[11] Bet. 2016/17:SoU22, rskr. 2016/17:284.
[12] Ds 2016:28.
[13] Bet. 2016/17:SoU21, rskr. 2016/17:323.
[14] Dir. 2017:128.

tion av vård. I samband med det skulle utredningen även komma in på frågor som rör den etiska plattformen. Frågor att utreda skulle vara:

- Har prioriteringsplattformen tillräckligt genomslag i dag, t.ex. när det gäller prevention, och står sig prioriteringsgrupperna och den inbördes ordningen?
- Hur förhåller sig omställningen av hälso- och sjukvården mot en mer nära vård och de horisontella prioriteringar som det kräver till prioriteringsplattformen?
- Hur förhåller sig utvecklingen mot en delvis mer efterfrågestyrd vård till principen om att den som har störst behov ska ha företräde till vården?
- Hur långt ska det offentliga åtagandet sträcka sig i förhållande till det som individen själv bör svara för när det gäller t.ex. tillgänglighet och stöd vid lindrigare besvär? [15]

Betänkandena har remissbehandlats och bereds för närvarande i Regeringskansliet.

4.3.6 Vård- och omsorgsanalys rapport om privata sjukvårdsförsäkringar

Regeringen gav i januari 2020 Vård- och omsorgsanalys i uppdrag att beskriva riskerna med att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar ges företräde till hälso- och sjukvården framför patienter som får offentligfinansierad hälso- och sjukvård. Myndigheten skulle även i den mån det är möjligt undersöka förekomsten av att detta sker. Myndigheten redovisade uppdraget i mars 2020 genom rapporten *Privata sjukvårdsförsäkringar – Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare* (rapport 2020:3).

Av rapporten framgår följande huvudsakliga slutsatser. Vård- och omsorgsanalys menar att vissa möjliga konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar skulle kunna vara svåra att förena med bestämmelsen om vård på lika villkor och efter behov. Det gäller bl.a. om patienter med mindre behov får vård före patienter med större behov

[15] SOU 2019:42, s. 517 f.

endast för att de har privata sjukvårdsförsäkringar. Det gäller också om patienter får olika utbud av vård beroende på om de har privat sjukvårdsförsäkring eller inte. Om tillgången till en privat sjukvårdsförsäkring är avgörande för väntetiden eller utbudet, kan det innebära att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård inte får företräde till vården på det sätt som anges i lagen.

Vård- och omsorgsanalys konstaterar att den möjliga problematiken kring vård på lika villkor och efter behov inte bara gäller när en och samma vårdgivare erbjuder vård till både patienter med offentlig finansiering och privat sjukvårdsförsäkring, utan också om verksamheterna är helt separerade från varandra. Problematiken kan enligt Vård- och omsorgsanalys uppfattas som särskilt påtaglig hos enskilda vårdgivare som bedriver vård med både privat och offentlig finansiering, och inom ramen för sin verksamhet ger de privatfinansierade patienterna vård snabbare eller erbjuder dem ett annat utbud än de offentligfinansierade patienterna.

Myndigheten uppger att en delvis relaterad fråga handlar om patienter som genom privata sjukvårdsförsäkringar kan få sitt behov bedömt snabbare än patienter som inte har sådana försäkringar. Det skulle enligt Vård- och omsorgsanalys möjligtvis kunna göra att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar får vård snabbare för att de kommer in tidigare i vårdkön. Men den situationen träffas inte, enligt myndigheten, lika tydligt av bestämmelsen om att den med det största behovet ska ges företräde till vården, eftersom behovet först måste bedömas innan ställning kan tas till dess storlek. Däremot kan det eventuellt ifrågasättas om den ordningen är i linje med målet om en vård på lika villkor.

Vård- och omsorgsanalys konstaterar att personer med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt får vård snabbare än personer som får vård genom den offentligfinansierade vården. Enligt Vård- och omsorgsanalys är det inte sannolikt att detta beror på att dessa personer i genomsnitt har större medicinska behov. Vård- och omsorgsanalys betonar att den slutsatsen avser hälso- och sjukvården på ett övergripande plan. Vård- och omsorgsanalys påpekar att den inte har granskat hur enskilda vårdgivare agerat eller prioriterat patienter i eller mellan enskilda fall, utan analyserna och slutsatserna baseras på övergripande statistik om väntetider inom den offentligt finanseriade vården och de väntetidsgarantier som gäller genom de privata sjukvårdsförsäkringarna.

Vård- och omsorgsanalys anger att det är svårt att entydigt visa hur patienter i den offentligfinansierade vården påverkas av privata sjukvårdsförsäkringar. Det är enligt myndigheten svårt att med säkerhet uttala sig om hur privata sjukvårdsförsäkringar påverkar kapaciteten i hälso- och sjukvården och vilken effekt det får för patienterna i den offentligfinansierade vården. Utifrån väntetidsdatabasen kan myndigheten dock konstatera att privata vårdgivare som också tar emot patienter med privata sjukvårdsförsäkringar inte alltid efterlever den författningsreglerade vårdgarantin och de eventuella andra tidsgränser som avtalats med regionen för de offentligfinansierade patienterna. Det gör det enligt myndigheten svårare att säga att det skulle finnas ledig kapacitet hos en del av dessa vårdgivare.

Vård- och omsorgsanalys lämnar följande rekommendationer:

- Regeringen bör säkerställa en ökad transparens genom bättre uppföljningsmöjligheter och kunskap. Regeringen bör ge en lämplig aktör i uppgift att se över möjligheterna att på nationell nivå samla in och sammanställa uppgifter om hur hälso- och sjukvården finansieras.
- Regeringen bör verka för att stärka oberoende forskning om de privata sjukvårdsförsäkringarnas faktiska påverkan på den offentligfinansierade hälso- och sjukvården.
- Regeringen bör utifrån slutsatserna från Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) pågående förstudie om medicinska revisioner på området ta ställning till hur arbetet bör tas vidare på ett ändamålsenligt sätt.
- Regeringen bör ge en lämplig myndighet i uppdrag att göra en internationell utblick kring utvecklingen av privata sjukvårdsförsäkringar.
- Regionerna (huvudmännen) bör se över sin uppföljning av privata vårdgivare. Huvudmännen behöver ha bättre kunskap om hur de offentligfinansierade patienterna påverkas av att privata vårdgivare också tar emot privatfinansierade patienter. Därför rekommenderar Vård- och omsorgsanalys huvudmännen att, bland annat utifrån ett upphandlingsrättsligt perspektiv, se över möjligheterna till en mer ändamålsenlig insyn hos de privata vårdgivarna de ingår avtal med för att säkerställa en vård på lika

villkor och efter behov. För att möjliggöra t.ex. medicinska revisioner om hur behovsbedömningar och prioriteringar görs kan det övervägas om viss insyn behövs även i den privatfinansierade vården hos de vårdgivare som bedriver sådan vård parallellt med offentligfinansierad vård. Arbetet bör göras av huvudmännen gemensamt för att undvika dubbelarbete samt olika tolkningar och bedömningar. Dessutom bör regionerna se över de avtalsrättsliga möjligheterna att vidta olika åtgärder när vårdgivarna brister i sitt åtagande enligt avtalet.

4.3.7 IVO:s förstudie om privata sjukvårdsförsäkringar

I oktober 2020 presenterade IVO en förstudie kring prioritering av patienter hos privata vårdgivare som tar emot både offentligfinansierade och försäkringsfinansierade patienter.[16]

Bakgrund till förstudien

Bakgrunden till IVO:s förstudie är följande. Mot bakgrund av uppgifter i media rörande privata sjukvårdsförsäkringar, publicerade rapporter, IVO:s egna iakttagelser av vårdstrukturen och genom en skrivelse från Region Stockholm har IVO uppmärksammat att det kan föreligga en specifik risk inom vården. IVO skriver att det finns en risk att privata vårdgivare som tar emot både offentligfinansierade patienter och privat sjukvårdsförsäkringsfinansierade patienter åsidosätter hälso- och sjukvårdslagens (2017:30), HSL, bestämmelse om att den som har det största behovet ska ges företräde till vården. IVO inledde därför förstudien för att utreda de juridiska förutsättningarna för tillsyn, bedöma riskerna och ge underlag för ställningstaganden till om tillsyn bör ske eller inte.

Slutsatser i förstudien

Av förstudien framgår följande. IVO har tillsyn över att huvudmän och vårdgivare följer målbestämmelser i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Portalparagrafen i 3 kap. 1 § HSL är en sådan målbestäm-

[16] IVO förstudie (2020).

melse.[17] Tillsynen gäller oavsett vårdgivarens drifts- eller finansieringsform men gäller inte över försäkringsbolag eftersom de inte är vårdgivare och därmed bundna av HSL. IVO har hittills inte bedrivit tillsyn över frågan om prioritering av patienter hos privata vårdgivare som tar emot både offentligt och försäkringsfinansierade patienter men konstaterar att frågan ligger inom IVO:s tillsynsansvar.

IVO hänvisar i sin studie till Vård- och omsorgsanalys rapport från 2020 om privata sjukvårdsförsäkringar (rapport 2020:3) och Vård- och omsorgsanalys slutsats om att personer med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt får vård snabbare än personer som får vård genom den offentligfinansierade vården och att det inte är sannolikt att det beror på att dessa personer i genomsnitt har större medicinska behov. Enligt IVO har Vård- och omsorgsanalys på systemnivå visat tydliga indikationer på att det finns en risk att hälso- och sjukvårdslagens bestämmelse om att den som har det största behovet ska ges företräde till vården åsidosätts.

IVO gör utifrån befintligt underlag bedömningen att det är sannolikt att personer med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt får vård snabbare än personer som får vård genom den offentligfinansierade vården och att det inte är sannolikt att det beror på att de i genomsnitt har större medicinska behov.

IVO skriver vidare att myndigheten tidigare har konstaterat att tillgängligheten brister i den svenska hälso- och sjukvården och att patienter tvingas att vänta länge för att få vård och insatser. IVO har uppmärksammat att långa väntetider ökar riskerna för fördröjd diagnos och behandling, vilket kan leda till sämre hälsoprognos. Väntetider kan också leda till oro, stress och rädsla för patienten i väntan på att få kontakt med vården eller att få en behandling. Väntetider kan med andra ord ha stor inverkan på en persons hälsorelaterade livskvalitet.

I förstudien bedöms att det finns patientsäkerhetsrisker när skillnader i väntetider inte beror på skillnader i medicinska behov. Förstudien bedömer att Vård- och omsorgsanalys kunskapsunderlag och de patientsäkerhetsrisker som IVO genom tidigare tillsyn har identifierat i samband med väntan på vård är tillräckliga indikationer för en sådan bedömning. Det betonas att förstudien inte haft i upp-

[17] Av 3 kap. 1 § HSL följer: 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.

drag att kvantifiera patientsäkerhetsriskerna varför IVO inte vet hur stora patientsäkerhetsriskerna är.

I förstudien föreslår IVO att myndigheten ska göra en bedömning av hur stora patientsäkerhetsriskerna är när det finns skillnader i väntetider som inte beror på skillnader i medicinska behov. IVO uppger att det är först när myndigheten har bedömt den saken som det finns förutsättningar att bestämma vilka tillsynsinsatser som ska prioriteras.

IVO beskriver att målet om vård på lika villkor omfattar hela vårdförloppet, från det att patienten söker vård till att sista uppföljningen sker. Målet om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården omfattar en del av patientens vårdförlopp, nämligen från det att behovet är fastställt. Om olika patientgrupper har olika väntetider fram till att behovet är fastställt, kan det givetvis påverka hur snart patienterna får vård. Om det finns stora skillnader i väntetiderna från första kontakt till exempelvis specialistutredning, och skillnaderna inte har med patienternas medicinska behov att göra, finns det risk att vården inte ges på lika villkor. Att ställa en diagnos är en central funktion i hälso- och sjukvården. Diagnosen styr den fortsatta handläggningen av patienten. Om diagnosen fördröjs riskerar patientens vård att försenas eller helt utebli, vilket kan leda till att patienten får en sämre prognos. IVO har tidigare sett allvarliga konsekvenser av fördröjda diagnoser inom vården.

Beskrivning av en tilltänkt tillsyn

Förstudien gör vissa preliminära överväganden om hur IVO skulle kunna genomföra en tillsyn om IVO vid en sammantagen bedömning finner att riskerna inom området bör prioriteras.

IVO skulle genom tillsyn kunna granska hur privata vårdgivare prioriterar, behandlar och följer upp offentligfinansierade och försäkringsfinansierade patienter.

En tillsyn skulle t.ex. kunna syfta till att utreda om det finns systematiska skillnader i de prioriteringar som görs utifrån följande bedömningar: om eventuella skillnader har inneburit patientsäkerhetsrisker, om prioritering har skett på ett sådant sätt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård inte har getts företräde till

vården, om eventuella skillnader rimligen kan förklaras av om patienterna var offentligfinansierade eller privat försäkringsfinansierade samt bedöma vårdgivarnas och andra aktörers ansvar för eventuella brister i prioritering av patienter.

En tillsyn bör utreda vilka risker som olika väntetider på vård kan medföra för patienter hos privata vårdgivare, som tar emot både offentligt och privat försäkringsfinansierade patienter. En tillsyn bör därför avgränsas till privata vårdgivare som tar emot både offentligfinansierade och privat försäkringsfinansierade patienter. En tillsyn bör dock inte på förhand avgränsas till privata vårdgivare som tar emot en viss omfattning av offentligfinansierade respektive privat försäkringsfinansierade patienter. IVO skriver att det saknas offentliga registeruppgifter om hur patientvolymer hos enskilda vårdgivare fördelar sig mellan offentligfinansierade och privat sjukvårdsförsäkringsfinansierade patienter. Förstudien resonerar om hur ett urvalsförfarande av vårdgivare kan gå till.

En tillsyn kan antingen avgränsas till tiden efter det att behovet är fastställt (vård efter behov) eller även omfatta tiden fram till att behovet är fastställt (vård på lika villkor). En tillsyn bör utgå från det behov som hälso- och sjukvården har fastställt.

En tillsyn bör avse patienternas faktiska väntetider, inte vårdgivarnas måluppfyllelse mot vårdgarantin eller andra avtalade tidsgränser. Förstudien konstaterar att vårdgarantin och försäkringsbolagens tidsgränser har som syfte att bidra till att patienterna får vård i rimlig tid. Vårdgarantin har också som syfte att bidra till att korta väntetiderna, så att patienterna får vård snabbare. Förstudiens fråga handlar om vård efter medicinska behov. Varken vårdgarantin eller försäkringsbolagens tidsgränser tar hänsyn till patienternas medicinska behov.

En tillsyn bör ske genom att granska hur privata vårdgivare prioriterar, behandlar och följer upp offentligfinansierade respektive privat sjukvårdsförsäkringsfinansierade patienter.

Förstudien bedömer att en tillsyn kan omfatta granskning av medicinsk dokumentation, kvantitativ analys av uppgifter om väntetider till vård, uppgifter från patienter och närstående samt bestå av inspektioner av vårdgivarna.

I förstudien beskrivs att företrädare för Region Stockholm och Västra Götalandsregionen uppfattar att de inte har möjlighet att själva granska och följa upp hur privata vårdgivare, som de har avtal

med, prioriterar mellan de patienter som omfattas av avtalet med regionen och övriga patienter hos den privata vårdgivaren. Region Stockholm har ställt frågor till några privata vårdgivare om hur de säkerställer att det är medicinska prioriteringar som avgör tillgängligheten till vård och att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar inte ges förtur på bekostnad av patienter inom den skattefinansierade vården. Västra Götalandsregionen uppger att den inte har fått några signaler som motiverar sådana uppföljningsfrågor till sina avtalade leverantörer.

Förstudien bedömer att en tillsyn kan ske som utreder patientsäkerhets- och andra kvalitetsrisker hos enskilda privata vårdgivare. Om en sådan tillsyn bekräftar att det finns väsentliga risker som har uppkommit under längre tid, bedömer förstudien att tillsynen bör ske med ett tydligt systemperspektiv. I en tillsyn med systemperspektiv bedömer förstudien att IVO bör granska hur huvudmännen tar ansvar för att kontrollera och följa upp att verksamheten som bedrivs av privata utförare följer de föreskrifter som finns om vård på lika villkor och/eller vård efter behov.

IVO har i dagsläget (september 2021) inte beslutat huruvida en sådan tillsyn som beskrivs i förstudien ska genomföras.

4.4 Pågående uppdrag

4.4.1 Tillgänglighetsdelegationen

Regeringen beslutade i augusti 2020 att tillsätta en kommitté i form av en delegation som ska verka för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, med fokus på kortare väntetider.[18] Kommittén har antagit namnet Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Utredningen har också använt kortnamnet Tillgänglighetsdelegationen. Delegationen ska bl.a.

- stödja regionernas arbete med att ta fram och genomföra regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet,
- stödja ett effektivt resursutnyttjande och kortare väntetider genom att informera om patienters valmöjligheter,

[18] Dir. 2020:81.

- stödja regionernas och kommunernas arbete med utvecklingen av en nära och tillgänglig vård,
- utreda och lämna förslag, om så anses lämpligt, på en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning genom 1177 Vårdguiden,
- utreda en utökad vårdgaranti,
- vidareutveckla överenskommelsen om kömiljarden, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget delredovisades den 30 juni 2021 i betänkandet *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan* (SOU 2021:59). Uppdraget ska slutredovisas senast den 15 maj 2022.

Tillgänglighetsdelegationen lämnade följande bedömningar och förslag i SOU 2021:59:

- Det är angeläget att regionen inte inväntar tidpunkten då patientens vårdgaranti överskridits innan åtgärder vidtas, utan agerar så snart det finns skäl att misstänka att vårdgarantin inte kommer kunna uppfyllas. Det är också av stor vikt att regionens rutiner inte utgår från att patienten förväntas att själv initiera ett ärende om att söka annan vårdgivare om misstanke föreligger om att vårdgarantin inte kommer kunna uppfyllas. Utredningen bedömer att det finns behov av författningsändringar kring dessa frågor.
- Regionen bör ha en skyldighet att informera patienten om vårdgarantins villkor i olika avseenden. Informationen bör bl.a. omfatta villkor vid vård i annan region, villkor vid av- eller ombokning och när patienten på eget initiativ bokar vård. Utredningen bedömer att det finns behov av författningsändringar kring dessa frågor.
- Regeringen ska tillsätta en utredning med uppdrag att utreda förutsättningarna för att skapa ett nationellt vårdsöksystem genom att komplettera, uppdatera och tillgängliggöra information som möjliggör för regionerna att i realtid söka ledig kapacitet i hela landet för vård till väntande patienter och få information om villkoren för nyttjande av den vården.

- Överenskommelsen om ökad tillgänglighet ska innehålla utökade krav på regionerna och SKR om förbättrad kvalitet i inrapporterade data till väntetidsdatabasen. Den ska också innehålla krav på SKR om förbättrad presentation av väntetidsdata.
- Regeringen ska tillsätta en utvidgad och fördjupad granskning av väntetidsdatabasens kvalitet.

5 Beskrivning av privata sjukvårdsförsäkringar

5.1 Inledning

I detta kapitel görs en redogörelse för begreppet privata sjukvårdsförsäkringar. Här framgår vilka tjänster försäkringarna i allmänhet innehåller, vilken vård som vanligtvis ersätts av försäkringarna och vilken vård som vanligtvis inte ersätts av försäkringar, hur försäkringarna finansieras, vilka som har en sjukvårdsförsäkring och hur de nyttjas.

Det saknas officiella uppgifter om privata sjukvårdsförsäkringar. Uppgifterna i detta avsnitt har därför framför allt inhämtats från Svensk Försäkring. Svensk Försäkring är försäkringsbranschens branschorganisation. Ett 50-tal försäkringsföretag är medlemmar i Svensk Försäkring och tillsammans svarar de för mer än 90 procent av den svenska försäkringsmarknaden. Utredningen har använt de officiella underlag som utredningen har kunnat finna i frågan.

5.2 Vad är en försäkring?

Bestämmelser om försäkringar, bl.a. försäkringstagarens och försäkringsbolagens ömsesidiga rättigheter och skyldigheter, finns i försäkringsavtalslagen (2005:14). Vidare innehåller försäkringsrörelselagen (2010:2043) bl.a. regler om tillsynen över svenska försäkringsföretag. För att få etablera ett försäkringsföretag eller utöka företagets produktsortiment krävs tillstånd, vilket lämnas av Finansinspektionen som är tillsynsmyndighet för försäkringsbolagen.

Ett försäkringsavtal innebär att försäkringsbolaget åtar sig att mot vederlag i form av en försäkringspremie skydda den enskilda vid vissa oförutsedda händelser. En försäkring syftar till att sprida risker

för sådana händelser över en större grupp och över tid. En försäkringstagare delar sin risk med ett större kollektiv i stället för att själv bära hela risken. Varje försäkringstagare betalar en premie som speglar den risk som tillförs kollektivet.

Försäkringar kan delas in i individuella försäkringar och gruppförsäkringar. En gruppförsäkring kan t.ex. vara en kollektivavtalad försäkring. Det kan också vara en försäkring som handlas upp av fackliga organisationer till förmån för sina medlemmar som frivilligt kan välja att teckna och betala för den. Det är även vanligt förekommande med obligatoriska gruppförsäkringar. Ett exempel på det är när fackföreningar tecknar inkomstförsäkring för sina medlemmar. Fackföreningen är då försäkringstagare och betalar premien och medlemmarna är de försäkrade. Ett annat exempel på en obligatorisk gruppförsäkring kan vara en idrottsförening som både tecknar försäkringen och betalar premien till förmån för idrottsutövarna.[1]

För att kunna försäkra sig mot en viss risk eller händelse måste vissa kriterier vara uppfyllda, s.k. försäkringsmässiga principer. En sådan princip är att en skada ska vara plötslig och oförutsedd. Det går inte att försäkra något som man med säkerhet vet kommer att inträffa. Det ska också vara möjligt att beräkna och uppskatta omfattningen och kostnaden av en skada.

För flera typer av individuellt tecknade försäkringar, t.ex. hemförsäkringar och personförsäkringar, gäller s.k. kontraheringsplikt, dvs. att försäkringsföretagen inte får vägra någon att teckna sådan försäkring som bolaget normalt tillhandahåller allmänheten. Kontraheringsplikten är dock begränsad på så vis att ett försäkringsbolag får neka någon en försäkring om det i det enskilda fallet finns särskilda skäl för vägran med hänsyn till bl.a. risken för framtida försäkringsfall.[2] Premierna kan också variera beroende på hur stora riskerna är. För gruppförsäkringar gäller ingen kontraheringsplikt.[3]

[1] Uppgifter från Svensk Försäkrings hemsida och SOU 2013:23, s. 111.
[2] Se mer om kontraheringsplikten och dess undantag i 3 kap. 1 § och 11 kap. 1 § försäkringsavtalslagen samt i SOU 2016:37.
[3] 3 kap. 1 § och 11 kap. 1 § försäkringsavtalslagen gäller endast individuellt tecknade försäkringar.

5.3 Vad är en privat sjukvårdsförsäkring?

En privat sjukvårdsförsäkring är en försäkring som ersätter kostnaden för olika vårdinsatser, med vissa begränsningar. Flera större försäkringsbolag erbjuder sjukvårdsförsäkringar.

Svensk Försäkring delar upp sjukvårdsförsäkringarna i gruppförsäkringar och individuella försäkringar. Gruppförsäkringar delas dessutom upp i två undergrupper: arbetsgivarbetalda gruppförsäkringar och övriga gruppförsäkringar. Den första gruppen betalas av arbetsgivaren medan den andra gruppen betalas av den enskilde själv, direkt eller indirekt.[4] De privata sjukvårdsförsäkringarna redovisas följaktligen enligt Svensk Försäkrings indelning i följande tre huvudkategorier:

- *Arbetsgivarbetald gruppförsäkring*: Arbetsgivare handlar upp, tecknar försäkringen för sina anställda och betalar premien för försäkringen. Arbetsgivaren är försäkringstagare och de anställda är försäkrade. Alla som omfattas av gruppavtalet är automatiskt försäkrade. De anställda har möjlighet att avstå från försäkringen.[5]
- *Gruppförsäkring:* Ett fackförbund, en idrottsförening eller en arbetsgivare kan handla upp en försäkring för sina medlemmar eller anställda. Gruppförsäkringen är som huvudregel frivillig och medlemmarna eller de anställda kan välja om de vill teckna och betala premien för försäkringen.[6]
- *Individuell försäkring*: Den enskilde begär in offert, tecknar och betalar premien för försäkringen, dvs. är både försäkringstagare och försäkrad.

Närmare sex av tio sjukvårdsförsäkringar är arbetsgivarbetalda gruppförsäkringar. Tre av tio är gruppförsäkringar och en av tio försäkringar är individuella sjukvårdsförsäkringar, se figur 5.3 (i kapitel 5.8).

[4] Det innebär att den enskilde kan betala premien helt själv, genom egna inbetalningar direkt till försäkringsbolaget, eller genom att den kostnaden ingår i t.ex. en medlemsavgift till en idrottsförening.
[5] Arbetsgivarbetalda försäkringar var tidigare obligatoriska för den anställde, när arbetsgivaren valt att teckna försäkring, men i samband med att förmånsbeskattning av premien infördes den 1 juli 2018 kan de anställda välja att avstå från försäkringen.
[6] Gruppförsäkringar kan även vara obligatoriska. Ett exempel på obligatorisk gruppförsäkring är när fackföreningar tecknar inkomstförsäkring för alla sina medlemmar. Fackföreningen är då försäkringstagare och betalar premien och medlemmarna är de försäkrade. Ett annat exempel kan vara när en idrottsförening både tecknar och betalar premien till förmån för idrottsutövarna.

Vid tecknande av en individuell sjukvårdsförsäkring fyller den enskilde i en hälsodeklaration. Beroende på utfallet av den kan sjukvårdsförsäkring tecknas fullt ut eller med vissa begränsningar. Försäkringsbolaget kan också neka att en försäkring tecknas.

Sjukvårdsförsäkringen gäller inte för skador/sjukdomar som den försäkrade har haft symtom av, fått vård eller medicinering för eller på annat sätt har haft kännedom om innan försäkringen började gälla. Det finns dock undantag; försäkringen gäller om den försäkrade har varit symptom-, vård- och medicineringsfri från en skada/sjukdom under en sammanhängande period av mellan 12–24 månader, beroende på försäkringens innehåll, innan det nya behovet av vård eller medicinering uppstår. Vissa försäkringsbolag har inte något uttalat undantag för kroniska sjukdomar, men givet kravet på att den försäkrade ska ha varit symtom- och behandlingsfri under 12–24 månader omfattas kroniska sjukdomar i praktiken inte av en försäkring. Vilken vård som omfattas och inte omfattas av försäkringar utvecklas vidare nedan i kapitel 5.4.

Den vård som sker inom ramen för en sjukvårdsförsäkring måste godkännas av försäkringsbolaget. Vården betalas av försäkringsbolagen. Försäkringsbolagen får i sin tur ersättning genom de premier som försäkringstagarna betalar.

5.4 Vård som omfattas av och ersätts av privata sjukvårdsförsäkringar

De privata sjukvårdsförsäkringarnas utformning kan skilja sig åt beroende på försäkringsbolag och vilken försäkring som tecknas. I detta avsnitt redogörs för den vård och de insatser som vanligtvis omfattas och ersätts av sjukvårdsförsäkringarna, vilken vård som normalt sett inte omfattas, samt hur försäkringarna nyttjas.

5.4.1 Försäkringsvården utförs av privata vårdgivare

Försäkringsbolagen tecknar avtal med privata vårdgivare om att utföra vård på deras uppdrag. Det är således endast vård som utförs av privata vårdgivare som omfattas av sjukvårdsförsäkringarna. Det måste därmed finnas en privat vårdgivare som bedriver vården för att försäkringsbolagen ska kunna erbjuda den till sina kunder. Det innebär att vård som inte erbjuds av privata vårdgivare inte kan omfattas av privata sjukvårdsförsäkringar.

Vård som ges av regionen i egen regi eller utförs på uppdrag av regionen genom avtal med privata vårdgivare, bekostas inte av privata sjukvårdsförsäkringar, utan av regionen och då främst genom skattemedel. Det finns dock försäkringar som ersätter den enskilde för de utgifter hen har för offentligfinansierad vård. En sjukvårdsförsäkring kan nämligen ersätta de patientavgifter som uppkommer i samband med vård som ges av eller på uppdrag av regionen.[7]

5.4.2 Den vård som omfattas respektive inte omfattas av privata sjukvårdsförsäkringar

Vad som normalt omfattas och inte omfattas av sjukvårdsförsäkringarna

Sjukvårdsförsäkringar kan delas in i *komplementära* respektive *supplementära* sjukvårdsförsäkringar. En komplementär sjukvårdsförsäkring innefattar sådant som inte erbjuds inom ramen för det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet (t.ex. ersättning för patientavgifter, rehabiliterande insatser etc.). En supplementär sjukvårdsförsäkring innefattar sådant som också erbjuds inom det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet, men ofta med erbjudande om bättre tillgänglighet eller större valfrihet. De privata sjukvårdsförsäkringar som finns på den svenska marknaden är ofta i huvudsak supplementära, men med komplementära inslag. I stor utsträckning omfattar den försäkringsfinansierade vården samma tjänster som även återfinns i den offentliga hälso- och sjukvården, och fokus är på korta väntetider.

Innehållet i försäkringarna kan skilja sig åt mellan försäkringsbolagen. Som huvudregel kan dock sägas att inledande vårdkontakter/rådgivning, förebyggande insatser, planerad öppen specialistvård

[7] Det förekommer också att arbetsgivare direkt ersätter kostnader för patientavgifter m.m.

och rehabilitering omfattas, och att högspecialiserad vård, akutvård och vård för skador/sjukdomar som den enskilde haft innan försäkringen tecknas inte omfattas. Detta utvecklas nedan.

Kullberg och medförfattare[8] har gjort en genomgång av det vanligaste innehållet i sjukvårdsförsäkringar, och fokuserar på sju stora försäkringsbolag i Sverige: Folksam, Länsförsäkringar, TryggHansa, Skandia, If, EuroAccident och SEB. Av den genomgången framgår följande.

Försäkringarna omfattar generellt sett förebyggande insatser, planerad specialistvård och rehabilitering. Följande insatser brukar omfattas:

- Tillgång till sjukvårdsrådgivning och vårdplanering per telefon eller digitalt.
- Möjlighet till digital vård, med möjlighet till remisskrivning.
- Kortare väntetidsgaranti. Garanterad första kontakt med den specialiserade vården inom cirka 3–7 arbetsdagar, och operation inom cirka 14–21 arbetsdagar.
- Ekonomisk ersättning om väntetidsgarantin inte hålls.
- Utredning, vård och behandling från sjuksköterskor/läkare.
- Sjukhusvård, operationsförberedande undersökningar och operation.
- Tillgång till fysioterapeut, kiropraktor, naprapat, psykolog, psykoterapeut, logoped och dietist.
- Ny medicinsk bedömning.
- Vård i hemmet efter operation.
- Eftervård, rehabilitering och hjälpmedel efter operation eller annan sjukhusvård.
- Hälsoundersökning.
- Ersättning för resa och logi i samband med sjukhusvård eller operation.

[8] Kullberg et al. (2019). Se även sammanställning i Vård- och omsorgsanalys 2020:3 s. 32.

- Ersättning för patientavgifter samt läkemedelskostnader inom offentligfinansierad vård upp till gränsen för högkostnadsskyddet.
- Ersättning av självrisk vid vård under tillfällig utlandsvistelse.

Vaccinationer, kristerapi, samtalsstöd, behandling vid missbruk samt rådgivning av jurist eller ekonom i frågor relaterade till hälso- och sjukvård kan också ingå.

En del av det skydd som ingår i sjukvårdsförsäkringen kan även ingå i andra försäkringar eller finnas i andra förmåner som arbetsgivaren erbjuder sina anställda. Ersättning för patientavgifter återfinns exempelvis ofta i sjuk- och olycksfallsförsäkringar. Sådana kostnader brukar även ersättas direkt av arbetsgivare. Detta gäller även kostnader för läkemedel. Begränsade sjukvårdsförsäkringar kan även finnas med som en del av exempelvis en fordonsförsäkring.[9]

Som nämnts ovan är den vård som omfattas av privata sjukvårdsförsäkringar sådan vård som bedrivs av privata vårdgivare, och framför allt sådan vård som även erbjuds i den offentliga hälso- och sjukvården. Försäkringarna kan dock, som framgår ovan, också innehålla vård och behandling som oftast inte erbjuds av regionerna eller ingår i deras vårdutbud. Ett exempel är behandlingar av kiropraktor eller naprapat som ofta ingår i sjukvårdsförsäkringarna, men som inte alltid ingår i regionernas utbud.[10]

All den vård som erbjuds i den offentliga hälso- och sjukvården erbjuds inte inom ramen för privata sjukvårdsförsäkringar. Exempelvis ingår inte akutsjukvård eller intensivvård (IVA) i några av försäkringsbolagens sjukvårdsförsäkringar.[11] Denna typ av vård erbjuds av vissa privata vårdgivare, men omfattas ändå inte av någon privat sjukvårdsförsäkring.[12] Det finns skillnader mellan försäkrings-

[9] En sådan försäkring kan då innefatta vård och eftervårdsinsatser i samband med trafikolyckor och dylikt.
[10] SOU 2019:15, s. 168.
[11] Uppgift från Svensk Försäkrings hemsida ”*så här fungerar en privat sjukvårdsförsäkring*”.
[12] Det kan bl.a. bero på att det är så få privata vårdgivare som erbjuder denna typ av vård, att dessa vårdgivare erbjuder denna vård på uppdrag av en (eller flera) regioner och deras avtal reglerar möjligheten att ha annan verksamhet, att den vården är mycket kostsam och en försäkring som täcker sådan vård därmed skulle behöva bli väldigt dyr, och/eller att sådan vård ges i akuta skeden och därmed inte kan förhandsgodkännas, vilket är ett krav inom försäkringarna.

bolagen gällande vilka typer av cancerbehandlingar som ingår, se vidare nedan.

Högspecialiserad vård (dvs. vård som t.ex. till följd av komplexitet, kostnadsskäl och/eller förekomst/frekvens inte erbjuds i hela landet, utan vanligen endast erbjuds på universitetssjukhusen) erbjuds inte av privata vårdgivare i någon nämnvärd omfattning. På grund av detta kan inte heller sådan vård erbjudas inom sjukvårdsförsäkringen.[13]

Annat som vanligtvis inte ingår i sjukvårdsförsäkringar är vård eller insatser för långvariga eller kroniska sjukdomar och diagnoser, sjukdom eller skador som den enskilde haft innan försäkringen började gälla. I vissa försäkringar finns det uttryckliga undantag för detta, i andra finns det karenskrav på 12–24 månader för sjukdomar, symptom eller skador som den enskilde haft innan hen tecknade en försäkring. Kroniska sjukdomar kan därför i praktiken sällan omfattas. Inte heller brukar behandling i samband med graviditet eller fertilitet, kosmetiska behandlingar, tandvård, och korrigering av syn omfattas av privata sjukvårdsförsäkringar. I allmänhet gäller att kosmetiska behandlingar, korrigering av exempelvis närsynthet etc. inte är försäkringsbara då skadan inte är plötslig och oförutsedd. Det går inte att försäkra något som man med säkerhet vet kommer att inträffa.

Under senare år har en sjukvårdsförsäkring med annan typ av innehåll börjat erbjudas, nämligen en form av cancervårdsförsäkring. Vård- och omsorgsanalys beskriver att det i den försäkringen bl.a. ingår en ny oberoende medicinsk bedömning, inklusive kompletterande diagnostik och undersökningar för att identifiera och individanpassa cancerbehandlingen.[14]

Vanligaste åtgärderna som betalas av försäkringsbolagen via sjukvårdsförsäkring

Det saknas officiella uppgifter om vilken vård som betalas via privata sjukvårdsförsäkringar. I Vård- och omsorgsanalys rapport finns en beskrivning av en datainsamling som Svensk Försäkring har gjort på Vård- och omsorgsanalys förfrågan. Av denna sammanställning framgår följande.

[13] Se även resonemanget ovan om akutvård och intensivvård.
[14] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 37.

Enligt uppgifter kan omkring 40 procent av försäkringsbolagens kostnader för försäkringsvård kopplas till förebyggande och rehabiliterande insatser och omkring 60 procent till planerad specialiserad sjukvård. Det ger en fingervisning om hur insatserna fördelas.

Försäkringsbolagen som erbjuder sjukvårdsförsäkring finansierade år 2018 omkring 248 000 specialistbesök och 26 000 operationer. Motsvarande siffror för 2016 var ungefär 246 000 specialistbesök och 18 000 operationer. Som referens genomfördes det enligt Socialstyrelsens statistikdatabas totalt (både privat och offentligt finansierad vård) omkring 2,3 miljoner operationer inom öppen specialiserad vård i Sverige 2018. Av dem avsåg omkring 150 000 operationer rörelseapparaten. Inom slutenvården genomfördes samma år drygt 808 000 operationer. Antalet försäkringsfinansierade operationer skulle då totalt sett motsvara knappt en procent av alla operationer, även om andelen kan skilja sig åt beroende på vårdområde. Antalet försäkringsfinansierade operationer inom ortopedi var t.ex. omkring 9 700, vilket i relation till samtliga operationer inom rörelseapparaten (privat och offentligt finansierade) utgör 6–7 procent. Antalet operationer inom ortopedi uppgår till drygt 50 procent av det totala antalet operationer inom den försäkringsfinansierade vården. Behandlingar inom hud, öron-näsa-hals, gynekologi och ögon uppges vardera stå för 5–7 procent av det totala antalet operationer.

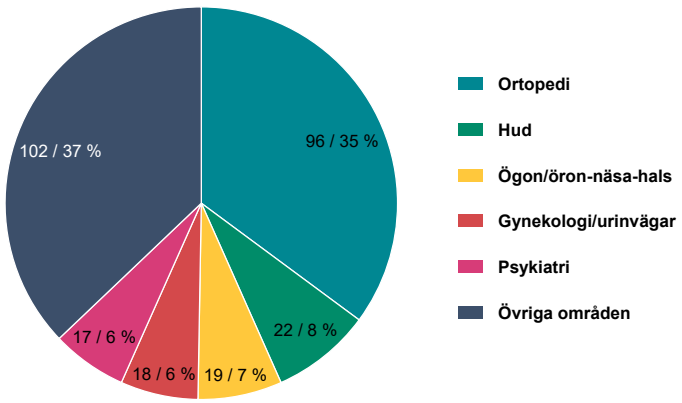
Av de vårdinsatser som försäkringsbolagen finansierade 2018 var insatser inom ortopedi och rörelseapparaten (axlar, rygg, knä m.m.) vanligast. Andra vanliga behandlingar avsåg t.ex. insatser inom hud, ögon, öron-näsa-hals, gynekologi och urinvägar samt psykiatri.[15]

I *figur 5.1* beskrivs de diagnosområden där insatser är vanligast inom de privata sjukvårdsförsäkringarna. Insatser inom ortopedi står för omkring 35 procent av samtliga insatser. Uppskattningen utgår från antalet unika specialistbesök och det totala antalet operationer. Vanligen är det flera besök för en skada.

[15] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 34.

Figur 5.1 Antal vårdinsatser finansierade av privata sjukvårdsförsäkringar, per specialitet, 2018

100 % = 274 000. Antal i diagrammet angett i tusental / procent.[1]



1) Enligt bedömning från Svensk Försäkring.
Not: På grund av avrundning uppgår summeringen inte till exakt 100 %.
Källa: Vård- och omsorgsanalys 2020:3 (baserat på data från Svensk Försäkring).

Vård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar kan skilja sig från den vård som regionen utför bl.a. utifrån organisation och planering. Försäkringsvården är inte uppbyggd utifrån uppdelningen i primärvård och specialistvård. Den första kontakten inom försäkringen hanteras med hjälp av rådgivning och triagering per telefon eller digitalt vårdbesök, antingen av försäkringsbolaget anställd personal eller genom en vårdgivare som försäkringsbolaget anlitat för denna tjänst. Det som inte utmynnar i egenvård skickas till specialistvård. De tjänster som vanligtvis ges av primärvården med regionen som huvudman erbjuds inte genom försäkringar.[16]

[16] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 31.

5.4.3 Gränsdragning mot företagshälsovård, förebyggande behandling och rehabilitering samt skattemässig hantering av försäkringar

Som redogjorts för i gällande rätt (kapitel 3.15) har arbetsgivare ett ansvar att erbjuda sina anställda företagshälsovård, förebyggande behandling och rehabilitering enligt arbetsmiljölagen (1977:1160). I avsnittet ovan framgår bl.a. vilken vård som vanligen omfattas av privata sjukvårdsförsäkringar. Vissa insatser som omfattas av försäkringarna kan anses utgöra företagshälsovård, förebyggande behandling och rehabilitering. De delar i sjukvårdsförsäkringen som inte avser företagshälsovård, förebyggande insatser eller rehabiliterande åtgärder förmånsbeskattas om försäkringen tecknas och betalas av arbetsgivaren, medan förebyggande och rehabiliterande insatser är skattefria (se 11 kap. 1 och 18 §§ inkomstskattelagen [1999:1229]). Flera av de arbetsgivarbetalda sjukvårdsförsäkringarna är upplagda som kombinationsförsäkringar, där såväl hälso- och sjukvård till arbetstagaren som arbetsgivarens skyldighet att erbjuda företagshälsovård m.m. omfattas av samma produkt.

Vid slopandet av skattefriheten för förmån av hälso- och sjukvård uttalade flera remissinstanser oro för gränsdragningsproblem mellan insatser och åtgärder som är skattebefriade respektive som inte är det.[17] Den skattepliktiga förmånen av en sjukvårdsförsäkring som omfattar både skattepliktiga och skattefria insatser kan enligt ett ställningstagande från Skatteverket schablonmässigt beräknas till 60 procent av försäkringspremien.[18] Även före införandet av förmånsbeskattning beskattades de anställda för den del av försäkringen som avser ekonomisk ersättning för egenavgifter (dvs. patientavgifter och kostnader för läkemedel). Den delen uppskattades till 3 procent av försäkringspremien.[19]

[17] Se prop. 2017/18:131, s. 28.
[18] Skatteverkets ställningstagande, dnr 202 259391-19/111.
[19] Utredningen har försökt hitta en källa till detta, och fått information om att siffran kommer från ett numera upphävt rättsligt ställningstagande från Skatteverket. Detta har dock inte kunnat återfinnas vid kontakter med Skatteverket. Representanter från Skatteverket och Svensk Försäkring har dock muntligt uppgett att siffran är korrekt.

5.4.4 Nyttjandegrad av sjukvårdsförsäkringarna

Det saknas uppgifter om nyttjandegraden av sjukvårdsförsäkringar som går att koppla till individer, dvs. hur många eller hur stor andel av försäkringstagarna som utnyttjat försäkringen.[20] Däremot finns det uppgifter om hur många vårdkontakter/besök som finansierats av försäkringar. År 2018 var siffran 4 procent för operationer (uträknat på antal operationer/antal försäkringar) och 38 procent för specialistbesök (totalt antal specialistbesök/antal försäkringar).[21] Eftersom det saknas uppgifter över antalet individer som utnyttjar försäkringen är dessa uppgifter det närmaste utredningen kommit i fråga om en kartläggning av nyttjandegrad. Siffrorna ger dock liten ledning kring hur många försäkringstagare som faktiskt utnyttjar sin försäkring, eftersom en specifik skada kan kräva ett besök, och en annan skada kan kräva ett tiotal besök och en operation.[22]

5.5 Hur fungerar sjukvårdsförsäkringen?

Försäkringsbolagen tecknar samarbetsavtal med privata vårdgivare utifrån expertis, kapacitet, pris och kvalitet om att utföra den vård som ingår i försäkringen. Ett försäkringsbolag kan ha avtal med flera hundra olika privata vårdgivare för att täcka in så många specialistområden som möjligt i hela landet.[23]

Enligt uppgift från Svensk Försäkring fungerar en privat sjukvårdsförsäkring på följande sätt, se *figur 5.2* för en översiktlig sammanfattning.

Vid en inträffad skada/sjukdom ska den försäkrade ta kontakt med vårdplaneringen på sitt försäkringsbolag. Vårdplaneringarna är bemannade med legitimerade sjuksköterskor och i vissa fall läkare, som antingen är anställda av försäkringsbolaget, eller arbetar för en privat vårdgivare som försäkringsbolaget har anlitat för denna verksamhet. I den första kontakten, som sker via telefon eller digitalt, sker en medicinsk bedömning/triagering. Därefter sker en vårdplanering och det bokas besök (fysiskt eller digitalt) hos en lämplig vårdgivare som försäkringsbolaget har samarbetsavtal med i de fall

[20] Se dock Kullberg et al. (2021) för vissa beskrivningar.
[21] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 34.
[22] Se Kullberg et al. (2021) för ytterligare beskrivning.
[23] Uppgift från Svensk Försäkring och representant från Länsförsäkringar vid utredningens expertgruppssammanträde den 9 februari 2021.

det bedöms behövas. Det är först efter det att vården är godkänd och planerad av försäkringsbolaget som vården kan påbörjas. Om den enskilde har en försäkring med remisskrav krävs också att en remiss utfärdats innan vård kan planeras av försäkringsbolaget, och försäkringstagaren är i dessa situationer hänvisad till den offentligfinansierade vården (eller till att bekosta remissens utfärdande ur egen ficka) innan försäkringsbolaget kopplas in.

Vårdplaneringen hos försäkringsbolagen kan även ge medicinsk rådgivning, t.ex. egenvårdsråd vid enklare sjukdomstillstånd, så som lättare luftvägsinfektioner, utan att ett besök bokas in hos en vårdgivare, i de fall där vårdbesök inte bedöms medicinskt motiverat.

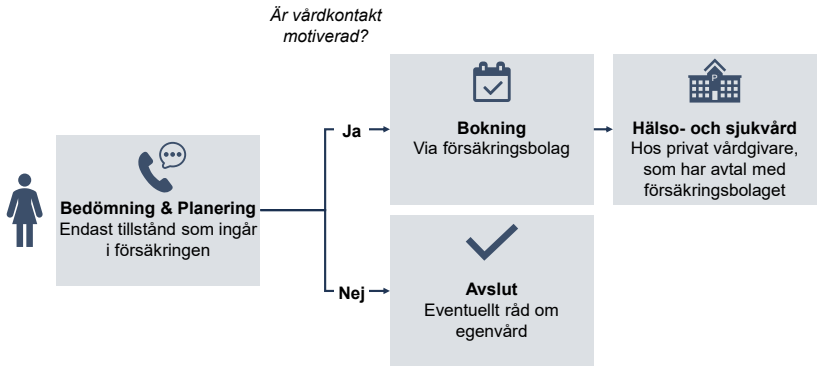
De medicinska bedömningarna och rådgivningen som ges sker av legitimerad vårdpersonal, och det journalförs. Personalen som utför detta omfattas av patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser. Flera av försäkringsbolagen arbetar med oberoende medicinsk granskning av behandlingsförfrågningar från vårdgivarna för att säkerställa att vården är medicinskt motiverad.

Flera försäkringsbolag använder sig av tjänsten *Boka doktorn* för att boka besök. Där lägger privata vårdgivare ut lediga tider som är tillgängliga för bokning av försäkringsbolag utifrån tecknade avtal och baserat på beräknat utrymme och efterfrågan med beaktande av eventuella avtal med regioner. Enligt Vårdföretagarna upplåter vårdgivarna tider för vårdplaneringarna att boka på efter bedömning av vilken kapacitet som kan frigöras utan att komma i konflikt med andra tecknade avtal (t.ex. med en region). Den försäkrade kan inte ringa direkt till vårdgivaren och boka tid för nybesök utan bokningen sker alltid via vårdplaneringen på försäkringsbolaget.[24]

Om skadan innebär rehabilitering hos exempelvis fysioterapeut eller naprapat kan försäkringsbolaget godkänna ett visst antal besök, exempelvis 5 besök, i förväg. Det är vanligt att försäkringstagaren sedan bokar uppföljande besök direkt med vårdgivaren. Beroende på typ av skada och vilka insatser som bedöms behövas kan det ske ett uppföljande samtal med vårdplaneringen efter de förgodkända besöken. Därefter godkänns vanligen fler besök om det visar sig behövas. I *figur 5.2* framgår hur vägen till vård fungerar för en patient med sjukvårdsförsäkring.

[24] Uppgift från Vårdföretagarna 2021-02-04.

Figur 5.2 Så fungerar sjukvårdsförsäkringen



5.6 Krav och andra villkor i de privata sjukvårdsförsäkringarna

I likhet med andra försäkringar ställer försäkringsbolagen krav, utifrån vad som följer av försäkringsmässiga principer, för att en person ska kunna teckna en sjukvårdsförsäkring. För att kunna försäkra sig mot en viss risk eller händelse måste olika kriterier vara uppfyllda. Ett kriterium är att en skada ska vara plötslig och oförutsedd. Det går inte att försäkra något som man med säkerhet vet kommer att inträffa. Det ska också vara möjligt att beräkna och uppskatta omfattningen och kostnaden av en skada.[25] Kraven som försäkringsbolagen ställer skiljer sig bl.a. åt beroende på om försäkringen tecknas individuellt eller som en gruppförsäkring. I det följande ges några exempel på krav och andra villkor i försäkringarna.

Ålder

Försäkringsbolagen har en åldersgräns för hur gammal man får vara för att få teckna en sjukvårdsförsäkring. Den exakta gränsen skiljer sig åt mellan försäkringsbolagen och kan också variera beroende på

[25] Detta framgår inte av lag, men i prop. 1984/85:77 (s. 38 ff.) redogörs för detta i samband med att det resoneras om vad som är tillståndspliktig försäkringsrörelse. Se även vidare i t.ex. Eckerberg (2010), s. 166 f. och där refererade källor.

om försäkringen tecknas individuellt eller som en gruppförsäkring. Vanligtvis är den övre åldersgränsen för att få teckna en ny sjukvårdsförsäkring mellan 63 och 70 år, men ofta kan man behålla försäkringen längre än så.[26] Skälet till att det finns en övre åldersgräns är att risken för olika typer av skador/sjukdomar efter en viss ålder inte längre är plötslig och oförutsedd.[27]

Som medlem i exempelvis Saco kan en sjukvårdsförsäkring nytecknas av personer mellan 18-67 år. Skyddet gäller till det år den försäkrade fyller 70 år. Premien skiljer sig åt beroende på ålder, men självrisken är 750 kronor oavsett ålder.[28]

Hälsostatus

För att kunna teckna en individuell försäkring kräver försäkringsbolagen ett godkännande som grundar sig på personens hälsodeklaration eller att en hälsokontroll görs. Det är inte alltid ett krav när försäkringen tecknas som en gruppförsäkring. För att en arbetsgivarbetald sjukvårdsförsäkring ska få tecknas för en anställd ska hen enligt försäkringsvillkoren vara fullt arbetsför. Det innebär att det dagliga arbetet ska kunna genomföras utan inskränkning och att man varken tar emot eller har rätt till ersättning som har samband med sjukdom eller olycksfall.[29]

Premie

Premien för en sjukvårdsförsäkring skiljer sig åt beroende på en rad olika faktorer. Eftersom ålder är en viktig faktor i fråga om det förväntade behovet av hälso- och sjukvård så ökar också premien för en sjukvårdsförsäkring i takt med stigande ålder. Premien för den som är mellan 30 och 34 år varierar t.ex. mellan ungefär 2 000 och 6 000 kronor per år. Motsvarande premie för den som är mellan 65 och 70 år är cirka 10 000 till 25 000 kronor (prisuppgifterna är hämtade från ett urval av tre större försäkringsbolag).[30] Skillnader i

[26] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 28.
[27] Det skulle vara möjligt att erbjuda en försäkring men premien skulle bli mycket hög till följd av den höga risken vilket i sin tur skulle leda till att få personer skulle komma att teckna en sådan försäkring.
[28] Sacos hemsida.
[29] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 28.
[30] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 28.

premie inom en ålderskategori beror till stor del på variationer i innehållet i försäkringen och under vilka förutsättningar sjukvårdsförsäkringen har tecknats. En försäkring med ett mer omfattande skydd har en högre premie. Det blir en lägre premie om självrisk gäller (vilket är det vanligaste). Ett annat exempel på när premien kan vara lägre är om en sjukvårdsförsäkring har tecknats med remisskrav, dvs. att försäkringen inte täcker några kostnader för specialistvård innan en remiss har utfärdats.

Premien bestäms således av hur omfattande försäkringen är, den försäkrades ålder samt vilka övriga villkor som gäller för försäkringen, t.ex. självrisk eller remisskrav.

Självrisk

De allra flesta försäkringar, cirka 85 procent, tecknas med självrisk.[31] Försäkringstagaren betalar med en sådan försäkring en del av kostnaden för att nyttja försäkringen, varför premien blir lägre än om självrisk inte gäller. Självrisken varierar men ligger vanligen på mellan 500 och 1 500 kronor per inträffad skada.[32] Självrisken träder in först efter att ett vårdbesök bokats från försäkringsbolagets sida. Den första kontakten med försäkringsbolaget utlöser därmed inte någon självrisk.

Försäkringsbolagens vårdgaranti och ersättningsskyldighet

Försäkringsbolagen erbjuder ofta en kortare väntetid än den författningsreglerade vårdgarantin inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Den försäkrade ska få en första kontakt (rådgivning eller behandling) med den specialiserade vården inom cirka 3–7 arbetsdagar och få operation inom cirka 14–21 arbetsdagar efter operationsbeslut. Om en försäkringstagare är i behov av vård som inte finns hos privata vårdgivare i den egna regionen kan försäkringsbolaget hänvisa försäkringstagaren till en privat vårdgivare i en annan region. Detsamma gäller om vården inte kan tillhandahållas i den egna regionen inom försäkringsbolagens väntetidsgaranti. I vissa fall kan för-

[31] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 28.
[32] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 28.

säkringsbolaget också hänvisa försäkringstagaren till vård utomlands.[33] Försäkringsbolaget står då för resekostnaderna.[34]

Om försäkringsbolagens garanti inte uppfylls lämnar försäkringsbolagen ersättning till den försäkrade. Det rör sig om cirka 1 000 kronor i ersättning per dag om den försäkrade får vänta längre tid än vad som anges i avtalet.[35]

Den offentligt finansierade vårdens vårdgaranti är tre dagar till primärvård, 90 dagar till den specialiserade vården samt 90 dagar för planerad vård, räknat från den dag vårdgivaren beslutat att den enskilde ska få den vården. Detta regleras i 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). Regionerna kan också erbjuda en egen, kortare, vårdgaranti, som kan variera över landet. Det betalas inte ut någon ersättning till patienterna om bestämmelserna om vårdgaranti inte hålls.

Försäkringspatienter har ibland större krav på sig från försäkringsbolagen vad gäller t.ex. uteblivet besök än vad regionerna ställer. Om patienten uteblir får hen betala hela avgiften för mottagningsbesöket och även hela eller del av operationskostnaden.[36]

5.7 Klagomålshantering m.m. gällande privata sjukvårdsförsäkringar

En patient som upplever sig ha blivit felaktigt behandlad i vården ska i första hand vända sig till den vårdgivare som behandlat patienten. Därefter kan patientnämnden i regionen bli aktuell att kontakta, och i sista hand IVO.[37]

En patient kan ha synpunkter på försäkringsbolaget och hur det har hanterat hens vårdbehov. Om en patient är missnöjd med hur försäkringsbolaget har hanterat ett ärende ska patienten i första hand vända sig till de ansvariga inom bolaget, oavsett om klagomålet gäller ett beslut, bemötandet från handläggaren eller lång handläggningstid.

Det finns regler om klagomålshantering som alla försäkringsbolag måste följa. Försäkringsbolagen ska se till att kunder på ett lämpligt sätt kan anmäla klagomål mot bolaget. Hanteringen av

[33] Kullberg et al. (2019), s. 740.
[34] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 36.
[35] Uppgifter från Vårdföretagarna 2020-12-17 och från Svensk Försäkrings representant i expertgruppen.
[36] Uppgifter från Vårdföretagarna 2020-12-17.
[37] Se mer i kapitel 11.3.6.

klagomål ska vara effektiv och klagomålen ska besvaras snarast möjligt. Varje försäkringsbolag ska ha en klagomålsansvarig, som är ytterst ansvarig för klagomålsrutinerna, registrerad hos Finansinspektionen. Information om vem den klagomålsansvariga personen är ska finnas på bolagets webbplats.[38]

Om patienten fortfarande inte är nöjd kan denna ofta gå vidare till en nämnd utanför försäkringsbolaget; Patientskadenämnden, eller till domstol.

Om en patient exempelvis drabbas av en personskada i samband med vård eller behandling kan denne ha rätt till ekonomisk ersättning enligt patientskadelagen (1996:799). En patient som har vårdats inom den offentligfinansierade hälso- och sjukvården eller tandvården gör en anmälan till Löf (Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag). Om en patient drabbats av en personskada i samband med privatfinansierad vård eller behandling hos en privat vårdgivare ska denne kontakta den vårdgivaren för att få reda på i vilket försäkringsbolag hen har sin patientförsäkring.

Synpunkter som rör avtalsvillkor och relationen mellan försäkringsgivare och försäkringstagare kan fångas upp av Finansinspektionen, som är tillsynsmyndighet för försäkringsbolagen, och Konsumenternas Försäkringsbyrå, en stiftelse som Konsumentverket, Finansinspektionen och Svensk Försäkring står bakom.

Konsumenternas Försäkringsbyrå ger oberoende fakta och vägledning inom försäkringsområdet till konsumenter. Till den kan konsumenter vända sig med frågor och synpunkter rörande privata sjukvårdsförsäkringar. Finansinspektionen är tillsynsmyndighet för försäkringsbolagen och ska i sin tillsyn säkerställa att bolagen har tillräcklig kapitalstyrka för att infria sina åtaganden gentemot försäkringstagarna.

[38] Uppgifter från Konsumenternas Försäkringsbyrås hemsida (Konsumentstöd > Klaga, ångra, anmäl > Klaga i ett försäkringsärende).

5.8 Användare av privata sjukvårdsförsäkringar

5.8.1 Antalet försäkringstagare

Det saknas myndighetsdata om hur många som har en privat sjukvårdsförsäkring. Enligt uppgifter från Svensk Försäkring hade 690 000 personer en privat sjukvårdsförsäkring år 2020, vilket motsvarar cirka 6,5 procent av befolkningen.

Sjukvårdsförsäkringar började säljas i Sverige år 1985, och riktade sig då främst till företag som ville ha en försäkring som gav god tillgång till vård för nyckelpersoner.[39] Samma år som försäljningen av privata sjukvårdsförsäkringar startade hade 2 000 personer en privat sjukvårdsförsäkring. År 1990 hade siffran växt till cirka 23 000 personer, och år 1992 hade siffran ökat ytterligare till 40 000 personer. Därefter avstannade ökningen i ett par år.[40] En förklaring som då framfördes till att ökningen stannade av var ”att vårdköer och väntetider i den offentliga vården minskat.”[41] Ökningen tog senare vid igen, och år 2000 hade cirka 115 000 personer en privat sjukvårdsförsäkring.[42]

Den genomsnittliga årliga ökningen sedan år 2000 är drygt 12 procent. Sedan 2010 och fram till 2020 har antalet sjukvårdsförsäkringar ökat med totalt sett 57 procent.

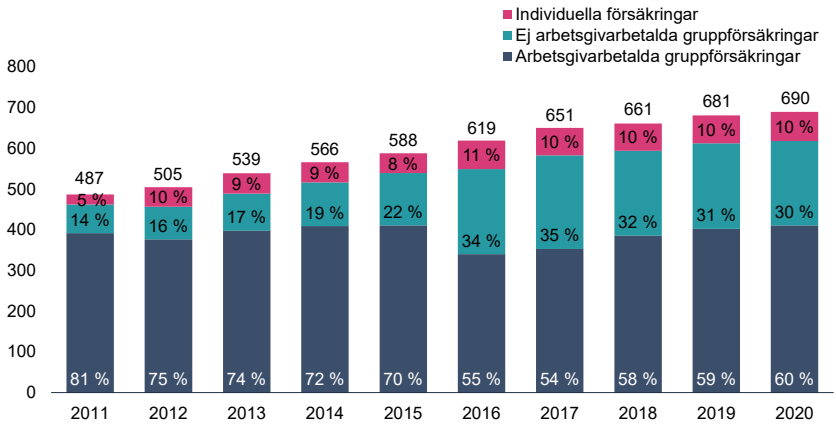
Den kategori av försäkringar som har ökat snabbast under 2000-talet är de arbetsgivarbetalda försäkringarna. Även de övriga gruppförsäkringarna, dvs. försäkringar som betalas av den enskilde inom en grupp (t.ex. en fackförening), ökade i antal. De individuella sjukvårdsförsäkringarna, dvs. försäkringar som tecknas av en privatperson, har ökat i mindre omfattning.

I *figur 5.3* visas utvecklingen av antalet privata sjukvårdsförsäkringar, uppdelat på typ av försäkring, mellan åren 2011 och 2020 (i antal tusen försäkringar).[43]

[39] Uppgift från Svensk Försäkring 2021-08-20.
[40] SOU 2001:57, s. 108 f. och DN, *Ökningen bruten för privat vård. Kortare köer i det offentliga ... förklaringen*, 1994-10-24, med där refererad källa.
[41] DN, *Ökningen bruten för privat vård. Kortare köer i det offentliga ... förklaringen*, 1994-10-24, med där refererad källa.
[42] SOU 2001:57, s. 108 f.
[43] Äldre information saknar uppdelningen mellan individuella försäkringar, arbetsgivarbetalda gruppförsäkringar och övriga gruppförsäkringar varför dessa år inte tagits med i diagrammet.

Figur 5.3 Utvecklingen av antal privata sjukvårdsförsäkringar 2011–2020, fördelat på typ av försäkring

Angett i tusental försäkringar[1]

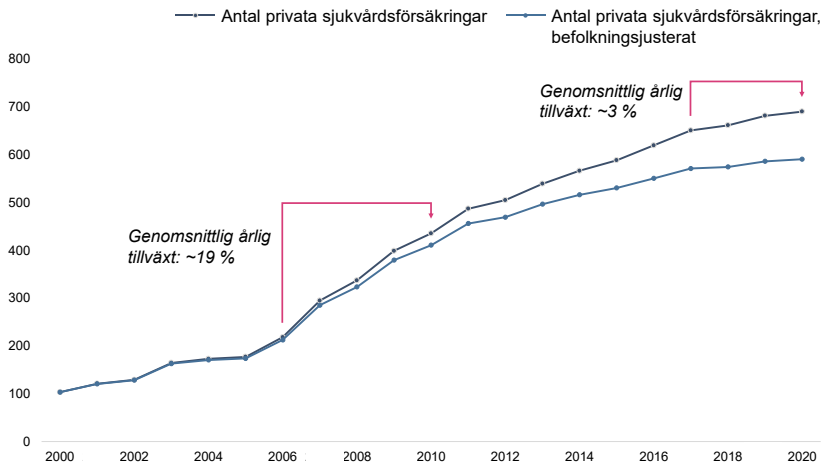


1) Inkluderar försäkringar från skadeförsäkringsföretag och livförsäkringsföretag.
Not: På grund av avrundning uppgår inte samtliga summeringar till exakt 100 %.
Källa: Svensk Försäkring/Statistikdatabasen.

I *figur 5.4* visas tillväxten av privata sjukvårdsförsäkringar mellan åren 2000–2020, dels i antal, dels justerat efter befolkningsökningen.

Figur 5.4 Utvecklingen av antal privata sjukvårdsförsäkringar 2000–2020

Angett i tusental försäkringar[1]



1) Inkluderar försäkringar från skadeförsäkringsföretag och livförsäkringsföretag.
Not: Den befolkningsjusterade utvecklingen baseras på total befolkningsökning sedan år 2000. Vid den befolkningsjusterade utvecklingen skulle även befolkningsmängden av personer 18–64 år med förvärvsinkomst >0 kunna användas. Detta eftersom en stor andel av försäkringarna utgörs av arbetsgivarbetalda försäkringar. Eftersom ungefär hälften av försäkringarna ändå är icke-arbetsgivarbetalda så utgår vi i detta exempel utifrån den totala befolkningen.
Källa: Svensk Försäkring/Statistikdatabasen.

5.8.2 Beskrivning av den grupp som använder sjukvårdsförsäkringar

Det saknas myndighetsdata om vilka det är som har en privat sjukvårdsförsäkring. År 2017 publicerades rapporten *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige?* som är en deskriptiv analys baserad på data från de försäkringsbolag som mellan åren 2006 och 2015 tillhandahöll privat sjukvårdsförsäkring i Sverige samt på SCB:s databas över individer (LISA).

I rapporten sammanfattas hur gruppen försäkrade skiljer sig från den övriga populationen i en rad viktiga avseenden:

1. Nästan två tredjedelar av de försäkrade 2015 var män. Andelen män har dock minskat något sedan 2006. Inom de olika sektorerna på arbetsmarknaden är könsskillnaderna väsentligt mindre. En stor del av könsskillnaderna har således sin bakgrund i att kvinnor och män är verksamma i olika sektorer.

3. Medelåldern för de försäkrade ligger ganska nära medelåldern för arbetskraften i sin helhet (cirka 45 år). Det innebär att de med privat sjukvårdsförsäkring är underrepresenterade bland unga och äldre.
4. De försäkrade är överrepresenterade i Stockholms län, framför allt när det gäller arbetsgivarbetalda försäkringar, och i Västra Götalands län. Mätt som andel av den förvärvsarbetande befolkningen är sjukvårdsförsäkringar vanligast i Jämtlands län, där 18 procent av de sysselsatta har en privat sjukvårdsförsäkring.
5. De försäkrade har i genomsnitt cirka ett års längre utbildning än befolkningen som helhet. Skillnaden kan till största delen förklaras med en större andel högskoleutbildade bland de försäkrade.
6. Det största antalet försäkrade återfinns inom bygg- och anläggning, medan sektorn som inkluderar finansiella tjänster samt juridisk och ekonomisk konsultation har högst andel försäkrade. De försäkrade är tydligt underrepresenterade i sektorer som utbildning, hälso- och sjukvård samt offentlig förvaltning.
7. De försäkrade är överrepresenterade på små arbetsplatser med upp till 30 anställda.
8. De försäkrade har i genomsnitt högre inkomster än arbetskraften i övrigt. Skillnaden kan framför allt hänföras till den övre delen av inkomstfördelningen. Detta gäller i synnerhet de arbetsgivarbetalda försäkringarna.
9. De försäkrade mottar i mindre utsträckning stöd från olika typer av hälsorelaterade försäkringar, så som sjukpenning och sjukersättning.[44]

I en rapport från 2017, framtagen av LO, PTK och Svenskt Näringsliv, framgår att 42 procent av de företag som deltog i undersökningen, som genomfördes under våren 2017, hade en sjukvårds- och/eller rehabiliteringsförsäkring för alla anställda på företaget. Det var vanligare med försäkringar bland företag med 10–49 anställda jämfört med företag med 250 eller fler anställda. Därutöver var det vanligare

[44] Palme, M. (2017), framför allt s. 43 f.

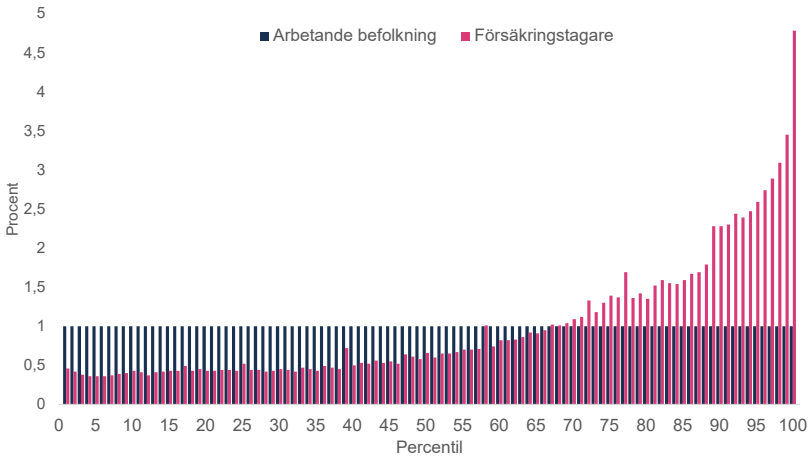
med försäkringar inom branschen byggindustrin/installation samt handel/hotell jämfört med industri- samt tjänstebranschen.[45]

Sammanfattningsvis finns det personer med privata sjukvårdsförsäkringar i hela Sverige men de är vanligare i storstadsregionerna. De är också vanligare i vissa branscher som bygg- och anläggning, inom den finansiella sektorn och på mindre arbetsplatser med upp till 30 anställda. Fler män än kvinnor har en sjukvårdsförsäkring. De försäkrade har i genomsnitt högre inkomster än arbetskraften i övrigt. De flesta privata sjukvårdsförsäkringar är arbetsgivarbetalda.

I *figur 5.5* framgår andel personer med privat sjukvårdsförsäkring satt i relation till den arbetande befolkningen som helhet, utifrån olika inkomstpercentiler.

Figur 5.5 Andel med privat sjukvårdsförsäkring inom olika delar av inkomstfördelningen (2015)

Inkomstfördelningen uppdelat på percentiler efter förvärvsinkomst 2015.



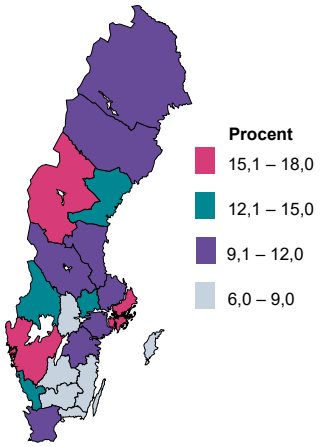
Not: Åldersgruppen 30-64 år, med förvärvsinkomst >0. Data från 2015. Figuren visar inkomst i den arbetande befolkningen som en percentilfördelning (blå staplar). En procent av den arbetande befolkningen ingår i första percentilen, en procent i den andra percentilen, osv. De rosa staplarna visar hur försäkringstagare fördelar sig. Om den rosa stapeln är lägre än den blå stapeln finns en mindre andel av försäkringstagarna i denna inkomstpercentil, jämfört med befolkningen som helhet. Om den rosa stapeln är högre än den blå, är det relativt fler försäkringstagare i percentilen, jämfört med befolkningen som helhet. Brytpunkterna för statlig skatt gick vid detta tillfälle vid percentil 73 (första gränsen, motsvarar en månadsinkomst på 36 942 kr) och percentil 91 (andra gränsen, motsvarar en månadsinkomst på 52 433 kr).
Källa: Palme, M. (2017) *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige?*

[45] LO, PTK och Svenskt Näringsliv (2017), s. 8.

I *figurerna 5.6A–B* och *5.7A–B* visas andel respektive antal invånare med privat sjukvårdsförsäkring i olika delar av Sverige år 2015. De två figurerna 5.6 visar *andel* invånare med privat sjukvårdsförsäkring, dels i form av en karta, dels i staplar.

Figur 5.6A Andel invånare 30–64 år med privat sjukvårdsförsäkring i olika delar av landet (2015)

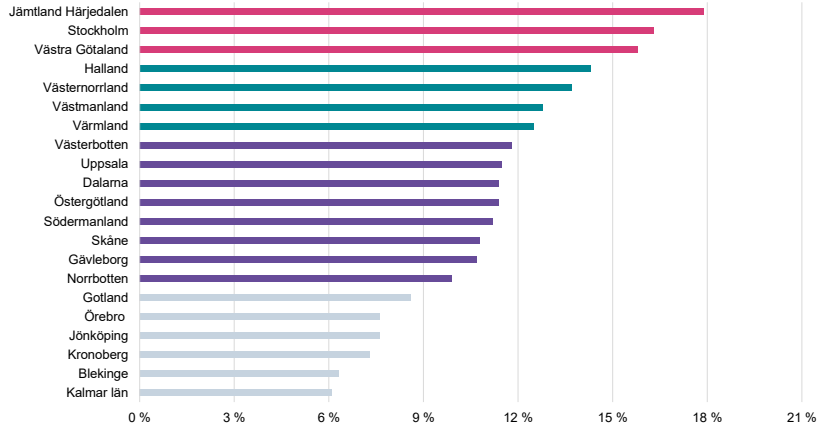
Riksgenomsnitt = 13 procent.



Not: Avser andel invånare med privat sjukvårdsförsäkring per län, inom åldersgruppen 30–64 år, med förvärvsinkomst >0. Data från 2015. Senare data finns inte tillgänglig, men enligt uppgift från Svensk Försäkring ser beståndet ungefär likadant ut idag som 2015.
Källa: Palme, M. (2017) *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige?*

Figur 5.6B Andel invånare 30–64 år med privat sjukvårdsförsäkring i olika delar av landet (2015)

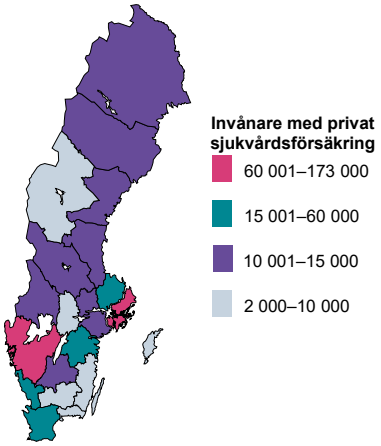
Riksgenomsnitt = 13 procent.



Not: Avser andel invånare med privat sjukvårdsförsäkring per län, inom åldersgruppen 30–64 år, med förvärvsinkomst >0. Data från 2015. Senare data finns inte tillgänglig, men enligt uppgift från Svensk Försäkring ser beståndet ungefär likadant ut idag som 2015.
Källa: Palme, M. (2017) *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige?*

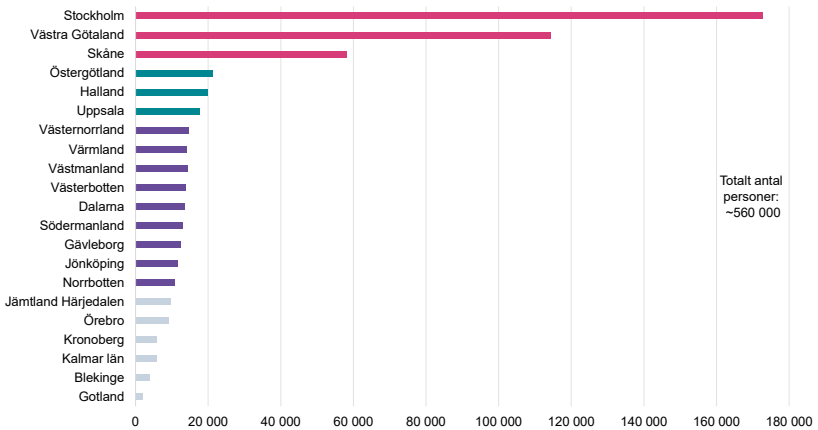
De två figurerna 5.7 visar i stället *antal* invånare med privat sjukvårdsförsäkring, men också i form av en karta respektive staplar.

Figur 5.7A Antal invånare 30–64 år med privat sjukvårdsförsäkring i olika delar av landet (2015)



Not: Avser antal invånare med privat sjukvårdsförsäkring per län, inom åldersgruppen 30–64 år, med förvärvsinkomst >0. Data från 2015. Senare data finns inte tillgänglig, men enligt uppgift från Svensk Försäkring ser beståndet ungefär likadant ut idag som 2015.
Källa: Palme, M. (2017) *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige?*

Figur 5.7B Antal invånare 30–64 år med privat sjukvårdsförsäkring i olika delar av landet (2015)



Not: Avser antal invånare med privat sjukvårdsförsäkring per län, inom åldersgruppen 30–64 år, med förvärvsinkomst >0. Data från 2015. Senare data finns inte tillgänglig, men enligt uppgift från Svensk Försäkring ser beståndet ungefär likadant ut idag som 2015.
Källa: Palme, M. (2017) *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige?*

5.8.3 Sjukvårdsförsäkring som gruppförsäkring via fackförbund

Under de senaste åren har det blivit allt vanligare att fackförbund och andra organisationer erbjuder sina medlemmar att via dem teckna sjukvårdsförsäkring som gruppförsäkring.

Saco

Saco är den centralorganisation där flest medlemsförbund har erbjudande om privata sjukvårdsförsäkringar som gruppförsäkring till sina medlemmar. Saco är en sammanslutning av 21 fackförbund som organiserar olika akademikergrupper såsom arkitekter, bibliotekarier, ekonomer, ingenjörer, jurister, läkare, lärare, naturvetare och psykologer. Totalt organiseras cirka 700 000 medlemmar.

Saco som huvudorganisation har uttalat att försäkringarna är ett komplement till den offentligt finansierade välfärden, och att medlemmarna erbjuds sådan försäkring för att underlätta för dem, samt att tillgängligheten har blivit ett problem i sjukvården, och att det därför finns ett behov av sjukvårdsförsäkring.[46]

Majoriteten av Sacos förbund erbjuder medlemmarna att själva teckna och betala för privata sjukvårdsförsäkringar som gruppförsäkring.

Utredningen har gått igenom de olika förbundens hemsidor för att kartlägga vilka förbund som erbjuder sina medlemmar att teckna privat sjukvårdsförsäkring, samt tagit kontakt med vissa av förbunden[47] för att kontrollera resultaten.

Av detta framkom att femton av 21 fackförbund erbjuder sina medlemmar att teckna privat sjukvårdsförsäkring via dem, vilket är följande fackförbund. Akademikerförbundet SSR, Akavia, DIK, Lärarnas Riksförbund, Naturvetarna, Officersförbundet, Sjöbefälsföreningen, SRAT, Sveriges Arbetsterapeuter, Sveriges Arkitekter, Sveriges Farmaceuter, Sveriges Ingenjörer, Sveriges Psykologförbund, Sveriges Skolledarförening och Sveriges Universitetslärare och forskare (SULF).

[46] Uppgifter från Thomas Andrén, välfärdsekonom på Saco, till Dagens Medicin, ”*Fler betalar sig förbi vårdkön*”, publicerad 2019-04-15.
[47] Separat kontakt tagen med Reservofficerarna, Sveriges Tandläkarförbund och Kyrkans Akademikerförbund.

Fysioterapeuterna, Reservofficerarna, Sveriges Läkarförbund, och Sveriges Veterinärförbund erbjuder inte sina medlemmar att teckna sådan försäkring. Sveriges Läkarförbund har också uttalat sig i media om privata sjukvårdsförsäkringar och där uttalat en oro över utvecklingen kring privata sjukvårdsförsäkringar.[48] Vad gäller Sveriges Tandläkarförbund erbjuder förbundet inte sina medlemmar att teckna sjukvårdsförsäkring, men förbundet består av fyra medlemsföreningar; SOL (för forskare och läkare) och TEV (för egenföretagare), som inte erbjuder försäkringen, Tjänstetandläkarna (för anställda) som erbjuder försäkringen, samt Studerandeföreningen, som utredningen inte fått fram information om de erbjuder försäkringen eller inte.[49]

Vad gäller Kyrkans Akademikerförbund har utredningen inte lyckats få reda på om det förbundet erbjuder sina medlemmar att teckna sjukvårdsförsäkring.

TCO

TCO är en centralorganisation för 13 fackförbund och organiserar nästan 1,4 miljoner tjänstemän på den svenska arbetsmarknaden. TCO-förbundens medlemmar arbetar t.ex. som ingenjörer, lärare, poliser, ekonomer, sjuksköterskor och inom kommuner, statliga myndigheter, banker och försäkringsbolag.

TCO som centralorganisation har inte något ställningstagande i fråga om privata sjukvårdsförsäkringar. Deras fackförbund ser också olika på frågan. Av vad utredningen kunnat läsa sig till på respektive förbunds hemsida är det fem av TCO-förbunden som erbjuder privata sjukvårdsförsäkringar, nämligen Finansförbundet, Forena, Lärarförbundet, Polisförbundet och Unionen.

Åtta förbund erbjuder inte privata sjukvårdsförsäkringar, nämligen Försvarsförbundet, Journalistförbundet, SYMF, ST, Teaterförbundet, TULL-KUST, Vision och Vårdförbundet.

För fyra av förbunden finns det tydliga ställningstaganden som ligger bakom deras inställning till frågan om privata sjukvårdsförsäkringar.

[48] Se t.ex. Stensmyren och Thorwaldsson i DN Debatt, 2019-12-05.
[49] Enligt uppgift från Sveriges Tandläkarförbund är det Tjänstetandläkarna som administrerar Studerandeföreningen, men det framkommer inte om samma försäkringar kan tecknas som studerandemedlem.

ST har under kongressen 2020 beslutat att inte erbjuda privata sjukvårdsförsäkringar till sina medlemmar och att förbundet inte ska teckna kollektivavtal som inkluderar privata sjukvårdsförsäkringar.[50]

Vision erbjuder inte privata sjukvårdsförsäkringar Det är ett beslut som styrelsen fattat. Frågan var uppe på förbundsmötet 2020. En motion hade inkommit om att inte erbjuda försäkringar och den motionen föreslogs anses besvarad.[51]

Vårdförbundet erbjuder inte privata sjukvårdsförsäkringar. Förbundet har uttalat sig i frågan i media flera gånger.[52]

Unionen erbjuder sjukvårdsförsäkring till sina medlemmar. I en tidningsartikel där frågan om sjukvårdsförsäkringar behandlas uttalade Unionens förhandlingschef att gruppförsäkringar är en av fackförbundens kärnuppgifter. I artikeln uttalades vidare följande: ”Det finns en önskan hos en del av våra medlemmar att kunna få snabbare vård så länge inte andra patienter trängs undan. Vi har landat i bedömningen att skatter inte kommer kunna höjas i närtid så mycket att alla får den vård som efterfrågas så snabbt som man vill ha det”.[53]

LO

LO är en centralorganisation för 14 fackförbund som organiserar cirka 1,5 miljoner arbetstagare inom bl.a. bygg-, handel-, restaurang-, transport-, och kommunalbranschen. Inget av LO:s fackförbund erbjuder sina medlemmar privata sjukvårdsförsäkringar. LO har under lång tid varit kritiskt mot privata sjukvårdsförsäkringar. Frågan har behandlats på flera kongresser och på kongressen 2016 togs beslut att ”ge LO:s styrelse i uppdrag att verka för att stoppa sjukvårdsförsäkringar som ger möjlighet att betala sig före i sjukvårdssystemet”[54] Enligt LO kan de privata sjukvårdsförsäkringarna leda till en tudelad och ojämlik vård som undergräver en offentligt

[50] Beslut vid ST:s kongress den 5–6 oktober 2020, beslutspunkt 17.7 – bifall av motion 7, privata sjukvårdsförsäkringar, se protokoll på hemsidan.
[51] Förbundsmötet hölls den 24–26 september 2020. Motion 53 *Erbjud inte medlemmarna privata sjukvårdsförsäkringar*. Se styrelsens svar till motionen för information om beslutet som styrelsen fattat 2018. Utredningen har kontaktat Vision för att få del av protokoll från förbundsmötet, men inte fått något svar.
[52] Se t.ex. *Vårdförbundet kritiskt mot privata sjukvårdsförsäkringar: ”Som att tro på tomten”* i Arbetsvärlden, 2020-02-04.
[53] Se uttalande av Martin Wästfelt, Unionens förhandlingschef, till Syre i artikeln *Unionen: ”Det finns en önskan om snabbare vård”*, 2020-12-18.
[54] Se Kongressprotokoll 2016 del 2, motion 18.26, styrelsens utlåtande över motionen samt beslut för område 18.5 Offentligfinansierad verksamhet, som finns på LO:s hemsida.

finansierad välfärd fördelad efter behov. LO har också flera gånger uttalat att privata sjukvårdsförsäkringar, genom att ge förtur till vård, bryter mot hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om att den som har störst behov av vård ska få vård först.[55]

5.9 Så stor del av hälso- och sjukvården betalas av privata sjukvårdsförsäkringar

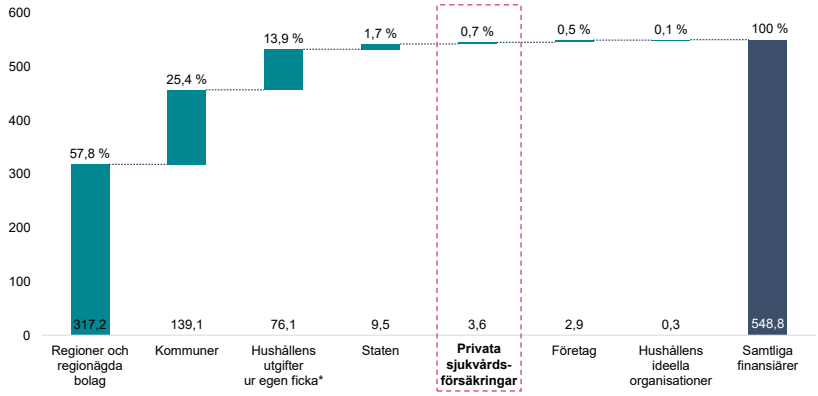
Det saknas officiella uppgifter om hur mycket försäkringsbolagen betalar till de privata vårdgivarna för den vård som vårdgivarna utför. De uppgifter som brukar användas för att beskriva hur stor del av hälso- och sjukvården som betalas av sjukvårdsförsäkringar bygger på de premier som försäkringstagarna betalar till försäkringsbolagen. Uppgifterna om premier kommer från Svensk Försäkring. SCB delar sedan upp premieinkomsten i två delar, en administrationsdel och en transfereringsdel.[56]

I *figur 5.8* redovisas hälso- och sjukvårdens kostnader fördelade på finansiär för år 2019. De totala hälso- och sjukvårdsutgifterna, inklusive läkemedel och kommunal hälso- och sjukvård inom omsorgen, var år 2019 cirka 549 miljarder kronor. Den hälso- och sjukvård som betalas av privata sjukvårdsförsäkringar, utifrån en beräkning av premierna, uppgår till cirka 3,6 miljarder kronor, vilket motsvarar cirka 0,7 procent av de totala utgifterna.[57] De senaste tio åren dessförinnan har siffran legat på mellan 0,5 och 0,7 procent.[58]

[55] Se t.ex. debattartikeln *Privata sjukvårdsförsäkringar söndrar sjukvården inifrån* i Göteborgs-Posten, publicerad 2020-08-21.
[56] Uppgift från SCB 2021-01-27.
[57] SCB:s Hälsoräkenskaper.
[58] SCB:s Hälsoräkenskaper. (2009–2012: 0,5 procent, 2013–2016 och 2018: 0,6 procent och 2017 0,7 procent.).

Figur 5.8 Hälso- och sjukvårdens kostnader fördelade på finansiär, 2019

I miljarder kronor

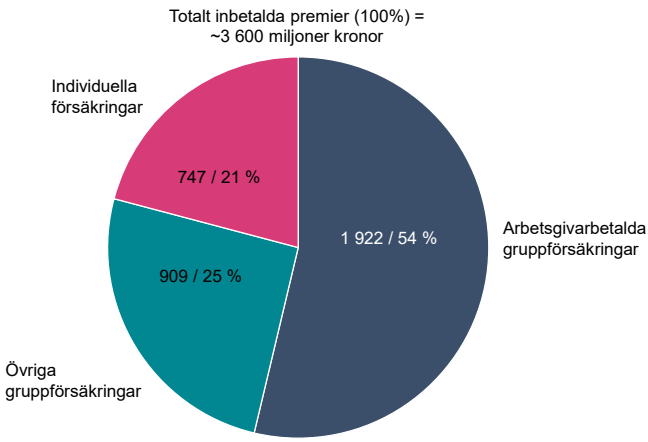


*Innefattar egenavgifter till det offentliga, medfinansiering inom ramen för försäkring samt övriga s.k. out-of-pocket-kostnader, dvs. när hälso- och sjukvård betalas direkt ur hushållets inkomster/sparande
Not: Om utgifterna för läkemedel och kommunal hälso- och sjukvård inom omsorgen undantas uppgår den hälso- och sjukvård som betalas av privata sjukvårdsförsäkringar i stället till cirka 1 procent.
Not: På grund av avrundning uppgår summeringen inte till exakt 100 %.
Källa: SCB, Hälsoräkenskaper (2019).

Fördelningen av inbetalda premier fördelat på de olika typerna av individuella och gruppförsäkringar framgår av *figur 5.9*.

Figur 5.9 Inbetalda premier[1], per typ av sjukvårdsförsäkring (2020)

Miljoner kronor respektive procent

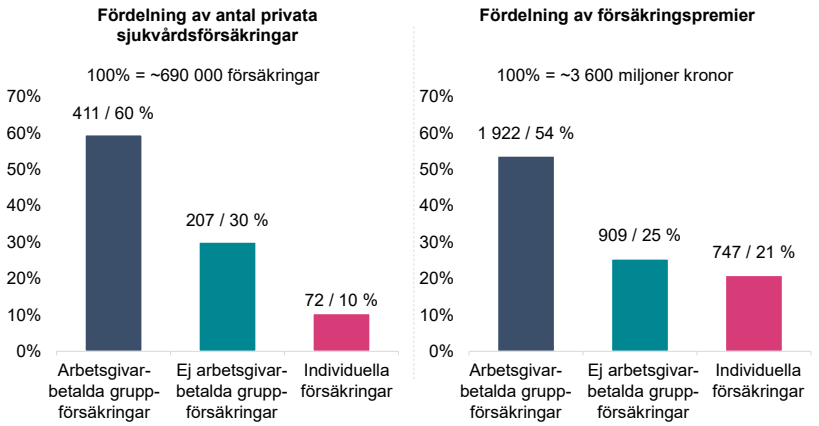


1) Inbetalda premier avser premieinkomst (brutto) för de olika typerna av försäkring.
Källa: Svensk Försäkring/Statistikdatabasen (2020).

Av *figur 5.10* framgår också fördelningen av inbetalda premier. Dessa framgår av stapeldiagrammet till höger, men har nu satts i relation till fördelningen av antalet sjukvårdsförsäkringar, som visas i diagrammet till vänster.

Figur 5.10 Andel sjukvårdsförsäkringar och inbetalda premier[1], per typ av sjukvårdsförsäkring (2020)

Tusen antal sjukvårdsförsäkringar, miljoner kronor inbetalda premier



1) Inbetalda premier avser premieinkomst (brutto) för de olika typerna av försäkring.
Källa: Svensk Försäkring/Statistikdatabasen (2020).

Som framgår i diagrammen är det betydligt högre premier i de individuella försäkringarna i förhållande till antalet sådana försäkringar. Detta har bl.a. att göra med att arbetsgivare och fackföreningar kan avtala fram lägre premier i gruppförsäkringarna, eftersom riskerna sprids över en större grupp.

5.10 Slutsatser och sammanfattning

I kapitlet finns en redogörelse för vad privata sjukvårdsförsäkringar är, hur de privata sjukvårdsförsäkringarna fungerar i Sverige och vilka som huvudsakligen har försäkringar. Statistiken är till stor del hämtad från Svensk Försäkring, samt från SCB:s nationalräkenskaper i de fall där statistik finns tillgänglig därifrån. Det saknas myndighetsdata om privata sjukvårdsförsäkringar och hur de funge-

rar. Utredningen har inte haft möjlighet att kvalitetssäkra de uppgifter som inhämtats från Svensk Försäkring. Som kommer framgå i senare kapitel i betänkandet saknas det i flera avseenden tillgänglig statistik på området.

Av beskrivningen i detta kapitel framgår följande. Privata sjukvårdsförsäkringar står för cirka 0,7 procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården. Privata sjukvårdsförsäkringar nyttjas till specialiserad öppenvård, där ortopedi är det vanligaste vårdområdet. Den vanligaste försäkringen är arbetsgivarbetalda gruppförsäkringar, följt av övriga gruppförsäkringar. De individuellt tecknade försäkringarna är minst vanliga. Antalet med en privat sjukvårdsförsäkring har ökat stadigt under de år det finns tillgänglig statistik på området, dvs. sedan år 2000. Den genomsnittliga årliga tillväxten har dock på senare år minskat jämfört med tidigare. I dagsläget har cirka 690 000 personer en privat sjukvårdsförsäkring. Den grupp som har försäkringar är främst män med högre inkomster än befolkningen som helhet, och vanligast är försäkringar i storstadsregionerna samt i Region Jämtland-Härjedalen.

6 Ansvaret för hälso- och sjukvården

I detta kapitel beskrivs statens och regionernas ansvar för hälso- och sjukvården. Ansvaret består i att erbjuda, planera, organisera och finansiera vården. Vidare beskrivs olika kategorier av drift av vård. Även regionernas ansvar för avtal med privata vårdgivare och uppföljning av avtalen beskrivs. Kapitlet innehåller en beskrivning av utredningens undersökning om avtalen mellan regionerna och privata vårdgivare och om avtalsuppföljningen.

6.1 Delat ansvar mellan staten och regionerna

Av 1 kap. 2 § regeringsformen följer att det allmänna ska verka för goda förutsättningar för hälsa. Ansvaret för hälso- och sjukvården är fördelat mellan stat, regioner och kommuner. Staten har ett övergripande ansvar för att styra hälso- och sjukvården genom bl.a. lagstiftning, statsbidrag, kunskap, nationell statistik, tillsyn och annan verksamhet hos statliga myndigheter. Staten har direkt beslutskompetens vad gäller den nationellt högspecialiserade vården.[1] Staten har även det primära ansvaret för forskning och utbildning på vårdområdet genom de statliga universiteten. I budgetpropositionen för 2021 anges att statens ansvar för hälso- och sjukvården innebär att främja goda förutsättningar för hälso- och sjukvårdssystemet.[2]

Det är regionerna som har det huvudsakliga ansvaret för att erbjuda hälso- och sjukvård i Sverige. Regionerna ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen och åt den som är kvarskriven och stadigvarande vistas inom regionen (8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen [2017:30], HSL).

[1] Se 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).
[2] Prop. 2020/21:1 Utgiftsområde 9, s. 12.

Regionen har ansvar för vård även i vissa andra situationer, exempelvis för de patienter som, enligt 9 kap. 1 § patientlagen (2014:821), väljer utförare av offentligfinansierad vård utanför sin hemmaregion (8 kap. 3 § HSL). Regionens ansvar som huvudman består även av att finansiera, organisera och planera vården.

Kommunen har ansvar för viss vård, exempelvis hälso- och sjukvård för personer som bor i vissa särskilda boendeformer enligt socialtjänstlagen (2001:453) och, under förutsättning att kommunen har kommit överens med regionen om att ta över sådant ansvar, hemsjukvård.[3] Den kommunala hälso- och sjukvården kommer inte att beröras närmare i detta betänkande då den inte omfattas av utredningens direktiv.

6.2 Regionens ansvar för hälso- och sjukvården

6.2.1 Regionen är huvudman och kan även vara vårdgivare

Regionen är ansvarig för att erbjuda hälso- och sjukvård. Enligt principen om den kommunala självstyrelsen har regionen en relativt stor frihet att själv organisera sin verksamhet. Som ett led i rätten att organisera verksamheten kan regionen välja att antingen som vårdgivare bedriva verksamhet i egen regi eller anlita andra, exempelvis privata vårdgivare för viss verksamhet. Även om en region överlämnar en viss uppgift som annars skulle ha utförts i egen regi åt en privat vårdgivare har regionen kvar huvudmannaskapet och därigenom det övergripande ansvaret för verksamheten.[4] Regionen har också ansvar för att följa upp den vård som utförs på regionens uppdrag.[5]

Regionen har ansvar för att planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård. Av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, framgår också att regionen vid planeringen ska beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.[6]

[3] Se mer i 12 och 14 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.
[4] Se 15 kap. 1 § HSL.
[5] Detta följer av att regionen alltjämt är huvudman enligt 15 kap. 1 § HSL men framgår också av 10 kap. 8 § kommunallagen.
[6] Se 7 kap. 2 § HSL.

6.2.2 Huvudmannaskapets innebörd och omfattning i relation till privata vårdgivare

Regionens ansvar i egenskap av huvudman omfattar all vård som utförs i regionen, oavsett om regionen utför den i egen regi eller om regionen har överlämnat den till en privat vårdgivare. Begreppet huvudman definieras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, som den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård,[7] vilket alltså är en vid definition och som ger lite ledning kring omfattningen av huvudmannens ansvar. De bestämmelser som finns i HSL och i kommunallagen (2017:725)[8] om regionens ansvar för avtalsskrivning med och uppföljning av privata vårdgivare är dock ett utlopp för det ansvar som följer av huvudmannaskapet. Viss ledning kan därmed anses finnas i och med de bestämmelserna.

Det betonas i förarbetena att huvudmannaskapet inte medför en bestämmanderätt över utförarens dagliga verksamhet. Det fråntar inte heller vårdgivaren ansvaret som följer med rollen som vårdgivare.[9] Huvudmannen och vårdgivaren har som regel båda ansvar för att uppfylla regelverken. Huvudmannen har alltid kvar det yttersta ansvaret för hälso- och sjukvården inom sitt geografiska område. Regionen behöver därför i egenskap av huvudman ha viss kunskap och insyn i den privata vårdgivarens verksamhet.

Förutsättningarna för regionen att utöva sitt huvudmannaansvar, och i vilken utsträckning den kan påverka den privata vårdgivarens verksamhet varierar bl.a. beroende på vårdområde, omfattningen av avtalet och den verksamhet som upphandlas. I flera förarbeten betonas att huvudmannaskapet innebär att regionen har kvar det övergripande ansvaret för verksamheten.[10] I förarbetena till lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, anger man, gällande driftentreprenader, att kommunen bestämmer vad verksamhetens mål, inriktning, omfattning och kvalitet ska vara och att kommunen även ansvarar för uppföljning, utvärdering och eventuella kompletterande insatser. Den externa leverantören tillhandahåller, enligt proposi-

[7] Se 2 kap. 1 § HSL.
[8] Primärt 10 kap. 7–9 §§ och 5 kap. 3 § KL.
[9] Prop. 2016/17:43, s. 86.
[10] Se t.ex. prop. 2013/14:118, s. 38 och prop. 2016/17:166, s. 9.

tionen, således en kommunal tjänst och kommunen bär ansvaret på samma sätt som när kommunen bedriver verksamheten i egen regi.[11]

I flera förarbeten diskuteras också ”köp av enstaka platser eller tjänster” i förhållande till begreppet huvudman. Följande anges t.ex. i förarbetena till LOV:

> När en kommun köper enstaka platser eller tjänster på en privat institution eller anläggning har kommunen inget inflytande över verksamhetens utformning. Kommunen är inte huvudman för verksamheten men ansvarar ändå för att de vård-, omsorgs- och stödinsatser som den enskilde får håller god kvalitet.[12]

I prop. 2016/17:166 anges att ”när ett landsting köper enstaka platser eller tjänster av en privat vårdgivare är däremot landstinget inte huvudman för verksamheten och saknar inflytande över verksamhetens utformning”.[13]

I förarbetena till nya HSL, när bisatsen ”med bibehållet huvudmannaskap”, infördes i den bestämmelse som kom att bli 15 kap. 1 § HSL, anges följande:

> Utredningen har erfarit att det kan uppstå oklarheter vad gäller vilket ansvar de olika parterna har då uppgifter överlämnas. Det utgör skäl för att i lagförslaget införa ett förtydligande om att landstinget eller kommunen behåller sitt huvudmannaskap då uppgifter överlämnas genom avtal.[14]

> Tillägget syftar till att tydliggöra att ett avtal med någon annan om att t.ex. tillhandahålla viss vård inte medför att landstingets eller kommunens huvudmannaskap för vården övergår på den andra vårdgivaren. Detta gäller vid överlämnande av uppgifter redan i dag och någon saklig ändring är inte avsedd.[15]

Utredningen kan konstatera att förarbetena till nya HSL är tydliga i fråga om att regionens huvudmannaansvar alltjämt finns kvar vid överlämnande av vård till privata vårdgivare. Utredningens bedömning är därför att begreppet huvudman i 15 kap. 1 § HSL avser att träffa samtliga de avtal som regionen tecknar med privata vårdgivare om att utföra vård eller andra tjänster åt regionen, oavsett omfattningen av dessa avtal. Förarbetsuttalandena om köp av enstaka

[11] Prop. 2008/09:29, s. 19 f.
[12] Prop. 2008/09:29, s. 20.
[13] Prop. 2016/17:166, s. 9.
[14] Prop. 2016/17:43, s. 115.
[15] Prop. 2016/17:43, s. 146.

platser syftar enligt utredningens bedömning snarare till att förtydliga att regionen inte har någon bestämmanderätt över utformningen av verksamheten i stort, än att frånta regionen det ansvar som följer av huvudmannaskapet i HSL. Att omfattningen av avtalen och vilken typ av uppgift som lämnas över påverkar vilket faktiskt inflytande regionen får över den privata vårdgivarens dagliga verksamhet är en annan sak, och ter sig också fullt naturligt.[16] För det fall driften av ett helt sjukhus upphandlas blir det naturligt att regionen kan komma att ha ett större inflytande på verksamheten än om regionen upphandlar enstaka vårdkontakter. Mer om olika upphandlingar från regionens sida finns i kapitel 6.4.

6.3 Finansieringen av hälso- och sjukvården

Regionernas hälso- och sjukvård finansieras till allra största del av skattemedel. Det är inte reglerat i detalj hur den offentliga hälso- och sjukvården ska finansieras, men vissa övergripande bestämmelser finns. Regionerna har rätt att ta ut skatter (14 kap. 4 § regeringsformen). Skatten ska användas till skötseln av regionens angelägenheter, dvs. bl.a. hälso- och sjukvård. Därutöver får regionerna ta ut avgifter från patienten, se 17 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och 2 kap. 5 § kommunallagen (2017:725), KL. Av KL följer också vissa begränsningar för finansieringen, t.ex. självkostnadsprincipen och lokaliseringsprincipen.

Regeringen uttalade i prop. 2016/17:166 att den svenska hälso- och sjukvårdsmodellen kännetecknas av att vården innefattar hela befolkningen och är offentligt finansierad genom allmänna skatter.[17] En annan utgångspunkt, som framgår av förarbeten, är att den ska vara ett offentligt ansvar som finansieras gemensamt av landets invånare.[18] Det offentliga huvudmannaskapet omfattar dock inte ansvar för sådan hälso- och sjukvård som bedrivs med enbart privat finansiering och som tillhandahålls utan offentligt uppdrag.[19]

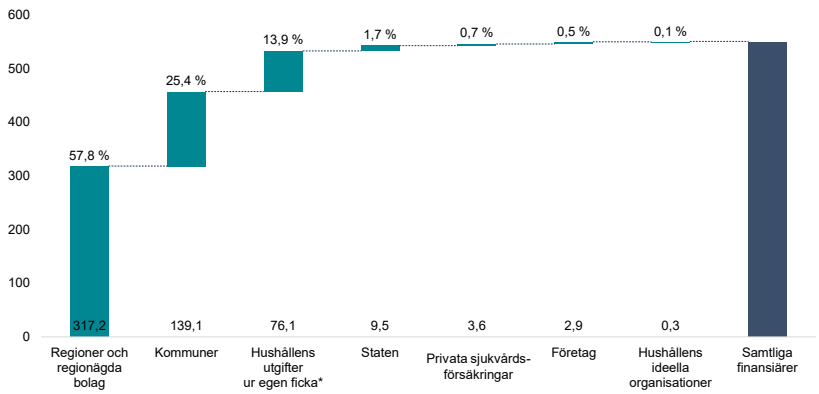
I *figur 6.1* redovisas hur hälso- och sjukvården finansieras. Mot bakgrund av hur hälsoräkenskaperna är uppbyggda innefattas även

[16] Se vidare i förarbetena som nämns ovan om diskussioner kring faktiskt inflytande. Se också SOU 2013:53, s. 97 ff.
[17] Prop. 2016/17:166, s. 14.
[18] Prop. 1996/97:60, s. 6.
[19] Prop. 2016/17:43, s. 86.

den kommunala omsorgen i denna sammanställning. Totalt uppgick utgifterna för hälso- och sjukvården år 2019, som tidigare nämnts, till cirka 549 miljarder kronor. Regionerna står för mer än hälften av finansieringen av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna. Kommunerna svarar för ungefär 25 procent av finansieringen. ”Hushållens utgifter ur egen ficka” står för ungefär 14 procent av finansieringen. Det avser direkt betalning för hälso- och sjukvårdsprodukter och tjänster från hushållets primära inkomst eller sparande. Betalningen görs av patienten. Det kan t.ex. röra sig om utgifter för tandvård, läkemedel och egenavgifter. Betalning av hälso- och sjukvård genom försäkringar ingår dock inte här, då det har en egen kategori i hälsoräkenskaperna. Inte heller utgifterna som enskilda har för försäkringar omfattas, då det inte är betalning av vård, utan betalning av försäkringar. Privata sjukvårdsförsäkringar står för cirka 0,7 procent av finansieringen. Denna summa bygger på en uppskattning av inbetalda premier, och inte på vad försäkringsbolagen faktiskt betalar för utförd vård.[20]

Figur 6.1 Hälso- och sjukvårdens kostnader fördelade på finansiär (2019)

Belopp i miljarder kronor



*Innefattar egenavgifter till det offentliga, medfinansiering inom ramen för försäkring samt övriga s.k. out-of-pocket-kostnader, dvs. när hälso- och sjukvård betalas direkt ur hushållets inkomster eller sparande.
Not: På grund av avrundning uppgår summeringen inte till exakt 100 %.
Källa: SCB, Hälsoräkenskaper (2019).

[20] Se mer i kapitel 5.9.

6.4 Olika kategorier av drift av vård

Regionerna har som nämnts ovan en relativt stor frihet att organisera den hälso- och sjukvård som de ansvarar för. De kan välja att bedriva all vård i egen regi[21], eller lämna över utförandet av hela eller delar av vården via avtal till annan aktör. Därutöver bedrivs viss vård helt privat, utan uppdrag från regionen, där regionen således inte är huvudman. I det följande beskrivs dessa olika sätt att bedriva och finansiera hälso- och sjukvården och som utgår från hälso- och sjukvårdslagens (2017:30), HSL, bestämmelser om huvudman och vårdgivare. Hur vården bedrivs är inte statiskt utan kan förändras över tid beroende bl.a. på vilket behov regionen har av att lämna över utförandet till andra aktörer. I det följande kommer olika kategorier av drift av vård att beskrivas. En och samma vårdkedja kan inbegripa både offentliga och privata vårdgivare.

I *figur 6.2* beskrivs olika sätt att få vård uppdelat på betalning, utförare och avtal. De fyra första, huvudsakliga, vägarna ska endast ses som exempel, varför bilden fortsätter med gröna pilar, där den ena ger ett exempel på en ytterligare väg till vård, nämligen genom företagshälsovården, och den andra endast innehåller tre prickar (för att illustrera att den listan kan göras längre). En patient kan nämligen få vård på ett antal sätt utöver dessa, t.ex. genom olika internationella avtal och samarbeten.[22]

[21] Observera dock att primärvården måste organiseras inom ramen för ett vårdval, enligt 7 kap. 3 § HSL.

[22] EU- och EES-medborgare omfattas av fri patientrörlighet enligt Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (patientrörlighetsdirektivet). Det finns också avtal mellan de nordiska länderna som medför att patienter från dessa länder har rätt till sjukvård på samma villkor som patienter från Sverige. Det finns också liknande avtal (konventioner) med flera andra utomeuropeiska länder. Vidare bedriver vissa sjukhus tjänsteexport.

Figur 6.2 Olika sätt att få vård – skillnader i fråga om betalning, utförare och avtal



1) Lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, samt lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF.
2) Försäkringspremierna betalas in till försäkringsbolagen som sen bekostar vården med hjälp av premieinbetalningarna.
3) Avtalet kan också vara formlöst – dvs. att avtalet ingås i samband med vårdbesök eller bokning och betalning.

6.4.1 Regionen bedriver vård i egen regi

Regionen kan välja att bedriva hälso- och sjukvård helt i egen regi, vilket också är det vanligaste totalt sett. Regionen är i dessa situationer både huvudman och vårdgivare. Slutenvården, dvs. hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning, bedrivs oftast i regionernas egen regi. Det finns dock undantag, t.ex. Capio S:t Görans sjukhus och Ersta sjukhus i Stockholm, Elisabethsjukhuset i Uppsala och Lundby sjukhus i Göteborg.[23]

Den vård som bedrivs i regionens egen regi är oftast organiserad som delar av regionen och är en del av den juridiska personen regio-

[23] Uppgifter från Vårdföretagarna 2021-02-16.

nen. Ibland väljer regionerna att i stället organisera sin verksamhet i av regionen helägda aktiebolag.

Regionerna har viss frihet att bestämma hur vården ska finansieras. Finansieringen kan därför skilja sig mellan de olika regionerna även om grunderna för finansieringen är densamma i alla regioner. Den hälso- och sjukvård som bedrivs i regionens regi finansieras främst genom regionskatten. Finansiering sker även via generella och specialdestinerade statsbidrag till regionen samt medel via det kommunala utjämningssystemet. Dessutom tillkommer avgifter från patienterna. Patientavgifterna utgör dock en begränsad del. I Region Stockholm exempelvis, uppgick patientavgifterna år 2019 till cirka 1,39 miljarder kronor att jämföra med anslag från Hälso- och Sjukvårdsnämnden på cirka 63,3 miljarder kronor och andra intäkter på cirka 9,7 miljarder kronor.[24]

Det finns även viss vård som regionen utför i egen regi som patienterna betalar för, helt eller delvis, själva. Det kan vara fråga om sådan vård som regionen inte anser vara medicinskt motiverad, som t.ex. kosmetiska ingrepp, synfelsbehandling i samband med starroperation, vissa typer av hälsoundersökningar, vaccinationer och intyg.[25] Denna form av privatfinansiering brukar benämnas medfinansiering, egenfinansiering eller köp av tilläggstjänster och förekommer i begränsad omfattning.[26]

Flera regioner bedriver sjukvårdsexport och erbjuder medicinska tjänster till internationella patienter, t.ex. genom de regionalt ägda bolagen Stockholm Care AB, Uppsala Care AB och Skåne Care AB. Sådan tjänsteexport bedrivs med stöd av 5 kap. 1 § lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter.[27] Den vården betalas antingen av patienten, t.ex. kontant eller via försäkringar, eller genom utländska offentliga medel. Det är i huvudsak regionerna Stockholm, Uppsala, Skåne, Västra Götaland och Jämtland Härjedalen som säljer vård till utlandet.[28]

Såvitt utredningen känner till sker det inte någon finansiering via privat sjukvårdsförsäkring av den vård som regionen bedriver i egen

[24] Region Stockholms årsredovisning 2019, s. 34.
[25] Prop. 2016/17:166, s. 16.
[26] Smer 2014:1, s. 59. Se även kapitel 8.2.3 för en mer utförlig redogörelse för rapporten från Smer.
[27] Prop. 2016/17:166, s. 17.
[28] SCB:s statistikdatabas (Offentlig ekonomi, Räkenskapssammandrag för kommuner och landsting, Verksamhetsindelad statistik för regioner, Regionernas köp och försäljning av verksamhet efter verksamhetsområde).

regi, bortsett från eventuell tjänsteexport. Region Stockholm beslutade 2008 att tillåta landstingsägda bolag som bedriver hälso- och sjukvård att under vissa förutsättningar ta emot patienter som omfattas av annat än offentlig finansiering. Av beslutet framgick att sådan verksamhet inte fick inskränka på uppdraget som vårdgivaren hade från regionen eller försvåra uppfyllandet av vårdgarantin. Vidare framgick att verksamheten bara fick utgöra en mindre del i förhållande till huvuduppdraget från regionen i enlighet med kommunallagen (2017:725). Det saknas dock uppgifter om att denna möjlighet har utnyttjats av de regionägda bolagen.[29]

6.4.2 Regioner bedriver vård med en annan region som huvudman

En region kan välja att anlita en annan region, för att på uppdrag av den förstnämnda regionen, utföra vård. Det handlar i första hand om högspecialiserad vård som inte utförs överallt i landet och annan vård som regioner av olika skäl inte själva kan erbjuda patienten.

Patienter kan också i vissa fall på eget initiativ vända sig till en annan region än sin hemregion. Då svarar den första regionen för vården, men den bekostas alltjämt av hemregionen, trots att hemregionen då inte gjort något aktivt val om att patienten ska nyttja vård i den förstnämnda regionen. Det gäller i första hand akut vård som utförs utanför hemregionen, och öppen vård där en patient av olika anledningar väljer att vända sig till en annan region, t.ex. för att hemregionen inte kan uppfylla vårdgarantin (se 9 kap. 1 § patientlagen [2014:821] och 8 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen [2017:30]).

6.4.3 Privat vårdgivare bedriver vård utan regionen som huvudman

Hälso- och sjukvård kan även bedrivas av privata vårdgivare helt i privat regi, dvs. utan att det finns ett avtal med regionen om att utföra vården. I dessa fall är regionen inte huvudman enligt hälso- och sjukvårdslagens (2017:30) definition. Några egentliga begränsningar för vilken vård en privat utförare kan erbjuda, med undantag för vård som inbegriper myndighetsutövning (vilket kräver stöd i

[29] Se t.ex. SKR (2012).

lag), finns inte.[30] Finansieringen av denna vård kan ske t.ex. med kontanta medel eller via en privat sjukvårdsförsäkring. Finansieringen som sker med kontanta medel kan utöver att vara en ren kontant betalning för en vårdkontakt också vara betalning som sker genom en medlemsavgift/abonnemangskostnad som ger fri tillgång till den vård som vårdgivaren bedriver, eller genom avbetalning som sker via ett finansbolag.[31]

Det saknas uppgifter om hur stor del av den totala hälso- och sjukvården som finansieras privat, bortsett från uppgiften om finansiering via sjukvårdsförsäkringar. Uppgiften om finansiering via privata sjukvårdsförsäkringar är en uppskattning utifrån inbetala premier.[32] Det saknas också officiella uppgifter om antalet privata vårdgivare som bedriver vård utan uppdrag av regionen.

6.4.4 Privat vårdgivare bedriver vård med regionen som huvudman

Regionen uppdrar åt privat vårdgivare att bedriva vården

Regionen kan välja att anlita någon annan utförare för att på uppdrag av regionen, via avtal, bedriva hälso- och sjukvård. Regionen är då huvudman medan den som bedriver vården är vårdgivare. I vilken utsträckning regionen kan utöva inflytande på den beställda vården i egenskap av huvudman, beror på situationen och omfattningen av avtalet. En upphandling av driften av t.ex. ett sjukhus innehåller många fler parametrar jämfört med en upphandling av enstaka vårdkontakter.

Uppdragen från regionen kan överlämnas med stöd av lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, eller så kan det vara fråga om verksamhet som privatpraktiserande läkare eller fysioterapeuter utför enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF). De två senare lagarna är något speciella i sin konstruktion, och ett flertal avtal har tecknats under tidigare system där Försäkringskassan var avtals-

[30] Se 12 kap. 4 § regeringsformen, 10 kap. 1 § kommunallagen (2017:725) och 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[31] Se t.ex. Barnsjukhuset Martinas medlemskap, Sturebadets hälsoabonnemang samt Capios samarbete med Wasa Kredit för möjlighet till delbetalning.
[32] Se mer i kapitel 5.9 och 6.3.

tecknare, varför det inte alltid är regionen som tecknat avtal enligt dessa bestämmelser. I SOU 2020:19 *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* föreslogs att LOL och LOF ska upphävas vid utgången av 2022, men att lagen ska gälla för anslutna personer som längst till utgången av 2028. Förslaget är föremål för beredning i Regeringskansliet.

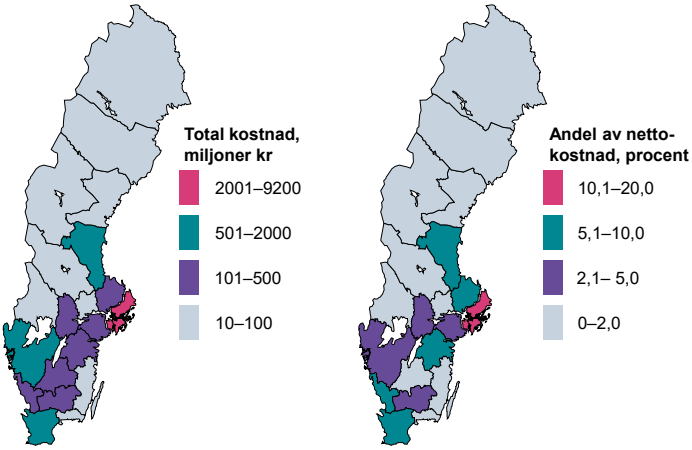
Det är regionerna som betalar för den vård som de köper av privata vårdgivare. Vid en upphandling (LOU) och inom valfrihetssystem (LOV) följer vårdgivarens ersättning av avtalen. Ersättningsmodellerna kan variera i sin utformning. Inom ett vårdvalssystem följer vidare ersättningen patientens val av utförare. Läkarvårdsersättning enligt LOL och ersättning för fysioterapi enligt LOF utges enligt nationella taxor.

Omfattningen av vård som utförs av privata vårdgivare på uppdrag av regionerna

Omfattningen av den vård som bedrivs av privata vårdgivare utifrån avtal med regionen varierar mellan regionerna. I *figur 6.3* redovisas regionernas köp av specialistvård från privata vårdgivare i två kartor. Den ena kartan visar den totala kostnaden i miljoner kronor, och den andra visar köp som andel av regionernas nettokostnader för hälso- och sjukvård. Uppgifterna avser specialistvården eftersom det framför allt är sådan vård som finansieras via privata sjukvårdsförsäkringar.

Figur 6.3 Köpt specialistvård från privata vårdgivare[1] per region i kronor och i andel relativt nettokostnaden[2] (2019)

Tal angett i miljoner kronor och procent



1) Avser specialiserad somatisk vård och specialiserad psykiatrisk vård från privata vårdgivare och ideella föreningar och stiftelser.
2) Avser nettokostnader inklusive läkemedelskostnader för specialiserad somatisk vård och specialiserad psykiatrisk vård.
Not: Gotland har exkluderats.
Källa: SCB/Statistikdatabasen (2019).

Av tabell 6.1 och 6.2 framgår att regionerna köper vård från ett antal olika typer av vårdgivare. I *tabell 6.1* anges regionernas köp av vård fördelat per motpart i miljoner kronor och i *tabell 6.2* anges regionernas köp av vård per motpart i procent av den totala vårdproduktionen. Köp från privata vårdgivare dominerar, men mycket vård köps även från andra regioner, bl.a. avseende högspecialiserad vård. Regionerna köper även vård från kommuner och kommunförbund och i mer begränsad utsträckning från utlandet.

Region Stockholm, Region Skåne och Västra Götalandsregionen köper mer vård från privata vårdgivare jämfört med övriga regioner. I Stockholm utgör köp av vård från privata vårdgivare cirka en fjärdedel av de totala utgifterna för hälso- och sjukvården. I Skånes och Västra Götalands fall något mindre. Även mindre regioner köper vård från privata vårdgivare, och då i första hand från husläkarmottagningar som drivs i privat regi. Exempelvis genomfördes 18 procent av alla behandlingar i primärvården i Region Jämtland Härjedalen av

privata utförare.[33] Region Norrbotten köper mycket vård från andra regioner, och Västra Götalandsregionen, Region Östergötland och Region Värmland köper vård från utlandet, om än små volymer.

Tabell 6.1 Regioners köp av vård[1] per motpart (2019)

I miljoner kronor

Region	Regioner	Region-ägda bolag[2]	Kommuner och kommunal-förbund	Privata företag och vård-givare	Staten	Ideella föreningar och stiftelser	Utlandet
Stockholm	1 366	10 451	152	16 569	116	1 040	2
Uppsala	536		28	1 103	52		2
Sörmland	875	211	13	1 070	12		
Östergötland	424		29	944	16	1	19
Jönköpings län	837		7	683	16	79	3
Kronoberg	537		13	431	7	1	1
Kalmar län	580		5	261	8		
Blekinge	421			221	5		
Skåne	619	592	8	4 959	107	1	2
Halland	945		102	1 118	31	1	1
Västra Götaland	605	3	65	4 345	78	171	2
Värmland	592		1	348	4	11	14
Örebro län	298		3	421	9		
Västmanland	664	111	16	733	5	2	
Dalarna	693		7	438		2	
Gävleborg	651	183	13	987	4	2	3
Västernorrland	698			402			2
Jämtland Härjedalen	358		11	117	1		2
Västerbotten	231		4	258	5		
Norrbotten	1 904	6	31	315	19	25	5

1) Inklusive tandvård.
2) I egen KCR.
Källa: SCB:s nationalräkenskaper.

[33] Region Jämtland Härjedalen, *Årsredovisning 2018*.

Tabell 6.2 Regioners köp av vård[1] per motpart (2019)

Andel i procent

Region	Regioner	Region-ägda bolag[2]	Kommuner och kommunal-förbund	Privata företag och vård-givare	Staten	Ideella föreningar och stiftelser	Utlandet
Stockholm	1,4 %	10,5 %	0,2 %	16,7 %	0,1 %	1,0 %	0,0 %
Uppsala	3,3 %		0,2 %	6,7 %	0,3 %		0,0 %
Sörmland	6,5 %	1,6 %	0,1 %	8 %	0,1 %		
Östergötland	2,5 %		0,2 %	5,5 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %
Jönköpings län	7,2 %		0,1 %	5,9 %	0,1 %	0,7 %	0,0 %
Kronoberg	7,7 %		0,1 %	6,2 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %
Kalmar län	6,6 %		0,0 %	3,0 %	0,1 %		
Blekinge	6,6 %			3,5 %	0,1 %		
Skåne	1,5 %	1,4 %	0,0 %	11,7 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %
Halland	8,2 %		0,9 %	9,7 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %
Västra Götaland	0,9 %	0,0 %	0,1 %	6,5 %	0,1 %	0,3 %	0,0 %
Värmland	6,5 %		0,0 %	3,8 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %
Örebro län	2,4 %		0,0 %	3,4 %	0,1 %		
Västmanland	6,7 %	1,1 %	0,1 %	7,4 %	0,1 %	0,0 %	
Dalarna	6,1 %		0,0 %	3,9 %		0,0 %	
Gävleborg	6,8 %	1,9 %	0,1 %	10,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Västernorrland	7,1 %			4,1 %			0,0 %
Jämtland Härjedalen	6,9 %		0,2 %	2,2 %	0,0 %		0,0 %
Västerbotten	2,1 %		0,0 %	2,4 %	0,0 %		
Norrbotten	17 %	0,1 %	0,3 %	2,8 %	0,2 %	0,2 %	0,0 %

1) Inklusive tandvård.
2) I egen KCR.
Källa: SCB:s nationalräkenskaper.

6.4.5 Vårdgivare med flera uppdragsgivare

En privat vårdgivare kan välja att enbart bedriva vård på uppdrag av en region, att enbart bedriva vård utan regionuppdrag, eller att bedriva vård på uppdrag av regioner och flera andra uppdragsgivare. En vårdgivare kan därmed bedriva vård både på uppdrag av en eller flera regioner via avtal och på uppdrag av t.ex. försäkringsbolag eller patienter. Den privata vårdgivaren kan välja att organisera vården i

en eller flera verksamheter. Det är endast den vård som bedrivs på uppdrag av en region som är offentligfinansierad, och således är det endast den vården som regionen är huvudman för, oavsett hur den privata vårdgivaren har utformat sin verksamhet.

Att lagstiftaren förutsatt att en privat vårdgivare kan ha flera uppdragsgivare, dvs. bedriva både offentligfinansierad vård och privatfinansierad vård, beskrivs i flera förarbeten till förändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. I förarbetena till den nya HSL resoneras t.ex. kring att kostnadseffektivitetsprincipen bara gäller för den delen av verksamheten som är offentligfinansierad.[34] I samband med upphävandet av de bestämmelser i gamla hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som gällde under åren 2006–2007 och som på olika sätt begränsade möjligheterna för regionerna att överlämna driften av vård till privata vårdgivare, gjorde regeringen några uttalanden. Regeringen uttalade då att det kan finnas ett intresse hos den privata vårdgivaren att utnyttja en eventuell överkapacitet, eftersom lokaler och utrustning därmed kan användas mer kostnadseffektivt. Vidare anfördes att den privata vårdgivaren blir mindre sårbar med fler än en uppdragsgivare.[35]

6.4.6 Avtalsförfarandet vid regionens upphandling

Upphandling enligt LOU

Lagen om offentlig upphandling (2016:1145), LOU, gäller för upphandling, dvs. de åtgärder som vidtas i syfte att anskaffa varor, tjänster eller byggentreprenader genom tilldelning av kontrakt, som genomförs av en upphandlande myndighet (se 1 kap. 2 § LOU). LOU används i första hand för upphandling av specialistvård. Upphandlingen sker i konkurrens och avtalen är specifika för varje vårdgivare. Avtalen kan avse specificerad vård eller vårdrelaterade tjänster så som t.ex. laboratorietjänster och radiologi.

Majoriteten av köp av specialistvård sker genom LOU.[36] I Västra Götalandsregionen, exempelvis, löpte 58 olika avtal inom olika specialiteter i december 2020. Region Stockholm har löpande avtal för specialisttjänster grupperade i 20 områden med ett varierande

[34] Prop. 2016/17:43, s. 96. Se även uttalanden i SOU 2016:62, s. 242.
[35] Prop. 2006/07:52, s. 12.
[36] Detta stämmer dock inte i Stockholm, där vårdval i stället är den vanligaste formen.

antal avtal inom varje grupp. Några exempel på grupper är ”Specialiserad kirurgi i öppenvård,” (4 avtal), ”Psykiatrisk specialistvård för vuxna” (15 avtal) och ”Specialiserad ätstörningsvård” (3 avtal).

Den vård som finansieras via privata sjukvårdsförsäkringar avser huvudsakligen specialistvård i öppenvården.

Valfrihetssystem enligt LOV

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, gäller när en upphandlande myndighet har beslutat att tillämpa valfrihetssystem inom ett område, dvs. när en enskild har rätt att välja leverantör inom systemet (se 1 kap. 1 § LOV). LOV används huvudsakligen för köp av primärvård, där det är obligatoriskt att tillämpa LOV, men även för köp av specialistvård. Inom respektive vårdvalsområde är avtalen likalydande och vårdgivare ansöker om att få erbjuda vård enligt dessa avtal. Genom avtalen åtar sig vårdgivaren att utföra det uppdrag som anges i uppdragsbeskrivningen för det specifika uppdraget. I avtalen specificeras även ersättningsmodell och ersättningsnivåer.

Omfattningen av vårdvalssystem skiljer sig åt mellan regionerna. I Region Skåne erbjöds i december 2020 vårdval inom elva områden inklusive primärvård. I Region Stockholm erbjöds vid samma tid vårdval inom 49 områden inklusive olika typer av primärvård, primärvården närliggande områden, annan specialiserad vård, och tandvård.

Gemensamt om avtalsförfarandet för LOU och LOV

När regionerna köper vård av privata vårdgivare sker det genom ett avtalsförfarande. Hur avtalen kommer till varierar beroende på vilken lagstiftning som gäller. Inom ramen för LOU och LOV kan avtalsförfarandet beskrivas med hjälp av *figur 6.4 och 6.5*, där begreppet upphandlingsförfarande används även för avtal enligt LOV. Figurerna illustrerar båda ett upphandlingsförfarande med de olika delarna kravställning, avtalstecknande och uppföljning. Beroende på vilken typ av avtal det är och hur långt avtalet sträcker sig kan processen i vissa fall ha ett mer linjärt upplägg, medan det i andra situationer är mer relevant att tala om en cirkulär process, där de olika stegen upprepas i olika avtalsförfaranden som har koppling till var-

andra. Oaktat detta visar de två figurerna att uppföljningen är en central del i avtalsförfarandet.

Figur 6.4 Upphandlingsförfarandet som en cirkulär process



Figur 6.5 Upphandlingsförfarandet som en linjär process



Avtal enligt LOL och LOF

Regionerna kan ha s.k. samverkansavtal med specialistläkare och fysioterapeuter inom ramen för lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF). Läkaren respektive fysioterapeuten har en etablering som är personligt knuten till den egna personen, men själva verksamheten bedrivs normalt i bolagsform. Samverkansavtalen är i regel inte tidsbegränsade. Avtalen kan överlåtas enligt ett särskilt förfarande som är reglerat i LOL och LOF.

Det går att vara verksam enligt LOL inom de flesta kliniska specialiteter. De generella villkoren för vårdgivarens verksamhet regleras i LOL medan ersättningsnivåerna förhandlas mellan Sveriges Läkarförbund och SKR med regelbundna intervall. Ersätt-

ningarna beslutas av regeringen och fastställs i förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning. Ersättningen är grupperade i enkla, normala och särskilda arvoden, specifika för varje specialitet och kopplade till patientbesök. När den sammanlagda ersättningen under ett kalenderår når upp till en viss nivå, som varierar för varje specialitet, reduceras ersättningen i två steg. Reduktionen över tak 1 är 50 procent och över tak 2 är reduceringen 100 procent.

För närvarande är cirka 670 läkare anslutna till nationella taxan.[37] De flesta arbetar som småföretagare.

Motsvarande ordning som för LOL gäller för LOF. De generella villkoren regleras i LOF medan ersättningsnivåerna förhandlas mellan Fysioterapeuterna (Professions- och fackförbundet för fysioterapeuter och sjukgymnaster) och SKR, och regleras i förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi. Knappt 1 400 fysioterapeuter är för närvarande anslutna till den nationella taxan.[38] Mycket fysioterapi erbjuds också genom vårdvalssystem.

6.5 Regionernas ansvar för avtalen och uppföljning av avtalen

6.5.1 Lagbestämmelser om avtal och uppföljning

Skyldigheten att ange särskilda avtalsvillkor

Av 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), följer att det av avtalet mellan regionen och den som ska utföra vården ska framgå de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. Skrivningen om särskilda villkor infördes 2005 och anledningen var att det bedömdes nödvändigt att betona att regionen genom särskilda villkor måste skapa garantier för att entreprenören (dvs. vårdgivaren) beaktar de allmänna regler som gäller för offentlig förvaltning.[39] Det finns inte någon närmare ledning i förarbetena om vilken typ av villkor som ska ingå i avtalen.[40] Avsikten var att Socialstyrelsen skulle ta fram allmänna råd rörande avtalen men några sådana har inte tagits fram.

Regionen har således ett ansvar att genom krav och avtalsvillkor säkerställa att regionens ansvar uppfylls även då vården överlämnas

[37] SKR (2021).
[38] SKR (2021).
[39] Prop. 2004/05:89, s. 21.
[40] För en närmare beskrivning av olika förarbetsuttalanden, se kapitel 3.3.4.

till privata vårdgivare. Det är med andra ord inte möjligt att friskriva sig från ansvar genom att hänvisa till ofullständigt eller bristfälligt utformade avtal. För att fullgöra det ansvar som följer av huvudmannaskapet måste regionerna vidare, enligt 10 kap. 8 § kommunallagen (2017:725), KL, kontrollera och följa upp att verksamhet som utförs av privata vårdgivare följer de bestämmelser som finns på området samt de andra krav som uppställts i avtal med den privata vårdgivaren. Av 10 kap. 9 § KL framgår också att regionen genom avtalet ska tillförsäkra sig information som gör det möjligt att ge allmänheten insyn i den verksamhet som lämnas över. Vidare framgår av 5 kap. 3 § KL att fullmäktige för varje mandatperiod ska anta ett program med mål och riktlinjer för sådana kommunala angelägenheter som utförs av privata utförare, dvs. bl.a. privata vårdgivare, och att det i programmet ska anges hur fullmäktiges mål och riktlinjer ska följas upp och hur allmänhetens insyn ska tillgodoses.

Regionens skyldighet att följa upp avtalen

Upphandlande myndighet har som huvudregel stor frihet att formulera kraven på det som ska upphandlas. Det finns dock vissa begränsningar, som i första hand följer av de grundläggande upphandlingsrättsliga principerna.

Avtalsuppföljningen syftar till att säkerställa att leverantören levererar det som är efterfrågat och uppfyller de krav som är ställda i upphandlingsdokumenten. En förutsättning för uppföljning är att kraven är tydligt reglerade i avtalen. Är kraven inte tydliga är det svårt för regionen att ta sitt ansvar för uppföljningen. Det är även viktigt att det finns en plan för och avsatta resurser till uppföljningsarbetet.

Regionens avtal med de privata vårdgivarna måste följa de principer som gäller för valfrihetssystem respektive upphandling, t.ex. proportionalitetsprincipen som innebär att krav, kriterier och villkor ska stå i rimlig proportion till det som upphandlas och ha ett naturligt samband med det (1 kap. 2 § lagen [2008:962] om valfrihetssystem, och 4 kap. 1 § lagen [2016:1145] om offentlig upphandling, LOU). De krav som ställs i samband med upphandlingen ska därför ha en koppling till upphandlingsföremålet, dvs. den vara eller tjänst som ska upphandlas. Kraven ska vidare vara både lämpliga

och nödvändiga för att uppnå syftet med upphandlingen. Det är även viktigt att formulera kraven och definiera behoven i kravställningen på ett så tydligt sätt att leverantören förstår vad den förväntas leverera under hela kontraktsperioden. Kraven ska också vara möjliga att följa upp.[41]

I förarbetena till den tidigare insynsbestämmelsen i kommunallagen anges följande.

> När en kommun eller ett landsting ska överlämna vården av en kommunal angelägenhet till en privat entreprenör är normalt LOU tillämplig på förfarandet. Vid en upphandling bör upphandlingsdokumenten innehålla uppgifter om hur möjligheten till insyn ska regleras. När kraven på insyn ska formuleras är det viktigt att den upphandlande enheten inte ställer mer långtgående krav på leverantören än sådana som behövs och är ändamålsenliga för upphandlingen.[42]

> Avtalet mellan kommunen eller landstinget och den privata entreprenören bör innehålla närmare villkor om vilken information som ska lämnas in till huvudmannen. Vilken information som bör lämnas och hur ofta detta ska ske kan inte bestämmas generellt utan detta beror bl.a. på verksamhetens art. Det är inte ovanligt att en entreprenör bedriver annan verksamhet vid sidan av den överlämnade kommunala verksamheten. Förslaget om allmänhetens rätt till insyn omfattar dock endast den kommunala angelägenheten. De uppgifter som ska lämnas av entreprenören förutsätts inte vara av den arten att omfattande undersökningar och analyser krävs för att sammanställa och presentera dem. Uppgifterna ska finnas tillgängliga i verksamheten och sammanställningen av dessa ska normalt endast kräva en begränsad arbetsinsats.[43]

Det finns särskilda regler om regionernas verksamhetsuppföljning m.m. för de verksamheter som omfattas av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi i dessa lagar.

6.5.2 Vägledning till regionerna från olika aktörer

I förarbetena till förslaget om att införa en bestämmelse om att det i avtalet ska anges särskilda villkor, uttalar regeringen att den förutsätter att Socialstyrelsen, till ledning för sjukvårdshuvudmännen, behandlar entreprenadavtalens innehåll i allmänna råd.[44] Några

[41] För mer om de olika upphandlingsrättsliga principerna, se kapitel 3.7.2.
[42] Prop. 2001/02:80, s. 105.
[43] Prop. 2001/02:80, s. 138.
[44] Prop. 2004/05:89, s. 21.

sådana allmänna råd har, såvitt utredningen har erfarit, inte tagits fram. Inte heller IVO har någon vägledning. Det finns dock även andra aktörer som har till uppgift att ge vägledning i fråga om upphandling av hälso- och sjukvård.

Vägledning från Sveriges kommuner och regioner

Sveriges kommuner och regioner, SKR, är en medlems- och arbetsgivarorganisation som alla Sveriges kommuner och regioner är medlemmar i. SKR ger stöd åt regionerna i frågor om anskaffning av hälso- och sjukvård från externa leverantörer, ur olika perspektiv, tex. utifrån lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, respektive lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, och stöd för uppföljning av verksamhet som överlämnats till privata vårdgivare. SKR erbjuder även regionerna nätverk och utbildningar inom dessa områden. Ett stort antal skrifter har tagits fram på dessa teman. Det finns dock inte några stöddokument till regionerna som särskilt tar upp frågan om den privata vårdgivaren har flera uppdragsgivare och t.ex. tar emot både offentligfinansierade patienter och patienter som betalar vården med privata sjukvårdsförsäkringar.

Vägledning från Upphandlingsmyndigheten

Upphandlingsmyndigheten har det samlade ansvaret för att utveckla, förvalta och stödja den upphandling som genomförs av upphandlande myndigheter och enheter. Myndigheten ska verka fören rättssäker, effektiv och socialt och miljömässigt hållbar upphandling till nytta för medborgarna och näringslivets utveckling. Myndigheten ska främja innovativa lösningar inom upphandling. Myndigheten ska också ge upphandlingsstöd till upphandlande myndigheter, enheter och leverantörer. Stödet ska inriktas på att bl.a. bidra till att upphandlingar hanteras strategiskt, genom metodutveckling eller på annat sätt och bidra till att upphandlingar planeras, genomförs, följs upp och utvärderas på ett ändamålsenligt sätt.

Myndigheten driver Valfrihetswebben, som är den nationella annonsplats där samtliga tjänster inom LOV ska annonseras. Inom ramen för sitt uppdrag som stödmyndighet har myndigheten bl.a. tagit fram vägledningar, t.ex. om avtalsuppföljning i allmänhet.

Upphandlingsmyndigheten har en Vägledning (nr 2 2017) *Avtalsuppföljning av vård och omsorg*. Det är en praktisk vägledning som ger stöd genom hela avtalsuppföljningsprocessen för vård och omsorg. Upphandlingsmyndigheten har även en Frågeservice dit bl.a. regioner kan vända sig för att ställa frågor. Vidare tillhandahåller Upphandlingsmyndigheten stöd om vilka krav som får ställas i upphandlingar. Det finns dock inte något stöd som särskilt tar upp frågan om den privata vårdgivaren har flera uppdragsgivare och t.ex. tar emot både offentligt och privatfinansierade patienter.

Upphandlingsmyndigheten har visst stöd om hur beställarnätverk[45] fungerar och hur de kan bildas och har även haft regeringsuppdrag om beställarnätverk.[46] Myndigheten följer upp den Nationella upphandlingsstrategin (NUS). I det ingår att följa upp i vilken grad uppföljning av avtal görs. Detta har gjorts genom enkätundersökningar. Sedan den 1 januari 2021 är myndigheten även statistikmyndighet på området för offentlig upphandling.

Upphandlingsmyndighetens uppdrag beskrivs i förordningen (2015:527) med instruktion för Upphandlingsmyndigheten.

Vägledning från Konkurrensverket

Konkurrensverket är förvaltningsmyndighet för konkurrensfrågor och tillsynsmyndighet för offentlig upphandling. Myndighetens uppgift är att arbeta för en effektiv konkurrens i privat och offentlig verksamhet till nytta för konsumenterna och en effektiv offentlig upphandling till nytta för det allmänna och marknadens aktörer. På konkurrensområdet arbetar Konkurrensverket med lagtillämpning och förebyggande åtgärder för konsumenternas bästa. Myndigheten lägger särskild vikt vid kartellbekämpning, att ingripa mot privata och offentliga aktörer som missbrukar en dominerande ställning på marknaden samt mot konkurrensbegränsande offentlig säljverksamhet.

På upphandlingsområdet är tillsynsverksamheten prioriterad med fokus på otillåtna direktupphandlingar. Särskild vikt läggs vid

[45] I beställarnätverk kan beställare på nationell, regional och lokal nivå arbeta tillsammans med behovsanalys, marknadsdialog och aktiviteter, för att samla köpkraft, kompetens och resurser från olika parter, och på så vis möjliggöra förnyelse, utveckling och innovation inom ett specifikt område.
[46] Upphandlingsmyndigheten 2019:3.

åtgärder för att underlätta för små och medelstora företag att delta i offentliga upphandlingar. Konkurrensverket har också i uppgift att verka för en enhetlig tillämpning av de nationella upphandlingsreglerna. Konkurrensverket har tillsyn över upphandlingslagstiftningen och valfrihetssystemen.

Myndigheten har till uppgift att arbeta för en effektiv konkurrens i privat och offentlig verksamhet och för en effektiv offentlig upphandling. I dess arbete ingår att informera om upphandlingsregelverken för att förebygga lagöverträdelser. Konkurrensverket har skrifter med introduktion till regelverket.

Även Konkurrensverket saknar dock stöddokument eller vägledningar som särskilt tar sikte på situationer där en privat vårdgivare har flera uppdragsgivare och tar emot både offentligfinansierade och privatfinansierade patienter.

Konkurrensverkets uppdrag beskrivs i förordningen (2007:1117) med instruktion för Konkurrensverket.

Samarbete mellan regionerna

Regionerna har vissa samarbeten i olika konstellationer gällande upphandlingsfrågor. T.ex. finns via Ledningsnätverket för regionernas upphandling (LfU) ett antal kategoriråd, t.ex. ett för upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster, där flera regioner ingår. Det finns också vissa samarbeten inom de s.k. sjukvårdsregionerna för viss upphandling (som dock ofta rör annat än hälso- och sjukvård, t.ex. tredjepartslogistik och kost till inneliggande patienter).

6.5.3 Skillnader mellan avtalen

Det finns skillnader mellan avtalen beroende på med stöd av vilket regelverk som upphandlingen sker. När det gäller lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, fastställs volymen ofta i upphandlingsdokumentet (tidigare benämnt förfrågningsunderlag), och regionen upphandlar därmed ett visst antal vårdkontakter, eller vård för en viss summa. Vid upphandlingar enligt LOU förekommer det också att regionen anger en uppskattad volym.[47] När det gäller lagen

[47] Notera dock att EU-domstolen den 17 juni 2021 i mål C-23/20 *Simonsen & Weel* har uttalat att en takvolym alltid ska anges i ramavtal, utöver uppskattad volym.

(2008:962) om valfrihetssystem, LOV, avtalas inte om någon särskild volym utan tanken är att volymen ska följa av patienternas val. I lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF, anges inte heller någon volym i avtalen. Ersättningen till läkaren respektive fysioterapeuten förutsätter dock som huvudregel heltidstjänstgöring, och reduceras i två steg efter en viss volym, där reduceringen i steg två är 100 procent.

Det kan även finnas skillnader mellan avtal som upphandlas enligt samma regelverk. En form av avtal som upphandlas med stöd av LOU är s.k. vårdgarantiavtal. Sådana avtal benämns även kökapningsavtal. Avtalen innebär att patienten slussas vidare till en privat vårdgivare när regionen inte själv kan erbjuda vård i enlighet med vårdgarantin. I 9 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, framgår att regionen ska se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten om regionen inte uppfyller vårdgarantin. Vårdgarantiavtalen medför att patienten ofta kommer till den privata vårdgivaren efter att ha väntat på vård i regionens regi. Det kan dock även förekomma att regionen redan innan patienten har påbörjat väntan på vård bedömer att den inte kan ge vård inom vårdgarantin och därför slussar patienten vidare direkt till den privata vårdgivaren.

Det finns också andra typer av avtal som upphandlas med stöd av LOU, och dessa kan variera i omfattning, och röra allt ifrån en vårdgivares hela verksamhet till ett fåtal vårdkontakter. Skillnaden mot vårdgarantiavtalen är att dessa vårdgivare är en del av regionens ordinarie utbud, på så vis att en patient och en remitterande läkare kan vända sig direkt till vårdgivaren.

Även i vårdvalssystem inrättade enligt LOV kan patienten vända sig direkt till den vårdgivare hen vill vända sig till, och remitterande läkare kan också vända sig direkt till en viss vårdgivare.

En och samma vårdgivare kan ha flera olika avtal med olika regioner och för olika vårdområden som löper parallellt, och kan således samtidigt ha ett vårdgarantiavtal, ett annat typ av LOU-avtal och vara del i ett vårdvalssystem.

I *tabell 6.3* illustreras vissa skillnader mellan LOU och LOV.

Tabell 6.3 Jämförelse mellan LOU och LOV

	Avtal enligt LOU	Avtal enligt LOV
Förekomst	Enligt beslut i varje region – i första hand specialistvård	Obligatoriskt i primärvården – Förekommer i vissa fall i specialistvård
Anbud	Lämnas under en särskild tid	Kan lämnas löpande
Avtalslängd	Tidsbegränsat	Sällan tidsbegränsat[1]
Avtalsvillkor	Små möjligheter att ändra i upphandlingsdokument eller avtal under avtalsperioden	Möjligt att ändra i förfrågningsunderlag och avtal
Utvärdering	Anbudsutvärdering – den eller de aktörer som vinner upphandlingen	Ingen anbudsutvärdering – alla aktörer som uppfyller kraven får ingå avtal
Patientflöde	Regionen styr patientflöde och ersättningsmodell	Patienten väljer vårdgivare – ersättning följer patienten

1) Notera dock att avtal enligt LOV måste konkurrensutsättas med jämna mellanrum, se vidare i prop. 2008/09:29 s. 76.

6.5.4 Utmaningar för regionerna vid avtalsskrivande och uppföljning av avtalen

Det kan finnas såväl praktiska som rättsliga svårigheter för regionerna att formulera avtalen med de privata vårdgivarna och sedan följa upp avtalen. Dessa svårigheter har beskrivits i flera propositioner och av statliga utredningar.[48] Utredningen beskriver översiktligt dessa utmaningar.

I patientsäkerhetslagen (2010:659) finns bestämmelser om tystnadsplikt för hälso- och sjukvårdspersonalen. I flera propositioner och statliga utredningar beskrivs svårigheter för regionerna att, till följd av bestämmelserna om tystnadsplikt, kunna inhämta uppgifter från privata vårdgivare i syfte att följa upp verksamheten.

Utredningen om rätt information i vård och omsorg (SOU 2014:23) gjorde bedömningen att det finns en tystnadspliktsgräns mellan privata utförare och den offentliga huvudmannen, och att det finns behov av bestämmelser som möjliggör att uppgifter om enskildas hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden i vissa fall kan lämnas till den offentliga huvudmannen.[49]

[48] Se t.ex. SOU 2014:23, prop. 2016/17:166, SOU 2017:38 och Vård- och omsorgsanalys 2020:3.
[49] SOU 2014:23, s. 317 ff.

I propositionen från år 2016 om förslaget om att reglera vad som ska gälla för privata sjukvårdsförsäkringar uttalade regeringen följande:

> Relativt många remissinstanser, både sådana som är positiva och de som är negativa till förslaget som helhet, påtalar svårigheter för regionerna att följa upp och kontrollera om privata vårdgivare följer människovärdes- och behovs- och solidaritetsprinciperna, bl.a. till följd av bestämmelser om tystnadsplikt i patientsäkerhetslagen. Enligt vad regeringen erfarit finns det allmänt en osäkerhet i fråga om kommuners och landstings möjligheter att inhämta uppgifter från privata vårdgivare i syfte att granska den privata utförarens verksamhet.[50]

Regeringen anförde vidare att formerna för uppföljningen skulle kunna utvecklas. Regeringen föreslog att det i ett uppdrag till Socialstyrelsen borde ingå ett utvecklingsarbete för att stödja regionerna i att bättre kunna följa att ovan nämnda principer uppfylls.[51] Lagrådet avstyrkte dock regeringens förslag (bl.a. mot bakgrund av de stora rättsliga och praktiska svårigheterna med uppföljningen)[52] och riksdagen avslog propositionen, vilket innebar att det inte blev några författningsändringar.[53]

Välfärdsutredningen uttalade år 2017 att det finns en tystnadspliktsgräns kring privata utförare, i fråga om uppgifter om enskildas hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, även i förhållande till den region som har huvudmannaansvaret för den hälso- och sjukvård som utförs.[54] För att regioner ska kunna fullgöra det ansvar de i egenskap av huvudmän har för hälso- och sjukvården kan det i vissa fall vara nödvändigt att ta del av identifierbara personuppgifter. Bestämmelserna om tystnadsplikt för privata utförare medför dock att detta i många fall inte är möjligt. Välfärdsutredningen föreslog därför att det införs en sekretessbrytande bestämmelse för att underlätta regioners möjlighet till uppföljning av välfärdsverksamhet som bedrivs av privata utförare på regionens uppdrag. Uppgiftsskyldigheten som föreslogs skulle gälla privata vårdgivare i förhållande till den region (huvudman) som enligt hälso- och sjukvårdslagen har ansvaret för att erbjuda den aktuella hälso- och sjukvården. En sådan privat vårdgivare skulle enligt förslaget lämna ut de personuppgifter

[50] Prop. 2016/17:166, s. 28.
[51] Prop. 2016/17:166, s. 28.
[52] Lagrådets yttrande över prop. 2016/17:166.
[53] Bet. 2016/17:SoU22, rskr. 2016/17:284.
[54] SOU 2017:37, s. 144.

som huvudmannen behöver för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten, för administration, planering, uppföljning och utvärdering av verksamheten, eller för att framställa statistik.[55] Utredningens förslag ledde inte till några ändringar avseende tystnadsplikten.

Vård- och omsorgsanalys slutsats i regeringsrapporten från år 2020 är att regionerna sammantaget tycker sig veta väldigt lite om den privatfinansierade vården, men också om de enskilda vårdgivare som de har avtal med. I många fall känner inte regionen till i vilken utsträckning vårdgivaren också har andra avtal, och de anser att de inte kan följa upp eller analysera på vilket sätt det i så fall påverkar patienterna med offentlig finansiering. Det bidrar till okunskapen om och svårigheterna att följa upp vården som ges genom privata sjukvårdsförsäkringar. Vård- och omsorgsanalys rekommenderar därför huvudmännen att se över möjligheterna till en mer ändamålsenlig insyn hos de privata vårdgivarna de ingår avtal med, i syfte att säkerställa en vård på lika villkor och efter behov. I det arbetet bör det bl.a. ses över hur den upphandlingsrättsliga proportionalitetsprincipen kan tolkas och tillämpas. Möjligheterna till regional medicinsk revision även för privatfinansierade patienter bör belysas. Arbetet bör göras av huvudmännen gemensamt för att undvika dubbelarbete samt olika tolkningar och bedömningar. Myndigheten bedömer också att om regionerna önskar stöd i arbetet bör regeringen överväga att bistå dem, förslagsvis genom en lämplig myndighet.[56]

Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg, lämnade i delbetänkandet *Informationsöverföring inom vård och omsorg* ett förslag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning som är ett frivilligt system för vård- och omsorgsgivare att elektroniskt dela dokumentation. Förslaget innebär ökade möjligheterna att dela uppgifter mellan regionen och vårdgivare och ger regioner möjlighet att följa upp den offentligfinansierade vården.[57]

Upphandlingsmyndigheten har i en skrivelse till Finansdepartementet påtalat att införandet av dataskyddsförordningen har lett till många frågor både från köparens och säljarens sida om hur person-

[55] SOU 2017:37.
[56] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 89 ff.
[57] SOU 2021:4, s. 33 ff. samt huvudsakligen kapitel 14.

uppgifter ska behandlas i samband med uppföljningen av kontrakt som har upphandlats i enlighet med upphandlingslagstiftningen och som innehåller sociala åtaganden för leverantören.[58] Upphandlingsmyndigheten konstaterar att det föreligger betydande osäkerhet om det finns rättsligt stöd för behandling av känsliga personuppgifter i samband med uppföljningen av kontrakt som innehåller sociala åtaganden för leverantörer. Upphandlingsmyndigheten föreslår därför att regeringen ser över regelverken.

6.6 Utredningens undersökning om avtalsvillkor och avtalsuppföljning

6.6.1 Beskrivning av undersökningen

Utredningen har undersökt avtal och avtalsuppföljning vad gäller regionernas avtal med privata vårdgivare i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Undersökningen är gjord för att få en ökad förståelse för regionernas köp av vård av privata vårdgivare, dvs. när privata vårdgivare bedriver vård på uppdrag av regionerna. Undersökningen har syftat till att få en övergripande bild av hur vårdgivares organisation ser ut och hur avtalen styr hur uppdragen genomförs och organiseras. Utredningen har även undersökt om, och i så fall vilka, avtalsvillkor som ställs rörande vårdgivarens övriga uppdrag samt hur sådana villkor i sådana fall följs upp. Utredningen har vidare utrett vilka eventuella utmaningar och svårigheter regionerna och vårdgivarna upplever med avtalsskrivandet och uppföljningen. Undersökningen har också syftat till att förstå hur de privata vårdgivarna ser på samarbetet med regionerna.

Utredningen bjöd in alla regioner till möten. 15 regioner deltog på ett eller flera möten. Regionmötena följdes upp med en enkät utskickad till upphandlingsansvariga i samtliga regioner. Utredningen har även haft möten och kontakter med sex olika privata vårdgivare och med Vårdföretagarna, som är en arbetsgivar- och branschorganisation för vårdgivare som bedriver vård och omsorg i privat regi. I dessa kontakter har bl.a. vissa avtalsskrivningar diskuterats. Utredningen har därutöver granskat ett antal olika avtal mellan regioner och privata vårdgivare.

[58] Upphandlingsmyndigheten, UHM-2019-0284.

Undersökningen ska inte betraktas som heltäckande. I det följande beskrivs de viktigaste slutsatser som har framkommit i undersökningen.

De privata vårdgivarnas organisation skiljer sig åt

Av utredningens undersökning framgår att de privata vårdgivarnas organisationer skiljer sig åt. Det kan finnas skillnader som rör den juridiska personen, t.ex. vilken organisationsform som används och antalet juridiska personer, dvs. om verksamheten bedrivs i en koncernstruktur med olika dotterbolag. Aktiebolagsformen dominerar men verksamhet kan också drivas i stiftelseform, handelsbolag m.m. Det kan också finnas skillnader som rör själva verksamheten, t.ex. hur lokal och personal nyttjas för olika uppdrag.

En förenklad skiss på fyra huvudtyper av hur privata vårdgivare är organiserade framgår nedan i *figur 6.6*.

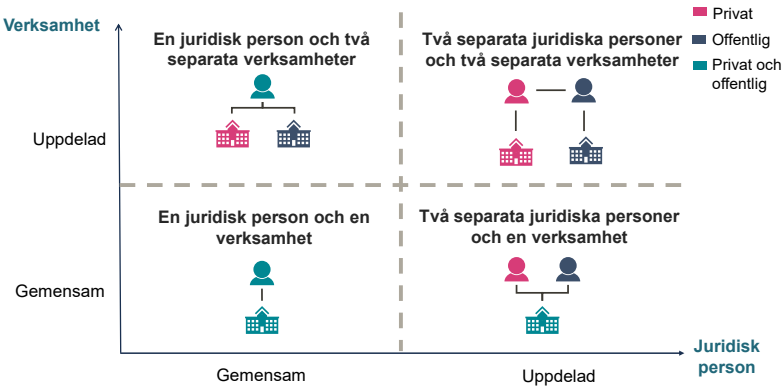
En privat vårdgivare som har flera uppdragsgivare kan välja att bedriva verksamheten inom ramen för samma juridiska person (se de vänstra rutorna i figur 6.6 nedan). Vårdgivaren kan också välja att skapa flera bolag med olika juridiska personer men med gemensamt ägarförhållande (se de högra rutorna i figur 6.6).

Vad gäller verksamheten kan den bedrivas fysiskt på samma plats och med samma personal även när det finns flera olika uppdragsgivare (se de nedre rutorna i figur 6.6 nedan). Ett sådant sätt att organisera verksamheten benämns ibland som ”blandform” men utredningen undviker att använda det begreppet eftersom det kan leda till missuppfattningar om vad som avses.[59] Att en privat vårdgivare kan bedriva hälso- och sjukvård på uppdrag av flera uppdragsgivare är något som har förutsetts av lagstiftaren.[60] En vårdgivare som bedriver både offentligfinansierad vård och privatfinansierad vård behöver särskilja faktureringarna så att den privatfinansierade vården går att skilja från den vård som utförs med finansiering från det offentliga.

Verksamheten kan också bedrivas uppdelat i olika lokaler där personalen endast arbetar i förutbestämda delar av verksamheten (se de övre rutorna i figur 6.6).

[59] Se kapitel 2.5 om begrepp.
[60] Prop. 2016/17:43, s. 96 och prop. 2016/17:166, s. 24.

Figur 6.6 Privata vårdgivares organisation kan se olika ut



I utredningens kontakter med vårdgivare har framkommit exempel på flera olika lösningar enligt ovan.

En företrädare för vårdgivarkoncernen Aleris som utredningen varit i kontakt med har t.ex. uppgett att de organiserar vissa av sina vårdgivare enligt rutan högst upp till höger i bilden ovan, det vill säga att det är separata juridiska personer och separata lokaler och andra resurser, men att de också har flera vårdgivare där de kombinerar användandet av lokaler och resurser med offentligfinansierad vård, alltså enligt den nedre vänstra rutan.

En företrädare från en annan vårdgivarkoncern, GHP, som utredningen haft kontakt med har uppgett att de bedriver merparten av sina kliniker enligt den nedre vänstra rutan i bilden, där vårdgivarna tar emot både offentligt och privat finansierade patienter inom ramen för samma verksamhet (samma lokal, samma personal etc.).

Ett annat exempel som kan nämnas är Sophiahemmet AB, som dels är vårdgivare (genom sina egna verksamheter), dels är en hyresvärd för flera andra vårdgivare. Dessa vårdgivare är egna bolag, och således helt egna vårdgivare (med lite olika struktur), men delar infrastruktursystem med Sophiahemmets vårdgivare och har lokaler i samma område.

Sophiahemmets egna vårdgivare är uppdelade i tre olika mottagningar, en husläkarmottagning inom ramen för vårdvalet i Region Stockholm, en försäkringsmottagning, och en privatmottagning (för kontant betalande patienter). Dessa verksamheter bedrivs inom den

juridiska personen Sophiahemmet AB, men med separata verksamheter, och är därför att hänföra till den övre, vänstra rutan i figur 6.6.

En annan vårdgivare är Capio Sverige AB som är en stor vårdkoncern och har över 50 bolag. Verksamheten finns i hela Sverige men även utomlands (exempelvis Norge och Danmark). Capio är i sin tur en del av Ramsay Santé SA, en europeisk koncern med verksamhet i fem olika länder. Capios dotterbolag utgörs bl.a. av Capio S:t Görans sjukhus AB, Capio Närsjukvård AB, Capio Primärvård AB, Capio Lundby Sjukhus AB m.m. Dotterbolagen har olika inriktning, är lokaliserade på olika ställen i landet och varierar i storlek. Capio S:t Göran har exempelvis knappt 2 000 anställda medan andra bolag i koncernen har mellan 20–50 anställda. Capio S:t Göran AB är ett exempel på en verksamhet som enligt avtalet med Region Stockholm endast ska ta emot patienter med offentlig finansiering. Bolaget ingår dock i en koncernstruktur där andra bolag i koncernen tar emot patienter med privat finansiering. Enligt en företrädare för Capio som utredningen haft kontakt med har de nästan uteslutande valt att ha verksamheten under ett och samma tak oavsett finansieringsform, dvs. enligt den nedre vänstra rutan i figur 6.6.

Avtalen styr hur uppdragen genomförs

Som framgår ovan kan vårdgivaren välja hur den vill organisera verksamheten. Hur vårdgivaren kan utföra uppdragen och därmed organisera sig styrs dock till stor del av hur avtalen är utformade och vilket regelverk som styr. För det fall det gäller ett vårdval enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, kan en offentligfinansierad patient vända sig direkt till vårdgivaren efter att en eventuell remiss har utfärdats.[61] På delvis liknande sätt fungerar det med vårdgivare som verkar inom lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, om vårdgivaren är en del av regionens ordinarie vårdutbud.[62] Är det i stället fråga om ett s.k. vårdgarantiavtal eller kökapningsavtal fungerar det, utifrån de avtal som utredningen har studerat, på ett annat sätt. En patient kan då inte vända sig direkt till en särskild

[61] Många gånger kan en patient vända sig direkt till vårdgivaren genom en s.k. egenremiss, och inom vissa områden finns inte något remisskrav.
[62] Huruvida patienten kan välja vårdgivare eller inte beror på hur många vårdgivare som utför den aktuella insatsen och hur avtalen med regionen ser ut, varför detta kan skilja sig åt mellan regionerna, men patienten kan remitteras eller vända sig direkt till aktuell vårdgivare.

vårdgivare, utan remissen utfärdas till regionen, i dess egenskap av vårdgivare, och det är först om regionen bedömer att den inte hinner ge vård inom vårdgarantin som remissen sänds vidare till en annan vårdgivare.

Vad som gäller i det enskilda fallet beror på vilka avtal regionen har med aktuell vårdgivare och vilka regler som i övrigt gäller kring t.ex. remiss. Det kan också vara olika system parallellt hos en och samma vårdgivare, exempelvis kan vårdgivaren ha avtal med flera regioner.

Förekomsten av olika typer av avtal

Av den enkät som har skickats ut till samtliga regioner framkommer att cirka hälften av avtalen mellan regioner och vårdgivare är tecknade enligt LOV och hälften enligt LOU. Det rör sig om cirka 500 avtal vardera. Det är emellertid stora variationer mellan regionerna när det gäller vilken avtalsform som är vanligast och hur många avtal regionerna har.

I Stockholm är vårdval vanligt förekommande inom specialistvården, men det förekommer även i några andra regioner i viss omfattning, t.ex. Uppsala och Halland.[63] År 2020 fanns totalt 40 valfrihetssystem inom primärvården och 65 valfrihetssystem inom öppen specialiserad vård och delar av slutenvården. Region Stockholm har störst antal valfrihetssystem, 39 införda vårdval, Region Uppsala och Region Skåne har vardera 11 vårdval. Fem regioner; Gotland, Blekinge, Dalarna, Gävleborg och Västerbotten har enbart infört valfrihetssystem inom det obligatoriska området primärvård.[64]

Tillgänglighetsdelegationen har gjort en sammanställning av gällande vårdavtal i regionerna. Resultatet av den sammanställningen visar betydande variationer mellan regionerna när det gäller avtalsformer och vårdområden. Något entydigt mönster framträder inte. Vårdvalssystem enligt LOV tillämpas, utöver för primärvård som är obligatoriskt, exempelvis för ögonsjukvård, vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, fysioterapi och medicinsk fotvård. LOU-upphandlade vårdområden finns i princip inom alla medicinska specialiteter, men vanliga vårdområden där regionerna har ingått avtal med

[63] Uppgift från utsänd regionenkät.
[64] SOU 2021:59, s. 144.

privata vårdgivare är ortopedi, dagkirurgi, öron-, näsa- och halssjukdomar, urologi och gynekologi. Digitala vårdtjänster som distansgranskning av radiologiska undersökningar och telepsykiatri är andra exempel där privata vårdgivare har upphandlats. LOU-upphandlingar är även vanligt förekommande för neuropsykiatriska undersökningar.[65]

Avtalsvillkor om påverkan i vårdvalsavtal

När ett vårdval gäller inom ett visst vårdområde kommer alla vårdgivare som ansöker om att få delta i vårdvalet att få göra det, under förutsättning att de uppfyller alla ställda villkor. Eftersom patientens val av utförare styr hur många patienter som vänder sig till en viss vårdgivare kan det inte avtalas om någon särskild volym, och volymen kan förändras över tid.

Utifrån de kontakter utredningen haft med regionföreträdare framkommer att det är vanligare i avtal enligt LOV än vad det är i avtal enligt LOU att ställa krav på huruvida vårdgivaren får bedriva annan verksamhet, och att reglera att den verksamheten inte får ha negativ inverkan på åtagandet enligt avtalet. Som exempel kan nämnas ett vårdvalsavtal inom gynekologi i öppenvård i Region Uppsala där följande anges under rubriken *3.24 Vårdgivarens rätt att bedriva annan verksamhet:*

> Vårdgivaren ska följa lag om valfrihetssystem avseende rätten att bedriva annan verksamhet. Sådan verksamhet får dock aldrig inverka negativt på kvaliteten på vårdgivarens utförande av detta åtagande. Verksamhet som vårdgivaren bedriver utöver detta åtagande ska redovisningsmässigt hållas tydligt avskild från verksamheten i detta avseende.[66]

Avtalsvillkor om påverkan i vårdgarantiavtal

När vårdgarantiavtal (även benämnt kökapningsavtal) tecknas upphandlas som huvudregel en viss volym, även om det också förekommer taklösa varianter.[67] Som exempel på hur det fungerar med vårdgarantiavtal kan avtalet mellan Västra Götalandsregionen och GHP

[65] SOU 2021:59, s. 150.
[66] Avtal gällande Gynekologi i öppenvård mellan Region Uppsala och Gyn Carsten AB, dnr UPPH 2013-0045, SHS2018-0059, datum 2019-03-15.
[67] Uppgift från regionintervjuerna från bl.a. Västra Götalandsregionen och Region Skåne.

Ortho Center i Göteborg[68] nämnas. Det avtalet gäller kökapning för ortopedi. Parterna har avtalat om ett specifikt antal bedömningsbesök, där en andel av dessa bedöms leda till operationer eller behandlingar. Det framgår specifikt av avtalet att avseende patienter som regionen skickar till vårdgivaren har primärvårdens handläggning av patienten bedömts som avklarad. Vårdgivaren kan därmed inte åberopa ytterligare bedömning inom primärvården. Avrop från avtalet sker från regionens sida på det sätt regionen önskar. Enligt avtalet ska vårdgivaren erbjuda bedömningsbesök inom 30 dagar och operation eller behandling inom 60 dagar, från det att beslut har fattats om operation eller behandling.

Av vad utredningen har erfarit är det ofta som patienterna har väntat på behandlingsbesök eller operation under relativt lång tid, efter det att primärvårdens handläggning är avklarad. Avrop sker således först när regionen bedömer att den inte kommer kunna erbjuda vård i egen regi inom den väntetidsgaranti som gäller, och ibland redan när den har passerats.

I fråga om privatfinansierade patienter har vårdgivaren en större frihet att besluta om ytterligare utredning om sådan skulle behövas. Det beror på att vårdgivaren blir ansvarig för patienten i ett tidigare skede än enligt avtalet med regionen. Tidpunkten för ansvaret påverkar också hur stort inflytande vårdgivaren har på det totala antalet dagar som en patient väntar på vård. När det gäller privatfinansierade patienter (försäkring eller egen betalning) kan vårdgivaren styra över det totala antalet dagar patienten väntar.

I fråga om privata vårdgivare som har vårdgarantiavtal med regioner framgår utifrån de kontakter utredningen haft med regioner och privata vårdgivare, att alla patienter behandlas på samma sätt och av samma personal utom i de fall där särskilda regler för karens eller bisyssla gäller, se nedan. Vården faktureras sedan till olika aktörer. Det kan därför uppfattas som att verksamheterna är sammanblandade, på så vis att det inte görs någon åtskillnad i lokal som nyttjas, eller vilken personal som behandlar vilken patient. I faktureringsstadiet behöver dock vårdgivaren veta vem som ska bli fakturamottagare. Det kan också finnas krav på att olika journalsystem används.

[68] Avtal HS201800290-02 mellan Västra Götalandsregionen genom Hälso- och sjukvårdsstyrelsen och GHP Ortho Center Göteborg, datum 2018-06-12.

Avtalsvillkor om bisysslor och karens

Av utredningens undersökning framgår att vissa avtal innehåller villkor som rör personalen och då i fråga om bisysslor och karens. Bl.a. framgår av avtalet mellan Västra Götalandsregionen och GHP Ortho Center att personal som är anställd hos regionen, men också hos vårdgivaren och har det senare som en godkänd bisyssla, inte får behandla patienter som är folkbokförda i regionen. Sådan personal får därmed endast behandla patienter vars vård någon annan än Västra Götalandsregionen finansierar, dvs. någon annan region eller privat finansiering av något slag. I ett fall som detta behöver vårdgivaren ha kontroll över vilken läkare som behandlar offentligfinansierade patienter. Vid eventuell hög patientinströmning eller läkarfrånvaro kan väntetiderna hos den privata vårdgivaren påverkas, beroende på vilka läkare som arbetar. På samma sätt kan det fungera om karenskrav gäller som hindrar personal att behandla patienter från den region där man tidigare varit anställd.

Medicinska prioriteringar av patienter hos vårdgivare som har flera uppdragsgivare

De privata vårdgivare som har flera avtal inom ramen för samma verksamhet, så att de t.ex. tar emot både offentligfinansierade och privatfinansierade patienter inom ramen för samma verksamhet, behöver både göra en medicinsk prioritering av patienterna och förhålla sig till olika avtalade tidsgränser.[69] I avtalen med regionerna anges att olika åtgärder ska ske senast inom den lagreglerade väntetidsgarantin, eller i förekommande fall enligt den kortare väntetidsgaranti som regionen tillämpar. Det rör sig oftast om mellan 30–90 dagar. I avtalen med försäkringsbolagen är det andra tidsgränser som gäller; ofta ska ett besök ske inom 3–7 dagar, och en operation inom 14–21 dagar.

[69] Detta blir inte i samma utsträckning aktuellt för de vårdgivare som endast tar emot patienter från samma uppdragsgivare, t.ex. en region, och således bara har ett avtal som styr verksamheten. Även om dessa vårdgivare självklart också behöver prioritera mellan patienterna, och skillnader i väntetider kommer att uppstå, är det inte olika avtalade tidsgränser att förhålla sig till om vårdgivaren endast har en uppdragsgivare. För det fall en vårdgivare har avtal med två regioner, som tillämpar olika väntetidsgarantier, kan dock samma fråga aktualiseras. De diskussioner som utredningen haft med privata vårdgivare i denna del har dock huvudsakligen fokuserat på offentligfinansierade respektive privatfinansierade patienter.

I kontakter med vårdgivare har de uppgett att de behandlar samtliga patienter, dvs. oavsett om det är fråga om offentligfinansierade eller privatfinansierade patienter, på samma sätt vad gäller den medicinska prioriteringen. Vissa undantag finns dock. Som nämnts ovan medför de bestämmelser som finns om bisyssla och karens i några avtal att viss personal som omfattas av dessa regler inte får behandla alla patienter. Det kan också i avtalen finnas begränsningar kring vad den privata vårdgivaren får besluta om i fråga om ytterligare medicinsk utredning av de offentligfinansierade patienterna. I övrigt uppger vårdgivarna att det inte görs någon åtskillnad mellan patienterna beroende på finansieringsform eller andra faktorer. Det har också uttryckts från något håll att den behandlande läkaren inte ens vet om patienten är offentligfinansierad eller privatfinansierad, om denne inte aktivt tar reda på det (t.ex. genom att titta i bokningssystemen).

De privata vårdgivare som utredningen har varit i kontakt med har alla uppgett att de vid planeringen i ett första skede gör en medicinsk behovsbedömning av samtliga patienter, i enlighet med 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Tidsbokning sker först därefter med beaktande av de olika avtalade tidsgränserna. Vidare har de uppgett att de har utrymme för att prioritera om för det fall det skulle behövas, t.ex. för att en patient blir försämrad i sitt tillstånd och därmed har ett större medicinskt behov av vård.

Vårdgivarna har beskrivit för utredningen att det i många fall rör sig om likartade besvär, och således likartade behov, som ska behandlas hos samma vårdgivare. T.ex. har många patienter som är i behov av en knäoperation ungefär samma behov av en sådan operation. Den faktiska behovsbedömningen kan därför i praktiken komma att bli väldigt likartad för flera patienter.

Utredningen har inte haft möjlighet att granska detta ytterligare och har t.ex. inte tagit del av beslutsstöd eller andra dokument som beskriver hur den medicinska bedömningen går till. Inte heller har utredningen haft möjlighet, eller rättsligt stöd, för att kunna ta del av t.ex. journaler för att göra en medicinsk granskning.

Information från IVO:s vårdgivarregister

Det framgår av lag att en vårdgivare behöver vara anmäld till IVO:s vårdgivarregister för att påbörja eller förändra en verksamhet.[70] Ansvaret för anmälan ligger på den privata vårdgivaren, men regionerna har i egenskap av huvudmän också ett ansvar att säkerställa att deras avtalsparter uppfyller de lagstadgade skyldigheterna. Utredningen har i den enkät som har skickats ut till samtliga regioner frågat om regionerna begär in utdrag från IVO i samband med upphandling för att säkerställa att vårdgivaren är anmäld till vårdgivarregistret. Ungefär hälften av regionerna begär in sådana utdrag. Någon region har också anfört att den kontrollerar om det finns något tillsynsärende eller någon anmälan på personalen. Flera regioner har därmed svarat att de inte inhämtar några uppgifter från IVO, även om vissa av dessa uppgett att de skriver i upphandlingsdokumenten att anmälan krävs, men att de inte kontrollerar att så skett.

6.6.2 Utmaningar för regionerna med att ställa krav och följa upp kraven

Utmaningar med att ställa krav om flera uppdragsgivare

Av utredningens undersökning har framkommit att de flesta regioner har avtal med privata vårdgivare som i sin tur har avtal med andra uppdragsgivare. Ett fåtal regioner kunde inte svara på frågan då de inte har tillgång till den uppgiften, och någon enstaka region svarade nej. Ungefär hälften av regionerna ser ett behov av att ha information om vårdgivaren har avtal med andra uppdragsgivare som löper parallellt, och hälften ser inte ett sådant behov.

Trots att flera regioner ser ett behov av att veta om det finns andra uppdragsgivare har ingen region svarat att de begär in den informationen regelmässigt för alla avtalsparter. En region har dock uppgett att den gör det regelbundet när det gäller avtal enligt LOV och en annan region gör det när det gäller avtal enligt LOL och LOF, men alltså inte för avtal enligt LOU.

I kontakten med regionerna har några uppgett att de inte frågar om information om andra uppdragsgivare för att de befarar att det kan påverka intresset av att delta i regionens upphandling. Andra har

[70] Se 2 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

tagit upp gränsen för det s.k. upphandlingsföremålet. Regionerna har då uppfattat att de saknar möjlighet att fråga om respektive ställa krav på sådant som har en koppling till vårdgivarens övriga uppdrag. Det beskrivs som juridiskt oklart vilken information regionerna får begära in. Flera regioner ställer därför inte krav i relation till den privata vårdgivarens andra uppdrag, t.ex. i fråga om hur de olika uppdragen får påverka varandra.

Att gränsen kring upphandlingsföremålet upplevs som otydlig beskrivs även av Vård- och omsorgsanalys i regeringsrapporten från 2020. Myndigheten beskriver att de regioner som myndigheten haft kontakt med har uppgett att proportionalitetsprincipen i LOU och LOV hindrar dem från att kräva insyn i den del av vårdgivares verksamhet som omfattas av privat finansiering för att på så vis följa upp den offentligfinansierade delen. Vård- och omsorgsanalys skriver att regionerna bör se över de avtalsrättsliga möjligheterna att vidta olika åtgärder när vårdgivarna brister i sitt åtagande enligt avtalet.[71]

Utmaningar med uppföljningen

Av utredningens undersökning har framkommit att flera regioner ser utmaningar med uppföljningen av sina avtal. De regioner som anser sig ha minst svårigheter med uppföljningen är, förenklat beskrivet, de regioner med minst antal avtal. De regioner som har många avtal har ganska samstämmigt beskrivit en resursbrist avseende sådan uppföljning som inte sker på förekommen anledning (t.ex. för att brister av något slag har uppmärksammats). Flera regioner har uttryckt en viss skepsis till uppföljning som använder sig av jämförelser mellan vårdgivares olika uppdrag, t.ex. i fråga om det skiljer sig markant avseende väntetider mellan regionens patienter och patienter som får sin vård finansierad från annat håll (kontant, försäkring, annan region etc.). Det har uttryckts som att regionen inte kan bli en kontrollmyndighet på regional nivå.

Vissa regioner har vidare beskrivit en dikotomi mellan å ena sidan ansvaret som huvudman och å andra sidan ett partnerbaserat samarbete. Detta har uttryckts som att man strävar efter ett samarbete och dialog där arbetet ska vara tillitsbaserat, och det kan då vara svårt att gå in med skarpa uppföljningar.

[71] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 11 och 77.

Utredningen har också i undersökningen tagit upp de förändrade bestämmelserna i kommunallagen (nuvarande 10 kap. 8–9 §§) som reglerar uppföljning och insyn, med exempel på faktorer som nämns i förarbetena[72]. Flera regioner uttryckte att dessa faktorer till viss del var nyheter för dem, och att de inte har tänkt på vissa av faktorerna som en del i uppföljningen eller för att garantera insyn.

6.6.3 Slutsatser av undersökningen

Utifrån den undersökning som utredningen har gjort och i kontakter med både företrädare för regionerna och för de privata vårdgivarna framgår det att flera regioner inte brukar ställa detaljerade krav, varken på vad som ska efterlevas eller vad som ska följas upp, för att säkerställa att den privata vårdgivaren följer hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och andra regler vad gäller de offentligfinansierade patienterna i de fall vårdgivaren bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Utredningen har endast kunnat identifiera några få uttryckliga skrivningar som rör påverkan på det som regionen upphandlat från andra uppdrag.

Utredningens uppfattning är att många regioner upplever det som oklart vilka krav de ska, får och bör ställa gentemot de privata vårdgivarna för att säkerställa en god och patientsäker vård i fråga om de offentligfinansierade patienterna. Regionerna upplever också i många fall att de saknar resurser att göra denna bedömning. Det saknas tillräckligt med vägledning i form av stöddokument och mallar. Såvitt utredningen har kunnat se finns det inte heller några standardmallar eller annan vägledning som regionerna kan använda för just dessa situationer. Det finns också rättsliga begränsningar i form av en tystnadspliktsgräns mellan de privata vårdgivarna och regionerna samt upphandlingsrättsliga principer rörande det s.k. upphandlingsföremålet. Det finns således både rättsliga och praktiska svårigheter med kravställning och uppföljning av avtal från regionens håll i samband med att den privata vårdgivaren har flera uppdragsgivare.

[72] Prop. 2013/14:118, s. 94 f.

6.7 Slutsatser och sammanfattning

I kapitlet har ansvaret för hälso- och sjukvården och finansieringen av densamma beskrivits. Regionens ansvar i egenskap av huvudman har vidare belysts. Olika kategorier för drift av vård, dvs. offentlig respektive privat drift i relation till offentlig respektive privat finansiering har beskrivits. Regioners och privata vårdgivares roller i egenskap av avtalsparter med varandra har belysts, bl.a. genom en diskussion kring vilket ansvar regionen har för vård som lämnas över till annan att utföra, avseende såväl avtalsskrivning som uppföljning.

Utredningens undersökning, bestående bl.a. av intervjusessioner med företrädare för regioner och privata vårdgivare, samt en enkät till upphandlingsansvariga personer inom regionerna har vidare redogjorts för.

Som framgår i kapitlet är regionen huvudman för all offentligfinansierad vård, oavsett om den bedrivs av regionen, i egenskap av vårdgivare, eller av en privat vårdgivare. Den privata vårdgivaren som bedriver vård på regionens uppdrag kan samtidigt ha andra uppdragsgivare, t.ex. försäkringsbolag. I sådana situationer är det alltjämt endast den vård som regionen lämnat över till den privata vårdgivaren som är offentligfinansierad och som regionen alltså är huvudman för.

Det varierar över landet hur mycket vård som regionerna har lämnat över till privata vårdgivare, samt om detta skett med stöd av lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, eller lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV. I Region Stockholm t.ex. är nästan all specialiserad öppenvård organiserad inom ramen för vårdval. Regionens köp från privata vårdgivare uppgår till cirka 17 procent av all producerad vård. I de flesta andra regioner är upphandling enligt LOU vanligast. Flera regioner köper mindre än 2 procent av den totala producerade specialistvården av privata vårdgivare.

I egenskap av huvudman har regionen ett långtgående ansvar för att kontrollera och följa upp verksamheten som bedrivs på deras uppdrag. Detta ansvar tas framför allt genom formuleringen av upphandlingsdokument och uppföljningen av avtalen. Kraven som ställs i avtalen behöver vara relevanta och proportionerliga, men också garantera regionen tillräcklig insyn och kontrollmöjlighet. Kraven behöver också vara möjliga att följa upp och vara kopplade till sanktioner.

Hur regionerna utövar sitt ansvar som huvudmän varierar mellan regionerna. Vilka krav som ställs och vilken information som efterfrågas varierar, och det skiljer sig också åt hur man jobbar med uppföljning. En del av förklaringarna som har framförts avseende utmaningarna med detta handlar om resursbrist, kunskapsbrist om bl.a. hur långt huvudmannaskapet sträcker sig och frågor om tystnadsplikt samt en önskan om att arbeta mer med samarbete än kontroll – ofta kopplat till en farhåga att leverantörer annars inte vill delta i regionens upphandling.

Sammanfattningsvis finns det därmed flera utmaningar för regionerna i egenskap av huvudmän för vården. Vilka utmaningarna är varierar delvis beroende på regionens storlek och geografiska läge samt vilken mängd vård som köps av privata vårdgivare.

7 Uppgifter som rör privata sjukvårdsförsäkringar

7.1 Brist på information om privatfinansierad vård

Det finns inte några myndigheter som i dag samlar in uppgifter om finansiering av hälso- och sjukvården. Den officiella statistik som finns om betalning med privata sjukvårdsförsäkringar finns i Hälsoräkenskaperna[1] och utgör en uppskattning utifrån inbetalda premier.[2]

I detta kapitel beskrivs allmänt register och andra databaser som innehåller information om hälso- och sjukvården men som saknar uppgifter om just finansieringsform och/eller specifikt privata sjukvårdsförsäkringar, till följd av att denna information inte finns tillgänglig.

Bristen på information rent allmänt inom hälso- och sjukvården har lyfts av ett flertal statliga utredningar och myndigheter. Välfärdsutredningen konstaterar att det finns stora brister vad gäller register och annan information som är nödvändig för att utveckla statistik och andra kunskapsunderlag i välfärden.[3] Denna brist påtalas även av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.[4] I propositionen *Statistik på upphandlingsområdet* betonas behovet av bättre upphandlingsstatisk, bl.a. för att möjliggöra bättre beslutsunderlag samt ökade möjligheter till styrning och uppföljning.[5] I SOU 2020:36 uttalas att bristande tillgång till data ibland är ett problem, både på nationell och lokal nivå. Vidare anges att frågan också handlar om att rätt aktör ska ha rätt information i rätt tid,

[1] Hälsoräkenskaperna är en del av SCB:s nationalräkenskaper.
[2] Se vidare i kapitel 5.9.
[3] SOU 2017:38, s 13.
[4] SOU 2018:39, s. 298.
[5] Prop. 2018/19:142, s. 42.

vilket ställer krav på strukturerade data, interoperabilitet samt juridiska och tekniska förutsättningar.[6]

IVO skriver i delrapporten *Regeringsuppdrag att bidra till lärande under utbrottet av covid-19 och inför framtida sjukdomsutbrott*, att när offentlig sektor planerar reformer är behovet av statistik ofta svagt beskrivet.[7] Endast ett av direktiven till offentliga utredningar inom Socialdepartementet under åren 2019–2020 innehöll ett tydligt uppdrag om att förbättra statistiken, nämligen uppdraget S 2020:12 *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*.[8] Ett skäl till detta kan, enligt IVO, vara kopplat till strävan att inte belasta informationslämnarna mer än nödvändigt. Ett annat skäl kan vara kopplat till hur rätten att inhämta informationen är reglerad. En svaghet med denna utgångspunkt är emellertid enligt IVO att informationen i huvudsak riskerar bli ett glest indikatorsystem, utan möjlighet till djupare analys som skapar ökad kunskap och insikt.[9]

Vård- och omsorgsanalys påtalar att det saknas information om hur patientvolymer fördelar sig mellan offentligt och privat finansierad vård, t.ex. via försäkringar, och föreslår att regeringen bör ge en lämplig aktör i uppgift att se över möjligheterna att på nationell nivå samla in och sammanställa uppgifter om hur hälso- och sjukvården finansieras.[10]

I prop. 2017/18:131 uttalades att såvitt det är känt finns det inte några forskningsresultat om priskänslighet att tillgå för privata sjukvårdsförsäkringar.[11] Regeringen uttalade vidare följande.

> Som regeringen har konstaterat i tidigare sammanhang, har betydelsen av privata sjukvårdsförsäkringar i förhållande till den offentligt finansierade vården inte varit föremål för någon djupare analys eller forskning. Därmed vet vi mycket lite om och i så fall hur minskad förekomst av privata sjukvårdsförsäkringar skulle påverka den offentliga hälso- och sjukvården.[12]

Denna utredning har haft svårigheter med att få fram uppgifter för att på ett heltäckande sätt kunna beskriva och analysera förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar och deras effekter och konsekvenser på hälso- och sjukvården. Det saknas t.ex. data som följer patien-

[6] SOU 2020:36, s. 176.
[7] IVO delrapport (2020), s. 16.
[8] Dir. 2020:81.
[9] IVO delrapport (2020), s. 29.
[10] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 10 och 94 f.
[11] Prop. 2017/18:131, s. 36.
[12] Prop. 2017/18:131, s. 37.

ten hela vägen genom vårdkedjan och som visar hur vården finansieras, hur mycket hälso- och sjukvård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar, vilka vårdgivare som utför vård som betalas med sjukvårdsförsäkringar och vilken vård det är som betalas med sjukvårdsförsäkringar.

Svensk Försäkring, försäkringsföretagarnas branschorganisation, tillhandahåller statistik om privata sjukvårdsförsäkringar. Det är privata vårdgivare som tar emot patienter som betalar med privata sjukvårdsförsäkringar. Bestämmelser om offentlighetsprincipen och allmänna handlingar gäller inte på samma sätt som för vård i offentlig regi. Det finns således rättsliga begränsningar i vilka uppgifter som går att ta del av från Svensk Försäkring, försäkringsbolagen och de privata vårdgivarna.

I och med att det saknas myndighetsinformation om privata sjukvårdsförsäkringar är det svårt för staten, regioner, tillsynsmyndigheter, forskare, allmänhet och vårdgivare att ta reda på vilka konsekvenser privata sjukvårdsförsäkringar har på hälso- och sjukvården exempelvis i form av prioriteringar i vården och väntetider, men även avseende förtroendet för och tilliten till välfärdssamhället.

7.2 Uppgifter i IVO:s vårdgivarregister om vårdgivare

I kapitel 3.13.2 beskrivs de bestämmelser som reglerar IVO:s vårdgivarregister närmare. Såväl offentliga som privata vårdgivare är enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldiga att anmäla sin hälso- och sjukvårdsverksamhet till IVO. Alla vårdgivare, oavsett finansieringsform, är anmälningspliktiga. Huvudsyftet med anmälningsplikten är att IVO ska få kännedom om de verksamheter som IVO har tillsynsansvar för.[13]

Vårdgivarregistret saknar i dag information om finansieringsform för vården, dvs. om vårdgivare bedriver offentligfinansierad vård, privatfinansierad vård eller både och. Utredningen har även erfarit att det finns brister i täckningsgrad i dagens vårdgivarregister. Det har varit svårt för utredningen att beskriva omfattningen av de verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård och särskilt beskriva omfattningen av de vårdgivare som bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Det har därmed varit svårt för ut-

[13] IVO:s hemsida.

redningen att helt exakt beskriva vilka vårdgivare som berörs av utredningens förslag. För en närmare redogörelse för hur utredningen har försökt att gå till väga för att få fram de uppgifterna, se kapitel 16.2.2.

7.3 Uppgifter hos SCB om kostnader för hälso- och sjukvården

Det saknas uppgifter om de faktiska kostnaderna för hälso- och sjukvård som finansieras med privata sjukvårdsförsäkringar, dvs. hur mycket försäkringsbolagen faktiskt betalar till de privata vårdgivarna för vården. Det saknas också uppgifter om hur mycket patienter betalar kontant för privat vård.

De uppgifter som brukar användas för att beskriva hur stor del av hälso- och sjukvården som betalas av sjukvårdsförsäkringar kommer från Hälsoräkenskaperna som finns hos SCB. Till Hälsoräkenskaperna samlas det inte in någon data direkt från företag eller organisationer, utan det är data som redan finns tillgänglig, framför allt data från Nationalräkenskaperna, som används. Däremot finns det en rapporteringsskyldighet för regioners vårdkostnader.[14] Beträffande uppgifterna om hur mycket vård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar används en modell som utgår från premieinkomsterna. Uppgifterna om premier hämtas in från Svensk Försäkring, och fördelas sedan i en administrativ del och en transfereringsdel.[15]

7.4 Uppgifter hos Skatteverket om privata sjukvårdsförsäkringar kopplade till skatteuppgifter

År 2018 förändrades beskattningsreglerna för privata sjukvårdsförsäkringar som finansieras av arbetsgivaren. Sedan 2018 är förmån av icke offentligt finansierad hälso- och sjukvård en skattepliktig förmån.

I dag särredovisas inte uppgiften om privata sjukvårdsförsäkringar i kontrolluppgiften till Skatteverket. Förmånen ska anges i

[14] Se kapitel 3.13.5.
[15] Uppgifter från SCB 2021-01-29.

ruta 012 och rutan benämns *Skattepliktiga förmåner utom bilförmån och drivmedel vid bilförmån*. I rutan ska det sammanlagda värdet av andra förmåner än just bilförmån och drivmedel vid bilförmån redovisas. Det kan således handla om värdet av förmån av fri kost, fria läkemedel, fri parkering, fri bostad, fri semesterbostad, fri telefon och fria tidningar m.m. utöver uppgiften om privata sjukvårdsförsäkringar.

7.5 Uppgifter i Socialstyrelsens patientregister om hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen ansvarar för patientregistret som innehåller uppgifter om behandlingar och sjukdomar i den svenska specialistvården. Syftet med registret är att:

- följa hälsoutvecklingen hos befolkningen över lång tid,
- förbättra möjligheterna att förebygga och behandla sjukdomar,
- bidra till hälso- och sjukvårdens utveckling, och
- följa kvaliteten på hälso- och sjukvårdens verksamhet.

Patientregistret innehåller patientuppgifter om alla läkarbesök i sluten och specialiserad öppen sjukvård. Här registreras exempelvis diagnos, behandling, kirurgi, och yttre orsaker till skador och förgiftningar. Patientregistret omfattar även väntetider på akutmottagningar vid sjukhus samt diagnoser och åtgärder för patienter som vårdats inom den psykiatriska tvångsvården. Registret över den slutna vården har funnits sedan 1964 men blev rikstäckande 1987. Den specialiserade öppenvården tillkom 2001. Uppgifter från primärvården finns inte i registret. Socialstyrelsen har haft i uppdrag av regeringen att lämna förslag på de författningsändringar som krävs för att datainsamlingen till patientregistret ska kunna innehålla data om samtliga patienter som behandlats inom primärvården. Rapporten lämnades till regeringen i februari 2021.[16]

Även om registret innehåller uppgifter om privata vårdgivare är finansieringsform inte specificerat. Det går således inte utifrån registret att få fram uppgifter om huruvida patienten har betalat för

[16] Socialstyrelsen 2021-2-7223.

vården ur egen ficka eller använt sig av en privat sjukvårdsförsäkring eller om vården är offentligfinansierad.

7.6 Uppgifter i kvalitetsregister om hälso- och sjukvården

Nationella Kvalitetsregister är en särskild kategori uppgiftssamlingar som finns inom hälso- och sjukvården, främst inom medicinska specialiteter. De har oftast byggts upp genom frivilliga initiativ av specialistföreningar för att användas som stöd för kvalitetsutveckling i det kliniska arbetet. Gemensamt för kvalitetsregistren är att inrapporteringen sker till följd av ett frivilligt åtagande från vårdgivarnas sida.[17]

Ett kvalitetsregister innehåller som regel individbaserade uppgifter om diagnoser, insatta åtgärder och resultat inom hälso- och sjukvård och omsorg. De svenska kvalitetsregistren utgör en stor tillgång för svensk hälso- och sjukvård och tandvård. De har och har haft en central roll i flera framgångsrika förbättringsarbeten i vården och kan användas för att utvärdera och jämföra kliniska resultat, patientsäkerhet och hälsoekonomi på lokal, regional och nationell nivå. Kvalitetsregistren är också värdefulla källor för forskning och innovation.[18]

Det första svenska Nationella Kvalitetsregistret startades på initiativ av en ortoped på 1970-talet och registren kom inledningsvis att utvecklas inom ortopedin. Utvecklingen har därefter skett successivt. I början av 1990-talet ökade intresset för evidensbaserad medicin och kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården, och med det även intresset för kvalitetsregister som ett verktyg för uppföljning. Mot bakgrund av att registren har startats på initiativ av professionen skiljer sig registren i uppbyggnad och omfattning från varandra. Detta tillsammans med att de kan vara olika väl förankrade i hälso- och sjukvården bidrar till att täckningsgraden kan variera.

[17] Prop. 2007/08:126, s. 176.

[18] SKR (2020). Överenskommelsen gäller från den 1 juli 2020. Den 2 september 2021 gav regeringen E-hälsomyndigheten i uppdrag att i en förstudie beskriva och lämna förslag på hur myndigheten eller annan relevant myndighet kan skapa och tillhandahålla en nationell digital infrastruktur för nationella kvalitetsregister. Regeringen beskriver i uppdraget att hälsodata i dag ofta lagras på olika sätt hos olika vårdgivare och i flera olika regioner, vilket skapar brister i t.ex. informationshanteringen och lägesöversikter. En mer sammanhållen infrastruktur för Nationella Kvalitetsregister kan bidra till att höja vårdkvaliteten, förbättra vårdresultaten, effektivisera resursanvändningen i hälso- och sjukvården samt stimulera till forskning, utveckling och bidra till en mer datadriven hälso- och sjukvård.

År 2010 publicerades rapporten *Guldgruvan i hälso- och sjukvården*[19], som var en översyn av de nationella kvalitetsregistren. Rapporten togs fram i samarbete mellan regeringen och dåvarande Sveriges Kommuner och Landsting (numera SKR). I rapporten lades det fram ett förslag om en gemensam femårig satsning på de Nationella Kvalitetsregistren i syfte att utveckla de Nationella Kvalitetsregistren och deras potential. Mot denna bakgrund slöts en femårig överenskommelse mellan staten och SKR om en satsning på kvalitetsregister för 2012–2016. Därefter har parterna slutit årliga överenskommelser. Den femåriga satsningen har utvärderats. En central del av den pågående förändringen är att kvalitetsregistren tydligare ska vara en integrerad del i regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning och uppföljning av svensk hälso- och sjukvård och användas mer än i dag för förbättringsarbete.[20]

För att stödja kvalitetsregistren under start, drift, förbättringsarbete och resultatanalys finns registercentrumorganisationerna (RCO) bestående av sex regionala registercentrum (RC) samt sex regionala cancercentrum (RCC). Alla Nationella Kvalitetsregister är anslutna till ett RCO.[21] Inför att regionala register- och cancercentrum kan rekvirera medel via Socialstyrelsen måste vissa organisatoriska förutsättningar uppfyllas inom respektive samverkansregion.[22]

De Nationella Kvalitetsregistren finansieras gemensamt av staten och SKR genom en årlig överenskommelse. I överenskommelsen om Nationella Kvalitetsregister m.m. för 2021 är inriktningen att fortsätta det arbete som sedan tidigare slagits fast i en flerårsplan som togs fram 2018 där bl.a. ökade förutsättningar för registerbaserat förbättringsarbete är en del. Regeringen gav i januari 2021 Socialstyrelsen i uppdrag att beskriva, analysera och lämna förslag på hur SKR samt respektive regions arbete med Nationella Kvalitetsregister inom psykiatriområdet kan förbättras.

För närvarande finns drygt 100 Nationella Kvalitetsregister i drift med gemensamt ekonomiskt stöd från sjukvårdshuvudmännen och staten.[23]

[19] SKR (2010).
[20] SOU 2020:36, s. 178.
[21] https://skr.se/kvalitetsregister/omnationellakvalitetsregister/organisation/registercentrumorganisationenrco.54333.html
[22] Överenskommelse om sammanhållen, jämlik och säker vård 2021 Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.
[23] https://kvalitetsregister.se/tjanster/omnationellakvalitetsregister.1990.html

Socialdepartementet har i en promemoria lämnat förslag till en ny förordning om statsbidrag för kvalitetsregisterverksamhet vid regionala registercentrum och regionala cancercentrum. Förordningen innehåller bestämmelser som gör det möjligt för regioner som är huvudmän för regionala register- eller cancercentrum att ansöka om medel för kvalitetregisterverksamhet som bedrivs där. Det föreslås att Socialstyrelsen ska fördela statsbidrag enligt förordningen. Statens medel kommer att betalas ut via Socialstyrelsen till regionala registercentrum eller regionala cancercentrum, i stället för att betalas ut av SKR. Promemorian remitterades i december 2020 och är nu föremål för beredning.

7.6.1 Register som innehåller uppgifter om finansieringsform

Av vad utredningen har erfarit innehåller i dag Obesitasregistret *(SOReg – Scandinavian Obesity Surgery Registry)* och Svenska ryggregistret *(Swespine)* uppgifter om finansieringsform. Förutom de registren kommer det Nationella Kvalitetsregistret för assisterad befruktning *(Q-IVF)* att införa uppgifter om finansieringsform.

I Ryggregistret är variabeln om finansiering utformad som en fråga med två svarsalternativ och ska då besvara om operationen har finansierats med antingen offentliga eller privata medel. Variabeln om finansiering lades till i registret för att möjliggöra en utvärdering om patienter med olika försäkringar rapporterade likartat utfall efter ryggkirurgi. Den typen av studie har i dagsläget inte gjorts, främst beroende på att det har funnits många andra intressanta frågor att undersöka.[24]

I Obesitasregistret är även där variabeln utformad som en fråga, men med tre svarsalternativ: Hur finansieras patientens operation?

1. Offentliga medel.
2. Sjukvårdsförsäkring (privat eller kopplad till anställning etc.).
3. Patienten betalar själv.

Utifrån uppgifter i Obesitasregistret kan ett flertal olika slutsatser dras av den fråga som ställs. Bl.a. kan slutsatsen dras att privata kliniker opererar en del patienter utanför de indikationer som gäller i

[24] Information från registerhållaren för Ryggregistret.

offentlig vård (i detta fall på lägre BMI). I privat vård sker en selektion på det viset att man opererar enklare fall dvs. inte patienter med andra komplicerande sjukdomar. Mellan år 2014–2019 betalade var femte patient själv för sin operation. Andelen som får operationen betald av en försäkring var dock så liten som mindre än 0,5 procent och visar inte några tecken på att öka.[25]

I Obesitasregistret årsrapport från 2019 dras en rad slutsatser om frågan om finansieringsform. Där tas det bl.a. upp att i den allmänna politiska debatten har det hävdats att vården är ojämlik därför att en grupp människor får vård via försäkringar och därigenom får en bättre tillgänglighet än de som går via det offentliga systemet. Enligt rapporten karakteriseras dock inte vården av personer med sjuklig fetma som riskerar att dö i förtid, få en rad följdsjukdomar och utsättas för fördomar och diskrimineringar i samhället av det problemet. Tvärtom är bilden, enligt rapporten, att den offentliga sjukvården med minskad tillgänglighet tvingar allt fler att själva betala för sin vård. Det råder en stor ojämlikhet i landet. 2019 betalade exempelvis 40 procent av patienterna i Södermanland för vården privat vilket var högst i Sverige. I Västerbotten var det 5 procent av patienterna som betalade privat, vilket var lägst i Sverige. Rikssnittet låg 2019 på 78,3 procent offentligfinansierad vård och 21,6 procent privatfinansierad vård. I rapporten tas det vidare upp att det kan finnas en liten grupp patienter som väljer att själva betala för operationen för att få välja var den ska utföras eller av andra skäl. Det finns också patienter som opereras utanför de indikationer som tillämpas inom offentlig vård.[26]

7.7 Uppgifter i SKR:s väntetidsdatabas om väntetider

Vårdgarantin innebär att vård ska erbjudas inom en viss tid. Det är en lagstadgad rättighet som anger inom vilka tidsgränser vård ska erbjudas, efter att beslut om vård har fattats. Av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) framgår att regionerna ska rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas som förs av SKR.[27] Det finns ett bemyndigande

[25] Information från registerhållaren för Obesitasregistret och SOReg:s årsrapport 2019.
[26] SOReg:s årsrapport 2019, s. 18 f.
[27] Prop. 2009/10:67, s. 46.

för Socialstyrelsen att meddela ytterligare föreskrifter om regionernas rapporteringsskyldighet men några sådana föreskrifter har inte tagits fram.

Regionerna rapporterar mått på uppföljning av aktiviteter för att minska väntetiderna och ge vård inom vårdgarantin. Den inrapporterade datan återkopplas till regionerna i form av olika sammanställningar och rapporter, som utgör ett underlag för olika förbättringsarbeten inom vården. Via webbplatsen *Väntetider i vården* är siffrorna också publika och kan följas av profession och allmänhet. Väntetidsdatabasen är i stor utsträckning uppbyggd kring den författningsreglerade vårdgarantin och tidigare kömiljarden, vilket innebär att det i första hand är tidsgränserna i dem som mäts och följs upp.[28] Av regelverket framgår att det är regionerna som omfattas av rapporteringsskyldigheten.

Rapporteringen till väntetidsdatabasen behandlas i överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso-och sjukvården 2021* som ingåtts mellan SKR och staten.[29] Överenskommelsen avser medel till sådan hälso- och sjukvård som är offentligfinansierad, oavsett vem som utför dessa. Även offentligt finansierade privata aktörer ska därför kunna få ta del av medlen i enlighet med överenskommelsen, givet att juridiska förutsättningar finns, och medverka till att insatserna som framgår av överenskommelsen genomförs. Beroende på hur avtalen ser ut med de privata vårdgivarna skickar regionen de privata vårdgivarnas data till väntetidsdatabasen. Om regionen inte kan göra det kan de privata vårdgivarna själva skicka datan till SKR:s väntetidsdatabas.

Enligt Vård- och omsorgsanalys ingår de privata vårdgivarna i databasen om regionen har anmält enheten och om den har rätt förutsättningar att redovisa de efterfrågade uppgifterna.[30] Privat verksamhet som inte bedrivs på uppdrag av regionen rapporteras inte in till databasen.

Socialstyrelsen har haft i uppdrag av regeringen att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt följa och analysera väntetider i hälso- och sjukvården utifrån väntetidsdatabasen.[31]

[28] SKR:s hemsida och Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 113.
[29] I juli 2021 beslutades *Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*. Tilläggsöverenskommelsen kompletterar samt reviderar delar av överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021* som beslutades av parterna i december 2020.
[30] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 113.
[31] Socialstyrelsen 2020-12-7066.

Även Vård- och omsorgsanalys har på uppdrag av regeringen följt upp vårdgarantin och lämnade år 2015 rapporten *Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin* (Rapport 2015:5). I denna rapport ifrågasätter Vård- och omsorgsanalys statistikens tillförlitlighet mot bakgrund av hur registreringen genomförs. Vård- och omsorgsanalys föreslår att väntetidsdatabasen utvecklas på flera punkter och skriver att täckningsgraden behöver klargöras och kravet på privata vårdgivare bör stärkas.[32] I rapporten anges vidare att det inte finns något generellt krav på att privata aktörer ska rapportera till väntetidsdatabasen, utan det beror på hur avtalet med landstinget ser ut. Då privata vårdgivare är ett betydande inslag i svensk hälso- och sjukvård är det viktigt och rimligt att den privat utförda vården går att följa upp på samma sätt som offentligt utförd vård. Vård- och omsorgsanalys slutsats är att kravet på privata vårdgivare att rapportera behöver stärkas, och inte enbart vara betingat på enskilda avtal.[33]

Utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* föreslår en utökad rapportering avseende primärvården till väntetidsdatabasen.[34] I den proposition som följde på utredningen valde regeringen i stället att ge Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla uppföljningen av primärvården.[35] Det arbetet hos Socialstyrelsen har bl.a. lett fram till en delrapport om nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. I rapporten föreslås att patientregistret utvidgas med uppgifter om primärvården.[36]

Under år 2020 har en ny modell införts i rapporteringen till väntetidsdatabasen, som visar var, dvs. hos vilken vårdgivare, väntetiden har uppstått för den enskilda patienten. Det innebär att det beträffande patienter som t.ex. på grund av vårdgarantiavtal[37] har remitterats vidare till en annan vårdgivare går att följa väntetiden hos de olika vårdgivarna. Tidigare gick det endast att se patientens samlade väntetid.

Tillgänglighetsdelegationen lämnade i betänkandet SOU 2021:59 förslag som handlar om att utveckla och förbättra väntetidsdatabasen, se kapitel 4.1.1 och utredningens förslag i kapitel 13.10.

[32] Vård- och omsorgsanalys 2015:5, s. 144 f.
[33] Vård- och omsorgsanalys 2015:5, s. 145.
[34] SOU 2018:39, s. 298.
[35] Prop. 2019/20:164, s. 48 f.
[36] Socialstyrelsen 2021-2-7223.
[37] För mer om detta och andra sorters avtal, se kapitel 6.

7.8 Slutsatser och sammanfattning

I kapitlet har beskrivits att det råder stor brist på myndighetsdata som handlar om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Det har redogjorts för register och andra databaser som innehåller information om hälso- och sjukvården, men som saknar närmare information om privata sjukvårdsförsäkringar. Information som berör privata sjukvårdsförsäkringar kan behövas för olika syften och ha olika karaktär. Syftena kan handla om att det behövs data för forskning, för regionernas uppföljning och för IVO:s tillsyn. Karaktären på uppgifterna kan skifta från data på aggregerad nivå till individdata.

En av bristerna handlar om att det saknas officiell statistik om finansiering av hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar. Det saknas en nationell infrastruktur med information om hur mycket hälso- och sjukvård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar. Den data som finns hos SCB utgör en uppskattning utifrån premier och ingen exakt siffra.

En annan brist som utredningen har sett är att det saknas officiella data om vilka vårdgivare som utför vård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar och vilken vård det är som betalas med sjukvårdsförsäkringar. Det saknas information om nyttjandegraden, dvs. i vilken utsträckning de privata sjukvårdsförsäkringarna utnyttjas. Den typen av data kan vara viktig för regionernas uppföljning av de privata vårdgivarna och för IVO:s tillsyn. Utredningens ser även att det finns brister avseende information om patienters väntan på vård. T.ex. ingår inte väntetider till den privatfinansierade vården i den nationella väntetidsdatabasen.

8 Privata sjukvårdsförsäkringar och den etiska plattformen

8.1 Regionen och den privata vårdgivaren har ansvar för de offentligfinansierade patienterna

I detta kapitel analyseras den etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården, i betänkandet refererad till som den etiska plattformen.

Det finns även andra etiska regler inom hälso- och sjukvården. Flera värdepåståenden som är centrala för dagens medicinska etik och sjukvårdsetik relaterar till en mycket lång tradition, exempelvis från den grekiske läkaren Hippokrates (cirka år 400 f.Kr.) skrifter. En mer aktuell summering av de vanligaste medicinetiska avvägningarna ges av Beauchamp och Childress[1] som formulerat fyra inte rangordnade principer; att inte skada patienten, att låta patienten bestämma (autonomi), att eftersträva rättvisa, och att göra gott. Dessa principer (eller plikter) kan sällan uppfyllas helt och samtidigt, utan konkurrerar ofta med varandra, vilket är en utgångspunkt för den medicinetiska reflektionen. Prioriteringsfrågorna faller huvudsakligen in under principen om rättvisa (rättvis fördelning av begränsade resurser). Vårdprofessionernas internationella och nationella organisationer har i många fall utformat etiska regler där sådant som konfidentialitet och tystnadsplikt, saklighet och opartiskhet, att låta patientens medicinska behov styra vården oberoende av andra faktorer hos patienten, vanligen lyfts fram. Den medicinska etiken kan i vissa delar återfinnas i lagstiftningen.

Som beskrivs i kapitel 2 har utredningen tagit del av den förhållandevis omfattande debatten vad gäller privata sjukvårdsförsäkringar, bl.a. rörande privata sjukvårdsförsäkringar och den etiska

[1] Beauchamp och Childress (2001).

plattformen. Utredningen har inte bedömt det nödvändigt att sammanställa de olika åsikterna utan kan konstatera att det inte framkommer någon gemensam syn på etiska plattformen och förhållandet till privata sjukvårdsförsäkringar. Det är tydligt att det finns skilda åsikter i denna fråga. Vissa menar att privata sjukvårdsförsäkringar går att förena med den etiska plattformen.[2] Andra är av en annan uppfattning och menar att privata vårdgivare som tar emot både offentligfinansierade och privatfinansierade patienter inte följer hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Man menar att patienter med försäkringar ”går före i kön och får en gräddfil till vården” och ”får snabbare vård” och att privata försäkringar därför är i strid med behovs-solidaritetsprincipen i 3 kap. 1 § andra stycket HSL. Liknande kritik förs ibland fram mot regionerna i egenskap av huvudmän och att de inte ställer tillräckliga krav i avtalen med de privata vårdgivarna.[3]

I direktivet till utredningen[4] anges att den snabba utveckling där allt fler svenskar tecknar en privat sjukvårdsförsäkring och därigenom kan få förtur till vård riskerar urholka tilliten för hälso- och sjukvården. Vidare anges att utredningen ska lämna förslag som säkerställer att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar inte får snabbare tillgång till vård eller bättre vård i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården framför patienter utan sådana försäkringar.

I detta kapitel beskrivs regionens och den privata vårdgivarens ansvar för den offentligfinansierade vården och de offentligfinansierade patienterna. Diskussionen är framför allt intressant när den privata vårdgivaren bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård och har olika tidsgränser i avtalen att förhålla sig till. Den privata vårdgivaren är ansvarig för den vård som den utför. Även regionen har dock, i egenskap av huvudman, ansvar för den offentligfinansierade vården som utförs av den privata vårdgivaren.[5] IVO:s tillsynsansvar omfattar all vård, oavsett finansieringsform och

[2] Se t.ex. Svensk Försäkring: www.svenskforsakring.se/om-forsakring/myter-om-sjukvardsforsakring/myt-1/, (hämtad den 2 augusti 2021) och Vårdföretagarna: www.vardforetagarna.se/2019/12/apropa-forsakringspatienter-hos-privata-vardgivare/ (hämtad den 22 januari 2021).
[3] Se t.ex. Katalys (2020), s. 12.
[4] Dir. 2020:83.
[5] Även om en region överlämnar en viss uppgift som annars skulle ha utförts i egen regi åt en privat utförare har regionen kvar huvudmannaskapet och därigenom det övergripande ansvaret för verksamheten. Den närmare innebörden av regionens ansvar som huvudman beskrivs i kapitel 6.

drift, dvs. oavsett om det är en offentlig eller privat vårdgivare och oavsett om vården är offentligfinansierad eller privatfinansierad.

Beskrivningarna i kapitlet fokuserar framför allt på ansvaret utifrån den etiska plattformen som regleras i HSL och då särskilt på bestämmelsen om att ”den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården”. Anledningen till att utredningen fokuserar på behovs-solidaritetsprincipen är att diskussionen om privata sjukvårdsförsäkringar på senare tid fokuserat på den principen.[6] Behovs-solidaritetsprincipen utgör en av tre principer i den s.k. etiska plattformen. De övriga två är människovärdesprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.

Därutöver finns även andra viktiga grundläggande principer som gäller för all vård, dvs. för alla vårdgivare och oavsett finansieringsform, t.ex. bestämmelsen om en god hälsa och en vård på lika villkor. I kapitel 3 finns en närmare redogörelse för dessa bestämmelser.

Eftersom den etiska plattformen är reglerad i HSL kommer utredningens beskrivning av ansvaret, både regionens och vårdgivarens, ske genom att tillämpa sedvanlig juridisk metod. Utredningen går således först igenom vad som framgår direkt av lagstiftningen. Sedan beskrivs vad som anges i förarbetena till lagstiftningen i syfte att ta reda på hur lagstiftningen ska tolkas. Därefter diskuteras kring tillsynsmyndigheten IVO:s praxis om hur lagstiftningen ska tillämpas. Även andra myndigheters riktlinjer och rapporter m.m. som rör behovs-solidaritetsprincipen beskrivs, bl.a. Socialstyrelsen. Det förs ett resonemang om väntetider utifrån diskussionerna om vårdgarantin och den etiska plattformen. Även i kapitel 11 analyseras vårdgarantin men då utifrån frågan om undanträngningseffekter till följd av försäkringar. Kapitlet avslutas med slutsatser och sammanfattning.

I kapitel 11 beskrivs privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligfinansierad hälso- och sjukvård samt de undanträngningseffekter eller risker för sådana effekter som privata sjukvårdsförsäkringar har lett till eller kan leda till inom hälso- och sjukvården. Vissa av resonemangen i det kapitlet har kopplingar till frågan om förenligheten med behovs-solidaritetsprincipen, särskilt analysen om undanträngning.

[6] Se t.ex. utredningens direktiv, Dir. 2020:83.

8.2 Behovs-solidaritetsprincipen och den etiska plattformen

I detta avsnitt beskrivs hur frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar förhåller sig till behovs-solidaritetsprincipen utifrån vad som följer av lagstiftning, förarbeten, praxis och övriga rättskällor. Det som är intressant för denna utredning är framför allt situationer när privata vårdgivare tar emot både offentligfinansierade och privatfinansierade patienter och har olika väntetider utifrån vårdgarantin respektive tidsgränser i avtal att förhålla sig till.

Även om det i den allmänna debatten har fokuserats mycket på just behovs-solidaritetsprincipen är det inte möjligt att enbart titta på den principen. Behovs-solidaritetsprincipen är en integrerad del av den etiska plattformen och avsikten är att den ska ses som en helhet. Utredningens uppfattning är även att plattformens principer ses som en helhet i praktiken.

8.2.1 Riksdagsbeslut om etiska plattformen

De tre etiska principerna; människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen, utgör den etiska plattformen. De är beslutade av riksdagen och bildar grund för riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.[7]

I betänkandet som låg till grund för riksdagens beslut angavs bl.a. följande.

> Utskottet instämmer i de principer som enligt propositionen bör ligga till grund för prioriteringar inom vården nämligen människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Dessa principer utgör en etisk plattform. Utskottet ställer sig också bakom propositionens riktlinjer för prioriteringar vilka baseras på dessa etiska principer och exemplifieras med fyra breda prioriteringsgrupper. Vårdbehovet i varje enskilt fall måste enligt utskottet bedömas utifrån förutsättningarna i just det fallet. Såväl akuta som kroniska sjukdomar kan variera i svårighetsgrad från tid till annan hos samma patient och därmed vårdbehovet. Vården av en och samma sjukdom kan därför enligt utskottets uppfattning under olika stadier hamna i olika prioriteringsgrupper. Vilken diagnos eller sjukdom det är fråga om är inte det viktiga. Det avgörande är i stället tillståndet och vårdbehovet vid varje särskild tidpunkt. De riktlinjer som regeringen lägger fram i proposi-

[7] Prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186.

tionen och som utskottet ställer sig bakom låter sig inte förena med någon lista där vissa sjukdomar generellt prioriteras före andra.[8]

8.2.2 Lagtext om etiska plattformen

Människovärdes- och behovs-solidaritetsprincipen kom att ligga till grund för bestämmelsen i 3 kap. 1 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, med följande formulering: ”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”. Kostnadseffektivitetsprincipen är reglerad i 4 kap. 1 § HSL där det anges att ”Offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet”. Den principen är underordnad de båda andra principerna.[9]

8.2.3 Förarbeten m.m. om etiska plattformen

Etiska plattformen

Den etiska plattformen infördes 1997 i den tidigare hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Till grund för lagstiftningen låg Prioriteringsutredningens betänkande *Vårdens svåra val* (SOU 1995:5). En huvuduppgift för Prioriteringsutredningen var att överväga vilka etiska principer som bör ligga till grund för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Centralt för utredningen var hur målet om en god hälsa och vård på lika villkor för alla skulle kunna klaras av utan att nya resurser tillförs vårdområdet i den takt som gällt tidigare. Bedömningen var därför att frågan om prioriteringar under 1990-talet skulle komma att bli än mer central i debatten om sjukvården än den varit hittills. I direktiven angavs bl.a. att utredningen ska diskutera vad som bör vara hälso- och sjukvårdens ansvarsområde, vad den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården ska stå för och vad den enskilde patienten själv bör betala.[10]

[8] Bet. 1996/97:SoU14; sammanfattning.
[9] Prop. 1996/97:60, s. 21.
[10] Dir. 1992:8.

De allmänna riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården kallas också prioriteringsplattformen och består av tre grundläggande etiska principer.

- Människovärdesprincipen, dvs. alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- Behovs-solidaritetsprincipen, dvs. att resurser ska fördelas efter behov.
- Kostnadseffektivitetsprincipen, dvs. att en rimlig relation mellan kostnader och effekter, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, bör eftersträvas vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder. Kostnadseffektivitetsprincipen bör tillämpas först sedan de andra två använts.[11]

Som skäl för att införa den plattform som gäller i dag uttalade regeringen följande:

> Denna etiska plattform innebär ingen ändring av den grundläggande inriktningen av svensk hälso- och sjukvård utan är snarare en förstärkning och fördjupning av den svenska hälso- och sjukvårdens grundtema, en god vård på lika villkor för hela befolkningen. Principerna ansluter således nära till de värderingar och förhållanden som i dag gäller inom hälso- och sjukvården.
>
> Principerna kan synas självklara, men det är ändå viktigt att de formuleras. Att principerna innehåller grundläggande värderingar som redan i dag till stor del genomsyrar vården innebär inte att det är onödigt att de läggs fast. Att just dessa tre principer blir vägledande för prioriteringsbeslut i vården innebär samtidigt att vissa andra grunder för prioriteringar förkastas eller anses mindre lämpliga som grund för prioriteringar.
>
> Det går inte att ge någon detaljerad vägledning eller några enkla handlingsregler för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Oklara och svårbedömda situationer kommer alltid att finnas. Genom den etiska plattformen finns emellertid förutsättningar för klarare och mer medvetna ställningstaganden. Den anger ett allmänt förhållningssätt i prioriteringssituationer. Till sist ligger ansvaret på alla dem som har att fatta beslut om prioriteringar som rör hälso- och sjukvården. Den etiska

[11] Prop. 1996/97:60, s. 18 ff.

> plattformen anger då en inriktning, ett sätt att med hjälp av etiska överväganden resonera sig fram till ställningstaganden.[12]

Prioriteringsutredningen betonade att principerna är rangordnade och kan komma i konflikt med varandra. Då anger människovärdesprincipen den grundläggande yttre ramen för prioriteringar, att behovs-solidaritetsprincipen styr flertalet prioriteringar och att kostnadseffektivitetsprincipen endast kommer till användning i särskilda situationer.[13] Rangordningen är dock föremål för diskussion bland forskare och andra aktörer, där framför allt kostnadseffektivitetsprincipens roll har debatterats.[14]

Prioriteringsutredningen resonerade även kring andra principer men de föreslogs inte att ingå i plattformen.[15]

Människovärdesprincipen

Den högst rankade principen är människovärdesprincipen. Regeringen uttalade i förarbetena att ”hela vårt demokratiska styrelseskick är uppbyggt kring föreställningen om alla människors lika värde. Det är därför naturligt att människovärdesprincipen som är grundläggande för hela samhället också är den viktigaste principen inom hälso- och sjukvården.”[16]

Principen anger att alla människor har samma mänskliga rättigheter och samma rätt att få dem respekterade. Ingen människa är i detta avseende förmer än någon annan. Hälso- och sjukvården får inte prioritera sina insatser utifrån människors personliga egenskaper eller funktion i samhället. Olika faktorer som begåvning, social ställning, inkomst, ålder m.fl. får inte inverka på de val som

[12] Prop. 1996/97:60, s. 19.
[13] SOU 1995:5, s. 121.
[14] Se exempelvis Läkartidningen 2018;115:E4EH och Läkartidningen 2018;115:E6DU.
[15] Se SOU 1995:5, s. 121 ff. Det handlade om:
• *Nyttoprincipen* med en innebörd att det som gör störst nytta för flest människor ska väljas.
• *Lotteriprincipen* som kan definieras som att alla människor bör ha lika stor chans att få del av sjukvårdens resurser. Räcker inte dessa får man låta slumpen avgöra.
• *Efterfrågeprincipen* med innebörd att man bör satsa på det som är mest efterfrågat. Vanligen sammanfaller efterfrågan och behov. Utredningen ville att efterfrågan beaktas först sedan de av utredningen tre fastslagna principerna tillgodosetts.
• *Självbestämmandeprincipen*. God vård innebär bl.a. respekt för patientens självbestämmande och integritet. Patienten har rätt att avstå från eller avbryta en behandling. En patient har däremot inte rätt att få en behandling, som strider mot vetenskap och beprövad erfarenhet och inte heller att få en viss typ av undersökning eller remiss till sådan. Det kan därvid uppstå en konflikt mellan prioriteringar och självbestämmande.
[16] Prop. 1996/97:60, s. 20.

hälso- och sjukvården gör. Människovärdesprincipen anger att prioriteringar inte får göras på basis av personliga egenskaper, ålder och ställning i samhället. Denna princip räcker därför inte som urvalskriterium. Om alla har lika värde och lika rätt men resurserna är begränsade, kan inte alla få vad de egentligen har rätt till. Ett urval utifrån behov måste då göras.[17]

Behovs-solidaritetsprincipen

I propositionen uttalades att människovärdesprincipen inte är tillräcklig som grund för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Detta hänger samman med att om alla har lika värde och lika rätt men resurserna är begränsade kan inte alla få vad de egentligen har rätt till. För att komma till rätta med denna problematik utan att komma i konflikt med människovärdesprincipen finns behovs-solidaritetsprincipen. Den beskrivs på följande sätt i förarbetena:

> För att i en prioriteringssituation kunna avgöra vilka som ska få vård krävs något mer än människovärdesprincipen. Utredningen har föreslagit att behovs-solidaritetsprincipen, tillsammans med människovärdesprincipen, ska ligga till grund för prioriteringar. Utredningen har formulerat det som att ”resurserna skall satsas på de områden (verksamheter, individer) där behoven är störst”. När verksamheter tas upp avses alltså mer övergripande och politiska prioriteringar och när individer tas upp avses dess tillämplighet vid kliniska prioriteringar.[18]

I propositionen uttalas vidare att:

> Behovs-solidaritetsprincipen är sedan lång tid förankrad i svensk hälso- och sjukvård. Solidaritet innebär inte bara lika möjligheter till vård utan också en strävan att utfallet av vården skall bli så lika som möjligt, dvs att alla skall nå bästa möjliga hälsa och livskvalitet. Solidaritet innebär också att särskilt beakta behoven hos de svagaste. Hit hör bl.a. barn, åldersdementa, medvetslösa och andra som av olika skäl kan ha svårt att kommunicera med sin omgivning. Människor som inte kan ta tillvara sina rättigheter har samma rätt till vård som andra.
>
> Innebörden av behovs-solidaritetsprincipen är att om prioriteringar måste ske bland effektiva åtgärder, skall mer av vårdens resurser ges till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten. Detta gäller även om konsekvenserna då kan bli att alla inte får sina behov tillgodosedda. Skälet att använda denna princip är att

[17] SOU 2001:8, s. 33.
[18] Prop. 1996/97:60, s. 19.

> den har nära anknytning till den grundläggande humanitära motiveringen för vården. Hur stort behovet är beror av sjukdomens svårighetsgrad, men sannolikt också av dess varaktighet.[19]

Kostnadseffektivitetsprincipen

Principen om kostnadseffektivitet innebär att vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör hälso- och sjukvården eftersträva en rimlig relation mellan kostnader i form av insatta resurser av olika slag och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet. Principen är underordnad människovärdesprincipen och behovssolidaritetsprincipen.[20]

När riksdagen beslutade om att ställa sig bakom regeringens riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården uttalades att kostnadseffektivitetsprincipen bör tillämpas först sedan människovärdesprincipen och behovs-solidaritetsprincipen använts.[21]

Kostnadseffektivitetsprincipen finns reglerad i 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, där det står att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Av förarbetena till den bestämmelsen blir det tydligt att den bestämmelsen inte gäller för helt privatfinansierad verksamhet. Det uttrycks på följande sätt i propositionen.

> Det finns inte något särskilt skäl till att krav på kostnadseffektivitet ska eller kan ställas beträffande helt privat finansierade verksamheter. I den mån en verksamhet tillhandahåller hälso- och sjukvård som finansieras via både offentliga och icke-offentliga medel bör den delen av verksamheten som är offentligt finansierad omfattas av bestämmelsen.[22]

I propositionen från när den etiska plattformen antogs, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*, uttalade regeringen att:

> En tillämpning av kostnadseffektivitetsprincipen vid fördelning av resurser för vård av olika sjukdomar försvåras av att effekterna inte alltid går att jämföra på ett rättvisande sätt. Därför bör kostnadseffektivitets-

[19] Prop. 1996/97:60, s. 19 f.
[20] Prop. 1996/97:60, s. 20.
[21] Bet. 1996/97:SoU14.
[22] Prop. 2016/17:43, s. 96.

> principen endast tillämpas vid jämförelse av metoder för behandling av samma sjukdom.[23]

I propositionen tog regeringen upp att flera remissinstanser haft synpunkter på kostnadseffektivitetsprincipen. De flesta instämde med utredningens förslag till rangordning av principerna. Flera remissinstanser pekade dock på att minskade ekonomiska ramar för hälso- och sjukvården kommer att påverka möjligheterna att tillgodose behov och att kostnadseffektivitetsprincipen i det praktiska arbetet skulle kunna få en större vikt än vad utredningen förutsåg. Som svar på kritiken uttalade regeringen följande.

> Vi är medvetna om att de förhållanden som flera instanser pekat på i dag är en realitet i många landsting. Kravet på kostnadseffektivitet har således fått en annan tyngd än tidigare. Vi menar dock att det är angeläget att skilja på kostnadseffektivitet när det gäller behandling av enskilda patienter och när det gäller sjukvårdens verksamhet i stort. En kostnadseffektivitetsprincip som gäller val mellan olika åtgärder för den enskilda patienten måste tillämpas som utredningen föreslår och vara underordnad principerna om människovärde och behov-solidaritet. [24]

Kostnadseffektivitetsprincipen diskuteras fortsatt aktivt, bl.a. avseende den betydelsen den har fått inom Tandvårds- och läkemedelsverkets och NT-rådets (rådet för nya terapier) verksamhetsområde angående prioriteringsbeslut avseende läkemedel och medicintekniska produkter.[25]

Prioriteringar inom hälso- och sjukvården

Prioriteringar är intimt sammanknippade med den etiska plattformen. I Prioriteringsutredningen som föregick införandet av den etiska plattformen beskrivs prioriteringar på följande sätt.

> Ordet prioritera betyder att sätta före. Det som är viktigt eller angeläget går före det som är mindre viktigt eller mindre angeläget. Prioritering innebär att något väljs och något annat väljs bort eller senareläggs.

[23] Prop. 1996/97:60, s. 20.
[24] Prop. 1996/97:60, s. 20.
[25] Se t.ex. Läkartidningen 2018;115:E4EH och Läkartidningen 2018;115:E6DU. Se även Vård- och omsorgsanalys 2020:7, s. 93 f.

Inom sjukvården skiljs på två typer av prioriteringar:

- prioritering genom val mellan medicinska åtgärder där hänsyn till patientens behov – inte primärt kostnaden – är vägledande
- prioritering på grund av brist på resurser.

Den förstnämnda typen av prioritering kan lyfta fram viktiga och svåra frågor men väcker sällan allmän debatt. Prioritering av resursskäl aktualiserar svåra etiska problem och en rad frågor som är av allmänt intresse; t.ex. på vilka grunder, hur och av vem prioriteringar beslutas. Gränsen mellan de två typerna av prioriteringar är dock flytande. De kan också kombineras med varandra och resursbrist kan påverka valet av medicinska åtgärder.[26]

Vidare tog prioriteringsutredningen upp följande.

Prioriteringar av resursskäl har alltid gjorts och kommer alltid att behöva göras inom vården. De kan ske dolt eller öppet, med eller utan angivande av grunder, mer eller mindre medvetet. Behovet av prioriteringar blir tydligare och prioriteringarna svårare när gapet ökar mellan patienternas behov och tillgängliga resurser.[27]

Prioriteringsutredningen tog också upp följande om alternativ till prioriteringar.

Gapet mellan behov och resurser kan hanteras på flera sätt. Det kan ske genom rationalisering och effektivisering, tillskott av resurser, snävare avgränsning av hälso- och sjukvårdens ansvar, kvalitetsförsämringar och prioriteringar. Gränserna mellan de olika åtgärderna är flytande och ofta kompletterar de varandra.[28]

Regeringen uttalade även i propositionen att de val av olika slag som görs i hälso- och sjukvården alltid grundar sig på värderingar av något slag. När alla vårdbehov inte kan tillgodoses måste en mer öppen diskussion föras som gör prioriteringsgrunderna klara. De värderingar som styr såväl tillgången till hälso- och sjukvård som de prioriteringar som sker måste i princip kunna delas av flertalet i befolkningen. Nödvändiga prioriteringar måste uppfattas som rimliga och rättfärdiga. Denna demokratiska förankring är viktig inte minst for att kunna vidmakthålla förtroendet för vården.[29]

[26] SOU 1995:5, s. 45 f.
[27] SOU 1995:5, s. 46.
[28] SOU 1995:5, s. 48.
[29] Prop. 1996/97:60, s. 13.

Prioriteringar på olika nivåer

Prioriteringar inom hälso- och sjukvården är av flera slag och sker på olika nivåer. Det kan gälla prioritering på statlig nivå, på region- eller kommunnivå, sjukvårdsområdesnivå eller på individnivå. Prioriteringsutredningen gjorde en indelning i politisk/administrativ nivå och klinisk nivå. Den politisk/administrativa prioriteringen tar sig uttryck i beslut om resursfördelning, medan beslut som rör en enskild patient fattas inom ramen för hälso- och sjukvårdspersonalens professionella ansvar.[30]

På den kliniska nivån avgörs dels vilka enskilda patienter som ska få behandling, dels val av behandlingsmetod etc. för den enskilda patienten. Prioriteringen blir då i hög grad beroende av hur läkaren och övrig sjukvårdspersonal i samråd med patienten bedömer hens behov. Här förekommer också val av metoder och fördelning av resurser till särskilda grupper.[31]

Vertikala och horisontella prioriteringar

Prioriteringar som görs mellan olika verksamheter eller mellan olika sjukdomsområden kallas horisontella. Dessa är i allmänhet inriktade på gruppnivå och inte individinriktade. Besluten rör resursfördelning mellan olika verksamhetsområden och mellan stora sjukdomsgrupper, t.ex. mellan öppen och sluten vård eller mellan njursjukvård och ögonsjukvård. Denna typ av prioritering görs huvudsakligen i det politiska systemet, dvs. det är i första hand politikerna som fattar beslut om avvägningen mellan verksamhetsområden. En satsning på viss verksamhet innebär i många fall att resurser till en annan verksamhet minskar.[32]

Med vertikal prioritering avses val inom ett diagnos- eller sjukdomsområde. Sådan prioritering handlar om hur vården ska utformas, enligt vilka principer enskilda patienter och patientgrupper ska få vård och val av insats för en enskild patient. Denna typ av prioritering görs ofta av personalgrupperna och besluten fattas huvudsakligen inom ramen för personalens eget ansvar eller med stöd av Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Den vertikala prioriteringen på-

[30] Prop. 1996/97:60, s. 28.
[31] Prop. 1996/97:60, s. 28.
[32] SOU 2001:8, s. 37.

verkas givetvis av hur den horisontella görs, dvs. vilken inriktning det politiska systemet vill ge verksamheten och hur mycket resurser som avsätts. Ansvaret för prioriteringsprinciperna och prioriteringen i det enskilda fallet är dock i huvudsak en fråga för de medicinskt verksamma yrkesgrupperna.[33]

Prioriteringsgrupper och riktlinjer för prioritering

Utöver den etiska plattformen tog Prioriteringsutredningen även fram riktlinjer för prioriteringar genom att lista olika prioriteringsgrupper, rangordna dessa, samt exemplifiera och resonera kring vad som skulle ingå i varje grupp. Grupperingen bygger på den etiska plattformen. Regeringen fastslog följande grupper:[34]

Prioriteringsgrupp I

- Vård av livshotande akuta sjukdomar
- Vård av svåra kroniska sjukdomar
- Palliativ vård och vård i livets slutskede
- Vård av människor med nedsatt autonomi

Prioriteringsgrupp II

- Prevention
- Habilitering/rehabilitering

Prioriteringsgrupp III

- Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar
- Ofrivillig barnlöshet, uttalad kortväxthet samt vissa psykiska besvär och personlighetsdrag

Prioriteringsgrupp IV

- Vård av andra skäl än sjukdom eller skada

[33] SOU 2001:8, s. 38.
[34] Prop. 1996/97:60, s. 30.

Prioriteringsgrupperna är tänkta att användas som underlag för beslut både vad gäller politisk/administrativ nivå och klinisk nivå. Det är inte så att behoven behöver täckas helt inom en prioriteringsgrupp innan resurser läggs på en lägre grupp. Däremot ska behovstäckningen i högre prioriteringsgrupper vara högre än i lägre prioriteringsgrupper.

Riksdagens socialutskott uttalade följande i samband med att den etiska plattformen beslutades.

> Utskottet ställer sig också bakom propositionens riktlinjer för prioriteringar vilka baseras på dessa etiska principer och exemplifieras med fyra breda prioriteringsgrupper. Vårdbehovet i varje enskilt fall måste enligt utskottet bedömas utifrån förutsättningarna i just det fallet. Såväl akuta som kroniska sjukdomar kan variera i svårighetsgrad från tid till annan hos samma patient och därmed vårdbehovet. Vården av en och samma sjukdom kan därför enligt utskottets uppfattning under olika stadier hamna i olika prioriteringsgrupper. Vilken diagnos eller sjukdom det är fråga om är inte det viktiga. Det avgörande är i stället tillståndet och vårdbehovet vid varje särskild tidpunkt. […] De riktlinjer som regeringen lägger fram i propositionen och som utskottet ställer sig bakom låter sig inte förena med någon lista där vissa sjukdomar generellt prioriteras före andra.[35]

Dessa prioriteringsgrupper har kommit att ifrågasatts av olika aktörer utifrån att man inte i tillräcklig grad tagit hänsyn till att tillstånd som omfattas av de olika grupperna kan variera i svårighetsgrad men även att olika åtgärder som ska vidtas mot dessa grupper (beroende på vilken patientnytta eller kostnadseffektivitet de har) bör prioriteras olika.[36]

Regeringen förutsatte att Socialstyrelsen skulle ta fram allmänna råd på området i enlighet med riktlinjerna.[37] Utredningen är av uppfattningen att så också har skett för vissa områden, se mer i kapitel 8.4.

Vid Linköpings universitet tillskapades Prioriteringscentrum, som är ett nationellt kunskapscentrum för prioriteringar inom vård och omsorg. Vid centrumet arbetar man med forskning och utbildning om prioriteringar inom vård och omsorg. Centrumet fungerar också som ett kunskapsstöd för regioner, kommuner, myndigheter och kliniska verksamheter gällande prioriteringar. Centrumet bildades år 2001 på uppdrag av dåvarande Nationella rådet för vårdpolitik,

[35] Bet. 1996/97:SoU14; sammanfattning.
[36] SOU 2019:29, s. 41 f.
[37] Prop. 1996/97:60, s. 38.

ett samarbetsorgan mellan Socialdepartementet, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet, och ingick då organisatoriskt som en del i Landstinget i Östergötland. Huvudfinansiärer i dag är Socialdepartementet, Region Östergötland och Linköpings universitet.

År 2006 enades, på initiativ av Socialstyrelsen och Prioriteringscentrum, ett flertal aktörer inom svensk hälso- och sjukvård och regioner kring en modell för att tolka och tillämpa den etiska plattformen för prioriteringar på gruppnivå. Ambitionen var att skapa en gemensam begreppsapparat och struktur, för att kunna göra rangordningar på mer likartade grunder. Modellen, som kom att kallas *Modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård*, är tänkt att vara ett stöd i diskussioner kring vad som enligt den etiska plattformen ska tas hänsyn till vid rangordning av olika hälsotillstånd och dess åtgärder. Modellen bygger på att olika tillstånd kombinerat med olika åtgärder bedöms och rangordnas.[38]

Vid Prioriteringscentrum har det publicerats en rad rapporter genom åren, bl.a. rapporten *Vilken vägledning ger den etiska plattformen för prioriteringar i konkreta prioriteringssituationer?*[39] från 2015 som tas upp nedan.

Särskilt om den etiska plattformen och privat driven och finansierad vård

Utredningen har undersökt vilka uttalanden som återfinns i förarbetena till HSL angående frågan om privata sjukvårdsförsäkringar och den etiska plattformen. Utredningen har funnit det vara av intresse att även beskriva uttalanden om privat finansiering i stort, dvs. t.ex. genom att patienter betalar kontant för vården. Även förarbetsuttalanden om privata vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av regionen, dvs. offentligfinansierad vård, är av intresse att beskriva.

SOU 1995:5 – Vårdens svåra val

Prioriteringsutredningen uttalade att ”utredningens uppfattning är att all offentligt finansierad verksamhet oavsett om vårdgivaren är offentlig eller privat – skall omfattas av allmänt accepterade riktlinjer

[38] Prioriteringscentrum 2019:1, s. 14.
[39] Prioriteringscentrum 2015:3.

för prioriteringar som fastställts av samhället”.[40] Utredningen uttalade vidare att:

> Utredningen anser att det i princip inte är acceptabelt att en patients vilja och förmåga att själv betala sin hälso- och sjukvård får ha inflytande på väntetidens längd eller vårdens medicinska kvalitet inom den gemensamt finansierade vården, vare sig den sker i offentlig eller privat regi. Samtidigt kan samhället knappast förbjuda den som så önskar att helt på egen bekostnad komma i åtnjutande av vård även om den omfattar mindre motiverade eller onödigt dyra åtgärder. Det ankommer på tillsynsmyndigheten att övervaka kvaliteten av all vård och att vid behov ingripa, bl.a. med stöd av de lagändringar som utredningen föreslår.[41]

I betänkandet påpekades det, i samband med en genomgång av olika styr- och finansieringssystems effekter på prioriteringar, att valfriheten har ökat på senare år på så sätt att patienternas rätt att välja vårdgivare har ökat men att det finns skillnader mellan olika regioner. Det finns positiva effekter kring detta men också oönskade konsekvenser av den utökade valfriheten. T.ex. kan läkarna väntas bli mer benägna att gå med på undersökningar, provtagningar, remisser etc. som efterfrågas av aktiva och krävande patienter, men som man egentligen anser har ett begränsat medicinskt värde. Det förekommer också att en vårdgivare (sjukhus) får olika ersättningar för patienter från olika landsting eller beställarenheter.[42]

I övrigt saknas i betänkandet diskussioner kring privat vård och då särskilt den privatfinansierade vården.

Prop. 1996/97:60 – Prioriteringar inom hälso- och sjukvården

I propositionen uttalade regeringen bl.a. att ”prioriteringar av enskilda patienter kan aldrig ske efter i förväg fastställda mallar eller kriterier. Varje fall är unikt och måste bedömas utifrån den enskilde patientens behov och de unika förutsättningarna i just den situationen, men med vägledning av genomtänkta etiska grundprinciper.”[43]

Vidare uttalade regeringen att:

> Tillämpningen av de etiska principerna kan komma att skilja sig åt mellan de olika sjukvårdshuvudmännen. Även om synen på prioriteringarna vore enhetlig kvarstår det faktum att olika huvudmän har olika ekono-

[40] SOU 1995:5, s. 72.
[41] SOU 1995:5, s. 132.
[42] SOU 1995:5, s. 62.
[43] Prop. 1996/97:60, s. 11.

> miska förutsättningar. Även om patientgrupperna skulle rangordnas på samma sätt kommer behovstäckningen att variera över landet. Variationer mellan sjukvårdshuvudmännen är i och för sig ingen ny företeelse, men i en situation med knappa resurser blir konsekvenserna mer uppenbara. Det är emellertid varje enskild huvudmans ansvar att under iakttagande av de grundläggande etiska principerna planera och genomföra sin hälso- och sjukvård utifrån lokala förutsättningar.[44]

På temat privatfinansierad vård uttalade regeringen följande.

> En patients vilja och förmåga att själv direkt betala sin hälso- och sjukvård är en annan prioriteringsgrund som kan komma i konflikt med människovärdesprincipen och behovs-solidaritetsprincipen. I princip bör en persons betalningsförmåga inte få påverka väntetidens längd eller vårdens grundläggande kvalitet inom ramen för den helt eller delvis offentligt finansierade sjukvården. Att ta hänsyn till en persons sociala funktion vid prioritering inom vården skulle vara helt oförenligt med principen om allas lika värde. Ansvarsförhållanden, ekonomiska förhållanden, ställning i samhället etc. skall därför inte utgöra grund för prioritering.[45]

Regeringen uttalade vidare att:

> En förutsättning för ett fortsatt starkt stöd för en hälso- och sjukvård som är solidariskt finansierad och vänder sig till alla är att det finns en förståelse för de prioriteringar som är nödvändiga och efter vilka principer dessa görs. Det krävs en bred och öppen demokratisk debatt där allmänheten, patienter, den medicinska professionen och politiker deltar. Den fortsatta processen med att sprida information och underlätta förståelsen för beslut om prioriteringar i vården är en angelägen uppgift.[46]

Angående Socialstyrelsens tillsynsansvar uttalade regeringen att ”en av Socialstyrelsens främsta uppgifter är att utöva tillsyn över hälso- och sjukvården i landet genom att följa upp och utvärdera den verksamhet som landsting, kommuner och enskilda vårdgivare bedriver.”[47]

[44] Prop. 1996/97:60, s. 42.
[45] Prop. 1996/97:60, s. 25.
[46] Prop. 1996/97:60, s. 41.
[47] Prop. 1996/97:60, s. 42.

SOU 2001:8 – Prioriteringar i vården – Perspektiv för politiker, profession och medborgare

Prioriteringsdelegationen fick i uppdrag att följa upp riksdagens beslut om prioriteringar i hälso- och sjukvården. Delegationen skulle sprida information och kunskap om riksdagens riktlinjer och stimulera till diskussion om etik och prioriteringar. Den hade också till uppgift att utveckla metoder för uppföljning och att värdera effekterna av riktlinjerna. Delegationen hade dock inte som uppdrag att lägga förslag till förändringar.

I betänkandet saknas i stort sett fördjupade diskussioner om den privatfinansierade vårdens förhållande till den etiska plattformen. I betänkandet drog delegationen dock en rad slutsatser, av vilka följande kan lyftas fram särskilt som intressanta även i dag.

- Riksdagen har beslutat om riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården. Ytterst åvilar det riksdag och regering att se till att riktlinjerna följs.
- Huvudansvaret för att föra prioriteringsprocessen vidare vilar på regionerna.
- Socialstyrelsen har i sin tillsynsfunktion en uppgift i att bevaka att riksdagsbeslutet efterlevs och att prioriteringsprocessen intensifieras.
- Det behövs en fördjupad diskussion kring huruvida det offentliga åtagandets gränser inom hälso- och sjukvården bör förändras. Ansvaret för att en sådan diskussion initieras vilar främst på de politiska partierna samt på riksdag och regering.
- Utvecklingsarbetet måste intensifieras för att få fram relevanta och jämförbara mät- och uppföljningsdata.

Prioriteringsdelegationen uttalar också att behovs-solidaritetsprincipen förefaller vara den av de tre principerna som innehåller störst grad av komplexitet. Vidare uttalas att i lagstiftningen har principen givits den innebörden att den eller de som har de största behoven ges företräde till vården. Delegationen skriver att principen alltså fungerar både som ett principiellt verktyg att fördela resurser då dessa inte

räcker till allt åt alla och att vara vägledande i det direkta vårdarbetet.[48]

I en bilaga till betänkandet, skrivet av överdirektören vid Socialstyrelsen Nina Rehnqvist, problematiseras det bl.a. kring behovssolidaritetsprincipen. Rehnqvist skriver att principen är problematisk när det gäller resursfördelning i vården och när det gäller innehållet i riktlinjer för vården, men att den däremot är till stor hjälp när det gäller val av områden för vilka kliniska riktlinjer bör tas fram, när evidensen för olika åtgärder finns.

Nina Rehnqvist tar vidare upp följande som får sägas ha bäring på principens förhållande till den privatfinansierade vården.

> Om behovsbeskrivningen och graderingen är svår, så är solidaritetskravet kanske ännu svårare att uppfylla. De med lägre behov skall visa solidaritet med dem som har större behov och avstå från resursanspråk. Här blir det då frågan om dels vad det allmänna eller den solidariskt finansierade vården skall stå för, dels hur de personalresurser som de facto finns används. Det vill säga även en privat finansierad vård tär på de, åtminstone för närvarande, begränsade personalresurserna och kompetensen. Återigen har de med större förmåga att tala för sig ett försprång. Det kanske märks särskilt tydligt i omsorgen. Att omprioritera kompetent personal från annan vård till omsorgen kräver både skicklighet och politiskt mod. Å andra sidan får man väl närmast kalla det avundsjuka, när man ser ogint på att vissa i verkligheten har större ekonomisk förmåga att skaffa sig det de vill ha även i form av vård och omsorg, fastän det inte går ut över någon annan.[49]

Prop. 2000/01:36 – Sjukhus med vinstsyfte

Propositionen *Sjukhus med vinstsyfte* låg till grund för lagen (2000:1440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan, som gällde åren 2001 och 2002. I propositionen uttalade regeringen följande om den etiska plattformen och kopplingen till privat vård.

> I propositionen Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) framhålls betydelsen av ökad mångfald av vårdgivare och det önskvärda i att sjukvårdshuvudmännen i större utsträckning tecknar vårdavtal med privata, kooperativa och ideella vårdgivare i den öppna vården. Samtidigt som denna utveckling uppmuntras är det enligt regeringens uppfattning viktigt att inte kommersiella intressen tillåts ta överhanden och försvåra möjligheten att upp-

[48] SOU 2001:8, s. 107.
[49] SOU 2001:8, s. 161 f.

> rätthålla de grundläggande principerna för en allmän hälso- och sjukvård. Grunden skall bevaras. Hälso- och sjukvården ska vara demokratiskt styrd, solidariskt finansierad och ges utifrån behov.[50]

Vidare uttalades följande.

> Det finns inte något sätt att slippa prioritera. Frågan gäller endast vilka prioriteringar som skall göras. Det är desto viktigare att tillämpa prioriteringskriterierna på ett systematiskt, öppet och tydligt sätt. Det är särskilt viktigt att även under 2000-talet garantera att de förbättrade behandlingsmöjligheter som ligger i den medicinska och medicintekniska utvecklingen fördelas efter behov, inte minst till den växande gruppen äldre. Någon bättre garanti för att detta ska ske än en fortsatt solidarisk finansiering av vården finns inte. Inte heller finns skäl att ompröva de svenska akutsjukhusens hittillsvarande driftsformer. Det är viktigt att inte låta dagens tillgänglighetsproblem, som delvis har sin grund i en obalans mellan öppen och sluten vård, föranleda framväxten av ett nytt hälso- och sjukvårdssystem.[51]

SOU 2003:23 – Vårda vården – samverkan, mångfald och rättvisa

Betänkandet *Vårda vården – samverkan, mångfald och rättvisa* låg till grund för det tillägg som gjordes i den dåvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och som gällde åren 2006–2007. Av dessa bestämmelser framgick att det beträffande vård som gavs vid sjukhus och där driften överlämnats från regionen till en privat vårdgivare, skulle framgå av regionens avtal, att den vården uteslutande skulle bedrivas med offentlig finansiering och vårdavgifter. Utredningen uttalade då följande om den etiska plattformen och kopplingen till privat vård.

> Hälso- och sjukvården i Sverige skall vara solidariskt finansierad, tillgänglig för alla och fördelad efter behov. Oberoende av drifts- och ägarformer skall samma etik ligga till grund för prioriteringar och andra medicinsk-etiska avvägningar inom hela vården. De etiska utgångspunkter som lagts till grund för hälso- och sjukvårdens prioriteringar och för medicinsk-etiska ställningstaganden bör också vägleda beslut om organisation, drifts- och ägarformer.[52]

[50] Prop. 2000/01:36, s. 5.
[51] Prop. 2000/01:36, s. 6 f.
[52] SOU 2003:23, s. 75 f.

Vidare uttalades följande.

> Vinst är en stark drivkraft som inom vården kan bidra till utveckling och effektivare vårdformer. Vinst som resultat av effektivare processer, bättre behandlingsmetoder, ökad motivation och större delaktighet är inget hot mot de grundläggande målen om vård efter behov och på lika villkor. De kan i stället genom sina exempel bidra till förändringar och nya arbetssätt som gynnar alla. Vinstmotiv i vården kan emellertid också leda till att prioriteringar överges, till överdriven vård och behandling eller till att förebyggande hälsovård tonas ner till förmån för mer intäktsgivande behandlingar. Olika former för ägandet har också inverkan. För en verksamhet, som ägs av personal som dagligen möter patienterna, vävs drivkrafter samman på annat sätt än för placeraren på börsen som mer renodlat värderar verksamheten i form av värdetillväxt och avkastning. Med en offentligt finansierad vård har huvudmännen stora möjligheter att påverka de ekonomiska drivkrafterna och vinstsyftets inverkan. Klokt utformade regelverk och modeller för ersättning kan begränsa och tygla de ekonomiska drivkrafterna så att de främst gagnar patienter och samhället i stort.[53]

Prop. 2004/05:145 – Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus

I propositionen som föranledde det tillägg som gjordes i den dåvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och som gällde åren 2006–2007 uttalade regeringen följande om den etiska plattformen och privat vård.

> Regeringens utgångspunkt är att den svenska hälso- och sjukvården även fortsättningsvis skall vara demokratiskt styrd, solidariskt finansierad, ges på lika villkor och efter behov. För att dessa mål skall kunna upprätthållas samtidigt som alternativa driftsformer skall kunna verka, framstår det enligt regeringens mening som nödvändigt att genom lag reglera vilka villkor som skall gälla när landstingen överlämnar driften av hälso- och sjukvård vid centrala vårdinrättningar som sjukhus till entreprenörer. En risk finns annars för att en intressekonflikt uppstår mellan marknadens aktörer och vårdbehövande, där ekonomiska resurser och ekonomiskt vinstintresse går före de medicinska behoven. Regeringen anser att vårdsystemets resurser och insatser skall fördelas efter de medicinska behoven och inte efter individers eller gruppers betalningsförmåga och privata entreprenörers vinstintressen. Att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården framgår av 2 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och gäller all vård, oavsett om den bedrivs vid sjukhus eller inte.[54]

[53] SOU 2003:23, s. 187.
[54] Prop. 2004/05:145, s. 9.

Vidare uttalade regeringen att ”hälso- och sjukvård också kan bedrivas helt i privat regi utan inslag av offentlig finansiering. I dessa fall ansvarar inte landstinget eller kommunen för verksamheten. Socialstyrelsen utövar dock tillsyn även över den helt privatfinansierade hälso- och sjukvården”.[55]

Prop. 2006/07:52 – Driftsformer för sjukhus

Det tillägg som gjordes i den dåvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upphävdes år 2007.[56] I propositionen som låg till grund för upphävandet uttalade regeringen följande om den etiska plattformen och kopplingen till privat vård.

> Huvuddelen av den offentligt och solidariskt finansierade hälso- och sjukvården utförs av landstingsägda och landstingsdrivna enheter. Det har emellertid blivit allt vanligare att hälso- och sjukvård utförs av privata aktörer på uppdrag av landstingen. Oavsett om en verksamhet bedrivs av landstinget, kommunen eller en privat vårdgivare skall vården bedrivas så att den uppfyller hälso- och sjukvårdslagens (1982:763; HSL) krav på en god vård på lika villkor. Vidare skall vården ges med respekt för alla människors lika värde och den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. Ledningen av hälso- och sjukvården skall dessutom vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och främjar kostnadseffektivitet.[57]

Vidare uttalades följande.

> Landstingen ansvarar för hur hälso- och sjukvården organiseras och att besluten som fattas ger förutsättningar för en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård. Förtroendet för hälso- och sjukvården är avhängigt att vården lever upp till de krav som medborgarna har rätt att ställa. Om hälso- och sjukvården skall kunna utvecklas och klara det framtida åtagandet måste förutsättningar för nytänkande och mångfald skapas inom hela hälso- och sjukvårdssystemet. Enligt regeringen kan en mångfald av vårdgivare inom den offentligt finansierade vården stimulera utvecklingen av kostnadseffektiva lösningar, förbättrad tillgänglighet och valfrihet för medborgarna. Privata vårdgivare har i flera fall genom specialisering och renodlade processer bättre kunnat ta tillvara den nya teknikens möjligheter till rationalisering.[58]

[55] Prop. 2004/05:145, s. 10.
[56] Prop. 2006/07:52.
[57] Prop. 2006/07:52, s. 6.
[58] Prop. 2006/07:52, s. 10.

Ds 2016:29 – Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård

I promemorian föreslogs en reglering som skulle förtydliga att inom offentligfinansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet får hälso- och sjukvård ges inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart om människovärdes- och behovs-solidaritetsprincipen inte åsidosätts. Remissinstansernas åsikter om förslaget varierade. Ett flertal remisstanser såg positivt på den föreslagna regleringen och ett antal var negativt inställda. Ett flertal remissinstanser väckte invändningar om att det finns otydligheter i hur principerna ska tolkas och vad som blir följden av att principerna gäller för den privatfinansierade hälso- och sjukvården.

Landstinget Dalarna ifrågasatte om den nya bestämmelsen tillförde något nytt då principerna redan i dag gäller för all hälso- och sjukvårdsverksamhet och att den nya bestämmelsen är otydligt formulerad vilket kan medföra att innehållet kan tolkas på olika sätt.[59]

LO menade att ”det finns, så som LO bedömer det, ett allt för stort tolkningsutrymme av innebörden i lagtexten. I praktiken är de formuleringar som föreslås snarlika de som redan i dag finns i HSL. LO bedömer att det krävs mer än det som föreslås i den aktuella promemorian för att vända utvecklingen och förordar därför såväl ytterligare lagskärpningar som skatteförändringar”.[60]

Pensionärernas riksorganisation (PRO) uttalade att den ”tolkar förslaget som att personer med privata sjukvårdsförsäkringar inte ska kunna köpa sig snabbare eller bättre vård inom den offentligt finansierade vården. PRO tolkar promemorians förslag som stopp för användandet av privata sjukvårdsförsäkringar i offentligt finansierad sjukvård. PRO anser att skrivningen bör tydligare uttrycka detta”.[61]

Region Skåne ansåg bl.a. att ”promemorians förslag inte tillräckligt tydligt belyser vad som krävs för att man ska anse att de privata vårdgivarna ger vård inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring på sådant sätt att de grundläggande värdena i hälso- och sjukvårdslagen åsidosätts”.[62]

[59] Landstinget Dalarnas remissvar på Ds 2016:29.
[60] LO:s remissvar på Ds 2016:29.
[61] PRO:s remissvar på Ds 2016:29.
[62] Region Skånes remissvar på Ds 2016:29.

Statskontoret menade att ”det är oklart hur de som ska tillämpa bestämmelserna ska gå till väga. Statskontoret menar att det är en grannlaga uppgift för vårdgivarna att bedöma om principerna om människovärde, behov och solidaritet har åsidosatts på grund av att vård även ges till patienter med privat sjukvårdsförsäkring. Det kan t.ex. handla om att bedöma hur väntetider har påverkats, om vårdkvaliteten har nått upp till den standard som den annars skulle ha gjort eller om det har skett någon annan form av nedprioritering. Av promemorian framgår inte närmare vad principerna innebär och vad som krävs för att de ska anses vara åsidosatta. Här finns inte heller några exempel som kan ge vägledning i tillämpningen.”[63]

Stockholms läns landsting menade att ”HSL är en ramlag som till stora delar består av allmänt hållna målsättningsbestämmelser som till sin karaktär inte är avsedda att ligga till grund för rättslig prövning i enskilda fall. Promemorians förslag till lagtext – ”*enbart om principerna i 2 § andra stycket inte åsidosätts*” – medför därför en bekymmersam otydlighet”.[64]

Vård- och omsorgsanalys menade att ”utifrån informationen i promemorian är det svårt att bedöma huruvida förslaget kommer föranleda några, och i så fall vilka, förändringar jämfört med i dag. Eftersom det ofta saknas behovsindikatorer för patienter som står på väntelistorna, är det svårt att följa upp och avgöra huruvida patienter prioriteras på ett korrekt och konsekvent sätt oberoende av finansieringsform. Det kan också vara svårt att avgöra ifall prioriteringsordningen åsidosätts hos en privat aktör så länge som denne fullföljer sitt uppdrag gentemot landstinget inom givna tidsramar.”[65]

Vårdföretagarna menade bl.a. att ”HSL är en ramlag med till stora delar allmänt hållna bestämmelser i form av målsättningar som inte är avsedda att ligga till grund för rättslig prövning i enskilda fall. Departementspromemorians förslag till lagtext är ett olyckligt avsteg från det.”[66]

[63] Statskontorets remissvar på Ds 2016:29.
[64] Stockholms läns landstings remissvar på Ds 2016:29.
[65] Vård- och omsorgsanalys remissvar på Ds 2016:29.
[66] Vårdföretagarnas remissvar på Ds 2016:29.

Prop. 2016/17:166 – Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård

I propositionen gick regeringen vidare med förslaget i Ds 2016:29. Förslaget ledde dock inte till någon lagstiftning eftersom riksdagen avslog propositionen.[67]

I propositionen lämnades inte någon närmare redogörelse för innebörden av behovs-solidaritetsprincipen och hur den ska tolkas i samband med privata sjukvårdsförsäkringar. Det som uttalades i fråga om hur behovs-solidaritetsprincipen ska tillämpas är följande.

> Att patientens behov av sjukvård, inte dennes betalningsförmåga, ska avgöra vilken insats vården ska erbjuda och när patienten ska få denna vård innebär på ett individuellt plan att en person som har ett större vårdbehov alltid ska prioriteras före en person med ett mindre vårdbehov.[68]

Vidare uttalades att det inte är förenligt med principen om vård efter behov och på lika villkor att genom en sjukvårdsförsäkring köpa sig till en bättre vårdkvalitet och tillgänglighet (t.ex. ”att gå före kön” och snabbare få vård) inom ramen för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.[69]

Regeringen uttalade även följande.

> Som tidigare nämnts har privata sjukvårdsförsäkringars betydelse i förhållande till det gemensamma hälso- och sjukvårdssystemet i mycket begränsad utsträckning varit föremål för djupare analys eller forskning. Därmed vet vi mycket lite om och i så fall hur förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar påverkar den offentliga hälso- och sjukvården, dvs. även huruvida innehavare av privata sjukvårdsförsäkringar får företräde framför de patienter som förlitar sig på den offentligt finansierade vården.[70]

Regeringen konstaterade i likhet med Lagrådet att det är oklart om innehavare av privata sjukvårdsförsäkringar verkligen ges företräde framför patienter som får offentligfinansierad vård. Regeringen ansåg dock att en reglering behövs för att motverka risken att det utvecklas ett parallellt sjukvårdssystem som innebär att patienter vars vård är offentligfinansierad missgynnas i förhållande till patienter med en sjukvårdsförsäkring. Regeringen menade också att en regler-

[67] Bet. 2016/17:SoU22, rskr. 2016/17:284.
[68] Prop. 2016/17:166, s. 22.
[69] Prop. 2016/17:166, s. 23.
[70] Prop. 2016/17:166, s. 23.

ing även är angelägen för att på sikt kunna bevara tilliten till och förtroendet för hälso- och sjukvården och välfärdssystemet i övrigt. Regeringen uttryckte att den medger att möjligheterna att följa upp om de grundläggande principerna i HSL följs är förenade med vissa svårigheter. Den omständigheten utgör dock enligt regeringens mening inte något hinder mot att genomföra förslagen.[71]

Riksdagen avslog dock propositionen, mot bakgrund av att den ansåg att regeringen inte hade visat att det finns något behov av lagändringen.[72]

SOU 2020:46 – En gemensam angelägenhet

I sitt betänkande *En gemensam angelägenhet* har Jämlikhetskommissionen tagit upp privata sjukvårdsförsäkringar och förenligheten med behovs-solidaritetsprincipen. Kommissionen uttalade följande.

> Under generationer har hälso- och sjukvården byggts upp enligt principerna om vård efter behov och solidarisk finansiering. Grundprincipen omfattar även privata vårdgivare som har patienter både från den offentligt finansierade vården och försäkringsbolagen. Utvecklingen går dock i riktning mot en ökad andel privata sjukvårdsförsäkringar, vilket riskerar att leda till att principen i hälso- och sjukvårdslagen om att vård ska ges efter behov åsidosätts till förmån för en ordning som tar hänsyn till patientens privata sjukvårdsförsäkring. Det skulle strida mot de övergripande principerna i hälso- och sjukvårdslagen att behandla människor olika inom vården på grund av olika ekonomiska förutsättningar.[73]

Vidare uttalade kommissionen följande om privata sjukvårdsförsäkringar.

> Då patienter med privat sjukvårdsförsäkring kan få vård snabbare än patienter utan en sådan försäkring, är utvecklingen av privata sjukvårdsförsäkringar inte förenlig med målen enligt hälso- och sjukvårdslagen 3 kap. 1 §: god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen.[74]

Betänkandet bereds inom Regeringskansliet.

[71] Prop. 2016/17:166, s. 23 f.
[72] Bet. 2016/17:SoU22, rskr. 2016/17:284.
[73] SOU 2020:46, s. 827 f.
[74] SOU 2020:46, s. 828.

Övriga betänkanden

I bland annat betänkandena *Komplementär och alternativ medicin och vård* (SOU 2019:15), *Digifysiskt vårdval* (SOU 2019:42) och *God och nära vård – Vård i samverkan* (SOU 2019:29) resoneras kring principerna i den etiska plattformen med hänvisning till de förarbeten som redogjorts för i detta avsnitt. Den etiska plattformen tas även upp i *Tydligare ansvar och regler för läkemedel* (SOU 2018:89).

Smer – Med- och egenfinansiering i vården – etiska aspekter, rapport 2014:1

Smer (Statens medicinsk-etiska råd) har i en rapport år 2014 om etiska aspekter på privat finansiering inom regionen varit inne på frågor som relaterar till privat vård och den etiska plattformen. Med *medfinansiering* avser Smer följande.

> Patienten finansierar den del av en hälso- och sjukvårdsinsats som ligger utanför landstingets offentligt finansierade utbud medan landstinget betalar den del av insatsen som omfattas av offentlig finansiering. Patienten kan alltså i denna situation välja ett tillägg eller något annat än det som erbjuds inom den offentligt finansierade vården och själv betala mellanskillnaden. I rapporten används således termen medfinansiering enbart när finansieringen av hälso- och sjukvårdsinsatsen är integrerad dvs. finansierad med både offentliga och privata medel, bortsett från patientavgifter. Exempel: Patienter som medfinansierar multifokal lins vid starroperation; synkorrigering ligger normalt utanför det offentliga åtagandet och landstingets prioriteringar varför vissa landsting ersätter motsvarande en ”vanlig” lins vid starroperation och patienten får betala mellanskillnaden det kostar att få en synkorrigerande lins.[75]

Med *egenfinansiering* avser Smer följande.

> Patienten får själv betala hela kostnaden för sådana hälso- och sjukvårdsinsatser som inte omfattas av landstingets offentligt finansierade utbud. En orsak till att vården inte finansieras med offentliga medel kan vara att den inte bedöms vara medicinskt motiverad (utifrån vad som för närvarande är känt om effekterna på gruppnivå.) Exempel på sådan vård är skönhetsoperationer. Andra anledningar kan vara att landstinget begränsat tillgången till viss vård (såsom antal försök vid assisterad be-

[75] Smer 2014:1, s. 11.

fruktning) eller att vårdinsatsen inte prioriteras av landstinget (vissa vaccinationer, åderbråcksoperationer, vissa hälsoundersökningar).[76]

Med *tilläggsinsatser* avser Smer följande.

En hälso- och sjukvårdsinsats som med- eller egenfinansieras av patienten. Ibland kan begreppen tilläggstjänst eller tilläggsprodukt förekomma. Det förstnämnda syftar till med- eller egenfinansierade tjänster såsom medicinsk behandling utförd av vårdpersonal och det sistnämnda till hälso- och sjukvårdsprodukter såsom hjälpmedel. Man kan också skilja mellan invasiva tilläggsinsatser (t.ex. en starroperation där en multifokal lins sätts in eller en IVF-behandling) och icke-invasiva (t.ex. ett hjälpmedel).[77]

I rapporten uttalade Smer följande.

Att köpa sig kortare väntetider i den offentliga vården, i samband med t.ex. operationer eller vid besök på akutmottagningen, är utifrån ett etiskt perspektiv inte godtagbart och strider mot (intentionerna i) gällande regelverk. Även möjligheten att genom finansiering köpa sig till en högre kvalitet inom den offentliga vården är i strid med rådets uppfattning och rådande principer och reglering i Sverige. Även om detta regelverk inte funnits, hade förslagen att införa olika former av medfinansiering stött på betydande etiska problem. Eftersom resurserna när det gäller personal, lokaler, mediciner och pengar är begränsade inom den offentliga hälso- och sjukvården, kommer enbart de som har råd att köpa sig kortare väntetid, bättre eller säkrare vård att få företräde till vården före dem som inte har råd – men som kanske har lika stora eller större behov av sjukvårdens hjälp.[78]

Däremot ansåg Smer att det kan vara försvarligt att erbjuda egenfinansiering till självkostnadspris inom den offentligfinansierade vården i vissa fall. Detta kan gälla enkla insatser som vissa vaccinationer, intyg och enklare ingrepp.[79]

[76] Smer 2014:1, s. 11.
[77] Smer 2014:1, s. 12.
[78] Smer 2014:1, s. 185.
[79] Smer 2014:1, s. 20. Se också t.ex. yttrandet från Etiska rådet i Region Skåne 2020-02-17, som tog avstånd från att regionen tillhandahöll medfinansierade hörapparater, med hänvisning till Smers rapport.

Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet – Vilken vägledning ger den etiska plattformen för prioriteringar i konkreta prioriteringssituationer? Rapport 2015:3

Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet gav i en rapport från 2015 en presentation av den etiska plattformen och en analys av ett antal tolknings- och tillämpningssvårigheter relaterade till de olika principerna. Syftet med rapporten var att stimulera till debatt kring huruvida det behövs en ny statlig utredning för att reda ut tolkningsproblem och utveckla plattformen för att hantera de prioriteringssituationer hälso- och sjukvården ställs inför. Ett ytterligare syfte var att stimulera till mer allmän debatt, diskussion och forskning kring hur den etiska plattformen kan och bör tolkas.

I rapporten resonerade Prioriteringscentrum om utrymmet för att ta hänsyn till ekonomiska förhållanden. Prioriteringscentrum framhöll i rapporten att det i en situation där inte alla vårdbehov är möjliga att tillfredsställa eller åtgärda inom ramen för det offentliga åtagandet, uppstår naturligtvis frågan om man som patient i stället kan ”egenfinansiera” vården eller om man genom ”medfinansiering” kan få en bättre åtgärd inom ramen för den offentligfinansierade hälso- och sjukvården.[80] I rapporten tas inte privata sjukvårdsförsäkringar upp men däremot olika frågor kring privatfinansierad vård. Det tas bland annat upp att ”när det gäller egenfinansiering som sker utanför det offentliga åtagandet ger plattformen ingen vägledning, inte heller hur man bör tänka vid gränsdragning mellan offentlig och privat finansiering (eftersom den endast reglerar den offentligt finansierade hälso- och sjukvården)”.[81]

Vidare angavs i rapporten att när det gäller s.k. egenfinansiering eller medfinansiering inom ramen för det offentliga åtagandet förefaller människovärdesprincipen inte ge något egentligt utrymme för detta om man ska tolka skrivningarna strikt.[82]

Prioriteringscentrum anförde att de skrivningar om prioriteringsprinciper som finns i lagen men även förarbetena är knapphändiga och kräver uttolkningar. Regeringen gav i början av 2000-talet Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta en föreskrift om hur priorite-

[80] Prioriteringscentrum 2015:3, s. 19. Begreppen egenfinansiering och medfinansiering används ibland för att beskriva olika former av privat betalning till regionerna, se mer utförlig beskrivning i kapitel 6.4.1 och ovan om Smer:s rapport 2014:1.
[81] Prioriteringscentrum 2015:3, s. 19.
[82] Prioriteringscentrum 2015:3, s. 19.

ringar skulle gå till i praktiken. Denna föreskrift kom aldrig till stånd enligt Prioriteringscentrum. För att stödja en konkret tillämpning av prioriteringsprinciperna utformades i stället en operationaliserad modell, lämpad som stöd för vissa typer av prioriteringsbeslut.[83]

8.3 Tillsyn över målbestämmelserna

Hälso- och sjukvården och dess personal står under tillsyn av IVO. Innan IVO inrättades år 2013 låg tillsynsansvaret på Socialstyrelsen. Det saknas tillsynsbeslut från IVO avseende hur de olika målbestämmelserna och hur den etiska plattformen och behovs-solidaritetsprincipen ska tillämpas i praktiken. Således saknas praxis om hur behovs-solidaritetsprincipen förhåller sig till frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Det saknas även andra typer av stödjande dokument för såväl internt som externt bruk från IVO eller hur tillsynen på området inom IVO ska bedrivas. Utredningen känner inte till att IVO arbetat förebyggande kring just frågan om privatfinansierad vård genom riktade insatser, stöddokument eller annat som riktar in sig på den privatfinansierade vården och förhållandet till etiska plattformen.

Fram till nyligen har det inte funnits några tillsynsbeslut från IVO som rör tillsynen över de olika målbestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. De exempel som numera finns är från IVO:s tillsyn under år 2020 av samtliga akutsjukhus i Region Stockholm i samband covid-19-pandemin. Via anmälningar fick IVO uppgifter om att pandemin hade lett till lokala skillnader i prioriteringen till intensivvård. Tillsynen syftade till att granska vårdgivarens planering, ledning och kontroll av verksamheten avseende prioritering av patienter i behov av intensivvård under rådande covid-19-pandemi. Av de granskade sjukhusen var det endast avseende Karolinska Universitetssjukhuset som IVO påtalade en brist. IVO ansåg där att vårdgivaren hade tagit fram och tillämpat ett lokalt beslutsstöd som i sin utformning och tid för införandet innebar en risk för att patienter som skulle ha kunnat gynnats av intensivvård inte fick sådan vård. IVO fann sammantaget att Karolinska Universitetssjukhuset inte hade planerat, lett och kontrollerat verksamheten på ett sätt som hade lett till att kravet på god vård i HSL upprätthållits. I beslutet

[83] Prioriteringscentrum 2015:3, s. 2.

anges att IVO inte kommer att vidta några ytterligare åtgärder med anledning av bristerna men att myndigheten kan komma att följa upp beslutet.[84]

Även om IVO inte har gjort några konkreta uttalanden i praxis eller andra stöddokument kring behovs-solidaritetsprincipen och privata försäkringar eller hur den ska tolkas har IVO i en förstudie[85] gjort ett antal bedömningar. Förstudien presenteras mer ingående i kapitel 4. De viktigaste slutsatserna är:

- IVO har tillsyn över att regioner och vårdgivare följer målbestämmelser i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Portalparagrafen i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, är en sådan målbestämmelse.
- Tillsynen gäller oavsett vårdgivarens drifts- eller finansieringsform men gäller inte över försäkringsbolag eftersom de inte är vårdgivare och därmed bundna av HSL.
- När regelverket inte innehåller detaljerade krav får IVO närmare precisera kraven i sina beslut.
- IVO bedömer att det finns patientsäkerhetsrisker när skillnader i väntetider inte beror på skillnader i medicinska behov. Väntan på vård kan vara förenad med patientsäkerhetsrisker så som förvärrat sjukdomstillstånd under väntetiden, förlängd vårdtid, sämre vård och/eller uppföljning, onödigt lidande under väntetiden och sämre kontinuitet. Det finns patientsäkerhetsrisker om målet om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården åsidosätts.

I förstudien beskrivs även en rad olika sätt på hur IVO skulle kunna bedriva tillsyn över frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar.

8.4 Socialstyrelsens Nationella riktlinjer

Socialstyrelsen utövar inte tillsyn över vården och dess personal. Däremot har Socialstyrelsen till uppgift att följa, analysera och rapportera om hälsa och hälso- och sjukvård genom statistikframställ-

[84] IVO:s beslut den 14 december 2020, dnr. 3.5.1-14720/2020-25.
[85] IVO förstudie (2020).

ning, uppföljning, utvärdering och epidemiologiska studier samt att ta fram kunskapsstöd och föreskrifter som bidrar till att hälso- och sjukvården bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.[86]

En viktig del i Socialstyrelsens uppdrag är också att ta fram riktlinjer med rekommendationer och prioriteringar på gruppnivå. Detta gör Socialstyrelsen genom sina s.k. Nationella riktlinjer. Riktlinjerna ska bl.a. ge vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på. Arbetet med de Nationella riktlinjerna utgår bl.a. från den etiska plattformen där behovs-solidaritetsprincipen ingår. De riktlinjerna tas fram med stöd av 4 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen. Det är Socialstyrelsen som bestämmer vilka riktlinjer som ska tas fram. I vissa fall ger regeringen uppdrag till myndigheten att ta fram Nationella riktlinjer på ett visst område.[87]

I riktlinjerna tas inte ställning till hur privata sjukvårdsförsäkringar förhåller sig till behovs-solidaritetsprincipen.[88] De Nationella riktlinjerna omfattar i stället stora patientgrupper med svåra kroniska sjukdomar som tar omfattande samhällsresurser i anspråk. Riktlinjerna är uppdelade på olika områden som Astma och KOL, Demens, Hjärtsjukvård, Psoriasis, Rörelseorganens sjukdomar och Stroke. De innehåller sällan rekommendationer om hur hälso- och sjukvården ska organiseras. Riktlinjerna är tänkta att vara ett stöd när exempelvis regioner skapar vårdprogram eller när kommuner och regioner tar fram gemensamma planer inom ett riktlinjeområde.

Framtagandet av de Nationella riktlinjerna är en process i flera steg. Ett område som ska få riktlinjer väljs ut, området avgränsas och den vetenskapliga litteraturen gås igenom och sammanställs, vilket sedan 2015 görs i samarbete med SBU[89]. I riktlinjerna rangordnar Socialstyrelsen bland annat tillstånd och åtgärder. En prioriteringsgrupp rangordnar samtliga tillstånds- och åtgärdspar i en skala från ett till tio, där ett är bäst och tio sämst. Rangordningen baseras på hur allvarligt tillståndet är, vilken effekt åtgärden har och åtgärdens kostnadseffektivitet vid det aktuella tillståndet. Även hur starkt vetenskapligt stöd som finns för åtgärdens effekt kan ha betydelse i rangordningen, liksom etiska överväganden. Ett tillstånds- och åtgärdspar som har prioriteringssiffran ett förväntas ge stor nytta för

[86] 4 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.
[87] Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer – Metodbeskrivning*.
[88] Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer – Metodbeskrivning*.
[89] Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

patienten och hög kostnadseffektivitet för samhället. Rekommendationer med låg prioritet representerar i stället begränsad eller osäker nytta för patienten eller mycket hög kostnad i relation till åtgärdens effekt.

Tanken är att åtgärder med hög prioritet ska få en stor del av resurserna och de med låg ska få en mindre del av resurserna. Gränsen mellan hög och låg prioritet är inte definierad. Åtgärder som Socialstyrelsen anser inte ska utföras får beteckningen ”icke-göra” och åtgärder som är otillräckligt utvärderade benämns FoU (forskning och utveckling).

Metoden för att ta fram Nationella riktlinjer utvecklas hela tiden och olika riktlinjer kan ha olika utformning. I många fall har Socialstyrelsen valt ut ett antal viktiga tillstånds- och åtgärdspar där myndigheten även skriver rekommendationer. Rekommendationerna gäller oftast åtgärder som vården och omsorgen inte utför i tillräcklig utsträckning men borde utföra. De handlar då om rekommendationer om åtgärder som kan komma att påverka praxis och resursfördelningen inom området. Rekommendationerna är tänkta att kunna fungera som ett underlag när beslutsfattare som politiker och verksamhetschefer fattar beslut om exempelvis resursfördelning, vårdens och omsorgens organisation och kompetenshöjning. Rekommendationerna som ges i riktlinjerna är heller inte bindande utan det är upp till regionerna och vårdpersonalen att därefter på lämpligt sätt ta riktlinjerna vidare.

Ett exempel på en riktlinje är *Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL – Stöd för styrning och ledning*.[90] I riktlinjen finns mer detaljerade rekommendationer om behandlingar/diagnostik för astma och KOL och när åtgärder ska/bör/kan vidtas.

Utredningen konstaterar att även om Socialstyrelsens Nationella riktlinjer kan användas av privata vårdgivare är de framför allt riktade mot regionerna och fungerar som underlag för beslutsfattande om exempelvis resursfördelning eller vid förändrade arbetssätt. En privat vårdgivare som utför vård åt en region kan på så sätt också beröras av riktlinjerna. Viktigt att framhålla är dock att Socialstyrelsens riktlinjer inte omfattar alla tillstånd och sjukdomar.

Det är svårt att ur de Nationella riktlinjerna från Socialstyrelsen dra några slutsatser om hur privata sjukvårdsförsäkringar och privat vård överlag bör förhålla sig till den etiska plattformen, vilket heller

[90] Socialstyrelsen 2020-12-7135.

inte är avsikten med riktlinjerna. Socialstyrelsen har inte särskilt följt upp vilka konsekvenser privata sjukvårdsförsäkringar har på tillgängligheten och jämlikheten i hälso- och sjukvården.

8.5 Vård- och omsorgsanalys rapporter

Inte heller Vård- och omsorgsanalys utövar tillsyn över vården och dess personal och kan därför inte fatta beslut om hur bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska tillämpas. Vård- och omsorgsanalys har dock i två rapporter kommit in på den etiska plattformen och kopplingen till privata sjukvårdsförsäkringar och privat finansierad vård.

Privata sjukvårdsförsäkringar – Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare[91]

I rapporten, som redovisas mer ingående i kapitel 4.3.6 och 11.3, gör Vård- och omsorgsanalys inte någon egen tolkning av hur den etiska plattformen ska tillämpas rent konkret. Myndigheten konstaterar att förarbetena inte tar upp privata sjukvårdsförsäkringar eller annan privatfinansierad vård särskilt och att det skulle kunna tyda på att lagstiftaren inte hade förutsett eller avsett ett hälso- och sjukvårdssystem med någon betydande andel privat finansiering, kanske delvis eftersom det var ovanligt när det beslutades om de bestämmelserna. Därefter tar Vård- och omsorgsanalys upp följande.

- Vård- och omsorgsanalys menar att ansvaret för målet om vård på lika villkor och efter behov finns på flera nivåer inom hälso- och sjukvården. Respektive aktör har ansvar för att verka för målet inom ramen för sitt ansvarsområde, men i HSL utpekas ingen aktör som har tydligt ansvar för att målet uppfylls för hela hälso- och sjukvårdssystemet.
- Vård- och omsorgsanalys påpekar att regionerna ska ta hänsyn till och planera verksamheten de ansvarar för utifrån målet om vård på lika villkor och efter behov (1 kap. 1 § och 3 kap. 1 § HSL). Det gäller i alla delar av deras huvudmannaansvar, t.ex. planeringen, styrningen och upphandlingen.

[91] Vård- och omsorgsanalys 2020:3.

- Vård- och omsorgsanalys uttalar att varje vårdgivare, oavsett vem som har huvudmannaansvaret eller finansierar vården de bedriver, ska ta hänsyn till målet om vård på lika villkor och efter behov inom ramen för sin verksamhet (1 kap. 1 § och 3 kap. 1 § HSL). Det gäller t.ex. i utformningen av kösystem och utförandet av vården i övrigt.
- Vård- och omsorgsanalys påpekar att också i de vårdprofessionella etiska reglerna återkommer ansvaret om vård efter behov och på lika villkor. Exempelvis anger Läkarförbundets etiska regler att en läkare aldrig ska frångå principen om människors lika värde och aldrig bidra till otillbörlig prioritering av patienter. Trots att det här ansvaret finns på de olika nivåerna och att de är tänkta att stärka varandra i en gemensam riktning kan det i vissa fall vara svårt att prioritera efter behov, exempelvis för att det kan vara svårt att bedöma behovens storlek och jämföra olika behov med varandra.
- Vård- och omsorgsanalys anger att enligt förarbetena (prop. 1996/97:60) går det inte att ge någon detaljerad vägledning eller enkla handlingsregler för prioriteringar, utan svårbedömda situationer kommer alltid att finnas. Den etiska plattformen syftar däremot till att ge förutsättningar för klarare och medvetna ställningstaganden, eftersom det är viktigt att de bakomliggande skälen till och principerna för prioriteringar redovisas öppet.
- Vård- och omsorgsanalys menar att vissa möjliga konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar skulle kunna vara svåra att förena med bestämmelsen om vård på lika villkor och efter behov. Det gäller bland annat om patienter med mindre behov får vård före patienter med större behov endast för att de har privata sjukvårdsförsäkringar. Det gäller också om patienter får olika utbud av vård beroende på om de har privat sjukvårdsförsäkring eller inte. Om tillgången till en privat sjukvårdsförsäkring är avgörande för väntetiden eller utbudet kan det innebära att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård inte får företräde till vården på det sätt som anges i lagen (3 kap. 1 § HSL).
- Vård- och omsorgsanalys konstaterar att den här möjliga problematiken kring vård på lika villkor och efter behov inte bara gäller när en och samma vårdgivare erbjuder vård till både patienter med

offentlig finansiering och privat sjukvårdsförsäkring, utan också om verksamheterna är helt separerade från varandra. Men den kan uppfattas som särskilt påtaglig hos enskilda vårdgivare som bedriver vård med både privat och offentlig finansiering, och inom ramen för sin verksamhet ger de privatfinansierade patienterna vård snabbare eller erbjuder dem ett annat utbud än de offentligt finansierade patienterna. En delvis relaterad fråga handlar om patienter som genom privata sjukvårdsförsäkringar kan få sitt behov bedömt snabbare än patienter som inte har sådana försäkringar. Det skulle möjligtvis kunna göra att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar får vård snabbare för att de kommer in tidigare i vårdkön. Men den situationen träffas inte lika tydligt av bestämmelsen om att den med det största behovet ska ges företräde till vården, eftersom behovet först måste bedömas innan ställning kan tas till dess storlek. Däremot kan det eventuellt ifrågasättas om den ordningen är i linje med målet om en vård på lika villkor.

Vård- och omsorgsanalys har genomfört en undersökning utifrån den nationella väntetidsdatabasen om patienter med privat sjukvårdsförsäkring får vård snabbare än patienter med offentlig finansiering i verksamheter tar emot båda typerna av patienter. Undersökningen har dock inte haft till syfte att undersöka huruvida enskilda vårdgivare har följt behovs-solidaritetsprincipen eller inte. Myndighetens slutsatser avser i stället hälso- och sjukvården på ett övergripande plan. Undersökningen och vilka slutsatser som kan dras av den beskrivs närmare i kapitel 11.3.3.

Styra mot horisonten – Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar[92]

Vård- och omsorgsanalys har i en annan rapport från år 2020 undersökt horisontella prioriteringar. Därmed menas de övergripande prioriteringar som görs mellan olika sjukdomsområden eller olika sjukdomsgrupper, och som i huvudsak grundar sig på politisktadministrativa beslut. Ett exempel är när man väljer att avsätta resurser

[92] Vård- och omsorgsanalys 2020:7.

för ett visst vårdområde framför andra vårdområden. Vård- och omsorgsanalys kommer i rapporten fram till följande.

> Regionernas övergripande resursfördelning utgår i huvudsak från tidigare års fördelning. Regionernas uppföljningar av hälsa och sjukdom, övergripande behovsanalyser och underlag från verksamheter används i låg utsträckning som underlag för förändringar i resursfördelningen mellan sjukdomsområden. Det finns exempel på mer systematiska prioriteringar mellan områden som baseras på mer utförliga underlag, men det rör sig i regel om förändringar som är små i förhållande till budgeten i stort. Den statliga vägledningen till regionerna för horisontella prioriteringar är också sparsam.[93]

Vård- och omsorgsanalys menar att en förutsättning för att kunna styra resursfördelningen efter behoven i olika sjukdomsgrupper är att det är tydligt vad som avses med detta i praktiken och att det finns underlag som en sådan styrning kan utgå från. Om hälso- och sjukvårdspolitiken ska vara ändamålsenlig där vård efter behov är styrande, behöver beslutsfattarna känna till var de största behoven finns och i vilken grad de tillgodoses i dag. Den nationella uppföljningen fokuserar mycket sällan på att följa upp ett visst utfall utifrån behov, alltså hur exempelvis väntetider, delaktighet eller tillgång till lämplig behandling ser ut för patienter i olika grupper efter medicinska behov eller sjukdomens svårighetsgrad. Det är även svårt att mäta hur stora behoven är för en viss person eller grupp av patienter och det saknas information på området.[94]

Vård- och omsorgsanalys menar att den etiska plattformen bör genomsyra styrningen i hela hälso- och sjukvården – t.ex. när det gäller strategi, resursfördelning och uppföljning. Vidare bedömer myndigheten att aktörer på både statlig och regional nivå bör förhålla sig till principen om vård efter behov på ett tydligare sätt. Det kan ske genom att tydliggöra eventuella målkonflikter och att sträva efter underlag som kan belysa hur väl hälso- och sjukvården uppfyller principen.[95]

I rapporten tar Vård- och omsorgsanalys upp att det kan behövas en översyn av den etiska plattformen, bl.a. mot bakgrund av att omfattningen av privatfinansierad vård har ökat, se mer därom nedan i kapitel 8.6.

[93] Vård- och omsorgsanalys 2020:7, s. 12.
[94] Vård- och omsorgsanalys 2020:7, s. 12 f.
[95] Vård- och omsorgsanalys 2020:7, s. 13 f.

8.6 Tidigare förslag om att se över den etiska plattformen

Ett flertal statliga utredningar, myndigheter och andra aktörer har påtalat behovet av att se över den etiska plattformen av delvis olika anledningar. I det följande redogörs för några av dem.

Vård- och omsorgsanalys skriver i rapporten *Styra mot horisonten – Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar* att myndigheten rekommenderar att regeringen överväger om det finns behov av att göra en översyn av den etiska plattformen. Bakgrunden till denna rekommendation är att myndigheten har sett att det kan finnas vissa svårigheter att tillämpa den etiska plattformen i praktiken. Vård- och omsorgsanalys påtalar också att sedan den etiska plattformen beslutades har hälso- och sjukvården utvecklats på flera sätt. Exempelvis har det skett en snabb medicinteknisk utveckling och det har skett förändringar i befolkningens förväntningar och efterfrågan. Även omfattningen av privatfinansierad vård har ökat. Vård- och omsorgsanalys menar därmed att det finns behov av att se över hur plattformen står sig i förhållande till hur hälso- och sjukvården ser ut i dag. Det kan också finnas behov av att utveckla och förtydliga delar av den.[96]

Utredningen Styrning för en mer jämlik vård har i betänkandet *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet* (SOU 2019:42) tagit upp att det bör göras en översyn över hur den etiska plattformen förhåller sig till utvecklingen mot en delvis mer efterfrågestyrd vård och till principen om att den som har störst behov ska ha företräde till vården.[97]

Prioriteringscentrum har argumentaret för att det finns goda grunder för en översyn i form av en statlig utredning av den etiska plattformen bland annat utifrån de många tolkningssvårigheter som redovisats i rapporten *Vilken vägledning ger den etiska plattformen för prioriteringar i konkreta prioriteringssituationer?*.[98]

Läkemedelsutredningen skriver att tillämpningen av den värdebaserade prissättningen har blottlagt ett antal konflikter utifrån den etiska plattformen, t.ex. huruvida principerna är rangordnade eller

[96] Vård- och omsorgsanalys 2020:7, s. 16. och 139.
[97] SOU 2019:42, s. 517 f.
[98] Prioriteringscentrum 2015:3.

inte. Läkemedelsutredningen föreslår att detta ska hanteras i en separat, parlamentarisk, utredning.[99]

Timbro har i en nyligen lanserad rapport skrivit att den etiska plattformen behöver ses över och moderniseras.[100]

Nämnas kan även det arbete som har påbörjats i den Nationella expertgruppen för horisontella prioriteringar inom ramen för Partnerskapet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården, där uppdraget är att utveckla horisontella prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Det arbetet beräknas pågå till åtminstone 2022.[101]

8.7 Vårdgarantins förhållande till den etiska plattformen

Väntetider och vårdgarantins förhållande till den etiska plattformen och prioriteringar inom vården har varit uppe till diskussion vid flera tillfällen. Dessa diskussioner har en nära koppling till frågan om privata sjukvårdsförsäkringar. En privat vårdgivare kan nämligen ha flera olika avtal med olika villkor kring patientens väntetider eller tidsgränser. Den författningsreglerade vårdgarantin avser endast den offentligfinansierade vården men i avtalen mellan vårdgivaren och försäkringsbolagen anges också tidsgränser.

I det följande ges en kort sammanfattning av diskussionerna rörande vårdgarantin och den etiska plattformen. Även i kapitel 11.4.2 analyseras vårdgarantin men då utifrån frågan om undanträngningseffekter till följd av privata sjukvårdsförsäkringar.

Väntetider till vård har funnits länge i den offentligfinansierade vården. 1958 lyftes problemet i utredningen *Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena* (SOU 1958:15). På 1960-talet rapporterade Socialstyrelsen om långa väntetider till vården och 1981 publicerade myndigheten en rapport om att långa väntetider var den vanligaste orsaken till klagomål.[102]

Den första vårdgarantin kom 1992. Staten och dåvarande Landstingsförbundet enades om att åtgärder med särskilt långa väntetider skulle omfattas av vårdgarantin. Tolv åtgärder ingick i garantin varav tio var operationer. Dessa operationer omfattade cirka 20 procent av

[99] SOU 2018:89, s. 370.
[100] Timbro (2021), s. 36.
[101] För mer information se t.ex. https://liu.se/artikel/prioc-nationell-expertgrupp
[102] Prop. 2017/18:83, s. 24.

det totala antalet operationer. Landstingen fick extra statsbidrag för att genomföra garantin där patienter som omfattades av garantin skulle erbjudas behandling inom tre månader eller vård hos en annan vårdgivare.[103]

Genom prop. 2009/10:67 kom vårdgarantin att omformuleras och lagregleras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Vid remitteringen av betänkandet var ett stort antal remissinstanser, bl.a. flera regioner, Statens folkhälsoinstitut och Pensionärernas Riksorganisation kritiska och befarade att vårdgarantin skulle komma att påverka regionernas prioriteringsarbeten och leda till undanträngningseffekter. Många av remissinstanserna ansåg även att det borde kartläggas och följas upp hur prioriteringar i vården påverkas av en lagreglering av vårdgarantin och efterfrågade en tydligare och mer enhetlig reglering av prioriteringsarbetet i regionerna.[104] Regeringen uttalade följande.

> Vårdgarantin är således i allt väsentligt en garanti som anger den tid som en patient som längst ska behöva vänta på att få kontakt med, besök hos eller behandling i hälso- och sjukvården. Det är viktigt att klargöra att den nuvarande vårdgarantin inte reglerar om vård ska ges eller vilken vård som kan komma i fråga. Vårdgarantin tar sikte på inom vilka tidsgränser patienten ska erbjudas vård. Inte heller reglerar vårdgarantin hur lång tid utredningen av en patient får ta.[105]

Vidare uttalade regeringen följande.

> Som tidigare har nämnts är en förutsättning för att vårdgarantin ska gälla att nödvändiga beslut redan har fattats. Ett sådant beslut kan vara att en patient har behov av ett besök inom någon form av specialiserad vård eller att patienten har behov av en behandling. Detta innebär att vårdgarantin för varje enskilt fall vilar på beslut av den medicinska professionen. Det innebär i sin tur att vårdgarantin är beroende och begränsas av de prioriteringar som görs i hälso- och sjukvården, såväl mellan patienter som har samma sjukdom, som mellan olika sjukdomsgrupper. Sådana prioriteringar ska alltid utgå från den av riksdagen fastställda prioriteringsordningen.[106]

[103] Prop. 2017/18:83, s. 24.
[104] Prop. 2009/10:67, s. 36 f.
[105] Prop. 2009/10:67, s. 39 f.
[106] Prop. 2009/10:67, s. 40.

Regeringen uttalade även att:

> Vårdgarantin får dock inte förstås så att den uttalar hur snart en åtgärd för en specifik sjukdom bör ske inom vården. Ett beslut om det måste fattas inom hälso- och sjukvården utifrån omständigheterna i varje enskilt fall. Däremot uttalar vårdgarantin att alla beslutade besök och behandlingar bör ske senast inom vissa tydligt angivna tidsramar. Den nuvarande vårdgarantin med dess relativt vida tidsram har utgångspunkten att det i princip aldrig kan anföras vare sig medicinska eller ekonomiska skäl till att en behandling eller ett besök bör ske utanför dessa ramar. I många fall kan det dock naturligtvis vara så att besök bör ske eller behandling sättas in betydligt snabbare än vårdgarantins yttre tidsramar.[107]

Genom prop. 2017/18:83 förändrades vårdgarantin på så sätt att den inte längre endast omfattade läkarbesök utan att den enskilde i stället garanterades att få en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården. I propositionen uttalade regeringen att ”det är viktigt att påpeka att vårdgarantin reglerar väntetider” och att ”vårdgarantin inte reglerar om vård ska ges eller vilken vård som kan komma i fråga utan i stället är vårdgarantin i allt väsentligt en garanti som anger den tid som en patient längst ska behöva vänta för att få kontakt, besök eller behandling.”[108]

Även i samband med denna ändring var flera remissinstanser kritiska och ifrågasatte om vårdgarantin är förenlig med den etiska plattformen. Svenska Läkaresällskapet avstyrkte förslaget om en förstärkt vårdgaranti och uttalade följande. ”Problemet med vårdgarantin är i grunden att den inte rimmar med den etiska plattformen. Det är inte de medicinska behoven som värderas utan tid används som en mekanisk prioriteringsmekanism. Svårare sjuka riskerar trängas undan av den friskare befolkningens mer tillfälliga behov och efterfrågan av snabb tillgänglighet.” Liknande synpunkter hade även Sveriges läkarförbund.[109]

Som svar på kritiken uttalade regeringen att vårdgarantin inte är överordnad den etiska plattformens principer, och att den med störst behov ska ges företräde till vården. Regeringen uttalade också att det är rimligt att det är patientens behov som avgör vilken profession som patienten ska träffa och inte lagstiftningen.[110]

[107] Prop. 2009/10:67, s. 40.
[108] Prop. 2017/18:83, s. 26.
[109] Prop. 2017/18:83, s. 29 f.
[110] Prop. 2017/18:83, s. 32.

Det har utifrån tidigare studier konstaterats att det har funnits vissa tecken på undanträngning kopplade till vårdgarantin.[111] I en ESO-rapport från 2010 redovisades exempelvis en undersökning som visade att många ortopeder ansåg att vårdgarantin tvingade dem att frångå principerna om vård efter behov.[112] Samtidigt har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys senare betonat att vårdgarantin är fullt möjlig att förena med medicinska prioriteringar, och inte per definition behöver innebära undanträngning. Myndigheten uttalade att det är hälso- och sjukvårdens ansvar att undanträngning inte sker, och att arbeta parallellt med rimliga väntetider och medicinska prioriteringar är en viktig ledarskapsfråga.[113] Se även resonemang om undanträngning i kapitel 11.4 i betänkandet.

IVO resonerar om vårdgarantin i rapporten *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Slutredovisning av regeringsuppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet och lämna förslag på hur tillsynen kan utvecklas*.[114] IVO skriver att det kan konstateras att vårdgarantin utgör en ram för en tidsmässig tillgänglighet i hälso- och sjukvården, som dock är sekundär i förhållande till de etiska principerna och prioriteringsordningen i hälso- och sjukvården.

Tillgänglighetsdelegationen skriver i sitt delbetänkande SOU 2021:59 att hälso- och sjukvården måste balansera mellan att vara tillgänglig för patienter och befolkningen och att säkerställa att den som har det största behovet prioriteras. Eftersom ett ökat utbud av hälso- och sjukvård kan medföra ökad efterfrågan, även om de medicinska behoven är konstanta, anser en del att väntetider också är ett medel för att säkerställa att vård ges efter behov. Tillgänglighetsdelegationen beskriver att det vid dialogmöten och andra möten med vårdens professioner tydligt har framkommit ett ifrågasättande av om vården i dag är jämlik utifrån behovs-solidaritetsprincipen. Delegationen anser att en viss kö är acceptabel utifrån att de med störst behov bör hanteras först men ifrågasätter om de framväxande digitala läkarbesöken överensstämmer med behovs-solidaritetsprincipen. Delegationen ifrågasätter också om vårdvalet för specialiserad vård i storstäder har rubbat behovs-solidaritetsprincipen i glesbygd genom att specialistkompetens koncentreras till storstäderna. För att vårdens professioner på allvar ska ta sig an de över-

[111] Vård- och omsorgsanalys 2014:3.
[112] Winblad och Andersson 2010:09, s. 18.
[113] Vård- och omsorgsanalys 2015:5 och Vård- och omsorgsanalys 2017:6.
[114] IVO 2021-7, s. 48.

gripande tillgänglighetsproblemen menar delegationen att det är viktigt att behovs-solidaritetsprincipen och medicinsk kvalitet går hand i hand med tillgänglighetsarbetet. Samtidigt kräver medborgarna snabb handläggning även av enkla åkommor och att den teknik som finns tillgänglig även används av vården. Delegationen upplever att det i dag finns en förtroendeklyfta mellan de lätt tillgängliga digitala läkarbesöken och vården för övrigt som bygger på två helt olika bilder av de sökandes behov och uttalar att ”först när bilden är ensad kan arbetet tillsammans bli långsiktigt hållbart och utvecklas”.[115]

Tillgänglighetsdelegationen har i uppdrag att utreda en förstärkt vårdgaranti som ska redovisas i slutbetänkandet i maj 2022. I direktivet anges att vårdgarantin ska ses som en maximal väntetidsgräns som garanterar alla patienter, oavsett vårdbehov, en lägstanivå vad gäller tillgänglighet i form av väntetider.[116]

8.8 Slutsatser och sammanfattning

8.8.1 Det medicinska behovet ska styra

Det finns inte några specifika regler som särskilt tar sikte på privata sjukvårdsförsäkringar och relationen till den etiska plattformen som regleras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Det finns en skatterättslig reglering som avser just arbetsgivarbetalda privata sjukvårdsförsäkringar. Beskrivningen av den förändrade förmånsbeskattningen år 2018 finns i kapitel 3.15. Reformen motiverades med att få till en konsekvent och neutral skattelagstiftning och innehöll således inte något ställningstagande om huruvida försäkringarna är förenliga med gällande rätt eller något ställningstagande för eller emot privata sjukvårdsförsäkringar.

Det anges inte i lagstiftningen hur den etiska plattformen ska tillämpas vad gäller privata sjukvårdsförsäkringar. Vad gäller förarbeten kan konstateras att den etiska plattformen togs fram framför allt med sikte på den offentligfinansierade vården och i en tid av mindre privata inslag i hälso- och sjukvården, såväl privat drift som privat finansiering. De förarbeten som skrevs när den etiska plattformen infördes saknar i stort sett helt resonemang som problema-

[115] SOU 2021:59, s. 40 f.
[116] Dir. 2020:81.

tiserar och fördjupar diskussionen om vilka problem eller möjligheter de privata inslagen medför för den svenska sjukvården i stort.

Liknande slutsatser kan även dras vad gäller bestämmelsen om vård på lika villkor i 3 kap. 1 § HSL. Av förarbetena till den bestämmelsen framgår att den framför allt tog sikte på den offentligfinansierade vården och alltså inte den privatfinansierade vården.[117]

Behovs-solidaritetsprincipen är en del av etiska plattformen där de olika principerna är rangordnade. Vad som är tillåtet eller inte, kan uttolkas, förutom ur förarbetena, utifrån tillsynsmyndighetens praxis. Vad gäller praxis saknas dock tillsynsbeslut från IVO om privata sjukvårdsförsäkringar. Det saknas också vägledning från andra myndigheter. Det finns t.ex. inte några riktlinjer från Socialstyrelsen som särskilt berör de frågor som är föremål för utredningens uppdrag.

Att vården ska ges efter behov är en central utgångspunkt för den svenska hälso- och sjukvården. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde och tillgången ska inte påverkas av t.ex. betalningsförmåga, kön, ålder, utbildning eller arbetsförmåga. Utredningen kan konstatera att 3 kap. HSL gäller för alla vårdgivare, såväl offentliga som privata, och för all vård, såväl för offentligfinansierad som för privatfinansierad vård. Även IVO är av denna uppfattning vilket framgår av deras förstudie.[118] Vård- och omsorgsanalys gör också samma bedömning.[119]

Det är utredningens bedömning att en vårdgivare som bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård, ska göra en medicinsk bedömning av patienterna och vid behov kunna omprioritera för det fall hälsotillståndet försämras och det medicinska behovet ökar. I kontakter med utredningen har vårdgivarna också uppgett att de alltid först gör en medicinsk bedömning utifrån behovs-solidaritetsprincipen, samt att de har möjlighet att göra omprioriteringar om behov för det skulle uppstå.[120]

Det ligger inte i utredningens uppdrag att granska de enskilda vårdgivarna för att bedöma om de följer bestämmelsen om behovs-solidaritetsprincipen. Som beskrivs i kapitel 6 ligger det inte inom denna statliga utrednings mandat att göra en medicinsk granskning och t.ex. granska journaler. Däremot kan naturligtvis IVO i sin tillsyn av enskilda aktörer bedöma om de offentligfinansierade patien-

[117] Prop. 1981/82:97, s. 27 f.
[118] IVO förstudie (2020), s. 12.
[119] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 47. Se även prop. 2016/17:166.
[120] Se kapitel 6.6.1 för en närmare beskrivning.

terna utsätts för patientsäkerhetsrisker till följd av att den privata vårdgivaren inte följer bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården eller andra bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Även regionen i egenskap av huvudman har ett ansvar för att säkerställa att de offentligfinansierade patienterna får en god och patientsäker vård, även när vården bedrivs av en privat vårdgivare som har flera uppdragsgivare med olika väntetider i olika avtal att förhålla sig till. Utredningen kommer att lämna förslag om bättre verktyg och förutsättningar för att regionerna och IVO ska kunna ta detta ansvar och säkerställa att bestämmelserna följs. Det kommer leda till en ökad kunskap för vårdgivarna om hur regler som rör hälso- och sjukvården angående, förutom själva utförandet av vården, även finansieringen och organiseringen, ska tolkas och tillämpas.

Utredningen kan inte med ledning ur förarbeten eller praxis ange hur olika konkreta exempel förhåller sig till reglerna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Det är tillsynsmyndigheten IVO och domstolarna som kan avgöra och ge ledning till vårdgivarna om hur de ska agera i det enskilda fallet.

Utredningen kan konstatera att det redan i förarbetena uttalades att behovs-solidaritetsprincipen förefaller vara den av de tre principerna som innehåller störst grad av komplexitet och att principen ska fungera både som ett principiellt verktyg att fördela resurser då dessa inte räcker till allt åt alla och att vara vägledande i det direkta vårdarbetet.[121]

Sammanfattningsvis kan utredningen inte utifrån lagtext och förarbeten eller annan vägledning utläsa att privata sjukvårdsförsäkringar i sig skulle strida mot behovs-solidaritetsprincipen. Det gäller dock under förutsättning att vårdgivaren verkligen följer bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården och övriga bestämmelser som gäller för vården.

[121] SOU 2001:8, s. 108.

8.8.2 Olika tidsgränser för väntan på vård

Eftersom de privata sjukvårdsförsäkringar som i dagsläget används i Sverige främst är inriktade på att erbjuda korta väntetider räcker det inte att enbart bedöma om själva finansieringsformen är förenlig med behovs-solidaritetsprincipen. Även väntetider för patienterna och när vården utförs behöver analyseras i förhållande till vad som är reglerat.

Försäkringsbolagen kräver nämligen i avtalet med den privata vårdgivaren att patienten får en väntetid som oftast är kortare än vad som regleras i avtalet mellan regionen och den privata vårdgivaren. I avtalen med försäkringsbolagen brukar det vara reglerat att vård ska ges inom cirka 3–7 arbetsdagar efter bedömt behov hos försäkringsbolaget och att operation ska ske inom cirka 14–21 arbetsdagar efter operationsbeslut. I avtalet med regionerna är det i stället reglerat att vården ska ges antingen enligt den författningsreglerade vårdgarantin eller enligt den kortare vårdgaranti som regionen har beslutat om.[122] För regionens del är väntetiderna reglerade i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) i form av en vårdgaranti. Tidsgränserna är reglerade i 6 kap. hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). För försäkringsbolagens del finns det inte några författningsreglerade tidsgränser.

Regeringen har uttalat att den författningsreglerade vårdgarantin inte är överordnad den etiska plattformens principer.[123] Vårdgarantin anger inte hur snart en åtgärd ska ske utan uttalar att olika vårdåtgärder ska ske *senast* inom vissa tydligt angivna tidsramar. Dessa uttalanden gäller formellt sett inte för de väntetider som försäkringsbolagen och vårdgivarna avtalar om eftersom den lagreglerade vårdgarantin inte gäller för den vården. Det finns inte några uttalanden i förarbeten eller praxis om förhållandet mellan den etiska plattformen och väntetider som inte omfattas av vårdgarantin. Utredningen anser dock att även beträffande de avtalen och de väntetiderna har behovs-solidaritetsprincipen företräde. Detta då den principen är reglerad i lag och också är ett övergripande mål för hela hälso- och sjukvården. Som konstateras i föregående avsnitt är vårdgivarna således skyldiga att alltid följa behovs-solidaritetsprincipen innan de börjar tillämpa de eventuellt olika avtalade väntetiderna.

[122] Se t.ex. Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 116.
[123] Prop. 2009/10:67, s. 40 och prop. 2017/18:83, s. 32.

Utredningen kan således inte finna stöd för att vårdgivare inte får använda olika väntetider/tidsgränser för patienterna så länge den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården. Först när den bestämmelsen är uppfylld kan vårdgivaren tillämpa de olika regler och avtalsvillkor om tidsgränser som gäller för vården.

Utredningen kan konstatera att det har riktats kritik mot den författningsreglerade vårdgarantin som gäller för regionerna och att man har framfört att den inte rimmar med den etiska plattformen eftersom det då inte blir de medicinska behoven som styr. Det är inte en fråga som denna utredning kan utreda.[124] Liknande kritik som framförs mot den författningsreglerade vårdgarantin skulle emellertid kunna vara relevant att framföra även mot försäkringsbolagens väntetider. Som beskrivs ovan är det framför allt IVO och regionerna som kan kontrollera hur vårdgivarna i enskilda fall tillämpar väntetiderna.

Utredningen har inte heller kunnat finna att den vård som ges inom ramen för en försäkring skulle vara av bättre kvalitet än den offentligfinansierade vården. Det är något som beskrivs i direktiven. Den frågan behöver dock följas noga, se kapitel 14.

[124] Se däremot Tillgänglighetsdelegationens uppdrag, dir. 2020:81.

9 Regionernas hantering av bisysslor

9.1 Regionernas ansvar att hantera bisysslor

I detta kapitel beskriver utredningen frågor som rör bisysslor inom hälso- och sjukvården, dvs. personalens uppdrag vid sidan av den ordinarie anställningen. Den typ av bisyssla som är intressant för denna utredning är när den offentliganställde som sidouppdrag arbetar hos en privat vårdgivare, t.ex. med försäkringsvård. Utredningen har undersökt vilket ansvar regionerna tar för att hantera bisysslor och hur den hanteringen kan påverka frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar och hälso- och sjukvården.

Utredningen vill betona att det kan finnas positiva aspekter av att de offentliganställda har en bisyssla, så som en breddad kompetens för den enskilde individen och att mer vård kan produceras om exempelvis en läkare arbetar extra på sin lediga tid.

Det kan dock också finnas risk för negativ påverkan i de fall de offentliganställda har bisysslor hos privata vårdgivare. Det gäller särskilt om det förekommer otillåtna bisysslor. Det finns regler om att vissa bisysslor är otillåtna och om krav på arbetsgivaren att ha kännedom om bisysslor samt i vissa fall förbjuda dem.[1] Av en rapport från Statskontoret framkommer att otillåtna bisysslor, bl.a. arbetshindrande och konkurrerande bisysslor, förekommer oftare inom hälso- och sjukvården än inom andra offentliga verksamheter.[2] et under en längre tid har funnits en debatt om och uppmärksammats i media olika frågor som rör offentliganställdas bisysslor i allmänhet och läkares bisysslor hos privata vårdgivare i synnerhet.[3]

[1] Se kapitel 3.8 för en beskrivning av bestämmelser om de offentliganställdas bisysslor.
[2] Statskontorets rapport *Om offentligt anställdas bisysslor – En studie av hanteringen av bisysslor i myndigheter, kommuner och regioner*.
[3] Se t.ex. Piteå-Tidningen, 28 december 2020, Upsala Nya Tidning, 20 december 2020 och Nerikes Allehanda, 20 december 2020.

Regionerna har till utredningen beskrivit situationer där en bisyssla skulle kunna vara t.ex. arbetshindrande eller förtroendeskadlig. Det kan handla om antalet timmar som en anställd ägnar åt en bisyssla vilket kan påverka regionens förutsättningar att planera verksamheten. Vidare kan det handla om att bisysslan medför att den anställde har intressen i ett företag som anlitas av regionen och att medarbetares bisyssla kan påverka förhållandet mellan företaget och regionen. En bristande regelefterlevnad med otillåtna bisysslor kan få konsekvenser för allmänhetens förtroende för hälso- och sjukvården.

Flera regioner har anlitat externa revisionsbyråer för att granska hanteringen av bisysslor inom regionen. I detta kapitel beskrivs ett urval av de granskningar som revisonsbyrårena utfört. Liknande granskningar har även genomförts i andra regioner som i region Norrbotten 2017, region Dalarna 2016, region Gotland 2016 och region Jönköpings län 2014. Vidare beskrivs i detta kapitel två myndighetsrapporter som diskuterar frågan om bisysslor. Dessutom redovisas kortfattat viss granskning i media.

Offentliganställdas bisysslor hos privata vårdgivare kan även kopplas till diskussionen om att vårdens personalresurser är begränsade och till diskussioner om s.k. konkurrens om personal mellan offentliga och privata arbetsgivare. I kapitel 11.3.1. diskuteras hur kapaciteten hos de olika arbetsgivarna kan påverkas av förekomsten av försäkringsvård. Offentliga och privata arbetsgivarnas kapacitet att producera vård kan också påverkas av hur regionerna hanterar bisysslor.

9.1.1 KPMG:s granskning av Västra götalandsregionen

KPMG har 2017 granskat bisysslor i Västra Götalandsregionen.[4] Uppdraget var att granska följsamhet till regionens regelverk vad gäller anmälan och godkännande av tillsvidareanställda läkares bisysslor. KPMG valde ut tolv privata vårdgivare och undersökte om regionanställda fanns angivna som anställda på respektive vårdgivares hemsida. Totalt fanns det 148 anställda hos de externa vårdgivarna och KPMG kunde då finna 29 läkare som var anställda samtidigt som de var anställda vid regionen. Endast tre av de 29 läkarna hade anställningen anmäld och godkänd som bisyssla.

[4] Granskning av bisysslor i Västra Götalandsregionen, 2017.

KPMG fann även brister i regionernas uppföljning och dokumentation kring hantering av bisysslor. Det har handlat om att chefer inte har dokumenterat när en otillåten bisyssla upptäckts.

KPMG uppmärksammade även att få otillåtna bisysslor identifierats och att inga dokumenterade förfrågningar om bisysslor från läkare har nekats. KPMG tog även upp att i flera av de enheter inom regionen som granskats finns en rädsla att läkare ska sluta om möjligheten till bisyssla inskränks för mycket. KPMG betonade att de enheter som upplever detta starkast verkar inom specialistområden med mycket stor konkurrens om läkarna.

9.1.2 PWC:s granskning av region Gävleborg

PWC har 2019 genomfört en granskning av intern kontroll i hantering av bisysslor i region Gävleborg.[5] Granskningen avsåg hela regionen och således inte bara sjukvårdspersonal. Granskningen var även särskilt inriktad på att granska om det gjorts utbetalningar till de juridiska personer där regionanställda haft olika intressen som styrelseledamot eller suppleant. I granskningen kunde inga sådana utbetalningar identifieras som bedömts som förtroendeskadliga.

Vad gäller regelefterlevnad konstaterade PWC följande. De styrande dokumenten anses vara i hög grad kända hos chefer vilket även verifieras av en enkätundersökning. Trots det är efterlevnaden till regelverket mycket låg. PWC bedömer att informationen om de anställdas bisysslor torde vara känd inom respektive enhet utifrån att en större andel av cheferna anger att de inhämtat information kring huruvida medarbetare har bisyssla eller inte. PWC konstaterar att det kan finnas brister i efterlevnaden kopplade till arkivering av blanketten för anmälan om bisysslor.

9.1.3 Internrevision i Region Värmland

Region Värmland har tagit fram en granskningsrapport gjord av internrevisorerna i september 2019.[6] I rapporten hänvisades till den riktlinje om bisysslor som finns i regionen. Där konstaterades att i takt med att regionens verksamhet blir alltmer konkurrensutsatt

[5] Revisionsrapport *Intern kontroll i hantering av bisysslor Region Gävleborg*, 2019.
[6] Region Värmland, *Bisysslor – uppföljning*, 2019.

ökar behovet av att uppmärksamma lojalitetsfrågorna och att undvika varje misstanke från allmänhetens sida att det är andra faktorer än det medicinska behovet som påverkar t.ex. kötider, remisshantering och behandlingsinsatser. I rapporten angavs att sidoverksamhet för läkare, tandläkare, psykologer, sjukgymnaster med flera yrkesgrupper måste ifrågasättas, såvida verksamheten inte får anses ligga i regionens intresse utifrån totalansvar för planering av hälso- och sjukvården i länet. I samband med granskningen genomfördes en enkätundersökning. Där hade cirka 32 procent av cheferna svarat att de efterlevde riktlinjen vad gäller chefernas ansvar att kartlägga medarbetarnas bisysslor.

I den genomförda enkäten fanns möjlighet för respondenterna att lämna kommentarer i fritext. Av kommentarerna kunde bl.a. utläsas att enkäten av flera chefer sågs som en ”väckarklocka” när det gäller chefens ansvar att kartlägga medarbetarnas bisysslor. Av den genomförda enkäten framgick också att det var relativt låg följsamhet till riktlinjen vad gäller att informera medarbetare om regelverket kring bisysslor. Cirka 62 procent av cheferna uppgav att de givit sådan information vid arbetsplatsträffar och medarbetarsamtal. I granskningen framkom att det inte sker någon övergripande systematisk uppföljning av chefernas eventuella bisysslor. Av riktlinjen följer att samtliga chefer ska anmäla bisyssla till överordnad chef som ska bedöma och avgöra lämpligheten.

9.1.4 PWC:s granskning av region Västmanland

PWC har 2017 granskat om region Västmanland hanterar bisysslor i enlighet med gällande regelverk och regionens riktlinje/policy med tillräcklig intern kontroll.[7] Granskningen omfattade regionstyrelsen där förvaltningarna Västmanlands sjukhus, Primärvård, Psykiatri och habiliteringsverksamhet, Verksamhets- och ledningsstöd och Regionstyrelsen ingick. Den sammanfattande bedömningen var att den interna kontrollen avseende hanteringen av anställdas bisysslor inte är tillräcklig inom regionstyrelsen. Det konstaterades bl.a. att mindre än hälften av de 25 erhållna bisyssleblanketterna är korrekt ifyllda med samtlig efterfrågad information. Av 18 anmälda bisysslor stämmer 16 överens med registrerat engagemang. Riktlinjerna är till

[7] Region Västmanland, *Samlad uppföljning av tidigare genomförda granskningar*, 2017.

stor del kända bland förvaltningarnas chefer men var femte chef kände inte till instruktionen för bedömningen av bisyssla.

När Västmanlands sjukhus granskades särskilt, fann utredarna att det endast var 11 medarbetare av 4 000 anställda som hade anmält och fått sin bisyssla godkänd år 2016. Sammanställningen som skulle göras årligen hade enligt intervjuer gjorts vartannat år.

9.1.5 PWC:s granskning av region Skåne

PWC har 2019 granskat region Skånes arbete med bisysslor.[8] Där framkom bl.a. att hanteringen av anställdas bisysslor delvis sker på ett ändamålsenligt sätt i enlighet med gällande beslut, riktlinjer och rutiner. Det finns riktlinjer och tillämpningsanvisningar men de behöver uppdateras, revideras och harmoniseras avseende bl.a. uppföljning, kontroller och dokumentation av anställdas bisysslor. En stickprovsgranskning visade att det fanns brister kring hantering och förvaring av dokumentation kring anställdas bisysslor.

I granskningen uppmärksammades att bedömningen av bisysslor skiljer sig åt inom regionen. Exempelvis tillåts regelmässigt att arbeta som nätläkare i förvaltningen för Skånes sjukhus nordost så länge patienter från region Skåne inte behandlas. Inom förvaltningen för Skånes sjukhus nordväst däremot avslås alltid bisyssla i form av digitala läkartjänster.

PWC gjorde bedömningen att det i de flesta fall inte finns någon spårbar dokumentation på individnivå över anställdas bisysslor och att det leder till att det finns en risk att bisysslor inte bedöms på ett likartat sätt.

Sammantaget gjorde PWC bedömningen att den interna kontrollen inom regionen är otillräcklig. Bedömningen grundade sig på att det inte finns något systematiskt samlat sätt att dokumentera anställdas bisysslor och att det inte finns uppgifter om hur många bisysslor som de anställda inom Region Skåne har totalt. Vid flera verksamheter inom region Skåne gick det inte att få fram uppgifter om hur många som hade en godkänd bisyssla vid ett givet tillfälle. Det utfördes inte heller tillräckliga kontroller inom det systematiska internkontrollarbetet avseende bisysslor.

[8] Region Skåne, *Rapport nr 13 – Bisysslor*, 2019.

9.1.6 Statskontorets rapport om bisysslor

I Statskontorets rapport om bisysslor från 2019 lämnas ett flertal iakttagelser om hur hanteringen av bisysslor fungerar i myndigheter, kommuner och regioner.[9] Det tas upp att det har blivit något vanligare att kommuner och regioner har riktlinjer om bisysslor men att de inte alltid omfattar de kommunala bolagen. Vidare tas upp att arbetsgivarna anser att regelverket är svårt att tolka och efterfrågar därför mer vägledning. Flertalet arbetsgivare lever upp till sin informationsplikt genom att informera nyanställda om vilka regler som gäller för bisysslor. Det har blivit vanligare att arbetsgivare i kommuner och regioner ställer frågor om anställdas bisysslor. Var femte kommun ställer dock inga frågor alls. En förklaring till detta kan vara att vissa arbetsgivare utgår från att arbetstagarna ska lämna uppgifterna på eget initiativ. En annan förklaring är att det av integritetsskäl kan uppfattas som känsligt att ställa den typen av frågor.

I rapporten beskrivs att flertalet myndigheter, kommuner och regioner dokumenterar anställdas bisysslor, men färre gör centrala sammanställningar över bisysslorna. Ett skäl till detta är att regelverket för behandling av personuppgifter uppfattas som komplicerat. Vissa arbetsgivare anser också att det är tidskrävande och tekniskt komplicerat att få till sökbara centrala sammanställningar.

Enligt rapporten kontrollerar kommuner och regioner sällan sina anställdas bisysslor och myndigheter gör det än mer sällan. Detta kan tolkas som att offentliga arbetsgivare inte anser att behovet av att kontrollera uppväger den tid och de resurser som skulle krävas för att genomföra kontrollerna. Att vissa kommuner och regioner inte regelbundet frågar sina anställda om deras bisysslor kan också bero på att det uppfattas som känsligt eller besvärligt att göra detta. Chefer kan tycka att det är obehagligt att ställa, vad som kan uppfattas som integritetskränkande, frågor om den anställdas aktiviteter utanför arbetet. Arbetstagare kan också anse att det inte angår arbetsgivaren.

Statskontoret tar även upp hälso- och sjukvården specifikt och konstaterar då följande.

> Av våra intervjuer framgår att arbetshindrande och konkurrerande bisysslor aktualiseras oftare inom hälso- och sjukvården än inom andra offentliga verksamheter. Till detta bidrar det fria vårdvalet som ökar

[9] Statskontoret (2019).

möjligheterna för främst läkare och sjuksköterskor att arbeta privat på sin lediga tid. Läkarnas jour- och beredskapsavtal gör också att de har mycket ledig tid att ta ut. Tid som de ibland använder för att arbeta privat. Hur man ser på att anställda arbetar privat på sin lediga tid skiljer sig mycket mellan regionerna, enligt flera av våra intervjupersoner.[10]

9.1.7 Konkurrensverkets rapport om regioners upphandling av vårdpersonal

I en rapport från 2020 belyser Konkurrensverket några aspekter av regionernas hantering av bisysslor.[11] Konkurrensverket tar upp att många läkare som är anställda av regionerna också är egenföretagare och arbetar som hyrläkare som bisyssla på sin lediga tid.

I rapporten anges att regionerna inte tillåter att läkare som är anställda av regionen arbetar som hyrläkare i samma region då det ses som en konkurrerande bisyssla. Vanligen finns det dock inget som hindrar att en läkare arbetar som hyrläkare i en annan region. Inhyrd personal omfattas inte av upphandlande myndigheters arbetsgivaransvar eftersom de inte är anställda där.

Konkurrensverket lämnar även en rekommendation till regionerna, nämligen följande.

> Regionerna bör skaffa sig kunskap om de bisysslor som kan konkurrera med arbetsgivarens verksamhet eller är arbetshindrande. En region som inte känner till sina anställdas bisysslor har även sämre möjligheter att organisera sin verksamhet på ett effektivt sätt och undvika jäv och intressekonflikter som kan tänkas uppstå när regionen upphandlar.[12]

9.1.8 Granskningar i media

Piteå-Tidningen publicerade i december 2020 en artikel om bisysslehanteringen i region Norrbotten under år 2019.[13] Av artikeln framgår att 746 anställda hos region Norrbotten totalt hade 900 bolagsengagemang registrerade hos Bolagsverket. Av dessa personer fanns endast 109 i regionens lista över anmälda bisysslor 2019.

[10] Statskontoret (2019), s. 33.
[11] Konkurrensverket 2020:4.
[12] Konkurrensverket 2020:4, s. 10 f.
[13] Piteå-Tidningen, 28 december 2020.

Även enskilda fall av bisysslor där lämpligheten har ifrågasatts har uppmärksammats, exempelvis av Upsala Nya Tidning i december 2020[14] och Nerikes Allehanda i december 2020[15].

9.2 Slutsatser och sammanfattning

Utifrån den beskrivning som har lämnats i detta kapitel kan utredningen konstatera att det förekommer oanmälda bisysslor beträffande sjukvårdspersonalen i flera regioner och att kritik mot detta har framförts flera gånger. Det visar bl.a. de granskningsrapporter och tidningsartiklar som har tagits upp ovan. Utredningen har dock inte undersökt alla regioner eller all hantering av alla bisysslor. Det kan därför förekomma regioner helt utan problem med underrapportering av bisysslor. Utredningen kan inte heller säga något om huruvida de bisysslor som inte har rapporterats är otillåtna eller av andra skäl problematiska.

Utredningen har undersökt vilka typer av stöddokument som har tagits fram som handlar om bisysslor och som särskilt har en koppling till hälso- och sjukvårdssektorn. Utredningen kan då konstatera att Arbetsgivarverket har ett allmänt stöddokument om bisysslor för arbetsgivare från 2012. Vidare har SKR tagit fram allmänna stöddokument om bisysslor i form av cirkulär.[16] De dokumenten är dock inte inriktade på hälso- och sjukvårdssektorn. Vissa regioner har emellertid tagit fram sådana stöddokument, vilket redogjorts för i kapitel 3.

Utredningens uppdrag handlar om att förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar inte ska ha en negativ påverkan på den offentligfinansierade hälso- och sjukvården. Bisysslor och frågan om de är förtroendeskadliga, arbetshindrande och konkurrerande är därför av intresse. Hälso- och sjukvårdspersonalens bisysslor hos privata vårdgivare skulle potentiellt kunna påverka den offentligt drivna vården menligt och även påverka förtroendet för och tilliten till hälso- och sjukvården och välfärdssamhället. Samtidigt finns det positiva konsekvenser av att offentliganställda kan ha bisysslor hos privata vårdgivare.

[14] Upsala Nya Tidning, 20 december 2020.
[15] Nerikes Allehanda, 20 december 2020.
[16] Se SKR:s cirkulär 2002:50, dnr 2000:2391 och cirkulär 17:50, dnr 17/05350.

10 Internationell utblick

10.1 Inledning

I detta kapitel finns en beskrivning av utredningens internationella utblick över utvalda länder. Utblicken avser s.k. frivilliga privata sjukvårdsförsäkringar som förekommer i varierande grad i alla OECD-länder.[1] Utredningen har valt att i utblicken inkludera fyra länder med hälso- och sjukvårdsvårdssystem som har likheter med det svenska, nämligen Norge, Finland, Danmark och Kanada. Länderna har likt Sverige decentraliserade hälso- och sjukvårdssystem med i huvudsakligen offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdssystemen finansieras framför allt via skattemedel och är universella, i den meningen att i princip alla invånare omfattas. Kanada inkluderades också därför att det där, till skillnad från i Sverige, finns regleringar m.m. som på olika sätt begränsar hur hälso- och sjukvård får betalas med privata sjukvårdsförsäkringar.

Syftet med den internationella utblicken har varit att studera skillnader och likheter mellan länderna avseende förekomst, innehåll, utveckling och reglering av privata sjukvårdsförsäkringar, för att öka kunskapen om hur frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar kan hanteras. Ytterligare aspekter som berörs i kapitlet avser utvecklingen av antalet försäkringar över tid, identifierade rapporter och studier där konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar har analyserats, samt samhällsdebatten om privata sjukvårdsförsäkringar i respektive land.

I detta kapitel beskrivs först vilken metod som har använts för att göra den internationell utblicken. Därefter beskrivs resultaten för de länder som har undersökts. Det finns ett särskilt avsnitt som kort

[1] Anell (2020), s. 110. Ordet frivilliga används här för att förtydliga att det är just de frivilliga privata sjukvårdsförsäkringarna som avses, oaktat att det i vissa OECD-länder också förekommer obligatoriska sjukvårdsförsäkringar som huvudsaklig finansieringsmodell för hälso- och sjukvården.

beskriver privata sjukvårdsförsäkringar i andra länder än de särskilt undersökta. Kapitlet avslutas med en sammanfattning samt utredningens slutsatser.

I texterna nedan återkommer vissa begrepp som redan har förklarats i kapitel 2, 5 och 6. Nedan följer en sammanfattning av de viktigaste begreppen.

- *Gruppförsäkring respektive individuellt tecknad försäkring:* En gruppförsäkring upphandlas av t.ex. en arbetsgivare, ett fackförbund, en idrottsförening etc. och erbjuds samtliga anställda/medlemmar. En individuellt tecknad försäkring tecknas av individen själv.
- *Hushållens utgifter ur egen ficka:* Avser kontanta betalningar för hälso- och sjukvård, t.ex. patientavgifter, kostnader för läkemedel etc.
- *Komplementär respektive supplementär försäkring:* En komplementär sjukvårdsförsäkring innefattar sådant som inte erbjuds inom ramen för det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet. En supplementär sjukvårdsförsäkring innefattar sådant som också erbjuds inom det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet men ofta med erbjudande om t.ex. tillgänglighet, korta väntetider eller valfrihet i olika former.

10.2 Utredningens metod för utblicken

Den internationella utblicken är översiktlig och har genomförts med utgångspunkt i publikt tillgängliga data samt utvalda artiklar och rapporter om förekomst, innehåll, utveckling och reglering av privata sjukvårdsförsäkringar i Norge, Finland, Danmark och Kanada.

Relevanta artiklar och rapporter har identifierats med hjälp av bl.a. utredningens expertgrupp. För Norge, Finland och Danmark har statistik över förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar hämtats från branschorganisationer i respektive land. Beskrivningen av privata sjukvårdsförsäkringar i Kanada utgår huvudsakligen från en bok publicerad 2020 av European Observatory on Health Systems and Policies. Denna bok ligger också till grund för kapitel 10.7.

Utredningen har också deltagit i en policydialog den 16 juni 2021 anordnad av Socialstyrelsen och European Observatory on Health

Systems and Policies på temat *Privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige – lärdomar från andra länder*.[2]

10.3 Norge

10.3.1 Översikt av hälso- och sjukvårdssystemet i Norge

Finansiering av hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården i Norge finansieras huvudsakligen genom skatteintäkter (85,3 procent år 2018). Alla invånare omfattas av den offentligfinansierade vården, som innefattar primärvård, specialiserad öppenvård, sjukhusvård, psykiatrisk vård, tandvård till barn under 18 år och vissa prioriterade grupper samt vissa receptbelagda läkemedel. Tandvård för vuxna och icke-medicinsk ögonvård är exempel på tjänster som inte omfattas.[3] Hushållens utgifter ur egen ficka utgör en mindre del av kostnaden för hälso- och sjukvården (14,3 procent år 2018).[4] Privata sjukvårdsförsäkringar stod år 2017 för 0,4 procent av kostnaderna i hälso- och sjukvården.[5]

Organisering av hälso- och sjukvården

Primärvården organiseras kommunalt medan sjukhus och annan specialistvård har ett statligt huvudmannaskap.[6] Det statliga huvudmannaskapet är i praktiken organiserat i fyra regionala hälsovårdsmyndigheter.[7]

[2] Seminariet var upplagt på så vis att en introduktion till privata sjukvårdsförsäkringar gjordes av Sarah Thomson och att Joakim Ramsberg från Vård- och omsorgsanalys informerade om den svenska kontexten. Därefter informerade tre experter (Sara Allin, Steve Thomas och Liina-Kaisa Tynkkynen) om hur det ser ut i Kanada, Irland respektive Finland. Sedan blev det en dialog utifrån de frågeställningar som kom upp på seminariet.
[3] European Observatory on Health Systems and Policies (2016) s. 105 ff., WHO (2018) och Commonwealth fund, Norge.
[4] European Observatory on Health Systems and Policies (2016) s. 105 ff. och WHO (2018).
[5] Sperre Saunes et al. (2020), s. 54.
[6] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 40 och 81 ff.
[7] Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.

10.3.2 Privata sjukvårdsförsäkringar i Norge

Förekomst av privata sjukvårdsförsäkringar

I Norge har 648 000 personer en privat sjukvårdsförsäkring,[8] vilket motsvarar cirka 12 procent av befolkningen.[9] Mätt i procent är privata sjukvårdsförsäkringar därmed nästan dubbelt så vanligt i Norge som i Sverige, där cirka 6,5 procent av invånarna har en privat sjukvårdsförsäkring. Majoriteten, 90 procent, av försäkringarna är gruppförsäkringar via arbetsgivare.[10]

Innehåll i privata sjukvårdsförsäkringar

Majoriteten av de privata sjukvårdsförsäkringarna är av supplementär karaktär och erbjuder korta väntetider till vård, ofta genom privata vårdgivare. Försäkringarna omfattar planerad vård men inte akut vård.[11]

En majoritet (90 procent) av behandlingarna som omfattas av de privata sjukvårdsförsäkringarna genomförs av fysioterapeuter, kiropraktorer eller specialistläkare.[12] Tandvård omfattas generellt inte av sjukvårdsförsäkringarna.[13]

Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar

År 2003 infördes skattebefrielse för privata sjukvårdsförsäkringar som betalas av arbetsgivare. År 2006 blev dessa dock åter skattepliktiga.[14] Gruppförsäkringar som arbetsgivaren betalar betraktas således i dag som löneförmåner som ska beskattas. Vissa typer av tjänster är dock fortsatt skattefria, såsom hälsovårdstjänster och behandling av arbetsrelaterade skador.[15] Utredningen har inte kunnat finna någon

[8] Finans Norge *Hovedoversikt helseforsikringer*.
[9] Statistisk Sentralbyrå *Fakta om befolkningen – Folketallet*.
[10] Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.
[11] European Observatory on Health Systems and Policies (2016), s. 105 ff och Sperre Saunes et al. (2020), s. 69.
[12] Finans Norge *Behandlingsforsikring*.
[13] Vid jämförelse av försäkringsvillkor hos If, Storebrand & Tryg. If, *Information vedr. Vilkårstekster*, Storebrand Helseforsikring AS, *Behandlingsavtale – Forsikringsvilkår – for individuell og kollektiv behandlingsavtale* och Tryg, *Behandlingsforsikring Dekningsvilkår*.
[14] Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.
[15] Grøndahl (2021).

särskild reglering som rör finansiering av hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar.

Utveckling över tid av antalet privata sjukvårdsförsäkringar

Antalet invånare med en privat sjukvårdsförsäkring ökade från drygt 33 000 till nära 340 000 mellan åren 2003 och 2011.[16] Sedan dess har antalet nästan fördubblats fram till 2020.[17] Utvecklingen har enligt Tynkkynen et al. främst drivits av observerade brister i det offentliga systemet (särskilt långa väntetider), politik (t.ex. skattebefrielsen 2003–2006) och försäkringsbolagens kraftiga marknadsföring.[18]

Beskrivna konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar

Helsedirektoratet har finansierat en sammanställning om förekomst och möjliga konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar i Norge. Sammanställningen genomfördes av en forskare vid Oslo universitet som 2018 publicerade resultatet i en rapport, där både möjliga för- och nackdelar för den offentligfinansierade vården lyftes fram.[19] En slutsats från rapporten är att det är troligt att privata sjukvårdsförsäkringar har bidragit till att öka olikheter i väntetider till viss specialistvård i landet. Däremot dras inga slutsatser om att privata sjukvårdsförsäkringar har lett till undanträngningseffekter eller annan påverkan på hälso- och sjukvården.

I forskningsstudier där privata sjukvårdsförsäkringars effekt på sjukfrånvaro studerats har man inte kunnat påvisa att sjukskrivningar minskar till följd av sjukvårdsförsäkringar.[20]

Debatten om privata sjukvårdsförsäkringar

Privata sjukvårdsförsäkringar har skapat viss debatt i Norge. Exempelvis har Bent Høie, Norges hälso- och omsorgsminister, uttryckt en oro för att privata sjukvårdsförsäkringar ska underminera det

[16] Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.
[17] Finans Norge *Hovedoversikt helseforsikringer*.
[18] Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.
[19] Grepperud (2018).
[20] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 69.

offentliga hälso- och sjukvårdssystemet.[21] Även andra politiker och forskare har uttryckt en skepsis mot de privata sjukvårdsförsäkringarna, samtidigt som representanter för försäkringsbolag beskriver att de skapar värde för många företag och anställda.[22] En av de risker som lyfts i debatten är att hälso- och sjukvårdssystemet blir tudelat och att den personliga ekonomin har betydelse för hur god vård man får.[23]

10.4 Finland

10.4.1 Översikt av hälso- och sjukvårdssystemet i Finland

Finansiering av hälso- och sjukvården

Vården finansieras i huvudsak genom skatteintäkter på lokal eller regional nivå (78,6 procent år 2018).[24] Socialförsäkringen, som innefattar en offentlig sjukvårdsförsäkring, omfattar näst intill alla permanent bosatta i Finland.[25] Denna ersätter en del av kostnaderna även för privat vård.[26] Företagshälsovården finansieras förutom genom offentliga medel även till cirka 50 procent av arbetsgivarna.[27] Hushållens utgifter ur egen ficka utgör (för år 2018) cirka 18,4 procent av hälso- och sjukvårdskostnaderna och de privata sjukvårdsförsäkringarnas kostnader utgör cirka 1,95 procent.[28]

Organisering av hälso- och sjukvården

Det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet är decentraliserat. Det primära ansvaret för hälso- och sjukvården ligger på cirka 300 kommuner som ansvarar för finansieringen av både primärvård och specialiserad vård.[29] Utöver den offentliga kommunala hälso- och sjukvården finns även företagshälsovård samt en privat hälso- och sjukvård. Företagshälsovården förser en stor andel av befolkningen i arbetsför ålder

[21] Dagsavisen: *Høie bekymret for den norske helsemodellen*, 2019-02-11.
[22] NRK. *Siste 10 år: Voldsom økning i antall private helseforsikringer*, 2017-07-20.
[23] Dagsavisen: *Høie bekymret for den norske helsemodellen*, 2019-02-11.
[24] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 81–85 och WHO (2018).
[25] Tuorila (2019).
[26] Valtonen et al. (2014).
[27] Valtonen et al. (2014). För beskrivning av företagshälsovården i Sverige, se kapitel 5.
[28] WHO (2018).
[29] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 81 ff.

med primärvårdstjänster. Den privata hälso- och sjukvården omfattar både primärvård, specialistvård och tandvård.[30]

10.4.2 Privata sjukvårdsförsäkringar i Finland

Förekomst av privata sjukvårdsförsäkringar

I juni 2020 hade 24 procent av finländarna en privat sjukvårdsförsäkring, att jämföra med 6,5 procent i Sverige. Majoriteten, 79 procent, av dessa var individuellt tecknade försäkringar.[31] Vanligast är privata sjukvårdsförsäkringar bland barnfamiljer. Av barnfamiljer med två vårdnadshavare har knappt hälften en privat sjukvårdsförsäkring. Sjukvårdsförsäkringarna är också vanligare bland hushåll med högre inkomst (30 procent av hushållen i högsta femtedelen jämfört med 8 procent i lägsta femtedelen).[32]

Innehåll i privata sjukvårdsförsäkringar

De flesta sjukvårdsförsäkringar i Finland är kombinationsförsäkringar, som alltså omfattar såväl supplementära som komplementära inslag.[33] De omfattar undersöknings- och vårdkostnader, kostnader för sjukhusinläggning samt kostnader för ordinerade läkemedel.[34] Försäkringarna ger också ofta korta väntetider till vård.[35]

Därutöver finns en ny s.k. ”lågtröskel”-hälsoförsäkring som endast omfattar kostnader för undersökning på grund av sjukdom eller skada, men inte kostnader för vård, fysioterapi, läkemedel, sjukhusinläggningar eller hälsoundersökningar.[36]

Många av försäkringsbolagen samarbetar med specifika privata vårdgivare. Ett av bolagen har ett eget sjukhusnätverk. Övriga samarbetar med en/flera privata vårdgivare/vårdkoncerner genom partnerskap. Vårdkontakter med övriga vårdgivare omfattas ofta inte av försäkringen.[37] I praktiken fungerar privata sjukvårdsförsäkringar

[30] Valtonen et al. (2014).
[31] Finanssiala (2020) och Finanssiala (2021).
[32] Kajantie (2019).
[33] Se redogörelser för försäkringarnas innehåll i t.ex. Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 84 och Keskimäki et al. (2019), s. 69 f.
[34] FINE (2019).
[35] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 81 ff.
[36] Tuorila (2019).
[37] Tuorila (2019).

ofta som ett parallellt system till det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet.[38]

Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar

Försäkringsbolagens verksamhet regleras bl.a. genom lagen om försäkringsavtal och lagen om försäkringsdistribution.[39] Skatteplikten för en förmån som fås genom en sjukvårdsförsäkring bedöms enligt bestämmelsen om företagshälsovård i inkomstskattelagen. I de fall arbetsgivaren står för sjukvårdsförsäkringen kan den utgöra en skattefri förmån beroende på bl.a. försäkringsskyddets omfattning, beloppet av försäkringspremien och ersättningens maximibelopp.[40] Utredningen har inte kunnat finna någon särskild reglering som rör finansiering av hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar.

Utveckling över tid av antalet privata sjukvårdsförsäkringar

Antalet finländare med privat sjukvårdsförsäkring har ökat med 50 procent sedan 2009.[41] De viktigaste orsakerna för att teckna en privat sjukvårdsförsäkring anges vara att få korta väntetider till hälso- och sjukvårdstjänster, ett bredare utbud av tjänster, en syn på att de privata tjänsterna har en högre kvalitet samt ett uttalat önskemål om att använda privata tjänster.[42] Låg tillgänglighet till primärvården har även lyfts fram som en bidragande orsak.[43]

Beskrivna konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar

Folkpensionsanstalten i Finland studerade år 2014 privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på användningen av hälso- och sjukvårdstjänster. Studien visade ett ökat utnyttjande av privata tjänster bland både barn och vuxna med individuellt tecknad sjukvårdsförsäkring. Bland vuxna med individuellt tecknad försäkring minskade utnytt-

[38] Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.
[39] Tuorila (2019).
[40] Skatteförvaltningen/Verohallinto (2017).
[41] Finanssiala (2020).
[42] Valtonen et al. (2014).
[43] Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.

jandet av offentliga tjänster, men inte bland barn. Gruppförsäkringar påverkade inte användningen av hälso- och sjukvårdstjänster.[44]

Trots att antalet privata sjukvårdsförsäkringar har ökat kraftigt, har antalet privata läkarbesök mellan år 2000 och år 2017 inte ökat med mer än 10 procent. Däremot har antalet privata remisser för vård och/eller undersökningar ökat kraftigt, med cirka 50 procent.[45]

Konkurrens- och konsumentverket i Finland lyfter risken för bl.a. en ökad ojämlikhet bland invånarna. Om detta kan ses i praktiken har dock inte studerats.[46]

Debatten om privata sjukvårdsförsäkringar

Det har inte varit någon stor offentlig debatt i Finland om privata sjukvårdsförsäkringar. Den debatt som har förekommit har i huvudsak handlat om upplevda problem med den offentliga hälso- och sjukvården.[47] Medierapporteringen har huvudsakligen handlat om den försäkrades perspektiv.[48]

10.5 Danmark

10.5.1 Översikt av hälso- och sjukvårdssystemet i Danmark

Finansiering av hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården finansieras huvudsakligen genom skatteintäkter (83,9 procent år 2018).[49] Offentligt finansierad vård omfattar primärvård, specialiserad öppenvård, sjukhusvård, psykiatrisk vård och långtidsvård samt tandvård till barn under 18 år. För receptbelagd medicin finns ett högkostnadsskydd likt det i Sverige.[50] Hushållens utgifter ur egen ficka utgör en mindre del av kostnaden för hälso- och sjukvården (13,8 procent år 2018). Privata sjukvårdsförsäkringar stod år 2018 för cirka 2,3 procent av kostnaderna.[51]

[44] Valtonen et al. (2014).
[45] Kajantie (2019).
[46] Valtonen et al. (2014).
[47] Information från policydialog anordnad av European Observatory on Health Systems and Policies.
[48] Tuorila (2019).
[49] WHO (2018).
[50] Commonwealth fund, Danmark.
[51] WHO (2018).

Organisering av hälso- och sjukvården

Det danska hälso- och sjukvårdssystemet är förhållandevis decentraliserat. Fem regioner har det huvudsakliga ansvaret för att finansiera samt organisera specialiserad vård respektive primärvård.

Danmark har 98 kommuner och dessa ansvarar bl.a. för drift av äldreomsorg, viss tandvård, hälsofrämjande arbete, rehabilitering samt ett flertal olika sociala tjänster.

På samma sätt som i Sverige är primärvården en första instans för patienter som söker sig till hälso- och sjukvården. Även strukturen för sjukhusvården liknar i stort den svenska.[52]

10.5.2 Privata sjukvårdsförsäkringar i Danmark

Förekomst av privata sjukvårdsförsäkringar

I Danmark är privata sjukvårdsförsäkringar vanligare än i övriga nordiska länder. 2,15 miljoner invånare hade 2019 en supplementär sjukvårdsförsäkring,[53] vilket motsvarar cirka 37 procent av invånarna.[54] Omkring 44 procent av invånarna hade samma år en komplementär privat sjukvårdsförsäkring.[55] Hur stor andel av befolkningen som har en av de två försäkringstyperna eller som har båda har utredningen inte hittat några uppgifter om. I Sverige är det cirka 690 000 personer som har en privat sjukvårdsförsäkring vilket motsvarar cirka 6,5 procent av invånarna.

Den stora majoriteten av de supplementära sjukvårdsförsäkringarna är gruppförsäkringar som erbjuds som en förmån via arbetsgivare. Dessa kan omfatta såväl den anställda som dennes barn och samboende. Enligt branschorganisationen Forsikring & Pension är 79 procent primära försäkringstagare med en arbetsgivarbetald gruppförsäkring, 18 procent är medförsäkrade barn och samboende och enbart 3 procent har en individuellt tecknad försäkring.[56]

[52] Commonwealth fund, Danmark.
[53] Forsikring & Pension. *Sundhedsforsikringer*.
[54] Eurostat. *Population on 1 January by age and sex*.
[55] Danmark sygeforsikring, *Årsrapport 2019*.
[56] Forsikring & Pension. *Sundhedsforsikringer*.

Innehåll i privata sjukvårdsförsäkringar

I de supplementära sjukvårdsförsäkringarna ingår ofta väntetidsgarantier som ger korta väntetider till specialistvård, utredning, vård och behandling vid privata sjukhus, fysioterapi, kiropraktorbesök samt hälsoundersökningar.[57] Under 2019 var de två största ersättningsposterna operationer (46 procent) samt fysioterapi, kiropraktor och liknande tjänster (33 procent).[58]

Den icke vinstdrivande försäkringsgivaren *Sygeforsikringen "danmark"* dominerar marknaden för komplementära sjukvårdsförsäkringar. Försäkringsgivaren har olika försäkringsplaner, där den populäraste täcker vissa kostnader för läkemedel, tandvård, glasögon, linser, fysioterapi, psykologbesök och vaccinationer.[59]

Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar

Försäkringsbolagen regleras bland annat av lagen om försäkringsverksamhet.[60] Utredningen har inte kunnat finna någon särskild reglering av specifikt privata sjukvårdsförsäkringar utöver skatteregleringen.[61] Mellan år 2002–2012 var arbetsgivarbetalda sjukvårdsförsäkringar skattebefriade. Vissa typer av tjänster är fortsatt skattefria, såsom hälsovårdstjänster och behandling av arbetsrelaterade skador och sjukdomar.[62]

Utveckling över tid av privata sjukvårdsförsäkringar

Supplementära sjukvårdsförsäkringar i Danmark har stadigt ökat i antal under 2000-talet. Denna utveckling drivs nästan uteslutande av att företag erbjuder gruppförsäkringar som en förmån till anställda. De skattemässiga incitamenten för att erbjuda arbetsgivarbetald sjukvårdsförsäkring mellan 2002–2012 har bidragit till utvecklingen.[63] Ett år efter att dessa skatteregler infördes hade cirka 230 000 danskar en

[57] Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.
[58] Forsikring & Pension. *Sundhedsforsikringer*.
[59] Commonwealth fund, Danmark; Danmark sygeforsikring, *Årsrapport 2019* och Forsikring & Pension, *Find din Gruppe*.
[60] European Observatory on Health Systems and Policies (2016), s. 39 ff.
[61] För skatteregleringen, se Finanstilsynet.dk. *Lov om forsikringsvirksomhed § 5*.
[62] Skat.dk. *Nyt om beskatning og indberetning af sundhedsforsikring* (2012).
[63] European Observatory on Health Systems and Policies (2016), s. 39–42 och Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.

supplementär sjukvårdsförsäkring. År 2012 hade siffran ökat till över 1,5 miljoner. Antalet försäkrade har fortsatt att öka och var år 2019 över 2,15 miljoner (37 procent av befolkningen). Tynkkynen et al. lyfter att bidragande faktorer till att privat sjukvårdsförsäkring ses som en attraktiv arbetsgivarförmån i Danmark har varit långa väntetider i den offentliga vården och en preferens för privata vårdgivare.[64]

Antalet danskar med komplementär sjukvårdsförsäkring har ökat från 270 000 personer år 1973 till över 2,5 miljoner år 2019.[65]

Beskrivna konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar

Det har i utblicken inte identifierats några myndighetsrapporter över beskrivna konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar i Danmark.

Danska studier från bl.a. branschorganisationen Forsikring & Pension från år 2010 och 2012 har visat ett samband mellan att ha en privat sjukvårdsförsäkring och lägre sannolikhet för långvarig sjukskrivning liksom färre sjukskrivningsdagar.[66]

En forskningsartikel från Søgaard et al. visar vidare att arbetsgivarbetalda privata sjukvårdsförsäkringar har inneburit en lägre total användning av offentligfinansierad sjukhusvård i Danmark, samtidigt som det betonas att studien inte kan avgöra vilka konsekvenser privata sjukvårdsförsäkringar har på hälso- och sjukvårdssystemet i stort.[67]

Debatten om privata sjukvårdsförsäkringar

Enligt Tynkkynen et. al. har det inte funnits någon stor debatt om komplementära sjukvårdsförsäkringar i Danmark. Däremot har det funnits en debatt om de supplementära sjukvårdsförsäkringarnas roll.[68] Skattebefrielsen av arbetsgivarbetalda privata sjukvårdsförsäkringar som infördes 2002 hade flera syften, nämligen att öka arbetsgivares ansvarstagande för anställdas hälsa, möjliggöra korta vänteti-

[64] Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.
[65] Danmark sygeforsikring, *Årsrapport 2019* och European Observatory on Health Systems and Policies (2016), s. 39 ff.
[66] Pedersen och Arendt (2012), Borchsenius och Hansen (2010), och Stephansen (2012).
[67] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 58 och 68 med hänvisning till Søgaard m.fl. (2013).
[68] Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.

der till vård för de försäkrade, reducera sjukfrånvaro bland anställda, samt bidra till positiva effekter för hela hälso- och sjukvårdssystemet i form av t.ex. lägre kostnader för den offentliga vården och kortare väntetider inom den offentligfinansierade vården (eftersom personer med försäkringarna då inte nyttjar den offentligfinansierade vården och det därmed blir färre personer som nyttjar densamma).[69] Kritiker menar dock att försäkringarna innebär ökade kostnader och att kapaciteten inte förbättras. Andra motargument har inkluderat att den offentligfinansierade vården behöver ta emot patienter med mer komplicerade behov samt att eventuella fel som inträffar inom den privata vården blir den offentligfinansierade vårdens ansvar.[70]

10.6 Kanada

10.6.1 Översikt av hälso- och sjukvårdssystemet i Kanada

Finansiering av hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdssystemet Canadian MediCare är decentraliserat och i huvudsak offentligfinansierat. Det är de tio provinserna och de tre territorierna som är ansvariga för både finansiering och organisation av vården. Provinserna och territorierna har egna offentliga sjukvårdsförsäkringar som omfattar alla medborgare och stadigt bofasta.[71] För att ta del av statligt ekonomiskt stöd måste provinserna och territorierna följa nationella standarder som finns i Canada Health Act.[72]

Det offentliga åtagandet i Kanada omfattar vård som ges av läkare eller på sjukhus. Läkemedel, äldreomsorg och tandvård omfattas dock inte.[73] I regel omfattas inte heller t.ex. långtidsvård (i särskilt eller ordinärt boende), palliativ vård, stöd till informella vårdare, rehabilitering, medicinska hjälpmedel, viss psykiatrisk vård, synvård, missbruksvård eller komplementärmedicin. Det är stora skillnader mellan territorierna och provinserna när det gäller vilken vård som omfattas av det offentliga utbudet.[74] För att få tillgång till vård som

[69] Olesen (2009), s. 274 f.
[70] Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.
[71] Commonwealth fund, Kanada.
[72] European Observatory on Health Systems and Policies (2020) s. 101.
[73] SOU 2002:31, s. 59.
[74] Allin et al. (2020), se t.ex. s. xvii, 34, 40, 57, 65, 67 och 101.

inte tillhandahålls av det offentliga krävs att den enskilde har en privat sjukvårdsförsäkring eller betalar kontant.

För år 2018 betalades cirka 73,5 procent av hälso- och sjukvårdskostnaderna genom skatteintäkter och 14,7 procent utgjordes av hushållens utgifter ur egen ficka.[75] Privata sjukvårdsförsäkringar stod år 2017 för cirka 12 procent,[76] vilket är en större andel än i de nordiska länderna.

Organisering av hälso- och sjukvården

Landets provinser och territorier ansvarar för hälso- och sjukvården.[77] Regelverken ser olika ut i de olika provinserna/territorierna och är en blandning av policys och uttryckliga regler. Majoriteten av sjukhusen är offentliga, förutom i Ontario, där majoriteten av sjukhusen ägs av privata icke-vinstdrivande organisationer. De allra flesta läkarna, såväl inom primärvård som inom den öppna specialistvården, är dock privata utförare, och är egenföretagare med privata mottagningar.[78] Detta beror på att en ”överenskommelse” träffades med läkarna i samband med införandet av hälso- och sjukvårdssystemet som innebär att läkarna förbinder sig att arbeta antingen åt det offentliga eller det privata. Det är således inte tillåtet att verka i båda systemen samtidigt. Läkarna är också självständiga i förhållande till det offentliga. De är egenföretagare och styr själva sin arbetstid etc. De fakturerar endast det offentliga eller endast det privata.[79] Detta förbud att ta emot både offentligt och privat finansierade patienter beskrivs som ett förbud mot ”dual practice”. Det är inte en nationell reglering utan förbudet kan skilja sig åt inom landet.

[75] WHO 2018.
[76] Allin et al. (2020), s. 151.
[77] European Observatory on Health Systems and Policies (2020) s. 101.
[78] Commonwealth fund, Kanada.
[79] Information från policydialog anordnad av European Observatory on Health Systems and Policies.

10.6.2 Privata sjukvårdsförsäkringar i Kanada

Förekomst av privata sjukvårdsförsäkringar

Komplementära privata sjukvårdsförsäkringar är betydligt vanligare i Kanada än i Sverige. Drygt två tredjedelar av landets invånare (69 procent) uppskattas ha en komplementär sjukvårdsförsäkring. Majoriteten av försäkringarna i Kanada är gruppförsäkringar som betalas av arbetsgivare och som utöver arbetstagaren även omfattar maka/make och/eller barn.[80] Dessa försäkringar är ofta en del av förmånerna i anställningen, och är således inte frivilliga i ordets sanna bemärkelse.[81] Vidare är dessa förmåner ofta förbehållna personer med högavlönade tillsvidareanställningar, medan personer med lågavlönade jobb, eller tillfälliga anställningar av olika slag mer sällan kan ta del av denna typen av förmåner.[82]

I de flesta provinser och territorier är *supplementära sjukvårdsförsäkringar* inte tillåtna och förekommer knappt, se mer nedan om regleringen av privata sjukvårdsförsäkringar.[83]

Innehåll i privata sjukvårdsförsäkringar

Som beskrivits ovan är det de komplementära sjukvårdsförsäkringarna som används i Kanada. Försäkringarna har en komplementär roll och omfattar hälso- och sjukvårdstjänster som inte ersätts av det offentliga så som t.ex. palliativ vård, missbruksvård, viss psykiatrisk vård, synvård, tandvård, receptbelagda läkemedel i öppenvård, rehabilitering och privata sjukhusinläggningar.[84] De privata sjukvårdsförsäkringarnas roll är störst inom tandvård och läkemedel.[85]

Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar

I Kanada finns regler som delvis begränsar förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar. Både den federala och de provinsiella/territoriella lagstiftande församlingarna är involverade i denna regle-

[80] European Observatory on Health Systems and Policies (2020) s. 112 f. och 115.
[81] Allin et al. (2020), s. 74.
[82] Allin et al. (2020), s. 151.
[83] European Observatory on Health Systems and Policies (2020) s. 99.
[84] Commonwealth fund, Kanada.
[85] European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 104.

ring.[86] Försäkringsbolagen omfattas av en reglering som säkerställer deras betalningsförmåga gentemot de försäkrade.

Vidare finns det ovan beskriva förbudet mot s.k. dual practice som innebär att läkare inte får arbeta inom det offentliga och det privata systemet samtidigt. Läkarna måste således välja ett system att verka i. Denna typ av reglering resulterar i att de flesta vårdgivare väljer att verka inom den offentligt finansierade vården, där det finns ett större patientunderlag. Det finns även andra regleringar som på olika sätt kan påverka privata sjukvårdsförsäkringar t.ex. reglering rörande maxbelopp på läkararvoden.[87]

Härutöver finns det regleringar gällande vad försäkringarna får omfatta och under vilka villkor försäkringarna får säljas.[88] Supplementära privata sjukvårdsförsäkringar, som erbjuder privata alternativ till det offentliga utbudet eller kortare väntetider än det offentliga utbudet, är förbjudna respektive hindras av en komplex uppsättning av regler som skiljer sig mellan de olika provinserna och territorierna.[89] I fem provinser finns det ett förbud mot att privata sjukvårdsförsäkringar omfattar tjänster som också omfattas av den offentliga sjukvårdsförsäkringen, dvs. supplementära försäkringar. Den vård som erbjuds inom det offentligas omsorg får därmed inte erbjudas inom ramen för privata sjukvårdsförsäkringar.[90]

Denna form av regleringar har ifrågasatts och en uppmärksammad dom i Högsta domstolen i Kanada 2005 (Chaoulli v. Québec) slog fast att regleringen bryter mot Québec-provinsens stadga om rättigheter (*Québec's Charter of Rights*) i det fall det är långa väntetider inom det offentliga sjukvårdssystemet.[91] Domen har inneburit att viss supplementär försäkring numera tillåts i Québec, för ett begränsat antal tjänster (t.ex. knä- eller höftledsbyte och kataraktoperationer innefattandes intraokulär linsinsättning).[92] Domen är endast tillämplig på Québec, men flera andra provinser har liknande lagstiftning. Domen har gett upphov till liknande rättsfall i provinserna Alberta, British Columbia och Ontario.[93] Inget

[86] Allin et al. (2020), s. 40.
[87] European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 121 f.
[88] European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 120.
[89] Allin et al. (2020), s. 74.
[90] Allin et al. (2020), s. 74 f., European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 121 och Government of Canada, *Canada's Health Care System*.
[91] Chaoulli v. Québec (Attorney General), [2005] S.C.R. 791, 2005 SCC 35.
[92] Québec Health Insurance Act, Section 15 och 15.1. Se även European Observatory on Health Systems and Policies (2020) s. 121.
[93] European Observatory on Health Systems and Policies (2020) s. 99 f.

ytterligare rättsfall har dock ännu prövats i Högsta domstolen.[94] Den högsta domstolen i British Columbia dömde i september 2020 i ett mål med liknande frågeställningar som i målet Chaoulli v. Québec, men med motsatt utgång. Domstolsprocessen var fyra år lång, och domen på 880 sidor. Ett flertal frågeställningar rörande privata sjukvårdsförsäkringar aktualiserades, bl.a. tillgång till supplementär sjukvårdsförsäkring och förbudet mot s.k. dual practice. Målet förväntas överklagas.[95]

I andra provinser, som inte har något förbud mot supplementära sjukvårdsförsäkringar, hindras dock marknaden på flera olika sätt av annan reglering, i huvudsak genom förbudet mot dual practice.[96]

Det finns inte något förbud mot eller andra regleringar som begränsar de komplementära sjukvårdsförsäkringarna i Kanada. I de flesta provinser kan arbetsgivare göra avdrag om de tecknar komplementära privata sjukvårdsförsäkringar för sina arbetstagare.[97]

Utveckling över tid av privata sjukvårdsförsäkringar

De komplementära privata sjukvårdsförsäkringarna har länge haft en mindre roll i hälso- och sjukvårdens finansiering, även om antalet sådana försäkringar är betydligt större än i Sverige, där de knappt förekommer. I Sverige är försäkringarna främst supplementära.[98]

Mot bakgrund av den reglering som gäller för supplementära sjukvårdsförsäkringar i Kanada har dessa försäkringar en begränsad roll i systemet.[99]

Beskrivna konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar

Det finns ett antal studier över konsekvenserna av komplementära privata sjukvårdsförsäkringar i Kanada som har visat att personer med en sådan försäkring, som täcker kostnader för läkemedel, an-

[94] Information från policydialog anordnad av European Observatory on Health Systems and Policies.
[95] Information från policydialog anordnad av European Observatory on Health Systems and Policies samt Global News, *B.C. Supreme Court rules against private healthcare in landmark case*, 10 september 2020.
[96] Allin et al. (2020), s. 75.
[97] European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 122 f.
[98] European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 112.
[99] European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 99, 121.

vänder mer offentligt finansierade läkartjänster jämfört med personer utan försäkring. Det beskrivs som att om en person som är sjuk förväntar sig att ett läkarbesök kommer resultera i att medicin skrivs ut, är den mindre benägen att uppsöka vård om den inte har en försäkring som täcker den kostnaden.[100]

Vidare har det beskrivits att det finns en ojämlikhet i tillgången till vård som inte omfattas av det offentliga utbudet, t.ex. tandvård, som därför i stor utsträckning finansieras via komplementära privata sjukvårdsförsäkringar. Detta i kombination med att tillgången till komplementära privata sjukvårdsförsäkringar ofta är förbehållna personer med högavlönade anställningar har beskrivits bidra till ojämlikheten. Cirka 54 procent av tandvården i Kanada finansieras genom privata sjukvårdsförsäkringar och 40 procent finansieras kontant. Det är således endast cirka 6 procent av tandvårdskostnaderna som finansieras med offentliga medel, vilket anses vara mycket lågt jämfört med andra jämförbara OECD-länder.[101]

Debatten om privata sjukvårdsförsäkringar

Det finns i huvudsak tre debatter som förts i Kanada om privata sjukvårdsförsäkringars roll i hälso- och sjukvårdssystemet. Den första debatten inleddes under mitten av 1990-talet, då långa väntetider för flera vanliga hälso- och sjukvårdstjänster, så som ortopediska operationer, ögonoperationer, bilddiagnostik och cancerbehandlingar, ledde till en debatt om möjligheten till parallell privat finansiering genom att lätta på restriktionerna för supplementära privata sjukvårdsförsäkringar. Det uppmärksammade domstolsbeslutet om supplementära försäkringar, som ledde till att förbudet delvis luckrades upp i Québec-provinsen 2005, har bidragit till en fortsatt debatt.[102]

Den andra debatten har sprungit ur den ökande användningen av läkemedel, då läkemedel generellt sett inte omfattas av den offentliga sjukvårdsförsäkringen utan således behöver finansieras privat. Debatten har handlat om huruvida den offentliga försäkringen borde

[100] European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 100 och 132.
[101] Allin et al. (2020), s. 128 och 151.
[102] European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 99 f.

omfatta även läkemedel eller om privat-offentliga partnerskap borde etableras.[103]

Den tredje debatten bygger på den ökande mängden interaktioner mellan offentligfinansierade och privatfinansierade delar av hälso- och sjukvården. Då de komplementära sjukvårdsförsäkringarnas roll har vuxit har även antalet interaktioner med det offentliga ökat. Som beskrivs ovan anses den ojämlika tillgången till den vård som omfattas av de privata sjukvårdsförsäkringarna leda till en ojämlik tillgång och användning även av den offentligfinansierade vården.[104]

10.7 Kort om privata sjukvårdsförsäkringar i andra länder

I European Observatory on Health Systems and Policies publikation *Private Health Insurance – History, Politics and Performance*[105], som har redigerats av Sarah Thomson, Anna Sagan och Elias Mossialos, finns ett antal texter av olika författare som alla handlar om privata sjukvårdsförsäkringar i olika länder. Boken har använts som huvudsaklig källa till avsnittet om Kanada i detta kapitel.

Inom ramen för denna utrednings arbete har det inte varit möjligt att fördjupa sig i privata sjukvårdsförsäkringar i andra länder än dem som redogjorts för ovan, bl.a. på grund av begränsad tid men även på grund av stora skillnader i sjukvårdssystem. För den som vill fördjupa sig i ytterligare länder och de lärdomar som kan dras genom studier av dessa, finns intressanta texter bl.a. i nämnda bok. Exempelvis finns beskrivningar av förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar i Irland, Frankrike, Sydafrika, Israel, USA och Australien. Det finns bl.a. beskrivningar av hur försäkringarna har påverkat samhällena vad gäller diskussionen om att det kan uppstå parallella system med en offentligfinansierad del och en privatfinansierad del.

Det finns andra länder än de som utredningen närmare har studerat, som har betydligt större förekomst av privata sjukvårdsförsäkringar, mätt i andel av finansieringen av hälso- och sjukvården jämfört med de nordiska länderna. I Irland t.ex. har 40–50 procent av befolkningen en privat sjukvårdsförsäkring, och försäkringarna står för cirka 10–15 procent av finansieringen av hälso- och sjuk-

[103] European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 100.
[104] European Observatory on Health Systems and Policies (2020), s. 100 f.
[105] European Observatory on Health Systems and Policies (2020).

vården. I Belgien har cirka 60 procent av befolkningen en privat sjukvårdsförsäkring och försäkringarna står för 5–10 procent av finansieringen. I båda dessa länder utgör alltså finansieringen en större andel än i de nordiska länderna. Trots det rör det sig fortfarande om en relativt begränsad andel av hälso- och sjukvården som finansieras genom försäkringar, särskilt i förhållande till hur många som har en försäkring. I Sydafrika t.ex. är förhållandet det motsatta. Privata sjukvårdsförsäkringar står för cirka 35 procent av finansieringen av hälso- och sjukvården, men endast cirka 15 procent av befolkningen har en privat sjukvårdsförsäkring.[106]

Det finns flera landrapporter utgivna av European Observatory on Health Systems and Policies, i samarbete med andra aktörer, som fokuserar på olika länders hälso- och sjukvårdssystem.[107]

Det har nyligen (augusti 2021) släppts en rapport från Ratio med titeln *Primärvårdsfokus och vårdförsäkringar – Lärdomar från Australien*.[108] Rapporten behandlar bl.a. skillnaderna mellan Sverige och Australien och resonerar om privata sjukvårdsförsäkringars relation till ett i grunden offentligfinansierat system.

10.8 Slutsatser och sammanfattning

I detta kapitel har utredningens internationella utblick beskrivits. Det finns flera likheter i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige och grannländerna Norge, Finland och Danmark men också viktiga skillnader. Exempelvis är andelen av befolkningen med privat sjukvårdsförsäkring högre i de tre nordiska länderna än i Sverige. Kanada särskiljer sig beträffande såväl förekomst av privata sjukvårdsförsäkringar som reglering. Kanada skiljer ut sig också när det gäller hur hälso- och sjukvården är organiserad. I Kanada finns ett stort antal privata vårdgivare. Nedan sammanfattas de viktigaste likheterna och skillnaderna som framkommit genom den internationella utblicken.

[106] Information från policydialog anordnad av European Observatory on Health Systems and Policies.
[107] Dessa finns publicerade på European Observatorys hemsida, samlade under publikationsnamn Health Systems in Transition. Utredningen har ovan refererat till några av dessa rapporter, avseende Kanada, Finland och Norge.
[108] Ratio (2021).

10.8.1 Hälso- och sjukvårdssystem

De inkluderade länderna har likt Sverige decentraliserade hälso- och sjukvårdssystem, som styrs och organiseras på provinsiell, regional eller lokal nivå. Hälso- och sjukvårdssystemen finansieras huvudsakligen via skattemedel och är universella, i den meningen att i princip alla invånare omfattas.

Andelen av hälso- och sjukvård som finansieras via skattemedel skiljer sig något mellan länderna. Andelen är något lägre i Kanada och Finland än i Norge och Danmark (som ligger på ungefär samma nivå som Sverige). I Finland utgör hushållens utgifter ur egen ficka i stället en något större del av kostnaderna. Eftersom det i Kanada är vanligare med komplementära sjukvårdsförsäkringar finansierar dessa delvis egenavgifter och andra kostnader som hushållen annars skulle behöva bära själva (ur egen ficka).

10.8.2 Privata sjukvårdsförsäkringar

Förekomst av antalet privata sjukvårdsförsäkringar

Privata sjukvårdsförsäkringar delas ibland in i komplementära respektive supplementära sjukvårdsförsäkringar. Denna indelning används t.ex. vid internationella jämförelse då det skiljer sig åt mellan länderna vilken typ av försäkringar som är vanligast. En *komplementär sjukvårdsförsäkring* innefattar sådant som inte erbjuds inom ramen för det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet. En *supplementär sjukvårdsförsäkring* innefattar sådant som erbjuds inom det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet, men ofta med erbjudande om korta väntetider eller större valfrihet. Kombinationer av dessa former av försäkringar är dock vanliga vilket gör att indelningen inte alltid kan göras.

Supplementära privata sjukvårdsförsäkringar är vanligare i Norge (cirka 12 procent), Finland (cirka 24 procent) och Danmark (cirka 37 procent) än i Sverige (cirka 6,5 procent) och förekommer i ytterst begränsad omfattning i Kanada. Av de studerade länderna är således Danmark det land där störst andel av befolkningen har en supplementär sjukvårdsförsäkring.

Precis som i Sverige (cirka 60 procent) tecknas majoriteten av de supplementära sjukvårdsförsäkringarna som gruppförsäkringar via

en arbetsgivare i Norge (cirka 90 procent) och Danmark (cirka 97 procent), medan en stor andel av försäkringarna tecknas som individuella sjukvårdsförsäkringar i Finland (cirka 79 procent).

I Kanada och Danmark är det emellertid vanligt med *komplementära sjukvårdsförsäkringar* till skillnad från övriga studerade länder, inklusive Sverige. I Kanada har cirka 69 procent av landets invånare en komplementär sjukvårdsförsäkring. För Danmark är siffran cirka 44 procent.

Tabell 10.1 Sammanställning över andel supplementära respektive komplementära försäkringar i de studerade länderna

Angett i procent av befolkningen

Land	Andel supplementära försäkringar	Andel komplementära försäkringar
Norge	12 %	-
Finland	24 %*	-
Danmark	37 %	44 %
Kanada	-	69 %
Sverige	6,5 %*	-

* Dessa innefattar även komplementära inslag.
Not: ett streck innebär att utredningen inte lyckats få fram siffror avseende förekomsten av rena sådana försäkringar.

Innehåll i privata sjukvårdsförsäkringar

Tidigare jämförelser av exempelvis Tynkkynen et al. visar att supplementära sjukvårdsförsäkringar i Norge och Danmark erbjuder liknande tjänster som försäkringarna erbjuder i Sverige. Exempelvis går det, likt i Sverige, att få tillgång till planerad specialiserad vård och rehabilitering. Finland särskiljer sig då privata sjukvårdsförsäkringar fungerar som ett parallellt system till det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet.[109] Även Kanada särskiljer sig från övriga länder i och med förbudet mot supplementära sjukvårdsförsäkringar. Samtidigt innehåller de komplementära försäkringarna i Kanada sådana tjänster som oftast erbjuds inom de offentliga hälso- och sjukvårdssystemen i Norden.

[109] Tynkkynen et al. (2018), s. 485 ff.

Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar

Hur privata sjukvårdsförsäkringar ska beskattas regleras i alla länder. I både Norge och Danmark har det under delar av 2000-talet funnits skatteregler som har inneburit att privata sjukvårdsförsäkringar som erbjuds via arbetsgivare inte behöver förmånsbeskattas. Skattebefrielsen finns dock inte kvar i något av länderna i dag för den del som avser vårdtjänster. Vissa tjänster är fortsatt undantagna förmånsbeskattning, i likhet med den svenska regleringen. Det gäller de delar av försäkringarna som avser hälsovårdstjänster och behandling av arbetsrelaterade skador och sjukdomar. I Norge, Danmark och Finland förefaller privata sjukvårdsförsäkringar i övrigt regleras av samma lagar som annan försäkringsverksamhet.

Kanada särskiljer sig från de nordiska länderna och har en komplex uppsättning av regler som delvis begränsar förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar. Förbudet mot s.k. dual practice innebär att läkare inte får arbeta både inom det offentliga och det privata. Vidare finns det ett förbud mot supplementära försäkringar, som dock delvis har uppluckrats efter en dom och det pågår även andra rättsfall. Det finns även i vissa provinser/territorier reglerade ersättningstak (dvs. högsta tillåtna belopp för ersättning) som är tillämpliga inom såväl det offentliga som det privata systemet. Det finns inte något förbud mot komplementära sjukvårdsförsäkringar.

Utveckling över tid av antalet privata sjukvårdsförsäkringar

Liksom i Sverige har förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar ökat under 2000-talet i de andra nordiska länderna. I Norge och Danmark har denna utveckling främst drivits av arbetsgivarbetalda försäkringar, likt i Sverige. I Finland har utvecklingen i stället drivits av individuellt tecknade försäkringar. Detta har bl.a. förklarats av en låg tillgänglighet till primärvård inom den offentliga hälso- och sjukvården.

I Kanada har supplementära sjukvårdsförsäkringar fortfarande en ytterst begränsad roll, medan komplementära sjukvårdsförsäkringar har varit vanliga länge.

Beskrivna konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar

Det är svårt att uttala sig om generella konsekvenser av privata sjukvårdsförsäkringar utifrån den internationella utblicken. Det är få myndighetsrapporter som har identifierats i arbetet. För vissa av länderna har utredningen tagit del av studier över konsekvenserna av privata sjukvårdsförsäkringar i respektive land, men forskningen på området är begränsad, vilket även Vård- och omsorgsanalys har konstaterat.[110] De studier som utredningen har identifierat rör i huvudsak privata sjukvårdsförsäkringars effekt på sjukfrånvaro respektive vårdkonsumtion. Det är dock svårt att dra några generella slutsatser av dessa, då olika studier på området visar på blandade resultat och orsakssambanden inte är klara, något som även Vård- och omsorgsanalys har konstaterat.[111]

Debatten om privata sjukvårdsförsäkringar

Debatten om privata sjukvårdsförsäkringar i Norge och Danmark kan anses likna den i Sverige. I Finland har det inte varit någon stor offentlig debatt.

Debatten i Kanada skiljer sig något från övriga länder, utifrån skillnaderna i såväl regleringen som de privata sjukvårdsförsäkringarnas roll i systemet. Debatten har i större utsträckning än i övriga studerade länder handlat om de komplementära sjukvårdsförsäkringarnas roll.

10.8.3 Slutsatser

Av den internationella utblick som utredningen har genomfört framgår att de studerade länderna har en del likheter med det svenska systemet men också att det finns en del skillnader. Det är svårt att dra slutsatser utifrån den information som har inhämtats eftersom informationen och forskningen om privata sjukvårdsförsäkringar är begränsad. Det kan dock konstateras att de nordiska länderna har en relativt liknande utveckling och reglering. Vad gäller försäkringarnas

[110] Vård- och omsorgsanalys identifierade få relevanta studier i sin litteraturgenomgång och beskrev att ett skäl till detta kan vara att forskningen på området är begränsad, se Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 112.
[111] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 39.

andel av finansieringen av hälso- och sjukvården ligger samtliga nordiska länder på en låg nivå. För Finland utgör försäkringarnas andel av finansieringen av hälso- och sjukvården 1,95 procent, för Danmark är det 2,3 procent, för Norge är det 0,4 procent och för Sverige 0,7 procent. Storleken skiljer sig alltså åt, men finansieringsgraden är alltjämt låg i relation till t.ex. Kanada, där privata sjukvårdsförsäkringar står för 12 procent av finansieringen av hälso- och sjukvården.

Omfattningen av privata sjukvårdsförsäkringar, dvs. hur många i befolkningen som har en privat sjukvårdsförsäkring skiljer sig däremot en hel del åt i de nordiska länderna, där Sverige har lägst andel (6,5 procent). Närmast jämförbara land är Norge, där en dubbelt så stor andel av befolkningen har privata sjukvårdsförsäkringar jämfört med Sverige (12 procent).

Kanada skiljer sig på flera sätt gentemot övriga studerade länder och Sverige. I Kanada är de supplementära sjukvårdsförsäkringarna av mycket marginell omfattning. Det finns flera olika regelverk som begränsar marknaden för supplementära försäkringar, t.ex. den reglering som finns i flera provinser och territorier och som förbjuder supplementära privata sjukvårdsförsäkringar. Dessa regleringar har dock urholkats något genom den dom som redogjorts för ovan och påföljande debatter. Dessutom finns i Kanada ett förbud mot s.k. dual practice. Det är dock 69 procent av befolkningen som har en komplementär privat sjukvårdsförsäkring. Vidare är det offentliga utbudet av hälso- och sjukvård i Kanada mer begränsat än i Sverige, varför komplementära sjukvårdsförsäkringar i Kanada till viss del omfattar sådant som ingår i det offentliga utbudet i Sverige.

De slutsatser som kom fram under policydialogen som utredningen deltog i överensstämmer väl med de slutsatser som kommer fram i boken *Private Health Insurance – History, Politics and Performance*[112]. Det lyftes under diskussionen att privata sjukvårdsförsäkringar *kan* vara positiva för samhället, under förutsättning att försäkringarna är av en liten omfattning och att de inte påverkar den offentliga vården i negativ riktning. Det betonades att en större omfattning av privata sjukvårdsförsäkringar skapar problem, och det uttrycktes att privata sjukvårdsförsäkringar är ”förutsägbart utmanande”[113]. Vidare har det noterats att en framväxt av privata sjukvårdsförsäkringar kan gå fort, att en ökning kan vara svår att stävja,

[112] European Observatory on Health Systems and Policies (2020).
[113] “Predictably challenging”.

och att en återgång till en mindre omfattning kan vara än svårare att uppnå.[114]

Under dialogen diskuterades frågan om vad som avses med ”en liten omfattning” och det framkom att man inte kan ange den exakta gränsen mellan en liten och en stor omfattning då det inte är möjligt att endast utgå från siffror om omfattningen av försäkringar. Det är flera olika faktorer som har betydelse för vilken påverkan sjukvårdsförsäkringarna har på samhället. En faktor som lyftes på dialogen och som kan ha betydelse för påverkan var om de privata sjukvårdsförsäkringarna påverkar väntetiderna i den offentligfinansierade hälso- och sjukvården i negativ riktning, dvs. om förekomsten av försäkringar leder till längre väntetider. Andra faktorer, enligt ovan beskrivna slutsatser, som kan vara av betydelse för hur privata sjukvårdsförsäkringar påverkar samhället är vad det är för typ av privata sjukvårdsförsäkringar som används i landet. Exempelvis kan det finnas skillnader mellan påverkan från komplementära försäkringar jämfört med påverkan från supplementära försäkringar. Ytterligare faktorer som kan spela roll för vilken påverkan försäkringarna har på samhället, rör beslutsfattarna och den politiska viljan, såväl avseende att finansiera det gemensamma hälso- och sjukvårdssystemet som avseende förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar. En politisk fråga handlar t.ex. om hur stor ojämlikhet i väntetider man är beredd att acceptera för de typer av vårdinsatser som erbjuds inom ramen för privata sjukvårdsförsäkringar, i relation till det ekonomiska tillskott som försäkringarna bidrar med genom att de personerna bekostar vården med försäkringar i stället för med offentliga medel.[115]

Utredningen noterar att det är utmanande att jämföra olika länder med liknande, men inte likadana, system. Som har framgått i redogörelserna ovan i kapitlet har samtliga studerade länder ett grundläggande offentligt utbud av hälso- och sjukvård i någon omfattning, men med ett flertal olika skillnader. Till exempel förekommer det skillnader avseende hur vården är organiserad, såväl avseende ansvar, finansiering och politisk styrning, som hur det ser ut i praktiken, vilken vård som omfattas av det offentliga utbudet, etc. Dessa skillnader är särskilt framträdande vad gäller Kanada.

[114] Information från policydialog anordnad av European Observatory on Health Systems and Policies.
[115] Information från policydialog anordnad av European Observatory on Health Systems and Policies.

Utredningen kan konstatera att den internationella jämförelsen ger vid handen att privata sjukvårdsförsäkringar i dagsläget är av relativt liten omfattning i Sverige. Det är dock inte endast förekomsten och omfattningen av försäkringarna som styr huruvida försäkringarna påverkar samhället. I följande kapitel finns utredningens uppdrag att beskriva privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården och samhället i stort i Sverige.

11 Privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården och samhället i stort

11.1 Inledning

I detta kapitel beskrivs, i enlighet med utredningens uppdrag, privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligfinansierad hälso- och sjukvård samt de undanträngningseffekter eller risker för sådana effekter som privata sjukvårdsförsäkringar har lett till inom hälso- och sjukvården.

Kapitlet inleds med att redogöra för de utmaningar som finns med att beskriva privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården. Därefter ges en beskrivning av de olika former av påverkan som beskrivs i flera underlag samt utifrån vad som har framkommit av utredningens egna eftersökningar. I kapitlet finns ett särskilt avsnitt om påverkan i form av olika undanträngningseffekter. Kapitlet avslutas med en sammanfattning.

Diskussion om hur privata sjukvårdsförsäkringar förhåller sig till de grundläggande principerna och bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen finns i kapitel 8. En diskussion om privata sjukvårdsförsäkringar i relation till den svenska välfärdsmodellen återfinns i kapitel 12.

11.2 Utmaningar med att beskriva påverkan från privata sjukvårdsförsäkringar

11.2.1 Det finns få undersökningar av påverkan från privata sjukvårdsförsäkringar

Det finns inte särskilt mycket forskning eller annat underlag som mer fördjupat beskriver privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården i Sverige. Utredningen refererar i betänkandet till statliga utredningar, myndighetsrapporter och forskningsartiklar som ur olika perspektiv beskriver privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården. I dessa underlag görs antaganden där både risker, utmaningar och möjligheter med privata sjukvårdsförsäkringar redovisas liksom behovet av ytterligare forskning och utredningar.

År 2017 publicerades rapporten *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige?* Det är en deskriptiv analys av Mårten Palme gjord på uppdrag av Svensk Försäkring. Analysen är baserad på data från de försäkringsbolag som mellan åren 2006 och 2015 tillhandahöll privat sjukvårdsförsäkring i Sverige samt på SCB:s databas över individer (LISA).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har utifrån ett regeringsuppdrag kartlagt och analyserat konsekvenser, såväl möjliga risker som möjliga nyttor, av privata sjukvårdsförsäkringar.[1] IVO beskriver i en förstudie eventuella risker för patientsäkerheten när en privat vårdgivare bedriver både offentligfinansierad vård och vård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar.[2] Frågan om privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på den svenska hälso- och sjukvården har också berörts av några statliga utredningar.[3]

Det finns några forskare som särskilt har beskrivit privata sjukvårdsförsäkringar och deras påverkan på hälso- och sjukvården i Sverige. Det finns även internationell forskning om privata sjukvårdsförsäkringar.[4]

Utredningen har fört dialoger med olika aktörer och har hämtat in uppgifter om vilken påverkan privata sjukvårdsförsäkringar kan

[1] Vård- och omsorgsanalys 2020:3.
[2] IVO förstudie (2020).
[3] Se t.ex. SOU 2020:46, SOU 2002:31 och SOU 2003:23.
[4] Se t.ex. de källor som refereras i kapitel 10.

ha på hälso- och sjukvården, för att komplettera det underlag som finns.

11.2.2 Det är svårt att undersöka försäkringars påverkan på hälso- och sjukvården och försäkringars undanträngningseffekter

En förklaring till att det inte finns särskilt mycket beskrivet om privata sjukvårdsförsäkringars påverkan i Sverige kan vara att hälso- och sjukvården huvudsakligen finansieras med offentliga medel och att privata sjukvårdsförsäkringar har uppfattats som en företeelse av begränsad omfattning och därmed inte uppfattats som en angelägen fråga att studera.

En annan förklaring kan vara bristen på myndighetsdata om privata sjukvårdsförsäkringar, t.ex. vad försäkringsbolagen betalar för vården till privata vårdgivare, nyttjandegraden av försäkringarna, varför man har en försäkring samt vilka som har privata sjukvårdsförsäkringar. Avtalen mellan försäkringsbolagen och privata vårdgivare är inte offentliga. Försäkringsbolagen omfattas inte av offentlighetsprincipen.

Bristen på data innebär att det är förenat med vissa utmaningar att beskriva vilken påverkan privata sjukvårdsförsäkringar har på hälso- och sjukvården. Frågan om datatillgång beskrivs närmare i kapitel 7. Förslag på hur ytterligare data skulle kunna samlas in beskrivs i kapitel 13.

Sverige anses samtidigt ha tillgång till mer data och mer omfattande register än de flesta andra länder i EU och i världen. En beskrivning av hälso- och sjukvården kan emellertid inte göras enbart utifrån statistik. Analyserna måste också ofta kompletteras med mer kvalitativ analys, t.ex. i form av enkäter och intervjuer. Även om det skulle finnas data, finns det utmaningar med att genom statistisk analys mäta påverkan på hälso- och sjukvården generellt.[5]

Ytterligare en svårighet med att beskriva privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården är att det kan vara svårt att skilja privata sjukvårdsförsäkringars påverkan från påverkan från den privata vården i stort. Utan data kan det vara svårt att skilja privat finansiering i form av privata sjukvårdsförsäkringar från annan

[5] Vård- och omsorgsanalys 2015:5, s. 96.

privat finansiering så som kontant betalning. Det kan även vara svårt att skilja effekter från privat drift och privata utförare från effekter till följd av privat finansiering.

En annan utmaning med att beskriva sjukvårdsförsäkringars påverkan på den offentligt finansierade hälso- och sjukvården är att förekomsten av försäkringar ser olika ut över landet och inom olika vårdområden. Det kan därför vara svårt att göra jämförelser och dra slutsatser som gäller för hela Sverige. Även andelen vård som regionen upphandlar från privata vårdgivare skiljer sig mellan regionerna. Den vård som en försäkringstagare erhåller behöver inte heller ges i den region där försäkringstagaren bor. Försäkringsbolagen och de vårdgivare som försäkringsbolagen har avtal med verkar nationellt. Det finns således ofta inte samma koppling mellan den enskilde patientens bostadsort och den privata vårdgivarens verksamhetsort som normalt finns i den offentligfinansierade vården där regionens ansvar framför allt avser befolkningen i den egna regionen. För en närmare beskrivning av regionernas ansvar, se kapitel 6.

Effekterna av privata sjukvårdsförsäkringars eventuella påverkan på den offentligfinansierade hälso- och sjukvården kan variera beroende på vilken slags vård som utförs. Privata sjukvårdsförsäkringar är exempelvis relativt vanligt inom ortopedi, men mindre vanligt inom andra områden (se vidare i kapitel 5).

Ytterligare en svårighet med att beskriva en eventuell påverkan kan kopplas till vårdvalssystemet och hur lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, är konstruerad samt skillnader mellan olika avtalsformer vad gäller möjligheten till uppföljning. Vård- och omsorgsanalys bedömer att när det gäller avtal enligt LOV går det i princip aldrig att säga att vårdgivaren har levererat den volym som den har åtagit sig, men det kan vara fallet enligt vissa avtal enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU.[6] Utredningen har undersökt dessa slutsatser men har inte kunnat bekräfta dem inom ramen för denna utredning.[7] Utredningen tolkar Vård- och omsorgsanalys uttalande som att det avser hur lätt eller svårt det är att följa upp om vårdgivaren har levererat vad som har avtalats. Utredningen menar att det kan vara lättare att följa upp ett LOU-

[6] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 63.

[7] Se dock intervju med den dåvarande hälso- och sjukvårdsdirektören i Region Stockholm, där han beskriver problem med att regionens patienter konkurrerar med försäkringspatienter om tider i vårdvalet (DN, *Hälso- och sjukvårdsdirektören bekräftar: Försäkringspatienter tränger ut vanliga*, 2019-12-16).

avtal eftersom regionerna då ofta upphandlar en viss volym eller en maxvolym. Det är då någorlunda lätt att mäta om den privata vårdgivaren har levererat enligt avtalet eller inte. I LOV-avtalet är det patientens val av vårdgivare som styr på ett annat sätt, och någon takvolym finns inte i avtalen.[8] Det kan då vara svårare att följa upp de avtalen.

Frågan om förutsättningarna att följa upp avtal beroende på om det är frågan om ett avtal enligt LOU eller ett avtal enligt LOV har dock inte någon omedelbar koppling till frågan om privata sjukvårdsförsäkringar utan handlar, enligt utredningens bedömning, allmänt om förutsättningarna för avtalsuppföljning. Utredningen noterar också att försäkringsvården framför allt förekommer inom den öppna specialistvården och att det är relativt ovanligt med LOV inom specialistvården (även om det är vanligt förekommande i vissa regioner).[9]

11.3 Olika former av påverkan på hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården kan påverkas på olika sätt av privata sjukvårdsförsäkringar. T.ex. kan kapaciteten, väntetider och efterfrågan/konsumtion påverkas. Även utbildning och forskning/innovation skulle kunna påverkas, liksom kvaliteten på vården. Nedan följer ett antal avsnitt om påverkan, uppdelat på de nämnda områdena. En stor del av redogörelserna bygger på Vård- och omsorgsanalys studier i frågan.

11.3.1 Påverkan på kapaciteten inom hälso- och sjukvården

Förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar skulle på olika sätt kunna påverka kapaciteten inom hälso- och sjukvården, dvs. vårdgivarens förmåga att erbjuda vård.

Vård- och omsorgsanalys resonerar i rapporten från 2020 kring hur privata sjukvårdsförsäkringar kan tänkas påverka kapaciteten i det offentligt finansierade hälso- och sjukvårdssystemet. Vård- och omsorgsanalys menar att frågan om påverkan på kapaciteten är ”kom-

[8] Se mer om de olika sorternas avtal i kapitel 6.4.6 och 6.5.3.
[9] Uppgifter från utsänd regionenkät. Se mer i kapitel 6.

plex, med flera faktorer och dynamiska effekter som kan påverka och påverkas på kortare och längre sikt."[10]

Med kapacitet menar Vård- och omsorgsanalys "den totala mängden vård som det offentliga systemet, med offentliga och privata utförare sammantaget, har möjlighet att erbjuda vid en viss tidpunkt. Vårdpersonal, lokaler, utrusning, och ekonomiska resurser är exempel på resurser som kan påverka och begränsa kapaciteten".[11]

I kapitel 9 tar utredningen upp frågan om offentliganställd hälso- och sjukvårdspersonals bisysslor hos privata vårdgivare. I det kapitlet redogörs för granskningar som visar på en delvis bristande efterlevnad hos regionerna, i egenskap av arbetsgivare, av reglerna om bisysslor. Som beskrivs i det kapitlet kan denna bristande efterlevnad ha en negativ inverkan på vården och påverka förtroendet för och tilliten till hälso- och sjukvården. Samtidigt, vilket också beskrivs i det kapitlet, finns positiva aspekter av att offentliganställda kan ha bisysslor hos de privata vårdgivarna.

I det följande beskrivs hur framför allt konkurrensen om personal mellan offentliga och privata arbetsgivare kan påverkas av förekomsten av försäkringsvård. Detta avser således inte specifikt situationen där den offentliganställde har en bisyssla hos en privat vårdgivare.

Minskad kapacitet

Vård- och omsorgsanalys skriver att konkurrensen om vårdpersonalen kan öka om den totala hälso- och sjukvården (både offentlig och privat) blir större. Vård- och omsorgsanalys menar att om vårdpersonal (eller andra fysiska resurser) skulle arbeta i den privatfinansierade vården i stället för i den offentligfinansierade vården, minskar kapaciteten i den offentligfinansierade vården. Risken för att sådan minskad kapacitet uppstår skulle enligt Vård- och omsorgsanalys kunna vara extra stor vad gäller bristyrken.[12]

Som beskrivs i kapitel 6.6.1 förekommer det att regionerna avtalar om karenstid för anställda för att förhindra att anställda går direkt till privata vårdgivare från det att de har avslutat en anställning i regionen.

[10] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 58.
[11] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 59.
[12] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 91.

Den privata vården kan även påverka den offentligfinansierade vårdens kapacitet genom att ge högre ersättning i jämförelse med offentliga arbetsgivare. Det skulle då kunna bli lättare för den privata vårdgivaren att attrahera personal och svårare för den offentliga vårdgivaren, som kan behöva betala högre löner vilket leder till ökade kostnader.[13] Det kan också finnas skillnader i arbetsvillkor mellan privata och offentliga vårdgivare som påverkar hur attraktiv arbetsgivaren är. Skillnader i villkor mellan privata och offentliga vårdgivare kan finnas oavsett förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar.

Det har dock framhållits att det ännu inte finns några belägg för att ökningen av antalet privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige har lett till en s.k. ”ond cirkel” där en ökad andel av befolkningen har vänt sig till den privata hälso- och sjukvården och där den offentliga hälso- och sjukvårdens resurser minskat och blivit ett ”låg-kvalitetsalternativ”.[14]

Opåverkad kapacitet

Vård- och omsorgsanalys skriver att om den privatfinansierade vården utförs utöver den vård som ändå skulle ges inom ramen för det offentligfinansierade systemet, påverkas inte antalet patienter som kan behandlas i den offentligfinansierade vården.[15] Det kan exempelvis vara så om en privat vårdgivare producerar fler antal timmar vård om den tar emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring i jämförelse med om den privata vårdgivaren inte tar emot några sådana patienter.

Vård- och omsorgsanalys knyter detta resonemang till begreppet ”ledig kapacitet” och menar att om vårdgivarna efterlever de krav de har på sig gentemot regionen i form av avtalade vårdtillfällen och väntetider kan det sägas finnas ”ledig kapacitet” hos vårdgivare om den har möjlighet att erbjuda ytterligare vårdtillfällen.[16] Samtidigt anpassar en privat vårdgivare sin kapacitet efter den efterfrågan som finns, på så vis att den rekryterar fler, utökar eller effektiviserar den

[13] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 61–62.
[14] Kullberg et al. (2021). Se även Winblad et al. (2021).
[15] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 62.
[16] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 62 f.

arbetade tiden. Det är således inte så att vårdgivare står med ”ledig kapacitet” under någon längre tid.[17]

Ökad kapacitet

Utifrån beskrivningen i avsnittet ovan om opåverkad kapacitet tolkar utredningen Vård- och omsorgsanalys bedömning som att det kan finnas situationer där privata vårdgivare kan producera mer vård om de samtidigt får uppdrag från exempelvis försäkringsbolag. De tar helt enkelt emot fler patienter jämfört med om de endast skulle ha haft patienter från regionen. Det innebär att den vård som ges via sjukvårdsförsäkringar inte leder till någon negativ påverkan kapacitetsmässigt för det offentliga systemet, utan den skulle tvärtom kunna öka kapaciteten. I sammanhanget kan nämnas att den vård som betalas med sjukvårdsförsäkringar uppgår till 3,6 miljarder kronor per år. De personer som nyttjar en sjukvårdsförsäkring för att betala för vård skulle i många fall i stället behöva utnyttja den offentligfinansierade vården om försäkringarna inte fanns, varför den offentligfinansierade vården då skulle behöva bekosta fler personers vård.

I rapporten *Vården är värd en bättre styrning* resonerar Anell kring frågan om försäkringarnas avlastning på den offentligfinansierade vården, och beskriver följande. ”Privata vårdgivare ersätts i högre grad enligt principen ”fee-for-service” från försäkringsbolagen, vilket allt annat lika leder till en större volym vård och högre kostnader […]. Avlastningen är därför inte så stor som den privata sektorns volym först kan ge intryck av.”[18]

Vård- och omsorgsanalys tar även upp situationen om det inte skulle vara tillåtet för privata vårdgivare att ta emot både patienter vars vård finansieras med offentliga medel och patienter vars vård finansieras med privata sjukvårdsförsäkringar. Det skulle då vara möjligt att vissa vårdgivare väljer att enbart verka inom privatfinansierad hälso- och sjukvård. Genom att privata vårdgivare tar emot dels offentligfinansierade patienter, dels privatfinansierade patienter finns enligt myndigheten en möjlighet till ökad kapacitet i den offentliga vården, eftersom fler privata vårdgivare kan bidra.[19] Samtidigt har regionerna ett ansvar i egenskap av huvudmän att planera och

[17] Uppgifter från Vårdföretagarna 2020-12-17.
[18] Anell (2020), s. 114.
[19] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 64.

säkerställa att tillräckligt många vårdtillfällen produceras och ska vidare, enligt 7 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), i den planeringen beakta den vård som erbjuds av andra vårdgivare.

Särskilt om väntetider

Problemet med långa väntetider till vården i Sverige har påtalats under lång tid.[20] Framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar har också angetts som en konsekvens av ökade väntetider inom främst specialistvården. Det beskrivs som att gapet har ökat mellan vad den offentliga vården kan erbjuda och vad invånarna och arbetsgivare önskar.[21]

Svenska privata hälso- och sjukvårdsförsäkringar är ofta inriktade på att erbjuda försäkringstagarna korta väntetider snarare än att erbjuda olika tilläggstjänster eller andra slags behandlingar än de som kan erbjudas inom den offentligt finansierade vården, se kapitel 5 och 10.

Vård- och omsorgsanalys skriver att när patienter som har privata försäkringar använder vård som finansieras av försäkringarna i stället för att nyttja den offentligfinansierade vården, ger det kortare väntetider även för patienterna inom den offentligfinansierade vården. En förutsättning är dock att det finns ”ledig kapacitet”, t.ex. personal och lokaler, hos de privata vårdgivarna som kan utnyttjas till den försäkringsfinansierade vården.[22]

Vård- och omsorgsanalys har i rapporten *Vården ur befolkningens perspektiv 2020 – En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder* även där kommit in på frågan om väntan på vård. Rapporten bygger på en internationell enkätundersökning om hur befolkningen i Sverige och andra länder anser att hälso- och sjukvården fungerar i respektive land. I Sverige har SCB genomfört undersökningen på uppdrag av Vård- och omsorgsanalys. Av enkätsvaren framkommer att personer med privat sjukvårdsförsäkring i högre grad svarar att de har fått tid hos en specialistläkare inom tre månader jämfört med personer vars vård finansieras med offentliga medel. De svarar också

[20] Se dir. 2020:81. Se också t.ex. Vård- och omsorgsanalys 2014:3, 2015:5, 2017:6 och 2021:4 och Socialstyrelsen 2013-5-30 och 2019-1-20.
[21] Blomqvist och Palme (2020).
[22] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 6.

oftare än personer som inte har försäkring att de har fått en operation inom en eller tre månader.[23]

11.3.2 Påverkan på efterfrågan på hälso- och sjukvården

Privata sjukvårdsförsäkringar skulle kunna påverka patienternas efterfrågan på hälso- och sjukvårdstjänster.

Vård- och omsorgsanalys resonerar kring hur privata sjukvårdsförsäkringar kan tänkas påverka efterfrågan i det offentligfinansierade hälso- och sjukvårdssystemet, dvs. antalet patienter som söker offentligfinansierad vård. Med antalet patienter menar Vård- och omsorgsanalys den behovsjusterade efterfrågan på offentligfinansierad vård, dvs. inte bara antalet patienter utan den samlade s.k. ”vårdtyngden” hos patienterna.[24]

Efterfrågan på offentligfinansierad vård kan minska

Vård- och omsorgsanalys menar att ett sätt som efterfrågan på offentligfinansierad vård kan minska är om en del patienter använder sin privata sjukvårdsförsäkring för att få vård, i stället för att få vård i den offentligfinansierade vården. Antalet patienter som söker offentligfinansierad vård blir då färre.

Efterfrågan på offentligfinansierad vård skulle enligt Vård- och omsorgsanalys också kunna minska om försäkringarna har ett stort fokus på förebyggande arbete.[25] Delvis är det så i dag eftersom företagshälsovård ofta är en del av de arbetsgivarbetalda sjukvårdsförsäkringarna.

En studie från Kullberg et al. visar att personer med en privat hälso- och sjukvårdsförsäkring i något mindre utsträckning utnyttjade den offentliga hälso- och sjukvården än personer som inte hade en sådan försäkring. Privata sjukvårdsförsäkringar bedömdes i viss utsträckning ha minskat bördan på den offentliga hälso- och sjukvården. Majoriteten av de personer som har en privat sjukvårdsförsäkring fortsatte dock att nyttja den offentliga hälso- och sjukvården. 38 pro-

[23] Vård- och omsorgsanalys 2021:4, s. 104. Utöver väntetiderna fann myndigheten ingen annan tydlig skillnad i svaren kopplade till privata sjukvårdsförsäkringar, t.ex. avseende erfarenheter av den mottagning de vanligtvis besöker eller erfarenheter av vården på sjukhus.
[24] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 59.
[25] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 64.

cent av personerna i studien som hade en privat försäkring fortsatte att bara använda den offentliga hälso- och sjukvården. 10 procent av de försäkrade hade endast utnyttjat den privata hälso- och sjukvården. Enligt författarna kan flera förklaringar finnas till ovanstående resultat. En är att svenska hälso- och sjukvårdsförsäkringar erbjuder ett relativt begränsat antal tjänster, vilket gör det nödvändigt för försäkringstagarna att fortsätta använda den offentliga hälso- och sjukvården.[26] En annan tänkbar förklaring som framhålls är att personer med privata sjukvårdsförsäkringar använder försäkringen som ett komplement till den vård som ges av den offentligfinansierade hälso- och sjukvården.[27]

Efterfrågan på offentligfinansierad vård kan förbli opåverkad

Vård- och omsorgsanalys menar att om den vård som finansieras av privata sjukvårdsförsäkringar är vård som inte hade utförts om patienterna sökt vård inom den offentligfinansierade vården eller om de inte hade sökt vård alls där, påverkas inte antalet patienter i den offentligfinansierade vården av privata sjukvårdsförsäkringar. En kombination av resonemangen i avsnitten om minskad efterfrågan respektive ökad efterfrågan skulle således kunna leda till slutsatsen om en opåverkad efterfrågan på offentligfinansierad vård.[28]

Efterfrågan på offentligfinansierad hälso- och sjukvård kan öka

Vård- och omsorgsanalys menar att privata sjukvårdsförsäkringar kan leda till en ökad efterfrågan på offentligfinansierad vård. Det kan hända om den vård som erbjuds genom privata sjukvårdsförsäkringar är mer omfattande eller generösare, t.ex. när det gäller vilka åtgärder som erbjuds eller vilka besvär som krävs för att en behandling ska bli aktuell. Det kan leda till att förväntningarna och kraven på den offentligfinansierade sjukvården förändras på sikt. Vård- och omsorgsanalys ser att det även kan gälla förväntan och krav avseende

[26] Sjukvårdsförsäkringarna i Sverige är nämligen framför allt inriktade på att erbjuda korta väntetider för samma slags tjänster som även återfinns i det offentliga utbudet, se kapitel 5.
[27] Kullberg et al. (2021).
[28] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 65.

väntetider. Privata sjukvårdsförsäkringar kan då fungera som ett tryck på den offentligfinansierade vården.[29]

Kullberg et al. resonerar kring att efterfrågan på vård är ”ändlös” och att ett ökat utbud av vård leder till en ökad efterfrågan. Det vore då tänkbart att personer med privata sjukvårdsförsäkringar använde sig av båda systemen parallellt.[30]

Efterfrågan på en mer personcentrerad vård

En annan form av påverkan på efterfrågan på vården kan vara att allmänhetens förväntningar på vården förändras och att det i högre grad efterfrågas en mer personcentrerad vård. I rapporten *Vården är värd en bättre styrning* resonerar Anell kring detta och anger följande.

> Bland individer som inte får sina förväntningar på vården infriade kan en frivillig sjukvårdsförsäkring betraktas som en lösning snarare än ett problem. De som har en sådan försäkring kan uppfatta att vården blir mer personcentrerad, att vården i högre grad utgår från individens preferenser och värderingar. Det kan vara att man vill ha möjlighet att vända sig direkt till viss specialistläkare eller har stora krav på anpassning från vårdens sida när det gäller tillgänglighet och bekvämlighet, krav som det inte är rimligt att den offentligt finansierade vården beaktar oavsett resurstillgång.[31]

För det fall den vård som ges inom ramen för privata sjukvårdsförsäkringar medför en mer personcentrerad vård skulle förekomsten av sådana försäkringar kunna innebära att allmänhetens efterfrågan även på den offentligfinansierade vården förändras i en ökad sådan riktning.

11.3.3 Vård- och omsorgsanalys undersökning om väntetider

Undersökningens frågor

Vård- och omsorgsanalys har genom att undersöka den nationella väntetidsdatabasen som förvaltas av SKR[32] försökt få svar på två frågor som berör privata sjukvårdsförsäkringar.

[29] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 65.
[30] Kullberg et al. (2021), s. 14 med hänvisning till Roemer (1961).
[31] Anell (2020), s. 120.
[32] För en närmare beskrivning av databasen, se kapitel 3.13.4 och kapitel 7.7.

1. Får patienter med privat sjukvårdsförsäkring vård snabbare än patienter med offentlig finansiering i verksamheter som tar emot båda typerna av patienter?
2. Efterlevs den författningsreglerade vårdgarantin eller annan tidsgräns som anges i avtalen med regionen bland privata vårdgivare som tar emot både offentligt och privat finansierade patienter?[33]

Undersökningens begränsningar

Vård- och omsorgsanalys hade kort tid på sig att genomföra undersökningen. Myndigheten beskriver också vissa begränsningar i undersökningen. Myndigheten har enbart tagit med resultat från region Stockholm, Västra Götaland och Skåne och för vissa specificerade vårdområden. Urvalet av vårdområden har Vård- och omsorgsanalys gjort med hänsyn till inom vilka områden det förekommer privata vårdgivare och vårdvalssystem, eftersom de gjort bedömningen att de eventuella konsekvenserna av förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringarna är tydligast inom sådana vårdområden. Vård- och omsorgsanalys har också utgått från områden där de har fått indikationer på att offentligfinansierade patienter har uppfattat att personer med privat sjukvårdsförsäkring får vård snabbare. Vård- och omsorgsanalys betonar att resultaten inte ger någon information om hur det ser ut inom andra vårdområden eller för hälso- och sjukvården totalt. Vård- och omsorgsanalys gör inte heller någon analys av hur stora verksamheterna är som ingår i urvalet, och därmed hur många offentligfinansierade patienter som har berörts av resultatet.[34]

Vidare påpekar Vård- och omsorgsanalys att det inte har varit möjligt att få fram vilka vårdgivare som tar emot både privatfinansierade och offentligfinansierade patienter. Myndigheten har därför på egen hand sökt efter den informationen, bl.a. utifrån uppgifter i den nationella väntetidsdatabasen. Det har inte heller varit möjligt att ta reda på hur stor del av verksamheterna som fokuserar på patienter med privat sjukvårdsförsäkring, vilka tjänster som erbjuds till patienterna med privat sjukvårdsförsäkring och hur de förhåller sig till vad vårdgivaren ska erbjuda patienterna med offentlig finansiering enligt avtalen med regionen. Vård- och omsorgsanalys på-

[33] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 113 ff.
[34] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 114.

pekar att urvalet inte ska ses som vare sig slumpmässigt eller heltäckande.[35]

Vård- och omsorgsanalys betonar också att den nationella väntetidsdatabasen, som undersökningen utgår från, har kända brister och begränsningar t.ex. i fråga om täckningsgraden avseende privata vårdgivare. Vård- och omsorgsanalys påtalar att det finns oklarheter, och kan variera, vilken väntetid det är som redovisas i väntetidsdatabasen. Oklarheterna består i vilken väntetid det är som registreras, dvs. om det är den tid som patienten har väntat hos den vårdgivare som slutligen genomför vårdtillfället eller om det är den totala väntetiden ur patientens perspektiv som registreras i databasen. Denna oklarhet kan innebära att det finns privata vårdgivare som har förhållandevis långa väntetider enligt informationen i väntetidsdatabasen trots att vårdgivaren själv har varit snabb och agerat enligt de tidsgränser som gäller enligt avtalen. Väntan har således i dessa fall inte uppstått hos den privata vårdgivaren utan t.ex. hos regionen.[36] Utredningen noterar att så kan vara fallet särskilt vid s.k. köpkapningsavtal/vårdgarantiavtal.[37] Under år 2020, dvs. efter det att Vård- och omsorgsanalys genomförde sin undersökning, har en ny modell införts i rapporteringen till väntetidsdatabasen, som visar var väntetiden uppstått för den enskilda patienten.

Ytterligare en begränsning i undersökningen är att verksamheter som arbetar efter den s.k. nationella taxan[38] i stort sett inte alls finns med i underlaget.[39]

En sista begränsning som Vård- och omsorgsanalys tar upp är att det saknas information om patienternas behov, dvs. hur allvarlig åkomman har bedömts vara. Den informationen saknas även för patienterna med privat sjukvårdsförsäkring. Det innebär att det inte går att bedöma om behoven skiljer sig mellan patienterna.[40]

[35] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 114.
[36] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 115.
[37] Med kökapningsavtal eller vårdgarantiavtal avses sådana avtal enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling där patienten remitteras till regionen och slussas vidare till en annan vårdgivare först om regionen bedömer att den inte kan erbjuda patienten vård inom väntetidsgarantin. Se mer i kapitel 6.5.3.
[38] Med nationella taxan avses avtal som ingås med stöd av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF).
[39] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 115.
[40] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 116.

Undersökningens resultat

Med reservation för ovan beskrivna begräsningar skriver Vård- och omsorgsanalys följande.

> Resultat från den nationella väntetidsdatabasen visar att patienter med offentlig finansiering i genomsnitt väntar längre på vård än patienter med privat sjukvårdsförsäkring, både totalt sett och hos gruppen som består av privata vårdgivare som också tar emot patienter med privata sjukvårdsförsäkringar. Det skulle kunna ses som ett förväntat resultat eftersom en poäng med försäkringarna just är att få vård snabbare.[41]

De resultat som Vård- och omsorgsanalys har fått fram visar att patienter med offentlig finansiering ofta väntar mer än 30 dagar på vård i den offentligfinansierade hälso- och sjukvården (även här oavsett om det är en vårdgivare i offentlig eller privat regi). Andelen patienter som får sitt första besök eller åtgärd inom 30 dagar varierar mellan vårdområden och regioner.[42]

Tidsgränserna för patienter med privata sjukvårdsförsäkringar är lägre. Av försäkringsvillkoren framgår att de patienterna ska få sitt första besök inom 3–7 dagar (efter att försäkringsbolaget har bedömt att behov uppstått) och en åtgärd inom 14–21 dagar (efter att beslut om åtgärd har fattats).[43]

Vård- och omsorgsanalys kommer därmed fram till slutsatsen att personer med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt får vård snabbare än personer som får vård genom den offentligfinansierade vården. Det är enligt myndigheten inte sannolikt att de kortare väntetiderna beror på att försäkringspatienterna i genomsnitt har större medicinska behov. Vård- och omsorgsanalys betonar att slutsatsen avser hälso- och sjukvården på ett övergripande plan och att myndigheten inte har granskat hur enskilda vårdgivare agerat eller prioriterat patienter i eller mellan enskilda fall.[44]

Vård- och omsorgsanalys konstaterar även att väntetiderna skiljer sig åt regionalt. Myndigheten skriver att samtidigt som patienter i Stockholm med privat sjukvårdsförsäkring får vård snabbare än patienter med offentlig finansiering, är andelen offentligfinansierade

[41] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 46.
[42] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 55.
[43] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 56.
[44] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 7.

patienter som får förstabesök inom 30 dagar i Stockholm högst i landet.[45]

Vård- och omsorgsanalys uttalar att om tillgången till en privat sjukvårdsförsäkring är avgörande för väntetiden eller utbudet kan det innebära att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård inte får företräde till vården på det sätt som anges i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Vård- och omsorgsanalys bedömer vidare att riskerna kan uppfattas som särskilt påtagliga ”hos enskilda vårdgivare som bedriver vård med både privat och offentlig finansiering, och inom ramen för sin verksamhet ger [de] privat finansierade patienterna vård snabbare eller erbjuder dem ett annat utbud än de offentligt finansierade patienterna”.[46]

Utredningens kommentarer till undersökningen

Vård- och omsorgsanalys undersökning är ett viktigt bidrag till förståelsen för hur försäkringsvården fungerar jämfört med den offentligfinansierade vården. Samtidigt är undersökningen behäftad med ett antal begränsningar, varav särskilt några gör att man behöver vara försiktig med vilka slutsatser som kan dras. Exempelvis tas inte hänsyn till hos vilken vårdgivare väntan har uppstått eller vilka medicinska behov patienterna har. Undersökningen har inte heller haft till syfte att undersöka huruvida enskilda vårdgivare har följt behovssolidaritetsprincipen eller inte. Som Vård- och omsorgsanalys betonar avser myndighetens slutsatser hälso- och sjukvården på ett övergripande plan.

11.3.4 Hur försäkringar kan påverka vårdkonsumtion

I Vård- och omsorgsanalys rapport berörs också frågan om övervård, dvs. att patienter får vård som inte är medicinskt motiverad. Enligt myndigheten kan den risken vara högre när det gäller privata sjukvårdsförsäkringar (t.ex. genom remissfri specialistvård), men den risken finns även inom offentligfinansierad vård.

I forskningen har framförts att efterfrågan på hälso- och sjukvård är ”ändlös” och att en ökad tillgång till vård också kan leda till ökad

[45] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 56.
[46] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 49.

efterfrågan.[47] Enligt denna logik är det enligt författarna inte förvånande om personer i Sverige som har en privat sjukvårdsförsäkring använder försäkringen för att komplettera den vård de får i den offentligfinansierade vården. Utökade resurser anses ibland kunna leda till behandlingar som inte är medicinskt motiverade. Finns det inga begräsningar i kapacitet och medel finns inte samma incitament till strikta prioriteringar. Bakgrunden till framtagandet av den etiska plattformen var bl.a. scenariot att de ekonomiska resurserna i Sverige skulle minska, varför ett behov fanns av att prioritera striktare. Samtidigt finns det insatser som efterfrågas som inte är strikt medicinskt motiverade men som för den enskilde kan upplevas öka kvaliteten på vården.[48] Vidare anses det välkänt att offentliga hälso- och sjukvårdssystem ”ransonerar” individer från konsumtion av vårdtjänster.[49] Med ransonering avses exempelvis att vårdutbudet eller tillgängligheten minskas i besparingssyfte.[50] Patientavgifter och obligatorisk remiss kan exempelvis ses som ett uttryck för att försöka ransonera vårdutbudet eller begränsa tillgängligheten. På motsvarande sätt är det vanligt med självrisk inom sjukvårdsförsäkringen.

Anell resonerar också om bl.a. försäkringars påverkan på vårdkonsumtionen i rapporten *Vården är värd en bättre styrning*, där följande anges.

> Privata försäkringar […] medför sannolikt att fler insatser görs jämfört med vad som skulle skett i en offentligt finansierad vård. En del försäkringar marknadsförs utifrån att man får möjlighet att träffa specialister direkt utan att gå via primärvården. Det upplevs sannolikt som positivt av många försäkringstagare men bidrar inte till någon övergripande kostnadseffektivitet inom vården.[51]

11.3.5 Påverkan på utbildningsplatser och innovation

Vård- och omsorgsanalys har i sin rapport beskrivit två situationer där olika aktörer anses kunna ”åka snålskjuts” som en följd av privata sjukvårdsförsäkringar, nämligen påverkan på tillgången till utbild-

[47] Kullberg et al. (2021) s. 14 med hänvisning till “Roemers lag”, Roemer (1961).
[48] Se SOU 2019:15, s. 321.
[49] Kullberg et al. (2021).
[50] Begreppet utvecklas bl.a. i SOU 2001:8, s. 36. I betänkandet anförs att tillgänglig vård också kan ransoneras. Detta begrepp används ofta i internationella sammanhang i stället för prioritering, som en metod att få tillgängliga resurser att räcka till. Det innebär i korthet att alla behov i och för sig tillfredsställs, men inte fullständigt utan endast till en viss grad. Effekten av medvetna prioriteringar blir att annat måste ransoneras, givet en fastställd resursram.
[51] Anell (2020), s. 114.

ningsplatser och innovation (se nedan). Dessa möjliga effekter tolkar utredningen som att de inte bara har att göra med en påverkan från privata sjukvårdsförsäkringar utan snarare om en generell påverkan från privat driven vård.

Vård- och omsorgsanalys framhåller i rapporten att de inte haft möjlighet att fördjupa sig ytterligare i frågorna.[52]

Utbildningsplatser

I samband med utredningens undersökning[53] har det uppstått diskussion om utbildningsplatser hos de privata vårdgivarna. Vård- och omsorgsanalys lyfter denna fråga och menar att det kan finnas en risk att privata vårdgivare ”åker snålskjuts” på det offentliga systemet. Vård- och omsorgsanalys skriver att vårdprofessionerna behöver praktik i sin utbildning och att den i huvudsak sker inom den offentliga verksamheten. I rapporten anges att de privata vårdgivarna kräver högre ersättning för att ta sig an utbildningsuppdrag därför att produktionsbortfall leder till höga kostnader på grund av försäkringsbolagens höga ersättningar. Vård- och omsorgsanalys anger att regionerna dock har hittat en del lösningar för att exempelvis läkare ska kunna göra en del av sin utbildning hos privata vårdgivare som har avtal med regionen.[54]

Innovation

Vård- och omsorgsanalys skriver att de privata vårdgivarna skulle kunna bidra med positiva effekter på den offentligfinansierade vården. Myndigheten menar att det i så fall går att tala om att den offentligfinansierade vården ”åker snålskjuts” på de privata vårdgivarna. Exempelvis kan privatfinansierade innovationer hos privata vårdgivare inte bara komma de privatfinansierade patienterna till del utan även offentligfinansierade patienter hos samma vårdgivare. Vård- och omsorgsanalys menar att incitamenten för innovationer kan vara större när det finns privata sjukvårdsförsäkringar. Myndigheten framhåller även att det kan finnas skalfördelar och produktivitetsskill-

[52] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 45.
[53] För redogörelse av denna, se kapitel 6.6.
[54] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 45 f.

nader mellan privata och offentliga vårdgivare och att vinstmaximerande företag har starka incitament att öka produktiviteten.[55]

11.3.6 Påverkan på kvaliteten på hälso- och sjukvården

Hög kvalitet i hälso- och sjukvården innebär, enligt Socialstyrelsen, att patienterna får en god och patientsäker vård. Patientsäkerhetsarbetet är en del av kvalitetsarbetet.[56] IVO utövar tillsyn över att patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser om patientsäkerhet efterlevs men har inte fattat något tillsynsbeslut som rör förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar och deras konsekvenser.

I direktivet till utredningen anges att utredningen ska föreslå åtgärder som i möjligaste mån säkerställer att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar bl.a. inte får ”bättre vård i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården framför patienter utan sådana försäkringar”. Även om IVO inte har uttalat i något tillsynsbeslut att försäkringar har påverkat kvaliteten på hälso- och sjukvården finns det andra sätt att få en uppfattning om försäkringars påverkan på kvaliteten. En aspekt i fråga om kvalitet i hälso- och sjukvård är patienternas upplevelse av vården. Patientnöjdheten behöver inte nödvändigtvis hänga samman med det slutgiltiga medicinska resultatet. Den patientupplevda kvaliteten kan mätas på olika sätt. En patient som har klagomål kan vända sig till olika instanser med sina synpunkter. En patient som upplever sig ha blivit felaktigt behandlad i vården ska i första hand vända sig till den vårdgivare som har behandlat patienten. Om ärendet inte löses på detta sätt kan patienten vända sig till patientnämnden i regionen. Patientnämndernas uppdrag är främst att omhänderta frågor som rör den offentligfinansierade vården, oavsett om det är en privat eller offentlig vårdgivare.

Om inte heller detta löser frågan har patienter möjlighet att vända sig till IVO med sina klagomål. Detta gäller oavsett hur vårdbesöket har finansierats, dvs. om det har finansierats via offentliga medel eller privat, och oavsett om vårdgivaren är en privat eller offentlig vårdgivare.

[55] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 46.
[56] Socialstyrelsens hemsida (Arbeta säkert > Förebyggande arbete > Kvalitet och patientsäkerhet).

En patient som finansierar vården med privat sjukvårdsförsäkring och som har synpunkter kan i vissa fall även vända sig till Konsumenternas Försäkringsbyrå och Finansinspektionen.[57]

I syfte att försöka fånga patienters upplevelser av hur hälso- och sjukvårdens kvalitet påverkas av förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar har utredningen varit i kontakt med regioner, privata vårdgivare, patientnämnder, IVO, Konsumenternas Försäkringsbyrå och Finansinspektionen. Redogörelsen nedan ska inte betraktas som heltäckande.

Klagomål till vårdgivarna

Både de regioner och de privata vårdgivare som utredningen har varit i kontakt med har uppgett att de inte har fått in några klagomål relaterade till privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen har inte haft möjlighet att närmare undersöka dessa uppgifter.

Klagomål till patientnämnder

Patientnämnden är en fristående och opartisk instans som finns i alla regioner. Till patientnämnden kan den enskilde vända sig med frågor, synpunkter eller klagomål som rör hälso- och sjukvården.

Utredningen har tagit kontakt med samtliga patientnämnder och ställt frågor om de fått in ärenden där offentligfinansierade patienter fört fram klagomål om att de exempelvis fått vänta längre på vård till förmån för en patient vars besök/åtgärd finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring, om detta i så fall i ett andra led lett till någon form av vårdskada, samt om de på något annat sätt har erfarenhet av andra risker i relation till privata sjukvårdsförsäkringar.

Av 21 tillfrågade patientnämnder kom 20 svar in. Ingen region har svarat att de fått in ärenden som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Fem regioner uppgav att de i allmänhet hade erfarenhet av sjukvårdsförsäkringar, t.ex. på så sätt att enskilda vid enstaka tillfällen generellt klagat på väntetider eller att det kan uppstå frågetecken när eventuella komplikationer behöver hanteras inom ramen för den offentligfinansierade vården.

[57] Se mer i kapitel 5.7.

Den undersökning som utredningen har vidtagit är inte på något sätt heltäckande, men kan ses som en indikation på att ärenden om upplevda omprioriteringar till följd av privata sjukvårdsförsäkringar är ovanliga hos patientnämnderna. Vad det innebär i fråga om huruvida det verkligen sker prioriteringar som inte grundas på vårdbehov går dock inte att svara på. Detta eftersom ärenden hos patientnämnderna bygger på att den enskilde ska ha uppfattat ett problem, samt dessutom ha tagit kontakt med patientnämnden för att framföra detta.

Viktigt att poängtera i sammanhanget är, som nämnts ovan, att patientnämndernas uppdrag främst är att hantera ärenden som handlar om vårdgivare med offentlig finansiering. Frågor som handlar om en patient med en privat sjukvårdsförsäkring som har synpunkter på hur vårdgivaren har agerat, ska i regel inte hanteras av patientnämnden. Hur sådana ärenden hanteras beskrivs i kapitel 5.7.

Klagomål till IVO

Den enskilde kan anmäla till IVO och informera om denne har iakttagit eller varit med om något i vården. Innan den enskilde anmäler ett klagomål till IVO ska den enskilde ha framfört klagomålet antingen till den verksamhet där vården har utförts eller till patientnämnden.

IVO har meddelat utredningen att orden ”privata sjukvårdsförsäkringar” inte registreras på ett sökbart i myndighetens databaser. Det innebär att det inte går att söka fram eventuella ärenden där privata sjukvårdsförsäkringar omnämns.

Klagomål till Konsumenternas Försäkringsbyrå

Enligt uppgift från Finansinspektionen gällde 73 av cirka 11 000 ärenden och frågor hos Konsumenternas Försäkringsbyrå privata sjukvårdsförsäkringar. Enligt en sammanställning från Konsumenternas Försäkringsbyrå fick den in klagomål (dvs. negativa synpunkter) rörande privata sjukvårdsförsäkringar från privatpersoner vid 17 tillfällen under perioden januari 2020–mars 2021. Synpunkterna gäller framför allt försäkringbolagens villkor kring försäkringar, t.ex. hur

försäkring kan tecknas, hur den kan sägas upp, och vilken vård som ersätts.

Klagomål till Finansinspektionen

Finansinspektionen får ibland in allmänna synpunkter och missnöjesyttringar, som går utöver Finansinspektionens tillsynsuppdrag, från t.ex. försäkringstagare, ombud och media. Enligt uppgift från Finansinspektionen har den dock inte fått in några klagomål som rör privata sjukvårdsförsäkringar.

Exempel på uppgifter som framkommit på annat sätt

I december 2019 publicerade Dagens Nyheter en granskning där flera vårdbolag angav att privat sjukvårdsförsäkring innebar ”snabbare vård”.[58] Granskningen innebar att Dagens Nyheter kontaktade tio olika vårdgivare som har avtal med både regioner och försäkringsbolag. Reportern uppgav sig vara potentiell patient och pratade med receptionister och kundtjänst. I nio fall av tio fick tidningen som svar att försäkringspatienter generellt ”går före” andra patienter. Vid kontakt med vårdgivarnas chefer har tidningen fått som svar att medicinsk prioritering alltid sker, att försäkringspatienter får snabbare vård om det medicinska behovet är lika eftersom det är vad avtalen säger samt att det är olika köer beroende på vilket avtal patienterna söker vård inom.[59]

I Vård- och omsorgsanalys rapport *Vården ur befolkningens perspektiv 2020 – En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder* som redogjorts för i avsnitt 11.3.1 och som bygger på en enkätundersökning framkommer inte några kvalitetsbrister eller annat som kan kopplas till privata sjukvårdsförsäkringar. Vård- och omsorgsanalys uttrycker det på följande sätt. ”Utöver väntetiderna finner vi ingen tydlig riktning som är kopplad till privat sjukvårdsförsäkring (t.ex.

[58] DN, *Vårdbolagen: Patienter med privat sjukvårdsförsäkring går före,* 2019-02-16.
[59] I en uppföljande artikel uttalade den dåvarande hälso- och sjukvårdsdirektören i Region Stockholm bl.a. att han bekräftar problemet med att regionens patienter konkurrerar med försäkringspatienter om tider i det privata vårdvalet, DN, *Hälso- och sjukvårdsdirektören bekräftar: Försäkringspatienter tränger ut vanliga*, 2019-12-16.
Se också i kapitel 6.6.1 om vad privata vårdgivare som utredningen har varit i kontakt med uppgett i denna fråga.

erfarenheter av den mottagning de vanligtvis besöker eller erfarenheter av vården på sjukhus).”[60]

11.4 Undanträngningseffekter och privata sjukvårdsförsäkringar

11.4.1 Inledning

En särskild form av påverkan inom hälso- och sjukvården är s.k. undanträngning. I utredningens direktiv[61] anges att utredaren ska ”beskriva de undanträngningseffekter eller risker för sådana effekter som privata sjukvårdsförsäkringar har lett till inom hälso- och sjukvården”.

I detta avsnitt kommer begreppet undanträngning i allmänhet att beskrivas. För att sätta begreppet undanträngning i ett sammanhang har utredningen valt att utgå från rapporter från Vård- och omsorgsanalys, Socialstyrelsen och Expertgruppen för Studier i Offentlig ekonomi (ESO) som på olika sätt redogör för i vilka situationer undanträngningseffekter i den offentligfinansierade hälso- och sjukvården skulle kunna uppstå. En redogörelse görs också för en rapport från Riksrevisionen rörande vårdvalet i primärvården. Varken i Vård- och omsorgsanalys rapport från 2017 eller Riksrevisionens rapport används dock begreppet undanträngning specifikt.

Utredningen tar upp flera av dessa rapporter även i kapitel 8 som handlar om försäkringar och de grundläggande principerna och bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Vad är undanträngning i hälso- och sjukvården?

Undanträngning i hälso- och sjukvården kan anses uppstå i situationer där lägre prioriterade patienter (dvs. patienter som har problem av mindre medicinsk allvarlighetsgrad) får vård före patienter som har högre prioritet (dvs. ett större medicinskt behov).[62] Undanträngning kan således ses som en beteckning för de negativa effekter som kan bli resultat av prioriteringar som avviker från gällande prio-

[60] Vård- och omsorgsanalys 2021:4, s. 104.
[61] Dir. 2020:83.
[62] Se t.ex. prop. 2009/10:67 samt Socialstyrelsen 2012-5-16.

riteringsriktlinjer och som innebär att patienternas medicinska behov inte kommer i första hand.

Olika former av undanträngning kan finnas i hälso- och sjukvården. I rapporten *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2012* gör Socialstyrelsen en distinktion mellan undanträngning som drabbar enskilda patienter och mer systematiska former av undanträngning som drabbar större patientgrupper. När det gäller undanträngning på individnivå framhåller Socialstyrelsen att undanträngning som beror på enskilda individers agerande förmodligen alltid har funnits i hälso- och sjukvården. Enligt Socialstyrelsen kan det ta sig uttryck i att patienter som ”ligger på” genom att kontakta hälso- och sjukvårdspersonal ofta lyckas få en tid för besök, operation eller annan åtgärd tidigare än vad som annars skulle ha varit fallet. Enligt Socialstyrelsen gäller detsamma sannolikt när personer har en relation till hälso- och sjukvårdspersonal, eller själva arbetar inom hälso- och sjukvården, och får snabbare tillgång till den vård de behöver tack vare sina kontakter eller kunskaper om systemet.[63]

Undanträngning av större patientgrupper eller vårdkedjor avser situationer där undanträngning uppstår i större skala till följd av att insatser och resurser riktas till andra patientgrupper. Som exempel nämner Socialstyrelsen situationer där personer som söker akutsjukvård får vänta längre på grund av satsningar på andra vårdkedjor. Ett annat exempel är att patienter inom en och samma patientgrupp kan prioriteras olika. Situationen skulle kunna tänkas uppstå om de som har ett förhållandevis lågt medicinskt behov får gå före mer allvarligt sjuka patienter, med anledning av att de närmar sig, eller redan har passerat, en vårdgarantigräns. Ett annat exempel är att undanträngningar uppstår om vården prioriterar insatser på förbättrad tillgänglighet till ett specialistbesök och en operation eller åtgärd och att mindre resurser avsätts för undersökningar. Vidare nämns som exempel att förstabesökspatienter prioriteras före patienter med kända och diagnostiserade besvär som behöver komma tillbaka på återbesök.[64] Socialstyrelsen nämner även undanträngning som skulle kunna uppstå om utomlänspatienter går före patienter med exakt samma åkommor i den egna regionen p.g.a. att de genererar

[63] Socialstyrelsen 2013-5-30, s. 72.
[64] Socialstyrelsen 2013-5-30, s. 73 f.

större intäkter för vårdgivaren. Även utformningen av vissa ersättningssystem skulle kunna ge upphov till undanträngningseffekter.[65]

I rapporten *Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin* framhåller Vård- och omsorgsanalys att undanträngning kan ske på flera olika sätt. I rapporten definierar och diskuterar myndigheten sex typer av undanträngning som teoretiskt (direkt eller indirekt) kan orsakas av vårdgarantin eller kömiljarden. En indelning görs i tre grupper; a) undanträngning mellan olika delar i vårdkedjan; b) undanträngning inom samma väntelista; och c) undanträngning mellan vård- och specialistområden. De tre grupperna innehåller i sin tur sex typer av undanträngning.[66] Detta illustreras i *figur 11.1*.

Figur 11.1 Sex typer av undanträngning



Källa: Vård- och omsorgsanalys, 2015:5.

Indelningen bygger på samma resonemang som Socialstyrelsen för i den ovan refererade rapporten[67], och Vård- och omsorgsanalys använder liknande exempel för att förklara de olika typerna av undanträngning.[68] Nämnas här kan begreppet horisontell undanträngning. Med det avses undanträngning mellan olika vårdområden. Ett exempel på sådan horisontell undanträngning skulle enligt Vård- och omsorgsanalys kunna vara en omfördelning av resurser från kroniska diagnoser och patienter som behöver många återbesök till planerad elektiv kirurgi[69] som främst behandlar relativt friska patienter med

[65] Socialstyrelsen 2013-5-30, s. 13.
[66] Vård- och omsorgsanalys 2015:5 s. 92.
[67] Socialstyrelsen 2013-5-30.
[68] Vård- och omsorgsanalys 2015:5, s. 92 ff.
[69] Dvs. planerade kirurgiska ingrepp som kan senareläggas eller inte genomföras alls utan fara för patienten (se Svensk MeSH/Karolinska Institutet).

engångsbesvär. Ett sådant ställningstagande kan tänkas fattas på en högre beslutsnivå. Det kan exempelvis vara frågan om sjukhus- eller regionledningen som beslutar om hur medel ska fördelas mellan olika vård- eller specialistområden.[70]

De olika exemplen på undanträngning som beskrivs ovan har gjorts utifrån uppdrag som Socialstyrelsen och Vård- och omsorgsanalys har haft för att följa upp kömiljarden och vårdgarantin. Avsikten med denna exemplifiering är att visa att frågan om undanträngningseffekter är komplex. Hänsyn måste tas till flera olika aspekter när en analys görs av frågor rörande privata sjukvårdsförsäkringar och om förekomsten av dessa kan leda till undanträngningseffekter i hälso- och sjukvården. En distinktion måste också göra mellan effekter på individ- och systemnivå. Beslut som kan ha en påverkan på prioriteringar kan fattas på olika nivåer inom hälso- och sjukvården, allt från enskilda yrkesutövare till regionledningar. Antalet patienter och vilken typ av vård dessa får har förstås en påverkan på analysen. Hur avtalen mellan regionen och de privata vårdgivarna är utformade är också en faktor som kan vara av betydelse. Vård- och omsorgsanalys lyfter även det faktum att kvantitativa studier om undanträngning inte ger några entydiga svar, och ger en översikt över vissa av de kvantitativa analyser som gjorts på området.[71]

Nedan följer fördjupande avsnitt där utredningen redogör för olika myndigheters beskrivningar av om undanträngningseffekter har uppstått på olika områden, nämligen Vård- och omsorgsanalys granskning av vårdgarantin, Riksrevisionens granskning av vårdval i primärvården, Socialstyrelsens granskning av införandet av standardiserade vårdförlopp i cancervården samt ESO:s rapport om privatisering av hälso- och sjukvård generellt. Dessa beskrivningar görs för att fördjupa begreppet undanträngning och sätta det i ett sammanhang, samt för att illustrera hur det kan användas i en diskussion om privata sjukvårdsförsäkringar.

[70] Vård- och omsorgsanalys 2015:5, s. 95.
[71] Vård- och omsorgsanalys 2015:5, s. 96 f.

11.4.2 Vård- och omsorgsanalys granskning av om vårdgarantin lett till undanträngning

I kapitel 8 redogörs för diskussioner om hur vårdgarantin kan förenas med behovs-solidaritetsprincipen och andra målbestämmelser inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Vård- och omsorgsanalys har studerat undanträngningseffekter kopplade till vårdgarantin i rapporterna *Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?* från 2014, *Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin* från 2015 och *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin* från 2017.

I den första rapporten konstaterar Vård- och omsorgsanalys att ”det finns vissa indikationer på att vårdgarantin och Kömiljarden ger undanträngningseffekter”.[72] Myndigheten konstaterar samtidigt att kömiljarden har bidragit till att mer effektivt än tidigare vårdgarantier minska antalet väntande på besök och behandling. I de jämförelser som görs av väntetider är det tydligt att väntetiderna har minskat, även om de alltjämt är höga i internationella jämförelser.[73]

Myndigheten gör vissa fördjupade analyser av frågan om undanträngningseffekter i relation till vårdgarantin och kömiljarden och konstaterar som slutsats att ”det finns statistiska indikationer på att undanträngning kan förekomma, men bilden är långt ifrån entydig och det har varit svårt att skilja ut vårdgarantins och Kömiljardens effekter från andra faktorer”.[74]

I rapporten från 2015 drar Vård- och omsorgsanalys följande slutsats om undanträngning och vårdgarantin.

> Vår samlade bedömning är att professionerna i stor utsträckning förmår att balansera vårdgarantin och medicinska prioriteringar. Vårdgarantin behöver alltså inte medföra undanträngning utan är möjlig att förena med medicinska prioriteringar. Men i intervjuerna framkommer också exempel på undanträngning, exempelvis i prioriteringen mellan ny- och återbesök samt vid prioritering av patienter som närmar sig vårdgarantins tidsgränser. Det är vårdens ansvar att se till att undanträngning inte sker, och att arbeta parallellt med väntetider och medicinska prioriteringar är en viktig ledarskapsfråga.[75]

[72] Vård- och omsorgsanalys 2014:3, s. 14.
[73] Vård- och omsorgsanalys 2014:3, s. 20 och 180 ff.
[74] Vård- och omsorgsanalys 2014:3, s. 208 ff. Se även Winblad och Andersson 2010:09.
[75] Vård- och omsorgsanalys 2015:5, s. 11.

Slutsatsen bygger på en mer ”kvalitativ ansats” som Vård- och omsorgsanalys uttrycker det. Vård- och omsorgsanalys konstaterar att ”på grund av metodologiska svårigheter och brist på data ger dock de kvantitativa studier som belyst undanträngning inga tydliga svar på huruvida det förekommer”.[76] Vidare konstateras följande.

> Flera tidigare studier har försökt mäta om undanträngning förekommer genom statistisk analys. På grund av problem med data och många osäkerhetsfaktorer har inga säkra slutsatser kunnat dras av dessa studier, annat än att en del resultat skulle kunna vara tecken på undanträngning. Det grundläggande problemet är att det är svårt att hitta variabler som på ett tillfredställande sätt graderar patienters medicinska behov, vilket är en förutsättning för att på ett övertygande sätt mäta om undanträngning förekommer.[77]

I den senaste rapporten, från 2017, diskuteras inte undanträngning uttryckligen, utan myndigheten skriver i stället om prioriteringar i relation till vårdgarantin. Myndigheten redogör för tidigare slutsatser, bl.a. att vårdgarantin är möjlig att förena med medicinska prioriteringar och inte behöver leda till undanträngning.[78] Myndigheten drar vidare vissa slutsatser om väntetider och prioriteringar som har bäring på frågan om undanträngning.

Myndighetens uppföljning av vårdgarantin visar att tillgängligheten över lag har blivit sämre, på så vis att ”andelen och antalet patienter som har väntat länge på vård blir allt större”.[79] Samtidigt, konstaterar myndigheten, genomförs en stor del av nybesök och operationer snabbt. Myndigheten konstaterar vidare följande.

> Om alla patienter alltid hade ställts sist i kön, skulle även andelen nybesök och operationer som genomförs inom 30 och 60 dagar minska över tid. Att så inte är fallet talar därför för att det sker en prioritering av patienterna, där en del av patienterna får vård snabbt, medan andra får vänta länge.[80]

I den fördjupade analysen beskriver myndigheten vidare utmaningarna med att undersöka om prioritering sker på rätt sätt, mot bakgrund av att information om patienternas behov inte samlas in, men konstaterar ändå följande.

---

[76] Vård- och omsorgsanalys 2015:5, s. 11.
[77] Vård- och omsorgsanalys 2015:5, s. 96.
[78] Vård- och omsorgsanalys 2017:6, s. 37.
[79] Vård- och omsorgsanalys 2017:6, s. 85.
[80] Vård- och omsorgsanalys 2017:6, s. 88.

> I vår förra uppföljning av vårdgarantin (Vårdanalys 2015a) genomförde vi intervjuer med remissbedömare och tidsbokare inom vårdområdena neurologi och ortopedi. Syftet var att förstå hur arbetet med väntelistorna fungerade i praktiken. Intervjuerna visade att många verksamheter arbetar med någon form av prioriteringsgrupper. […] Patienter i den högsta prioriteringsgruppen kallas snabbt till besök och operation, medan patienter i den lägsta prioriteringsgruppen får vänta längre. Ett sådant tillvägagångssätt är i linje med observationen att antalet och andelen av de nybesök och operationer som genomförs inom 30 dagar inte minskar, samtidigt som andelen och antalet patienter som har väntat mer än 90 dagar ökar betydligt.[81]

11.4.3 Riksrevisionens granskning av vårdval i primärvården

Riksrevisionen granskade i rapporten *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* från 2014 hur reformerna om vårdval och vårdgaranti har påverkat primärvården.[82] Vårdvalsreformen innebär bl.a. att patienter har rätt att välja vårdcentral och att vårdgivare får etablera vårdcentraler var de vill. Vårdgarantin syftar till att öka tillgängligheten genom att ange maxgränser för väntetider i primärvården.

Riksrevisionens granskning utgick från målet för all hälso- och sjukvård, dvs. en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, samt följande tre principer som ska styra vården:

- Människovärdesprincipen.
- Behovs-solidaritetsprincipen.
- Kostnadseffektivitetsprincipen.[83]

Riksrevisionen fann att reformerna gett positiva resultat i form av förbättrade kontaktmöjligheter och fler vårdcentraler. Riksrevisionen fann dock också att reformen fått stark styreffekt i primärvården och att det har blivit svårare att upprätthålla vårdens etiska principer.

Bl.a. ansågs de positiva resultaten av reformerna i form av förbättrade kontaktmöjligheter, fler vårdcentraler och ökade besöksfrekvenser i högre utsträckning verkat ha kommit patienter med mindre vårdbehov och högre socioekonomisk status till del.[84]

[81] Vård- och omsorgsanalys 2017:6 s. 89.
[82] RiR 2014:22.
[83] RiR 2014:22, s. 9.
[84] RiR 2014:22, s. 9.

Nya vårdcentraler hade i större utsträckning etablerats i befolkningstäta områden samt i områden där vårdbehoven är lägre och där invånarna är socioekonomiskt starkare än genomsnittet. Nedläggning av vårdcentraler hade främst drabbat områden där vårdbehovet var större och där behovet av en vårdcentral i närheten av hemmet kunde antas vara större.[85]

Riksrevisionens undersökning i två regioner visade märkbara förändringar när det gällde vårdkonsumtionen efter vårdvalsreformens införande. Vårdutnyttjandet verkade bli mer ojämlikt i vården som helhet. Många besökare med lätta och lindriga symtom hade tillkommit efter reformen. Denna grupp patienter gjorde också fler läkarbesök efter reformens införande. Det omvända förhållandet gällde för de sjukaste patienterna, som gjorde färre läkarbesök.[86]

Riksrevisionen poängterade särskilt att efterfråge- eller behovsstyrning innebär en inbyggd målkonflikt. Vårdvalsreformen har enligt Riksrevisionen inneburit att makt har förskjutits från politiker och tjänstemän till medborgarna, vilket var tänkt. Regionen ska endast formulera vårdgivarnas villkor. Därefter är det medborgarnas efterfrågan som avgör vad resultatet blir. Samtidigt ska vården styras enligt hälso- och sjukvårdslagen. Det har dock enligt Riksrevisionen visat sig vara svårt att skapa ersättningssystem som utgår från hälso- och sjukvårdslagens etiska principer.[87]

Enligt Riksrevisionen fattades före vårdvalet prioriteringsbeslut utifrån de etiska riktlinjerna och patienternas individuella behov, förvisso utifrån begränsade budgetramar. I dag fattas beslut om resursprioriteringar i primärvården i större utsträckning i enlighet med patienternas efterfrågan. Enligt Riksrevisionen bygger reformens syfte, dvs. att primärvården skulle utvecklas i en efterfrågestyrd kundvalsmodell, och de etiska principernas prioritering av likvärdighet och vårdbehov, på olika logiker.[88]

De etiska principerna ska styra konsumtionen av primärvård till de patienter som har störst besvär och behov. En sådan prioritering förutsätter enligt Riksrevisionen en aktör med makt och mandat, dvs. motsatsen till att kundernas efterfrågan ska styra konsumtionen av primärvård. Enligt Riksrevisionen tycktes inte någon region ha

[85] RiR 2014:22, s. 10.
[86] RiR 2014:22, s. 10.
[87] RiR 2014:22, s. 11.
[88] RiR 2014:22, s. 11.

lyckats skapa en vårdvalsmodell som styrde primärvården i riktning mot vårdens etiska principer.[89]

11.4.4 Socialstyrelsens granskning av om införandet av standardiserade vårdförlopp i cancervården har lett till undanträngning

Även Socialstyrelsen har undersökt undanträngningseffekter, bl.a. som en del i myndighetens uppdrag att följa upp arbetet avseende standardiserade vårdförlopp (SVF) i cancervården.

Införandet av SVF är en satsning för att minska patientens väntan på behandlingsstart genom tydligare ramar för vad diagnostiken i cancervården ska innehålla och hur lång tid varje del ska ta. Satsningen innebär att professionsgrupper i cancervården har tagit fram indikationslistor för vad som är välgrundad misstanke om en viss cancerdiagnos, vilka som är de givna diagnostiska utredningarna samt fastslagit ett antal dagar som varje del av vårdförloppet fram till behandlingsstart maximalt bör ta i anspråk.[90]

Regeringen har tillsammans med landets regioner genomfört en flerårig satsning för att införa SVF i cancervården, för att skapa effektiva och ändamålsenliga processer och rutiner samt hög tillgänglighet. Satsningen har byggt på sammanhållna processer vid utredning av cancer och är en del i det fortsatta arbetet med den nationella cancerstrategin, som riksdagen antog 2009. Socialstyrelsen har sedan 2015 haft uppdraget att årligen följa arbetet i regionerna.[91]

I den senaste uppföljningsrapporten från 2019 konstaterar Socialstyrelsen att undanträngning är kopplat till prioriteringar, att prioriteringar ska göras utifrån den etiska plattformen och att undanträngning uppkommer när de principer som ligger till grund för prioriteringar inte följs på grund av en insats.[92]

Angående cancervården konstaterar Socialstyrelsen att det inte fanns någon klart uttalad definition av undanträngning i samband med införandet av SVF. Detta gjorde att olika aktörer tolkade undan-

[89] RiR 2014:22, s. 11. Tre år efter Riksrevisionens rapport 2014 gjorde Region Stockholm en rapport om vårdvalet i Stockholm (HSN-2017-1485). Vårdvalet hade då funnits i Stockholm i tio år. Rapporten syftade till att ge en översikt av kunskapsläget och vilka uppföljningsmöjligheter som finns.
[90] Socialstyrelsen 2015-10-5, s. 7.
[91] Socialstyrelsen 2019-4-1, s. 7.
[92] Socialstyrelsen 2019-4-1, s. 43.

trängning på olika sätt och besvarade frågor om risk för undanträngning olika utifrån de skilda tolkningarna. Efter ett tag höjdes kunskapsnivån vilket har fått till följd att allt fler relaterar undanträngningar till felaktiga prioriteringar.[93]

I rapporten beskriver Socialstyrelsen även att det pågår projekt i regionerna som syftar till att mäta väntetider för olika SVF samt att försöka analysera om undanträngningar uppkommer. Socialstyrelsen menar att det i praktiken är svårt att bedöma om undanträngningar uppstår, eftersom det sällan finns beslutade prioriteringsordningar att relatera uppgifterna till. Det har också funnits svårigheter med tillförlitliga data.[94]

Socialstyrelsen gör inte någon kvantitativ analys av undanträngning utan har genom enkäter, intervjuer, möten och granskning av dokument, som t.ex. handlingsplaner, undersökt området. Där framkommer bilden att SVF effektiviserar starten av behandlingen av patienter med välgrundad misstanke om cancer, vilket i huvudsak har positiva aspekter på vården och resursanvändningen. De farhågor om undanträngning som lyfts är i huvudsak inriktade på s.k. ”trånga sektorer” som finns inom utredning och diagnostik, risken för att onödiga undersökningar genomförs samt att tider planerade för patienter som följer SVF ibland står tomma.[95]

För att framöver kunna bekräfta om undanträngningar uppstår inom området bedömer Socialstyrelsen att det framför allt behövs bättre prioriteringsunderlag. Det finns många utmaningar inom svensk sjukvård, och det är enligt Socialstyrelsen uppenbart att resurserna inte räcker till allt befolkningen önskar. Det gör att prioriteringar är nödvändiga. Förutom ekonomiska resurser är det ofta brist på personal, både allmänt och för flera specialistområden.[96]

[93] Socialstyrelsen 2019-4-1, s. 53.
[94] Socialstyrelsen 2019-4-1, s. 49.
[95] Socialstyrelsen 2019-4-1, s. 53.
[96] Socialstyrelsen 2019-4-1, s. 54.

11.4.5 ESO:s rapport om hälso- och sjukvård i privat regi och konkurrens och kvalitet

Expertgruppen för Studier i Offentlig ekonomi (ESO) har i en rapport från 2014 tillsammans med Vård- och omsorgsanalys diskuterat förutsättningarna för alternativa driftsformer inom hälso- och sjukvården. I rapporten tas även undanträngningseffekter upp.[97]

Rent allmänt tar rapportförfattarna upp att få empiriska undersökningar särskilt har studerat konsekvenserna av att regionerna överlämnat driften av hälso- och sjukvård till privata utförare. Det har dock genomförts en rad uppföljningar av vårdvalets effekter inom primärvården. I stort sett saknas dock uppföljningar av vårdvalsystemen inom specialiserad vård. En naturlig förklaring till detta är att antalet privata vårdgivare inom specialistvården ökat framför allt den senare tiden.[98] En annan förklaring är att vårdval är mindre förekommande i specialistvården och används i mycket liten utsträckning i de flesta regioner.[99]

I det följande beskrivs rapportförfattarnas iakttagelser avseende primärvården respektive specialistvården och som har betydelse för frågan om privata sjukvårdsförsäkringar.

Konsekvenser på primärvården

Rapportförfattarna noterar att det allmänt tycks finnas positiva effekter av valfriheten i primärvården och att evidens saknas som tyder på negativa konsekvenser.

Rapportförfattarna menar vidare att valfriheten i primärvården har drivit verksamheten mot större lyhördhet för de önskemål på tjänster, service m.m. som den genomsnittlige brukaren har. Ökat vårdutnyttjande och förbättrad tillgänglighet är konkreta uttryck för denna utveckling. Detta är också fullt rimligt, men inte komplikationsfritt. Utvecklingen väcker enligt rapportförfattarna två direkta frågor:

– Sker denna utveckling på bekostnad av intressen för grupper som ligger långt ifrån den genomsnittlige brukaren?

[97] ESO och Vård- och omsorgsanalys 2014:5.
[98] ESO och Vård- och omsorgsanalys 2014:5, s. 121. Se även Region Stockholm, HSN 2017-1485.
[99] Se mer i kapitel 6.

– Finns drivkrafter som på längre sikt kan påverka verksamheten i en riktning där vårdkvalitet prioriteras lägre än önskvärt?[100]

Avseende primärvården kom rapportförfattarna fram till följande.

> Slutsatsen av den forskning som finns är att utvecklingen mot att bättre möta den genomsnittlige brukarens preferenser inte har undanträngningseffekter som hotar servicen till andra patientgrupper. Sammantaget är bedömningen att kombinationen av de krav som ställs från huvudmännen, de nationella regelverken och den prioritering av patientens säkerhet som finns i normsystemet kring sjukvården, innebär en god garanti för säkrad vårdkvalitet. Detta betyder dock inte att andra drivkrafter kan ignoreras.[101]

Konsekvenser på specialistvården

Rapportförfattarna menar att det finns flera avgörande skillnader mellan valet av primärvårdsläkare och val av vårdgivare inom specialistvården. Dessa skillnader måste man ta hänsyn till vid utformande av informationsutbud och regelverk m.m. Valet av primärvårdsläkare har generellt större inslag av subjektiva bedömningar än val inom specialistvården. Samtidigt är primärvårdskonsumtionen mer återkommande, vilket innebär att patienten kan bygga upp kunskap genom erfarenhet och kontakt med vänner och anhöriga. Valet av vårdgivare för specialistbehandlingar som gråstarrs- och höftledsoperationer är däremot av engångskaraktär, vilket försvårar valet. Tillgång till god information om effekter, biverkningar och andra kvalitetsindikatorer kan underlätta, men samtidigt är allt detta svårbedömt för en person i behov av behandling. Vårdvalen skulle kunna underlättas om primärvårdsläkaren agerade åt patienten och bl.a. tog ställning till sådant som medicinsk kvalitet och avvägningen kvalitet och väntetid.[102]

[100] ESO och Vård- och omsorgsanalys 2014:5, s. 129 f.
[101] ESO och Vård- och omsorgsanalys 2014:5, s. 130. Se även Winblad et al. (2021) där det redovisas hur de olika regionerna anpassat sin styrning bl.a. genom ersättningsmodeller, listningssystem och krav på vårdtjänster för att försöka förena vårdvalet och förekomsten av privata vårdgivare med grundläggande bestämmelser om vård på lika villkor.
[102] ESO och Vård- och omsorgsanalys 2014:5, s. 131.

Rapportförfattarna menar vidare att

> Ett annat problem med valfrihetsmodellerna inom den specialiserade vården är dessas fokus på väletablerade behandlingsmetoder och s.k. standardpatienter. Här finns, liksom i primärvården, en risk för att den genomsnittlige brukarens preferenser kan ha undanträngningseffekter som hotar servicen till andra patientgrupper. Exempelvis kan prioriteringar mellan väntetider för vissa planerade behandlingar som berör breda patientgrupper å ena sidan och tillgänglighet i vården av kroniskt sjuka å den andra vara ett problem i detta avseende. Det är ett problem som för övrigt kan förstärkas av vårdgarantier som sätter ett tak för väntetiden för vissa behandlingar.[103]

11.5 Slutsatser och sammanfattning

I detta kapitel har utredningen beskrivit privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligfinansierad hälso- och sjukvård samt de undanträngningseffekter eller risker för sådana effekter som privata sjukvårdsförsäkringar har lett till inom hälso- och sjukvården. Utredningen har redogjort för de utmaningar som finns med att göra en sådan beskrivning.

Utredningen har inte kunnat hitta några rapporter som specifikt har tittat på om privata sjukvårdsförsäkringar har bidragit till undanträngningseffekter eller annan påverkan på hälso- och sjukvården och samhället i stort i Sverige. I rapporten från Vård- och omsorgsanalys om privata sjukvårdsförsäkringar[104] nämns inte begreppet undanträngning, men rapporten tar upp vissa risker och för fram några antaganden om försäkringars påverkan samt analyserar nyttan av privata sjukvårdsförsäkringar. Myndighetens undersökning utifrån den nationella väntetidsdatabasen ökar förståelsen för hur försäkringsvården fungerar jämfört med den offentligfinansierade vården. Undersökningen är dock behäftad med begränsningar som gör att man behöver iaktta viss försiktighet beträffande vilka slutsatser som kan dras. IVO:s förstudie[105] gör också antaganden om frågan utifrån patientsäkerhetsrisker och ansluter sig till bedömningarna som görs av Vård- och omsorgsanalys.

När det gäller definitionen av och diskussionen om begreppet undanträngning är det viktigt, även gällande privata sjukvårdsför-

[103] ESO och Vård- och omsorgsanalys 2014:5, s. 131.
[104] Vård- och omsorgsanalys 2020:3.
[105] IVO förstudie (2020).

säkringar, att hänsyn tas till de olika sorters undanträngning som finns. Det finns exempelvis undanträngning som kan drabba enskilda patienter och mer systematiska former av undanträngning som kan drabba större patientgrupper. Undanträngning på individnivå kan uppstå på grund av hur enskilda professionsutövare väljer att prioritera patienter. Undanträngning på systemnivå kan ha sin bakgrund i beslut på en högre administrativ nivå i en region. En privat vårdgivare har sannolikt bättre förutsättningar att hantera prioriteringar på individnivå än prioriteringar på systemnivå där övergripande prioriteringsbeslut fattats av regionen. I det sistnämnda fallet utgör den privata vårdgivaren en leverantör åt regionen och ska utföra uppdraget i enlighet med exempelvis regionens egna vårdprogram.

För att kunna bekräfta om undanträngningar uppstår inom ett område bedömer dessutom Socialstyrelsen att det generellt behövs bättre prioriteringsunderlag för vården.[106] Socialstyrelsen anför att det sällan finns beslutade prioriteringsordningar att relatera uppgifter till.[107] Vård- och omsorgsanalys anser att regionerna i större utsträckning även borde göra medicinska revisioner som följer upp de medicinska prioriteringarna och hur dessa görs och följs.[108] Dessa observationer och slutsatser skulle enligt utredningens bedömning även vara relevanta om en fördjupad analys ska göras av undanträngning till följd av privata sjukvårdsförsäkringar. Även de observationer som har gjorts i rapporterna om bl.a. drivkrafter och målkonflikter som kan utmana det normsystem som finns i hälso- och sjukvården rörande bl.a. prioriteringar torde vara av intresse att analysera vidare.

I kapitel 14 lyfter utredningen ett antal områden där bristande kunskap finns och där det kan finnas behov av ytterligare forskning och av fördjupade analyser av olika myndigheter. Undanträngning och övrig påverkan som ett resultat av privata sjukvårdsförsäkringar är en sådan fråga. De ovan refererade rapporterna om undanträngning vad gäller vårdgarantin, kömiljarden, vårdval i primärvården, standardiserade vårdförlopp i cancervården samt ESO:s rapport om privatisering av hälso- och sjukvård generellt, pekar på frågeställ-

[106] Socialstyrelsen 2019-4-1, s. 54. Se även Vård- och omsorgsanalys 2020:7, s. 138, där myndigheten bl.a. anför att regeringen bör initiera en översyn av behovet av förbättrat kunskapsstöd om vård efter behov eftersom det finns ett behov av ett förstärkt kunskapsstöd för horisontella prioriteringar.
[107] Socialstyrelsen 2019-4-1, s. 49.
[108] Vård- och omsorgsanalys 2015:5 s. 15.

ningar och definitioner som utredningen bedömer som relevanta i en fördjupad undersökning av undanträngning och påverkan till följd av privata sjukvårdsförsäkringar.

12 Överväganden och skäl för förslag

I detta kapitel redovisas utredningens överväganden och skäl för förslag på åtgärder. De konkreta förslagen redovisas i efterföljande kapitel.

Kapitlet inleds med en analys av statens och regionernas ansvar för frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Därefter beskrivs faktorer som gör det svårt för olika aktörer att ta sitt ansvar för hälso- och sjukvården. Ett särskilt avsnitt ägnas åt privata sjukvårdsförsäkringar och den svenska välfärdsmodellen. De olika intressen som behöver beaktas i frågan som rör privata sjukvårdsförsäkringar beskrivs. Kapitlet avslutas med utredningens skäl för förslag på åtgärder.

12.1 Statens och regionernas ansvar för frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar

Staten och regionerna har ett delat ansvar för hälso- och sjukvården vilket följer av flera författningar. Vårdgivarna har ett ansvar, enligt författningar och avtal med regionerna, att följa de regler och krav som staten och regionerna ställer på vårdgivarna.

Diskussionen om privata sjukvårdsförsäkringar är främst inriktad på de privata vårdgivare som har flera uppdragivare och tar emot både offentligfinansierade och privatfinansierade patienter.[1] Centralt är då frågan hur de privata vårdgivarna tillförsäkrar, i enlighet med reglerna, de offentligfinansierade patienterna en god och patientsäker vård samtidigt som de tar emot privatfinansierade patienter. Utredningen vill dock betona att det är viktigt att all hälso- och sjukvård uppfyller kraven på en god och patientsäker vård. Privata sjukvårds-

[1] För beskrivning av den pågående debatten om privata sjukvårdsförsäkringar, se kapitel 2.4.

försäkringar kan förekomma som betalningsform hos privata vårdgivare som enbart bedriver privatfinansierad vård, dvs. vård som regionen inte är huvudman för. IVO:s uppdrag avser att utöva tillsyn över all vård.

12.1.1 Det saknas särskilda regler om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar

Hälso- och sjukvården i Sverige är huvudsakligen ett offentligt åtagande där framför allt regionerna är ansvariga för att planera, organisera, erbjuda och finansiera vården. Den största delen av hälso- och sjukvården bedrivs i regionens egen regi och den vården finansieras med offentliga medel, dvs. är offentligfinansierad. Det finns även privata vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av en region och där regionen alltjämt är huvudman för vården. Även denna vård är offentligfinansierad.

Att en region är huvudman för hälso- och sjukvården innebär att regionen har kvar det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården även när utförandet av vården har lämnats över till en privat vårdgivare. Huvudmannaskapet regleras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Det förekommer olika former av privatfinansierad vård hos de privata vårdgivarna. En privat vårdgivare kan välja att enbart bedriva privatfinansierad vård. En privat vårdgivare kan också välja att ha flera uppdragsgivare och både bedriva offentligfinansierad vård, t.ex. på uppdrag av en eller flera regioner, och privatfinansierad vård, t.ex. på uppdrag av försäkringsbolag och kontantbetalande patienter. Regionen är inte huvudman för den privatfinansierade vården.

Privat hälso- och sjukvård har länge funnits parallellt med den offentligt drivna och finansierade vården. Frågan om privata vårdgivare har kommit i ökat fokus under de senaste decennierna och diskussionen har då ofta rört frågor om vård efter behov och på lika villkor, vinst i välfärden och privata sjukvårdsförsäkringar som finansieringsform.[2]

Det finns inte i dag något gällande beslut från riksdag eller regering, i form av lagstiftning eller andra regler, om att möjliggöra eller förbjuda privata sjukvårdsförsäkringar som en betalningsform för

[2] För beskrivning av den pågående debatten om privata sjukvårdsförsäkringar, se kapitel 2.4.

hälso- och sjukvård. Det saknas således regler som tar sikte just på frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Det finns t.ex. inte några regler som anger att det skulle vara förbjudet med privatfinansierad vård eller betalning via sjukvårdsförsäkringar. Det finns inte heller några särskilda målbestämmelser i HSL som enbart tar sikte på den privatfinansierade vården. Till exempel gäller bestämmelserna om den etiska plattformen i 3 kap. HSL för all vård, oavsett om det är frågan om offentlig eller privat drift och/eller finansiering. Det finns inte några närmare regler om hur regionerna ska utöva sitt huvudmannaansvar, t.ex. vilka särskilda villkor som ska anges i avtalet med den privata vårdgivaren. Vidare finns det inte några regler om statistik eller data om finansiering av hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar.

I vissa länder finns särskilda regler som rör just privata sjukvårdsförsäkringar. I t.ex. Kanada finns regler som delvis begränsar förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar. (se mer i kapitel 10.6).[3]

Även om det inte finns några regler som uttryckligen tar sikte på frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar finns det ett antal regler som ska tillämpas för all vård oavsett finansieringsform, t.ex. bestämmelser om patientsäkerhet i patientsäkerhetslagen (2010:659). Det görs inte några undantag från dessa bestämmelser för vård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar eller för vårdgivare som bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Både de offentligfinansierade och de privatfinansierade patienterna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård. Det finns även kommunalrättsliga, skatterättsliga och försäkringsrättsliga regler som kan bli tillämpliga i fråga om privatfinansierad vård.[4]

12.1.2 Det saknas ledning från förarbeten om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar

Som anges i det föregående avsnittet finns det inte i dag några gällande särskilda regler om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar och följaktligen inte heller några förarbeten till en sådan reglering. Frågan om huruvida det är tillåtet med finansiering av hälso- och sjuk-

[3] Se även European Observatory on Health Systems and Policies (2020) för fler exempel på regleringar rörande privata sjukvårdsförsäkringar i andra länder.
[4] För beskrivning av bakgrunden till förändringen av förmånsbeskattningen av privata sjukvårdsförsäkringar år 2018, se kapitel 3.1.15.

vård med privata sjukvårdsförsäkringar har berörts i ett par tidigare lagstiftningsarbeten. Sedan den 1 januari 1983 då den tidigare hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ersatte sjukvårdslagen (1962:242), har det dessutom under några få år funnits bestämmelser som berör frågan.[5]

Den första regleringen var en särskild lag och gällde 2001–2002. Regionernas möjligheter att låta privata vårdgivare utföra tjänster för regionernas räkning inskränktes år 2001 genom lagen (2000:1440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan.[6] Propositionen till lagen lades fram av den socialdemokratiska regeringen. Lagen var tidsbegränsad i avvaktan på utredning av nytt regelverk och innebar att uppgiften att ansvara för driften av akutsjukhus inte fick överlämnas till den som avsåg att driva verksamheten med syfte att skapa vinst åt ägare eller motsvarande intressent. Den socialdemokratiska regeringen föreslog att lagen skulle förlängas till den 31 juli 2004[7] men då det inte föreföll finnas tillräckligt stöd i riksdagen återkallades propositionen.[8]

Den andra regleringen avsåg ändringar i två bestämmelser i den då gällande hälso- och sjukvårdslagen och gällde åren 2006–2007. Propositionen till lagen lades fram av den socialdemokratiska regeringen. Av bestämmelserna framgick att det beträffande vård som gavs vid sjukhus och där driften överlämnats från regionen till en privat vårdgivare, skulle framgå av regionens avtal, att den vården uteslutande skulle bedrivas med offentlig finansiering och vårdavgifter. Propositionen byggde på en överenskommelse mellan den socialdemokratiska regeringen, Vänsterpartiet och Miljöpartiet.[9] I förarbetena till regleringen angavs att finansieringen av den vården inte fick ske med privata sjukvårdsförsäkringar eller kontant betalning.[10]

Alliansregeringen upphävde regleringen.[11] Upphävandet av regleringen innebar att bestämmelserna återgick till den lydelse de hade tidigare. Detta skulle kunna tolkas som att finansiering genom försäkringar åter blev tillåten inom sådan verksamhet som omfattades av bestämmelsen. Det fördes dock inte några sådana resonemang i den

[5] Nuvarande hälso- och sjukvårdslag (2017:30) trädde i kraft den 1 april 2017 och ersatte då hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).
[6] Prop. 2000/01:36, bet. 2000/01:SoU6, bet. 2000/01:SoU11, rskr. 2000/01:122.
[7] Prop. 2002/03:9.
[8] Skr. 2002/03:22.
[9] Prop. 2004/05:145, s. 7.
[10] Prop. 2004/05:145, s. 55.
[11] Prop. 2006/07:52, bet. 2006/07:SoU11, rskr. 2006/07:152.

proposition som föregick upphävandet av regleringen.[12] Regleringen som upphävdes avsåg dessutom bara viss vård (nämligen vård som bedrevs vid sjukhus och där driften överlämnats av regionen till en privat vårdgivare) och inte all vård, varför det är svårt att dra några slutsatser om finansiering med privata sjukvårdsförsäkringar generellt.

År 2017 överlämnande regeringen till riksdagen en proposition med förslag på regler om finansiering av hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar.[13] Propositionen byggde på en överenskommelse mellan regeringen och Vänsterpartiet om en välfärd utan vinstintresse.[14] Propositionen innehöll följande förslag till ny bestämmelse i HSL:

> Inom offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet får hälso- och sjukvård ges inom ramen för en privat sjukvårdsförsäkring enbart om principerna i 1 § andra stycket inte åsidosätts.

De principer som åsyftades var att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet och att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Propositionen innehöll även förslag till bestämmelse om att regionernas avtal enligt 15 kap. HSL skulle innehålla villkor om det nya kravet. Förslaget beskrevs som ett förtydligande av principer som redan gällde för den vård som finansieras med privata sjukvårdsförsäkringar.[15]

Skrivningarna i propositionen skulle kunna tolkas som att det skulle vara vanligt förekommande och tillåtet med privata sjukvårdsförsäkringar inom den vård där regionen är huvudman men har lämnat över åt en annan aktör att utföra. Även i direktiven till denna utredning noteras att personer med privata sjukvårdsförsäkringar genom en sådan försäkring ges vård inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. I flera remissvar till departementspromemorian Ds 2016:29, som föregick propositionen, påtalas dock att frågan om försäkringar i den offentligfinansierade/offentliga vården är föremål för olika tolkningar.[16] Flera remissinstanser menar att det behöver tydliggöras vad som gäller för privata sjukvårdsförsäkringar i den offentligfinansierade/offentliga vården.

[12] Prop. 2006/07:52, bet. 2006/07:SoU11, rskr. 2006/07:152.
[13] Prop. 2016/17:166.
[14] Prop. 2016/17:166, s. 7.
[15] Prop. 2016/17:166, s. 25.
[16] Se t.ex. yttranden från Region Skåne, Landstinget Dalarna, Landstinget i Värmland, Stockholms läns landsting, SKR, Region Örebro län och Uppsala universitet.

I kommentar till dessa remissynpunkter uttalar regeringen att det inte finns något uttryckligt förbud för den offentligt drivna vården att ta emot försäkringspatienter som samtidigt omfattas av regionens skyldighet enligt HSL att erbjuda vård till dem som är bosatta i regionen. Regeringen uttalar sedan att det i praktiken enbart är privata vårdgivare som utför vård inom ramen för sjukvårdsförsäkringarna. Det skedde därför inte något sådant förtydligande som vissa remissinstanser efterfrågade.[17]

Lagrådet tillstyrkte inte regeringens proposition.[18] Lagrådet uttalade att det inte hade visats att den föreslagna lagstiftningen behövdes. Vidare uttalade Lagrådet att det inte heller hade klarlagts att förslaget skulle få konsekvenser som gynnar de patienter som riskerar att missgynnas på grund av privata sjukvårdsförsäkringar. Det framgick inte heller, enligt Lagrådet, hur de föreslagna bestämmelserna skulle kunna utvärderas. Lagrådet kunde mot den bakgrunden inte tillstyrka att förslaget skulle genomföras, särskilt som det sades vara endast ett förtydligande av vad som redan gällde. Riksdagen ansåg inte att regeringen hade visat att det fanns något behov av lagändringen och avslog propositionen vilket innebar att det inte blev några författningsändringar.[19]

Såvitt utredningen känner till förekommer det inte att verksamheter som regionen bedriver i egen regi, tar emot betalning för hälso- och sjukvård via en privat sjukvårdsförsäkring. Inte heller känner utredningen till att en privat vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av regionen finansierar den upphandlade vården via en privat sjukvårdsförsäkring. Det förekommer således inte i dag privata sjukvårdsförsäkringar i den offentligfinansierade vården. Det betyder dock inte att det uttryckligen är förbjudet.[20] En privat vårdgivare kan bedriva både offentligfinansierad och privatfinansierad vård och den privatfinansierade vården skulle kunna påverka den offentligfinansierade vården, vilket beskrivs mer utförligt i kapitel 11.

Som beskrivs i kapitel 6 förekommer det att regionerna, utöver patientavgifter, tar emot ersättning för utförd hälso- och sjukvård på annat sätt än med offentliga medel. Regionerna kan bedriva tjänsteexport, och den vården betalas antingen av patienten, t.ex. kontant

[17] Prop. 2016/17:166, s. 24.
[18] Lagrådets yttrande över prop. 2016/17:166.
[19] Bet. 2016/17:SoU22, rskr. 2016/17:284.
[20] Av kommunallagen (2017:725) följer vissa begränsningar för finansieringen, t.ex. självkostnadsprincipen och lokaliseringsprincipen.

eller via försäkringar, eller genom utländska offentliga medel. Detta sker med stöd av särskild lagstiftning, s.k. kompetensutvidgande lagstiftning, som innebär att kommuner och regioner får ett mer långtgående mandat än vad som följer av kommunallagen (2017:725).[21] Det finns även viss vård som regionen utför i egen regi och som patienterna själva betalar för, helt eller delvis. Det kan vara fråga om sådan vård som regionen inte anser vara medicinskt motiverad, som t.ex. kosmetiska ingrepp, synfelsbehandling i samband med starroperation, vissa typer av hälsoundersökningar, vaccinationer och intyg. Denna form av privatfinansiering brukar benämnas medfinansiering, egenfinansiering eller köp av tilläggstjänster.[22]

Som anges i det föregående ska de vanliga reglerna som gäller för all hälso- och sjukvård även tillämpas för den vård som finansieras av sjukvårdsförsäkringar, t.ex. de som anges i 3 kap. HSL om att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården, samt det som anges i patientsäkerhetslagen (2010:659) om patientsäkerhet och skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal. Särskilda resonemang om hur privata sjukvårdsförsäkringar förhåller sig till dessa regler saknas i princip i förarbetena till de olika bestämmelserna.

Vad gäller den etiska plattformen och bestämmelserna i 3 kap. HSL är det svårt att få någon ledning av förarbetena om hur den ska tillämpas i praktiken eftersom det i stort sett helt saknas resonemang om privat vård i förarbetena, såväl om privat drift som om privat finansiering. Den etiska plattformen och tillhörande regelverk togs dessutom fram främst för att hantera prioriteringar i den offentligfinansierade vården, som en utgångspunkt för hur de gemensamma resurserna på bästa sätt skulle användas. Utifrån förarbetena går det inte att dra slutsatsen att privat vård eller privata sjukvårdsförsäkringar skulle vara oförenliga med den etiska plattformen. På de ställen där privatfinansierad vård nämns, uttrycks det indirekt. Det anges att i princip bör en persons betalningsförmåga inte få påverka väntetidens längd eller vårdens grundläggande kvalitet inom ramen

[21] Se 5 kap. lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter.
[22] Se mer i kapitel 8.2.3 och i Smer 2014:1.

för den helt eller delvis offentligt finansierade sjukvården.[23] Samtidigt framhålls i betänkandet, som utgjorde ett av beredningsunderlagen för propositionen, att samhället knappast kan förbjuda medborgarna att på egen bekostnad söka vård, även om den omfattar mindre motiverade eller onödigt dyra åtgärder.[24] Utredningen noterar att det inte finns några skrivningar i förarbeten om hur en vårdgivare ska agera om den enskilde själv vill betala för vården.

Vad gäller behovs-solidaritetsprincipen är den avsedd att ge ledning både på ett övergripande plan för att fördela samhällets resurser då dessa inte räcker till allt åt alla och att vara vägledande i det direkta vårdarbetet, vilket gör att principen innehåller stor grad av komplexitet. De privata vårdgivarna har inte samma förutsättningar som regionerna att följa behovs-solidaritetsprincipen på ett övergripande plan för att fördela samhällets resurser.

År 2018 ändrades de skatterättsliga reglerna och numera ska privata sjukvårdsförsäkringar som bekostas av arbetsgivaren förmånsbeskattas. I propositionen som föregick den regleringen finns inte några resonemang om att det, t.ex. under vissa förutsättningar, inte skulle vara tillåtet med finansiering av hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar.[25] Som beskrivs i kapitel 8.8.1 motiverades förmånsbeskattningen i stället med att få till en konsekvent och neutral skattelagstiftning. Förarbetena innehåller inte något ställningstagande om huruvida försäkringarna är förenliga med gällande rätt eller något ställningstagande för eller emot privata sjukvårdsförsäkringar.

Sammanfattningsvis kan utredningen inte utifrån förarbeten finna att privata sjukvårdsförsäkringar i sig strider mot behovs-solidaritetsprincipen, så länge den följs. Under förutsättning att vårdgivaren således följer bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården, saknas rättsliga uttalanden om att vården inte får utföras i enlighet med avtals olika väntetider. Vad som regleras i regionernas avtal om väntetider utifrån vårdgarantin eller i försäkringsbolagens avtal om tidsgränser är underordnat behovs-solidaritetsprincipen.

[23] Prop. 1996/97:60, s. 25.
[24] SOU 1995:5, s. 25.
[25] Se prop. 2017/18:131, t.ex. s. 44.

12.1.3 Det saknas ledning från myndigheterna om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar

Förutom regler och förarbeten utgör även praxis från domstolar och myndigheter rättskällor, dvs. beskriver vad som är gällande rätt.

Staten, i form av tillsynsmyndigheten IVO, har ett ansvar att kontrollera att den som bedriver hälso- och sjukvård uppfyller regelverken. IVO har hittills inte fattat något tillsynsbeslut vad gäller frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. IVO har t.ex. inte kontrollerat vilka patientsäkerhetsrisker som kan kopplas till privata sjukvårdsförsäkringar vad gäller olika väntetider eller hur regionerna tar sitt huvudmannaansvar för de offentligfinansierade patienterna. Det finns således inte några praxisskapande beslut som kan ge ledning för hur regelverken ska tolkas och tillämpas i enskilda situationer. IVO har dock i en förstudie gjort allmänna uttalanden om hur en sådan tillsyn skulle kunna utföras.[26]

Det finns även andra myndigheter, så som Konkurrensverket, Upphandlingsmyndigheten och Socialstyrelsen, som har till uppgift att stödja och utfärda föreskrifter, riktlinjer och/eller stöd riktade till aktörerna inom vården. De har dock inte tagit fram stödjande dokument som avser frågor om just privata sjukvårdsförsäkringar. Konkurrensverket har t.ex. inte utövat någon tillsyn beträffande frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen känner inte till att det finns några domstolsavgöranden som kan ge ledning, t.ex. rörande regionernas upphandling och vilka krav som regionerna kan ställa i avtalen rörande den privatfinansierade vårdens påverkan på den offentligfinansierade vården utifrån det s.k. upphandlingsföremålet. Upphandlingsmyndigheten har inte heller några stöddokument just kring denna fråga.

Socialstyrelsen arbetar på flera olika sätt med prioriteringsfrågor inom hälso- och sjukvården. Ett exempel är Socialstyrelsens Nationella riktlinjer som innehåller rekommendationer kring hur olika tillstånd och åtgärder bör prioriteras. Socialstyrelsen har inte tagit fram några särskilda riktlinjer t.ex. kring prioriteringar vad gäller vård som ges via privata sjukvårdsförsäkringar i relation till offentligfinansierad vård.

I rapporter från statliga utredningar och myndigheter har frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar berörts, men det är enbart

[26] IVO förstudie (2020).

några få som uttryckligen har undersökt frågan om privata sjukvårdsförsäkringar och deras konsekvenser. Regeringen gav i januari 2020 Vård- och omsorgsanalys i uppdrag att beskriva riskerna med att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar ges företräde till hälso- och sjukvården framför patienter som får offentligfinansierad hälso- och sjukvård. Myndigheten skulle även i den mån det är möjligt undersöka förekomsten av att detta sker.[27] Vård- och omsorgsanalys lämnade då rapporten *Privata sjukvårdsförsäkringar – Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare* (rapport 2020:3). Rapporten innehåller inte några förslag på författningsändringar.

I rapporten *Med- och egenfinansiering i vården – etiska aspekter* (rapport 2014:1) från Statens medicinsk-etiska råd (Smer) berörs frågeställningar rörande privat finansiering i den offentliga vården och då utifrån beskrivningarna av med- och egenfinansiering och tilläggstjänster. Resonemangen i rapporten kan delvis appliceras på frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Rapporten innehåller inte några förslag på författningsändringar.[28]

Det saknas således ledning från tillsynsmyndigheters praxis och övriga myndigheter om rättsläget avseende frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar.

12.1.4 Det saknas regler om data avseende frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar

Förutom att det saknas specifika offentligrättsliga regler som gäller just privata sjukvårdsförsäkringar, saknas också regler som möjliggör insamling av data i olika frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. De centrala register som finns, t.ex. Socialstyrelsens patientregister, IVO:s vårdgivarregister och de flesta nationella kvalitetsregister, saknar uppgift om finansieringsform. Den nationella väntetidsdatabasen hos SKR omfattar inte den privatfinansierade vården. Det saknas således en nationell infrastruktur med information om bl.a. hur mycket hälso- och sjukvård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar, vilka vårdgivare som utför vård som betalas med sjukvårdsförsäkringar, vilken typ av hälso- och sjukvård det är som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar samt vilka patienter det är som får sin vård betald via privata sjukvårdsförsäkringar.

[27] Regeringsbeslut 2020-01-16, S2020/00213/FS (delvis).
[28] Se närmare beskrivning av denna rapport i kapitel 8.

12.1.5 Det saknas ledning från regionerna om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar

En privat vårdgivare kan välja att enbart bedriva privatfinansierad vård och regionen är då inte huvudman för den vården. I de fall en privat vårdgivare har flera uppdragsgivare är regionen endast huvudman för den vård som bedrivs på uppdrag av regionen. Regionen anger villkor för hur vården ska bedrivas i avtalet med den privata vårdgivaren.

Ett flertal regioner har avtal med vårdgivare som bedriver vård både på uppdrag av regionen och på uppdrag av andra, t.ex. försäkringsbolag. Några regioner har i vissa avtal reglerat särskilt vad som gäller i de fall den privata vårdgivaren har flera uppdragsgivare och då även tar emot försäkringspatienter. Andra regioner menar att det inte är regionens uppgift att reglera det då de bedömer att frågan inte ryms inom upphandlingsföremålet. Ett par andra regioner har uppgett att de befarar att de ska bli bortprioriterade i upphandlingsprocessen om de ställer krav i fråga om vad som gäller när vårdgivaren även tar emot försäkringspatienter. Det saknas därför ledning från regionernas praxis kring avtalsskrivande och vad som gäller i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar, t.ex. när vårdgivaren har flera uppdragsgivare och tillämpar olika väntetider/tidsgränser.

12.1.6 Det finns en efterfrågan om ökad tydlighet i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar

Under utredningens arbete har det blivit tydligt att det finns skilda uppfattningar och en osäkerhet i fråga om vad som gäller i olika frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Det finns en osäkerhet om när privatfinansiering, och då särskilt i form av betalning via en försäkring, är tillåtet. Vidare upplevs det vara oklart vad som gäller för en privat vårdgivare som bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård, och då särskilt vad som gäller i frågan om olika väntetider/tidsgränser. Osäkerheten gäller även gränsen för det s.k. upphandlingsföremålet och hur långt regionens huvudmannaansvar sträcker sig. Det uttrycks även osäkerhet kring ansvarsfördelningen mellan regionens kontroll och IVO:s tillsyn. Denna osäkerhet har framkommit i intervjuer och kontakter med regioner, vård-

givare och andra berörda aktörer.[29] Även om de olika aktörerna har olika intressen och gör olika prioriteringar om vad som är viktigt ur deras perspektiv finns det en samstämmighet i att de efterfrågar en ökad tydlighet i frågan.

Vissa menar att målen i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, uppfylls så länge vårdgivaren uppfyller de krav som regionen har ställt i avtalet. Så länge vårdgivaren uppfyller dessa krav kan vårdgivaren därmed även bedriva privatfinansierad vård och således ta emot patienter som betalar vården med privata sjukvårdsförsäkringar. Andra menar att privata sjukvårdsförsäkringar i sig strider mot behovsprincipen i HSL. Det skulle därför inte vara tillåtet att bedriva vård som betalas med privata sjukvårdsförsäkringar, i vart fall inte om vårdgivaren samtidigt bedriver offentligfinansierad vård. Det finns en osäkerhet om vilket ansvar regionen har för eventuell påverkan på den offentligfinansierade vården i de fall den privata vårdgivaren bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård.[30]

12.1.7 Sammanfattning

Sammanfattningsvis konstaterar utredningen att det saknas uttryckliga regler som rör frågor om privata sjukvårdsförsäkringar, bl.a. om hur vården får finansieras och huruvida privata sjukvårdsförsäkringar går att förena med den etiska plattformen, behovs-solidaritetsprincipen och övriga regler och principer, t.ex. om en jämlik vård, vård på lika villkor för hela befolkningen samt bestämmelser om patientsäkerhet, huruvida en privat vårdgivare får tillämpa olika väntetider för offentligfinansierade patienter (enligt vårdgarantin) och för privatfinansierade patienter (enligt avtal med försäkringsbolagen). Vidare saknas regler om hur långt regionens huvudmannaansvar sträcker sig när vården utförs av en privat vårdgivare och ansvarsfördelningen mellan IVO:s kontroll och regionernas kontroll över de privata vårdgivarna. Det saknas även annan rättslig ledning, t.ex. i form av förarbetsuttalanden eller vägledning från tillsynsmyndigheter och andra aktörer, i dessa frågor. Vidare saknas data och annan kunskap rörande frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar, t.ex. hur privata sjukvårdsförsäkringar fungerar och vilken påverkan försäkringarna har

[29] Se beskrivning av utredningens undersökning i kapitel 6.6.
[30] Se även Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 76.

på hälso- och sjukvården och välfärdssamhället. Det saknas regler som möjliggör insamling och behandling av uppgifter om privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen anser att staten och regionerna inte har tagit tillräckligt ansvar för att klargöra rättsläget i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i syfte att säkerställa att patienterna får en god och patientsäker vård.

12.2 Svårt för aktörerna att ta sitt ansvar för hälso- och sjukvården

I föregående avsnitt beskrivs det oklara rättsläget avseende frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar och de osäkerheter som denna oklarhet skapar. Detta medför svårigheter att säkerställa att de offentligfinansierade patienterna får en god och patientsäker vård. Vid utredningens kontakter med olika aktörer framkommer det även en otydlighet om vem som tar ett helhetsansvar för vården. T.ex. upplevs det vara oklart hur långt regionens huvudmannaansvar sträcker sig och även hur det ansvaret förhåller sig till IVO:s tillsynsansvar. Denna otydlighet gäller inte bara finansieringen utan hälso- och sjukvården i stort.[31] Vård- och omsorgsanalys bedömning är att det inte tas ett helhetsansvar, varken på nationell, regional eller vårdgivarnivå, för att säkerställa att vården ges utifrån behov och på lika villkor.[32]

Det finns ett antal faktorer som bidrar till att det är svårt för olika aktörer att ta sitt ansvar för hälso- och sjukvården i syfte att tillförsäkra patienterna en god och patientsäker vård. I det följande beskrivs några av dessa faktorer.

Det finns höga förväntningar på den svenska hälso- och sjukvården och området är av stor betydelse för samhället. Sverige har höga ambitioner för hälso- och sjukvårdspolitiken. I budgetpropositionen uttalas att målet är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv vård av god kvalitet, som är jämlik, jämställd och tillgänglig.[33] Svensk hälso- och sjukvård uppvisar goda resultat inom flera viktiga områden, samtidigt som det finns en rad utmaningar t.ex. avseende väntetider och kompetensförsörjning.

Hälso- och sjukvården har under de senaste decennierna genomgått strukturförändringar och är för närvarande föremål för flera

[31] Se beskrivningar i t.ex. SOU 2020:19 s. 132 f., SOU 2021:4, s. 27 samt Dir. 2020:81.
[32] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 9.
[33] Prop. 2020/21:1 Utgiftsområde 9.

förändringar som gör området komplext och svårt att överblicka. Det pågår t.ex. en omställning i och med god och nära vård-reformen där primärvården ska vara den tydliga basen och första linjen.[34] Det pågår också ett reformarbete avseende högspecialiserad vård. Syftet är att minska risker för patienter, öka kvaliteten samt förbättra möjligheterna för patienter att få en jämlik vård oavsett var i landet man bor.[35] Det pågår även flera statliga utredningar som har i uppdrag att lämna förslag som kan komma att påverka hälso- och sjukvården utifrån ett systemperspektiv.[36]

Den pågående covid-19-pandemin förstärker utmaningarna för hälso- och sjukvården och har krävt att regionerna och vårdgivarna behövt ställa om för att kunna hantera sjukdomen och dess konsekvenser. En stor mängd planerade vårdbesök och operationer har ställts in eller skjutits på framtiden.

Ytterligare en komponent, som gör den svenska hälso- och sjukvården svår att överblicka, är att det är flera olika huvudmän, vårdgivare och andra aktörer, som tillsammans ansvarar för den svenska hälso- och sjukvården.[37] Den svenska hälso- och sjukvården karakteriseras av decentralisering. Staten ansvarar för den övergripande hälso- och sjukvårdspolitiken, och de 21 regionerna och 290 kommunerna har tillsammans ansvaret för att genomföra hälso- och sjukvården. Därtill kommer de statliga myndigheterna som har ett nationellt ansvar inom sina områden, t.ex. tillsynsmyndigheterna IVO och Konkurrensverket. Dessutom förekommer i regionerna privata vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av regionen. I vissa regioner finns det många privata vårdgivare medan det i andra regioner inte är lika vanligt förekommande.

Att en otydlig ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvården försvagar och försvårar styrningen samt gör hälso- och sjukvården komplex, påtalas av flera statliga utredningar.[38] Coronakommissionen uttalar sig om äldreomsorgen, men deras uttalanden har bäring även på hälso- och sjukvården. Coronakommissionen uttalar att

[34] Prop. 2017/18:83, s. 19.
[35] SOU 2015:98.
[36] Se t.ex. Coronakommissionen (S 2020:09), Tillgänglighetsdelegationen (S 2020:12), Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner (S 2020:16), Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09) samt det nyligen lämnade betänkandet *Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur* (SOU 2021:71) från Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård.
[37] Se beskrivningar i t.ex. SOU 2020:19, s. 115 och SOU 2020:80, s. 111.
[38] Se t.ex. SOU 2018:89, SOU 2017:48 och SOU 2016:78.

regeringen styr riket (1 kap. 6 § regeringsformen) och att regeringen därför hade bort ta de initiativ som behövts för att äldreomsorgen skulle stå bättre rustad för en kris. Kommissionen uttalar att det är den sittande regeringen, liksom de tidigare regeringar som också haft denna kunskap, som bär det yttersta ansvaret för de brister som identifierats.[39] Att regeringen, förvaltningsmyndigheter, regioner och kommuner ansvarar för sina beslut, föreskrifter, direktiv, riktlinjer och allmänna råd är närmast en självklarhet. Svårare är det, enligt Coronakommissionen, att avgöra vem som borde ha agerat när åtgärder saknats, liksom vem som bär ansvar för strukturella brister hos existerande institutioner och regelverk. Det senare är, enligt kommissionen, ”särskilt delikat” om olika myndigheter och huvudmän ansvarar för olika delar av verksamheten.[40] Coronakommissionen konstaterar att ju fler som delar på ansvaret, desto svårare blir det att få helheten att fungera väl i praktiken.[41]

Det finns också utmaningar med hur staten styr hälso- och sjukvården. I en granskningsrapport om hur staten har organiserat hälso- och sjukvården har Riksrevisionen identifierat fem styrmedel riktade till vårdens huvudmän. Dessa är

1. Reglerande styrmedel (lag och förordning).
2. Kunskapsstyrning.
3. Ekonomisk styrning (statsbidrag och överenskommelser).
4. Kontroll (tillsyn).
5. Övriga styrmedel (t.ex. öppna jämförelser, nationella handlingsplaner).

Riksrevisionens granskning visar att det är vanligt att statens styrning på hälso- och sjukvårdsområdet har skett genom överenskommelser, nationella samordnare och nationella strategier.[42] Det står i kontrast till Ansvarskommitténs bedömning att statens styrning bör inriktas mot normering och att andra styrformer bör begränsas.[43]

Sammanfattningsvis finns det ett antal faktorer som gör att det är svårt för de olika aktörerna att ta sitt ansvar för hälso- och sjuk-

[39] SOU 2020:80, s. 278.
[40] SOU 2020:80, s. 278.
[41] SOU 2020:80, s. 14.
[42] RiR 2017:3, s. 15 ff.
[43] SOU 2007:10, s. 93.

vården. Frågan om ansvaret för finansiering av hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar behöver ses i ljuset av detta.

12.3 Privata sjukvårdsförsäkringar och den svenska välfärdsmodellen

12.3.1 Inledning

I direktivet till denna utredning anges att en förutsättning för att ett välfärdssystem som det svenska ska fungera är att invånarna känner tillit till och förtroende för systemet. I direktivet står också att den snabba utveckling där allt fler svenskar tecknar en privat sjukvårdsförsäkring och därigenom kan få förtur till vård riskerar urholka tilliten för hälso- och sjukvården.[44]

För att förstå förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar och deras konsekvenser är det, enligt utredningens uppfattning, nödvändigt att beskriva de privata sjukvårdsförsäkringarnas roll i det svenska välfärdssamhället. I detta avsnitt beskrivs olika välfärdsmodeller och den diskussion som pågår om det svenska välfärdssamhällets utmaningar och då specifikt avseende hälso- och sjukvården. Vilket välfärdssamhälle ett land vill ha och vilka för- och nackdelar som finns med de olika modellerna är en politisk fråga som inte är föremål för denna utrednings uppdrag.

12.3.2 Välfärdsmodeller

I det följande ges en redogörelse för tre olika typer av välfärdsmodeller. Det finns omfattande forskning och beskrivningar i detta ämne.[45] Vidare används olika begrepp för att benämna de olika välfärdsmodellerna. Utredningen har valt att använda neutrala begrepp för att beskriva de olika modellerna och inte använda begrepp som anspelar på ett visst politiskt parti. De tre välfärdsmodellerna benämns således i detta betänkande som den *nordiska modellen* (ibland benämnd den socialdemokratiska), den *korporativistiska* (ibland be-

[44] Dir. 2020:83.
[45] Se t.ex. Esping-Andersen (1990), Rothstein (1994), Blomqvist (2016) och Blomqvist och Palme (2020).

nämnd den statskorporativa eller den konservativa) och *grundtrygghetsmodellen* (ibland benämnd den liberala).

De västerländska välfärdsstaterna uppvisar betydande skillnader vad gäller funktion och organisation. Esping-Andersens tes är att sociala egenskaper tenderar att i hög grad samvariera med andra. Utifrån dessa skillnader går det, enligt Esping-Andersen, att identifiera tre olika typer av välfärdssamhällen. Esping-Andersen kallar dessa tre typer för tre olika välfärdsregimer. Genom att använda ordet regim vill han poängtera att typologiseringen ser till en stor mängd faktorer inom i stort sett hela välfärdssamhället och även inkluderar relationen mellan staten och ekonomin. En välfärdsstatsregim är ett sätt att organisera och strukturera hela välfärdssamhället vilket föranleder Esping-Andersen att tala om de tre regimerna som tre olika ”världar”. Esping-Andersens beskrivning är ett slags förenklade typologier (eller idealtyper). Det är inte något lands faktiska välfärdsstatssystem som ser exakt ut som någon av dessa typer.

Begreppet ”avvarufiering” (”de-commodification”) betecknar i vilken grad välfärdsstaten gör dess medborgare oberoende av marknaden. Det är, enligt Esping-Andersen, välfärdsstatens uppgift att avhjälpa problem så att inte medborgarna är helt utelämnade åt marknadens logik. Annorlunda uttryckt gör välfärdsstaten att människor inte betraktas som varor. För de tre regimerna är skillnader i avvarufieringspotential en avgörande faktor.

Grundtrygghetsmodellen präglas av modesta behovsprövade ersättningar som vanligtvis kräver betydande motprestationer av mottagaren. Regimen förlitar sig i hög grad på marknadslösningar och erbjuder därmed en låg avvarufieringspotential.

Inom den *korporativistiska regimen* är välfärdsstaten mer generös, men välfärdslösningarna är ofta differentierade beroende på yrkesgruppstillhörighet. Kyrkan har också en central roll, vilket medför att välfärdsstaten tenderar att vara organiserad i enlighet med traditionella normer där familjen har stor betydelse. Den korporativistiska regimen är inte särskilt marknadsberoende men är bara måttligt avvarufierande, eftersom välfärdssystemens generositet beror på en persons klass- och yrkestillhörighet.

Den tredje regimen – *den nordiska* – erbjuder den högsta avvarufieringspotentialen. Marknaden spelar en tillbakadragen roll och välfärdssystemen kännetecknas av universalism och generositet. Välfärds-

tjänster som vård, skola och social omsorg tillhandahålls genom offentliga system.

12.3.3 Närmare om den nordiska välfärdsmodellen

Ett värde som förknippas med den nordiska välfärdsmodellen är principen om universalism. Med universalism avses sociala skyddssystem som omfattar alla i ett land, inte endast vissa grupper, och som strävar efter att fördelningen av resurser ska ske på lika villkor. Modellen innebär att alla har tillgång till tjänster som t.ex. skola, hälso- och sjukvård och äldreomsorg, liksom ekonomiskt stöd vid exempelvis arbetslöshet och sjukdom. Universalism beskriver ett system som riktar sig till hela befolkningen inom ett land i stället för specifika grupper, t.ex. med avseende på inkomst, yrkesstatus eller etnisk tillhörighet. Universell välfärdspolitik syftar till ökad jämlikhet i livsvillkor inom befolkningen samt social integration, dvs. att alla ska känna sig delaktiga i samhället. Universalism som begrepp kan därmed anses bygga på föreställningen att det finns gemensamma värderingar inom befolkningen och en önskan om tillhörighet till en gemenskap som omfattar alla grupper och individer.

De olika välfärdstjänsterna hanteras av det offentliga och finansieras genom skatter. En förutsättning för den nordiska välfärdsmodellen är att invånarna känner tillit till och förtroende för systemet, så att de vill bidra genom skattebetalningar.

12.3.4 Den svenska välfärdsmodellens utmaningar

Sverige anses tillhöra den grupp av välfärdsmodeller som brukas benämnas den nordiska välfärdsmodellen. Det finns dock en diskussion om huruvida det pågår en utveckling bort från denna välfärdsmodell och om det till och med redan har skett ett systemskifte. Det diskuteras om de olika marknadsreformerna och den ökade privatiseringen som har genomförts i Sverige de senaste decennierna underminerar systemets universalism. Diskussionerna rör inte enbart hälso- och sjukvårdssystemet utan pågår även inom t.ex. äldreomsorgen,

socialförsäkringsområdet och skolan. Diskussionerna förekommer både inom forskning och i den allmänna debatten.[46]

I artikeln *Universalism in Welfare Policy: The Swedish Case beyond 1990*[47] har författarna beskrivit utmaningarna för universalismen på fyra områden nämligen pensioner, socialförsäkring, familjepolitik och hälso- och sjukvård. En särskild diskussion förs kring privata sjukvårdsförsäkringar. Enligt artikeln indikerar framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar att gapet har ökat mellan vad invånarna och arbetsgivare efterfrågar och vad den offentliga vården kan erbjuda. Flera studier indikerar enligt författarna att de ökade väntetiderna inom främst specialistvården är orsaken till framväxten av hälso- och sjukvårdsförsäkringarna. Samtidigt konstateras att mycket tyder på att den generella tillgängligheten till vården har förbättrats för alla grupper.

I artikeln *NPM i välfärdsstaten: hotas universalismen?*[48] skriver författaren att mycket pekar på att universalismen i den svenska välfärdstjänstesektorn har försvagats. Denna försvagning märks, enligt författaren, genom att tjänsternas innehåll inte längre är enhetligt och att deras förmåga att tillgodose medborgarnas behov har avtagit, vilket märks genom en framväxande privat social tjänstesektor vid sidan av de offentliga systemen. Författaren skriver att det finns tecken på en uppluckring av principen om gemensam finansiering inom hälso- och sjukvården. När det gäller den framtida utvecklingen av universalismen i den svenska välfärdsmodellen framstår, enligt författaren, växande privata marknader inom välfärdstjänstekonsumtion som en av de största utmaningarna. Fortsätter andelen privata sjukvårdsförsäkringar att öka samtidigt som den privatfinansierade vårdmarknaden expanderar, riskerar Sverige att utveckla ett system där de ekonomiskt starkare grupperna, eller de med rätt anställning, köper sig mer förmånliga vårdtjänster medan övriga hänvisas till det offentliga systemet. Författaren menar att då har universalismen definitivt urholkats, även med avseende på principen om solidarisk finansiering.

I forskningsrapporten *Vården är värd en bättre styrning* skriver författaren att befolkningen kan ifrågasätta själva existensen av pri-

[46] Se t.ex. Rothstein (1994), Blomqvist (2016), Blomqvist och Palme (2020), Anell (2020) och Lapidus (2020). Se även t.ex. DN Debatt, Barr och Palme, 21 december 2020 och DN debatt, Lapidus, 6 september 2019.
[47] Blomqvist och Palme (2020).
[48] Blomqvist (2016).

vata sjukvårdsförsäkringar eftersom de innebär att traditionen om universalism, att alla ska behandlas lika, urholkas.[49]

Vård- och omsorgsanalys beskriver i rapporten *Privata sjukvårdsförsäkringar – Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare* att en risk med förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar är att det kan uppstå ett tudelat system eftersom det på sikt kan leda till två typer av sjukvård, försäkringsfinansierad och offentligfinansierad. Risken är att kvaliteten och innehållet i de två olika systemen skiljer sig åt och att personerna som använder de olika systemen skiljer sig åt systematiskt exempelvis i hälsa, ålder, inkomst och utbildning.[50]

Som beskrivs ovan är en förutsättning för den nordiska välfärdsmodellen att invånarna känner tillit till och förtroende för systemet, så att de vill bidra genom skattebetalningar. SOM-institutet vid Göteborgs universitet samlar årligen in kunskap om allmänhetens inställningar i olika frågor som rör samhället. Även SKR gör årliga mätningar av befolkningens attityder, förtroende och uppfattning om hälso- och sjukvården (den s.k. Hälsobarometern). Dessa undersökningar visar att förtroendet för hälso- och sjukvården har ökat kraftigt i hela landet under pandemin.[51]

Även över tid har förtroendet för välfärdsstaten i Sverige och det offentliga varit stort. Det finns en vilja att bidra till systemet genom att betala skatt.[52] I SOU 2001:57 beskrivs att det kan vara svårt att göra mätningar av befolkningens förtroende för exempelvis hälso- och sjukvården, hur utvecklingen av förtroendet har varit över tid och skillnader mellan andra länder m.m. Referenspunkter bakåt i tiden och till andra länder måste finnas. Attitydmönster anses också kunna vara komplexa och till vissa delar motsägelsefulla.[53]

I en nyligen publicerad artikel har man undersökt om förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar påverkat viljan att betala skatt för hälso- och sjukvårdstjänster. I studien kunde man inte se några skillnader mellan personer med respektive utan sjukvårdsförsäkring gällande viljan att betala skatt för hälso- och sjukvårdstjänster. Inkomst och politisk uppfattning hade större inverkan på viljan att betala skatt. Författarna konstaterar även att motsvarande resultat

[49] Anell (2020), s. 129 f.
[50] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 69.
[51] SKR (2021) och SOM-institutet (2020). Se även IVO 2021-7, s. 31 och SOU 2021:59, s. 95.
[52] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 71 ff.
[53] Se SOU 2001:57, s. 363 och 382.

återfanns i en norsk studie gällande privata sjukvårdsförsäkringar i Norge.[54]

Vård- och omsorgsanalys skriver i sin rapport, som publicerades innan den i föregående stycket beskrivna studien var utförd, att med tanke på att privata sjukvårdsförsäkringar i dag bara står för omkring en procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården är det inte förvånande att det inte går att se någon effekt på förtroendet för hälso- och sjukvården eller viljan att betala skatt på aggregerad nivå. Det är först på längre sikt som effekterna kan tänkas uppstå.[55]

I ovan nämnd SOU 2001:57 beskrivs att ett tydligt upplevt behov av privata försäkringskompletteringar i sig har ansetts kunna ses som en indikation på bristande tilltro till att de offentliga systemen kommer att kunna leverera det som efterfrågas.[56]

Sammanfattningsvis pågår en diskussion om huruvida det håller på att ske, eller till med redan har skett, en förflyttning bort från den nordiska välfärdsmodellen rent allmänt. Det finns även en diskussion som rör just privatfinansiering av hälso- och sjukvården och hur den passar in i den nordiska välfärdsmodellen med universalismen som grund. Hittills har det inte gått att se att förtroendet för välfärdsstaten i Sverige och viljan att bidra till systemet genom att betala skatt har påverkats. Hur man ska se på utvecklingen och vilka för- och nackdelar som finns med olika modeller är dock, enligt utredningen, en politisk fråga.

I kapitel 14 beskrivs olika frågor som framöver kan behöva undersökas ytterligare. Ett område som nämns är analyser av vad som driver framväxten av försäkringar och hur olika incitament för att teckna försäkringar kan påverka förtroendet för och tilliten till hälso- och sjukvården och välfärdssamhället.

[54] Kullberg et al. (2021).
[55] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 71.
[56] SOU 2001:57 s. 363. En undersökning som redovisas i utredningen visar att tilliten och betalningsviljan för välfärdspolitiska områden i Sverige i stort var oförändrade mellan 1997 och år 2000. Ett område där människors tillit hade minskat var sjukvården. Sjukvården var den enda enskilda indikator där en statistiskt signifikant förändring hade kunnat konstateras. I betänkandet anges att ”röster höjts för att ge privata vårdförsäkringar ökat svängrum på samma sätt som inom pensionssystemet”. Det anges även att ”Tendenserna till att förtroendet för sjukvården sjunker inom alla grupper ansågs vidare kunna tyda på att sådana argument kan få gehör också utanför de högre tjänstemannagrupper som hittills varit de privata vårdförsäkringarnas främsta målgrupp.”

12.4 Intresseavvägning

Det finns flera intressen som behöver beaktas i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Vissa av dessa intressen kan komma i konflikt med varandra och behöver därför vägas mot varandra.

Det övergripande intresset som beskrivs i direktivet är politikernas och de enskildas värnande om välfärdsmodellen och mer specifikt det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Det finns höga förväntningar på den svenska hälso- och sjukvården att den ska tillhandahålla en fungerande och effektiv hälso- och sjukvård med god och patientsäker vård på lika villkor för hela befolkningen.

Andra intressen kan vara den enskildes självbestämmanderätt och val att teckna en privat sjukvårdsförsäkring. Samtidigt har inte alla samma möjlighet att teckna en privat sjukvårdsförsäkring. Som konstaterats tidigare tecknas den absoluta merparten av de privata sjukvårdsförsäkringarna (90 procent) av arbetsgivarna eller som andra gruppförsäkringar (t.ex. genom fackförbund). Försäkringstagarna är således främst personer som är i arbetsför ålder och som finns på arbetsmarknaden.

Ytterligare ett intresse är patientens upplevelse av vården och kvaliteten och t.ex. patientens eller dess närståendes syn på om vården är lätt tillgänglig och om vårdgivarna tillgodoser deras behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, i enlighet med bestämmelserna i patientlagen (2014:821).

Ett annat intresse kan vara hälso- och sjukvårdspersonalens tillgång till en bred arbetsmarknad med möjlighet att välja mellan privata och offentliga arbetsgivare.

Arbetsgivares intresse av att de anställda har en god hälsa samt färre och kortare sjukskrivningar kan leda till att vissa arbetsgivare betalar för den enskildes försäkring. De privata sjukvårdsförsäkringarna innehåller också förebyggande och rehabiliterande insatser som delvis överlappar det som utförs inom företagshälsovården. Detta kan medföra att arbetsgivare väljer att erbjuda privata sjukvårdsförsäkringar då dessa är enklare att erbjuda än företagshälsovård för exempelvis mindre arbetsgivare.[57]

För försäkringsbolagen och de privata vårdgivarna kan frågan om långsiktig ekonomisk stabilitet i verksamheten, vinster, avtalsfrihet och näringsfrihet vara viktiga värden.

[57] Palme, M. (2017), s. 23.

12.5 Utredningens skäl för förslag

Utredningens bedömning: Staten och regionerna behöver ta ett större ansvar i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i syfte att tillförsäkra en god och patientsäker vård.

Staten bör ta sitt ansvar genom att tillhandahålla ett tydligt regelverk och säkerställa en effektivare tillsyn över hälso- och sjukvården. Staten bör även möjliggöra tillgång till data i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar.

Regionerna bör ges möjlighet och skyldighet att ta sitt ansvar genom att ställa krav på och följa upp de privata vårdgivarna som bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen har konstaterat att det saknas regler om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Vidare har utredningen visat att denna brist på ändamålsenliga och tydliga regler har skapat en osäkerhet om rättsläget. Det finns inte en tillräcklig tydlighet och förutsebarhet vad gäller frågor om bl.a. hur vården får finansieras, och då särskilt när den får finansieras privat, vårdgivarens skyldigheter t.ex. vad gäller behovs-solidaritetsprincipen, huvudmännens ansvar när vården bedrivs av en privat vårdgivare som har flera uppdragsgivare samt IVO:s tillsyn kopplad till frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. I avsaknad av ledning från regler, förarbeten och praxis har det överlämnats åt IVO, regionerna och vårdgivarna att hantera frågan.

IVO har inte utövat tillsyn över frågor som specifikt rör privata sjukvårdsförsäkringar men har i en förstudie beskrivit hur en sådan tillsyn skulle kunna gå till. IVO har dock till utredningen framfört behov av fler och nya verktyg för att kunna utöva tillsynen. Vissa men inte alla regioner reglerar frågan i avtalet med vårdgivarna. Avsaknaden av regler som möjliggör insamling av officiella data har medfört svårigheter att följa upp och utöva tillsyn samt analysera vilka konsekvenser privata sjukvårdsförsäkringar har för hälso- och sjukvården.

Utredningen kan således konstatera att dagens reglering inte är anpassad utifrån utvecklingen av privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen menar att regleringen därför inte är ändamålsenlig. Det saknas en tillräcklig tydlighet och förutsebarhet vad gäller frågor

som rör privata sjukvårdsförsäkringar vilket ger upphov till diskussioner som inte gagnar frågan.

Det delade ansvaret för hälso- och sjukvården mellan staten och regionerna beskrivs närmare i kapitel 6. Av regeringsformen följer att det allmänna ska verka för goda förutsättningar för hälsa. Riksdag och regering har ansvar för att det finns tydliga och ändamålsenliga regelverk som går att följa upp och genom tillsyn kontrollera och säkerställa att de efterlevs. Ett tydligt regelverk är nödvändigt ur rättssäkerhetssynpunkt. Staten har även det övergripande ansvaret för nationell statistik och kunskapsstyrning. Både IVO och Socialstyrelsen är myndigheter som är centrala i statens arbete med kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården.[58]

Utredningen anser att det behövs ett aktivt och medvetet beslut från riksdag och regering om vad som ska gälla i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Staten bör ta ett ansvar och ange de rättsliga ramarna och ge förutsättningar för regionerna och vårdgivarna att verka för en god och patientsäker vård.[59] En tydlighet krävs för att regionerna och vårdgivarna ska kunna möta hälso- och sjukvårdens utmaningar och för att kunna nå målbestämmelserna för hälso- och sjukvården. Även om regionerna, utifrån det kommunala självstyret, bestämmer hur vården ska organiseras och vilka som ska utföra vården, anser utredningen att det inte är lämpligt att helt överlämna denna fråga till regionerna och vårdgivarna att lösa.

Det finns ett ytterligare antal omständigheter som talar för att en otydlighet och bristande kunskap i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar är olämplig. Det är i dag cirka 690 000 personer som har en privat sjukvårdsförsäkring och antalet har ökat de senaste åren. Liknande ökning ses i de andra grannländerna. Förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar i dessa länder har vuxit fram på motsvarande sätt som i Sverige, dvs. utan ett aktivt beslut från riksdagen eller regeringen.[60]

Det finns inte i Sverige några begränsningar av vilken vård som kan betalas med privata sjukvårdsförsäkringar, så som det t.ex. ser ut i Kanada, där försäkringar inte får omfatta sådan vård som omfattas av den offentliga sjukvårdsförsäkringen (s.k. supplementära försäk-

[58] SOU 2020:36, s. 97 ff.
[59] Se kapitel 2 om begrepp angående vad utredningen menar med en god och patientsäker vård.
[60] Olesen (2009). Se även beskrivningar av den internationella debatten i kapitel 10.

ringar, se vidare i kapitel 10.6).[61] De svenska försäkringarna täcker den vård som erbjuds av de privata vårdgivarna och som försäkringsbolagen väljer att deras avtal ska omfatta. Omfattningen av den vård som kan betalas med privata sjukvårdsförsäkringar kan således öka utifrån vilken vård de privata vårdgivarna väljer att bedriva. I samband med förändringen av förmånsbeskattningen år 2018 gjorde regeringen bedömningen att antalet privata sjukvårdsförsäkringar skulle minska. Någon minskning av antalet har ännu inte kunnat konstateras.

Forskare har identifierat ett mönster i fråga om att hälso- och sjukvårdssystemen kan fungera med en liten förekomst av privata sjukvårdsförsäkringar. Om omfattningen blir alltför stor kan detta få negativa konsekvenser för välfärdssamhället på ett irreversibelt sätt. Vidare har det noterats att en sådan framväxt kan gå fort.[62]

I kapitel 8 och 11 beskrivs fler områden än försäkringsfrågan som har ifrågasatts utifrån den etiska plattformen och behovs-solidaritetsprincipen. Exempelvis har det ifrågasatts hur vårdgarantin och vårdvalet kan kombineras med en behovsprövning och den etiska plattformen generellt. Även den snabba framväxten av digitala vårdtjänster (bl.a. s.k. nätläkare) där befolkningen för en begränsad summa kommer i direktkontakt med vården har kritiserats på liknande sätt.[63] Dessa diskussioner har huvudsakligen skett efter att de statliga utredningarna har utrett frågan om privata sjukvårdsförsäkringar.

Utredningen anser att det är viktigt att följa utvecklingen av förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar. Särskilt viktigt är att identifiera och följa vad som är de bakomliggande mekanismerna till den fortsatta ökningen av antalet privata sjukvårdsförsäkringar. Som tidigare har angetts kan väntetiderna till den offentliga vården vara en förklaring till framväxten.[64] Om det sker en utveckling mot att försäkringarna erbjuder ett större utbud av tjänster än vad den offentliga vården kan erbjuda, kan drivkrafterna förändras.

Det finns vidare höga förväntningar på den svenska hälso- och sjukvården, och frågor om tillgänglighet och väntetider tar stor plats både i den politiska debatten och bland forskare och allmänheten. Det har lämnats flera förslag och funnits regleringar på området som visar att frågan tillmäts stor betydelse. Även om det saknas mycket

[61] Samtidigt finns det en omfattande förekomst av komplementära försäkringar i Kanada, se vidare i kapitel 10.
[62] Se mer i kapitel 10.8 och där refererade källor och kapitel 12.3.4.
[63] Frågan beskrivs i SOU 2019:42. Se även Bergwall (2021).
[64] Blomqvist och Palme (2020).

forskning om privatfinansiering av hälso- och sjukvård har två myndigheter, Vård- och omsorgsanalys och IVO, beskrivit hur privata sjukvårdsförsäkringar kan påverka hälso- och sjukvården i stort. Vård- och omsorgsanalys uttalar att om tillgången till en privat sjukvårdsförsäkring är avgörande för väntetiden eller utbudet kan det innebära att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård inte får företräde till vården på det sätt som anges i 3 kap. 1 § HSL. Vård- och omsorgsanalys bedömer vidare att riskerna kan uppfattas som särskilt påtagliga ”hos enskilda vårdgivare som bedriver vård med både privat och offentlig finansiering, och inom ramen för sin verksamhet ger [de] privat finansierade patienterna vård snabbare eller erbjuder dem ett annat utbud än de offentligt finansierade patienterna”.[65] Undersökningen är dock behäftad med flera begränsningar varför man behöver vara försiktig med vilka slutsatser som kan dras. Exempelvis tar undersökningen inte hänsyn till hos vilken vårdgivare väntan har uppstått eller vilka medicinska behov patienterna har. Undersökningen har inte heller haft till syfte att undersöka huruvida enskilda vårdgivare har följt behovs-solidaritetsprincipen eller inte. Som Vård- och omsorgsanalys betonar avser i stället slutsatserna hälso- och sjukvården på ett övergripande plan.

I en förstudie bedömer IVO att det finns patientsäkerhetsrisker när skillnader i väntetider inte beror på skillnader i medicinska behov och att Vård- och omsorgsanalys kunskapsunderlag och de patientsäkerhetsrisker som IVO genom tidigare tillsyn har identifierat i samband med väntan på vård är tillräckliga indikationer för den bedömningen.[66]

Det behövs mer data och kunskap för att forskare och myndigheter ska kunna bedöma påverkan och konsekvenser av frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Det är också viktigt med ett helhetsperspektiv och att skilja på frågor som rör enskilda fall och frågor som rör hälso- och sjukvården på systemnivå. Behovs-solidaritetsprincipen är avsedd att tillämpas på båda nivåer. Utredningen anser att det behöver bli tydligare för allmänheten, politiker och beslutsfattare vad som gäller i olika frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen lyfter i kapitel 14 behovet av kunskap om de bakomliggande mekanismerna till ökningen av antalet privata

[65] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 49.
[66] IVO förstudie (2020).

sjukvårdsförsäkringar. Sådan kunskap är viktig för att framtida statliga initiativ och regleringar ska vara ändamålsenliga.

Som bekant är det regeringen som styr Sverige och som lämnar förslag till riksdagen om ny lagstiftning. Lagstiftning sker genom beslut i riksdagen och är således föremål för politiska avgöranden. Utredningen menar att det är lämpligt att frågor som rör finansiering av hälso- och sjukvård där olika intressen behöver vägas mot varandra bör fattas utifrån politiska avgöranden och inte enbart överlämnas till enskilda regioner, vårdgivare och tillsynsmyndigheter att besluta om.

Utredningen anser sammantaget att staten och regionerna behöver ta ett större ansvar i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Staten bör ta sitt ansvar genom att tillhandahålla ett tydligt regelverk och säkerställa en effektiv tillsyn över hälso- och sjukvården. Staten bör även möjliggöra tillgång till data om privata sjukvårdsförsäkringar. Regionerna bör ta sitt ansvar genom att ställa krav på och följa upp de privata vårdgivarna i frågor som kan påverka den offentligfinansierade vården. Staten och regionerna bör ges erforderliga verktyg och förutsättningar för att kunna ta sitt ansvar. I nästföljande kapitel presenteras utredningens förslag på författningsändringar och andra förslag.

13 Utredningens förslag

13.1 Inledning

I föregående kapitel återfinns utredningens överväganden och skäl för förslag på åtgärder. I kapitlet konstaterar utredningen att det saknas ändamålsenliga och tydliga regler i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Området är således i princip oreglerat. Av kapitlet framgår vidare att utredningen anser att staten och regionerna behöver ta ett större ansvar i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i syfte att tillförsäkra samtliga patienter en god och patientsäker vård. Staten bör ta sitt ansvar genom att tillhandahålla ett tydligt regelverk och säkerställa en effektiv tillsyn över hälso- och sjukvården. Staten bör även möjliggöra tillgång till data och kunskapsuppbyggnad avseende frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. I syfte att säkerställa en god och patientsäker vård för de offentligfinansierade patienterna bör regionerna ges möjlighet och skyldighet att ta sitt ansvar i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården. De bör ställa krav på och följa upp de privata vårdgivarna som vid sidan av regionen har andra uppdragsgivare. Ökad kunskap bidrar till ett tydligare rättsläge för huvudmännen och vårdgivarna men även för patienterna och allmänheten i övrigt om hur regler ska tolkas och tillämpas.

I detta kapitel redovisas hur de konkreta förslagen ska utformas. Det är fråga om dels författningsförslag, dels andra förslag som utredningen har funnit motiverade.

13.2 Etiska plattformen och privatfinansierad vård

Utredningens bedömning: Diskussionen om hur den etiska plattformen ska tolkas bör även omfatta faktorer som rör den privatfinansierade vården.

Skälen för utredningens bedömning:

13.2.1 Det medicinska behovet ska styra

Att vården ska ges efter behov och på lika villkor för hela befolkningen är centrala utgångspunkter för den svenska hälso- och sjukvården. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården och tillgången ska inte påverkas av t.ex. betalningsförmåga, kön, ålder, utbildning eller arbetsförmåga.

Som beskrivs i kapitel 8 gäller bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården även för privata vårdgivare, oavsett om den bedrivna vården är offentligfinansierad, privatfinansierad eller både och. Vården ska således ges efter behov. Vidare beskrivs i kapitel 8 att utredningen inte, utifrån en juridisk bedömning av lagstiftning, förarbeten m.m., kan finna att försäkringar i sig strider mot bestämmelsen om att den som har det största behovet ska ges företräde till vården. Under förutsättning att vårdgivaren först gör en medicinsk bedömning av den enskildas behov saknas rättsliga uttalanden om att vården inte får utföras i enlighet med avtals olika tidsgränser/väntetider. Författnings- eller avtalsreglerade tidsgränser/väntetider är underordnade principen om vård efter behov. Så länge den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården, kan utredningen inte finna att det skulle vara otillåtet med olika väntetider/tidsgränser.

Huruvida aktörer i en enskild situation har agerat i strid med behovs-solidaritetsprincipen och inte gett vård efter behov, är dock en uppgift för IVO att undersöka, t.ex. om vårdgivaren inte gör en medicinsk bedömning utan enbart prioriterar utifrån vad som anges i avtalet om väntetider/tidsgränser. IVO kan då granska om det innebär att patienterna utsätts för patientsäkerhetsrisker. Regionerna är i egenskap av huvudmän löpande ansvariga för att säkerställa att de

offentligfinansierade patienterna får en god och patientsäker vård och inte utsätts för negativ påverkan från den privata vårdgivarens övriga uppdrag.

Förutom att vara vägledande i det direkta vårdarbetet är behovs-solidaritetsprincipen avsedd att ge ledning även på ett övergripande plan för att fördela samhällets resurser då dessa inte räcker till allt åt alla. Den etiska plattformen och tillhörande regelverk togs framför allt fram för att hantera prioriteringar i den offentligfinansierade vården, dvs. inte i den privatfinansierade vården.

Behovs-solidaritetsprincipen sätter yttre ramar för hur prioriteringar ska göras. För att kunna göra korrekta prioriteringar i det direkta vårdarbetet utgår vårdens professioner från olika kunskapsstöd som nationella riktlinjer, kunskapsöversikter, regionala vårdprogram, forskningslitteratur m.m. men även information från patienterna och kollegor.[1]

13.2.2 Diskussionen om en översyn av den etiska plattformen

En rad olika aktörer har föreslagit att det bör göras en översyn av den etiska plattformen, bl.a. utifrån hur hälso- och sjukvården har utvecklats men också utifrån de många tolkningssvårigheter som uppges finnas med plattformen.[2] Utredningen anser inte att det är nödvändigt med en översyn av den etiska plattformen för att utredningens förslag ska kunna genomföras. Utredningens förslag om nya verktyg för regionerna och IVO syftar till att de ska kunna ta sitt ansvar utifrån sina respektive ansvarsområden. De ska ges bättre förutsättningar att säkerställa att bl.a. bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården följs, även när en privat vårdgivare bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård och det gäller olika avtalade tidsgränser.

Utredningen vill dock göra några påpekanden som kan ha betydelse för den framtida diskussionen om hur privata försäkringar förhåller sig till den etiska plattformen och andra grundläggande bestämmelser och principer för hälso- och sjukvården så som en vård på lika villkor för hela befolkningen.

[1] Se vidare i SOU 2017:48, s. 313 ff.
[2] Se kapitel 8.6 för en beskrivning av olika förslag till översyn av den etiska plattformen.

Den etiska plattformen bygger på tre principer:

– människovärdesprincipen,
– behovs-solidaritetsprincipen, och
– kostnadseffektivitetsprincipen.

Principerna är rangordnade med människovärdesprincipen högst och kostnadseffektivitetsprincipen underordnad de två andra.[3] I diskussionen om privata sjukvårdsförsäkringar lyfts oftast dock enbart behovs-solidaritetsprincipen fram. I hälso- och sjukvården kan grundläggande etiska principer ibland komma att stå mot varandra.[4]

Behovs-solidaritetsprincipen är avsedd att ge ledning både på ett övergripande plan för att fördela samhällets resurser då dessa inte räcker till allt åt alla och att vara vägledande i det direkta vårdarbetet.[5] I propositionen till bestämmelserna om etiska plattformen framhölls att det inte går att ge någon detaljerad vägledning eller några enkla handlingsregler för prioriteringar inom hälso- och sjukvården utan plattformen avser att ge ett allmänt förhållningssätt i prioriteringssituationer. Den etiska plattformen anger då en inriktning och ett sätt att med hjälp av etiska överväganden resonera sig fram till ställningstaganden.[6]

Utredningen konstaterar också att regleringen av den etiska plattformen i 3 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, togs fram under en tid då privat vård var av mycket begränsad omfattning. Privatfinansierad vård förekom knappt. Diskussionen om efterfrågestyrd vård var heller inte särskilt stor, till skillnad från i dag. Uttalanden i förarbetena tar därför framför allt sikte på den offentligfinansierade vården och hur de gemensamt finansierade resurserna används bäst, inte den privatfinansierade vården. Privatfinansierad vård nämns endast på några enstaka ställen i propositionen. I direktiven till den utredning som låg till grund för propositionen, var fokus på uppdraget den offentliga vården och hur de offentliga resurserna bäst kan användas.

[3] För vidare resonemang, se t.ex. SOU 2019:15, s. 320 ff.
[4] Se t.ex. Läkartidningen 2018;115:E4EH och Läkartidningen 2018;115:E6DU.
[5] Se Prioriteringscentrum 2015:3, där Prioriteringscentrum framhåller att bedömningen av patientens behov framför allt bör ske i mötet mellan patient och profession men att detta ställer till problem för de prioriteringar som i många fall måste ske på gruppnivå.
[6] Prop. 1996/97:60, s. 19.

Även om samma grundbestämmelser i 3 kap. HSL gäller för både offentliga och privata vårdgivare, verkar de under olika förutsättningar, vilket gör att den praktiska tillämpningen kan skilja sig åt. Detta har dock inte kommit till uttryck i 3 kap. HSL. Frågan om hur den etiska plattformen kan tillämpas i den privatfinansierade vården, bl.a. när det gäller s.k. med- och egenfinansiering samt tilläggstjänster, har också lyfts av både Statens medicinsk-etiska råd (Smer) och Prioriteringscentrum.[7]

Samma resonemang som redovisats ovan gäller även för bestämmelsen om vård på lika villkor i 3 kap. 1 § HSL. I förarbetena från år 1981 är det tydligt att bestämmelsen framför allt tar sikte på den offentligfinansierade vården och inte den privata.[8]

Utredningen kan även konstatera att det har skett en förändring i synen på den etiska plattformen, då den inledningsvis framför allt sågs som allmänna principer medan den numera från myndigheter och i diskussionen ibland åberopas som skarpa regler som bör användas i tillsynsärenden.[9]

Det kan också vara nödvändigt att diskutera hur det går att förena den författningsreglerade vårdgarantin eller avtalsreglerade tidsgränser med kraven på en vård på lika villkor och efter behov. Även om det i förarbetena anges att vårdgarantin är underordnad de bestämmelserna, beskrivs en risk för att vårdgarantin påverkar regionernas prioriteringar.[10] Utredningen anser att man behöver diskutera huruvida de författnings- eller avtalsreglerade tidsgränserna påverkar möjligheterna att leva upp till kraven på en vård på lika villkor och efter behov. Det är viktigt att komma ihåg att förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar och deras påverkan på hälso- och sjukvården utgör en del av den övergripande frågan om tillgänglighet till hälso- och sjukvården.

Vidare måste diskussioner om privat drift och privatfinansierad vård även beakta andra grundläggande principer, så som avtalsfrihet och näringsfrihet och hur de förhåller sig till den etiska plattformen. Även den enskildas självbestämmande och upplevelser om rättvisa behöver beaktas.

Oavsett om det sker en översyn av den etiska plattformen eller inte är det enligt utredningen viktigt att diskussionen om den etiska

[7] Se beskrivning i kapitel 8.2.3.
[8] Prop. 1981/82:97, s. 27 f.
[9] Se t.ex. IVO förstudie (2020).
[10] Se beskrivning i kapitel 8.7.

plattformen även omfattar de ovan beskrivna påpekandena som rör den privatfinansierade vården. En sådan diskussion måste, enligt utredningens bedömning, komma in på principiella frågor som bl.a. behöver kopplas samman med vilket välfärdssamhälle Sverige bör ha, hur hälso- och sjukvården ska finansieras och hur resurserna används bäst.

13.3 Finansiering av hälso- och sjukvården

Utredningens förslag: Om inte annat följer av lag ska den hälso- och sjukvård som regionen bedriver i egen regi finansieras enbart med offentliga medel.

Om uppgifter har överlämnats från regionen till någon annan ska de uppgifterna enbart finanserias med offentliga medel och enligt vad som följer om patientens avgifter.

Skälen för utredningens förslag:

13.3.1 Uttryckliga regler om finansiering av hälso- och sjukvård saknas

Som beskrivs i kapitel 6 och 12 finns det inte några uttryckliga regler om hur hälso- och sjukvård får finansieras, varken vad gäller offentlig eller privat finansiering. I kapitel 6.6 beskrivs även de osäkerheter som aktörerna upplever i denna fråga. Under utredningens arbete har det förekommit flera diskussioner kring frågan om ”privata sjukvårdsförsäkringar i den offentligfinansierade vården”. Diskussionerna har framför allt rört situationen där den privata vårdgivaren har flera uppdragsgivare och bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård.[11]

Såvitt utredningen har kunnat se utför inte regioner vård som finansieras via privata sjukvårdsförsäkringar. Det förekommer dock att regioner tar emot privat finansiering på andra sätt, t.ex. i samband med tjänsteexport. Tjänsteexport avser här regionernas erbjudande om högspecialiserad vård till patienter från ett annat land. Den vår-

[11] För beskrivning av debatten, se kapitel 2.4.

den kan t.ex. betalas av den enskilde eller ett försäkringsbolag. Tjänsteexporten möjliggörs genom särskild lagstiftning.[12]

Det finns även viss vård som regionen utför i egen regi och som patienterna betalar för själva, helt eller delvis. Det kan vara vård som regionen inte anser vara medicinskt motiverad, som t.ex. kosmetiska ingrepp, synfelsbehandling i samband med starroperation, vissa typer av hälsoundersökningar, vaccinationer och intyg. Denna form av privatfinansiering brukar benämnas medfinansiering, egenfinansiering eller köp av tilläggstjänster och förekommer i begränsad omfattning.[13]

Även om det inte förekommer i dag att regionerna tar emot betalning via en privat sjukvårdsförsäkring, betyder det inte att det är förbjudet, dvs. att det skulle finnas hinder för en region att börja ta emot betalning via privata sjukvårdsförsäkringar. Stockholms läns landsting (SLL) beslutade t.ex. 2008 att tillåta landstingsägda bolag som bedriver hälso- och sjukvård att under vissa förutsättningar ta emot patienter som omfattas av annat än offentlig finansiering. Det saknas dock uppgift om att denna möjlighet har utnyttjats.[14]

Utredningen kan vidare konstatera att för det fall regionerna skulle ta emot privatfinansierade patienter skulle vården som ges till dessa patienter inte vara offentligfinansierad, även om den utförs i offentlig regi, eftersom finansieringen kommer från annat håll än offentliga medel.[15]

Som beskrivs i kapitel 12.2 är dagens reglering rörande finansiering av hälso- och sjukvården inte anpassad utifrån framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen anser därför att regleringen inte är ändamålsenlig. Det saknas en tillräcklig tydlighet och förutsebarhet vad gäller frågan om finansiering av hälso- och sjukvård med privata sjukvårdsförsäkringar, framför allt när vårdgivaren bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Utredningen anser därför att det finns ett behov av att tydliggöra hur hälso- och sjukvården får finansieras. Enligt utredningens direktiv ska utredningen också lämna författningsförslag som innebär begränsningar av hur hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs enligt avtal med regionen får finansieras.

[12] Se kapitel 3.6.5 för beskrivning av den lagen.
[13] Smer 2014:1.
[14] Se t.ex. SKR (2012).
[15] Se vidare i kapitel 2 och kapitel 13.3.3 om begreppet offentligfinansierad vård, samt i kapitel 5 om hur privata sjukvårdsförsäkringar fungerar.

13.3.2 Nya bestämmelser om finansiering av hälso- och sjukvården föreslås

Utredningen föreslår att nya bestämmelser om finansiering av hälso- och sjukvården ska tas in i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Bestämmelserna ska ange att när regionen bedriver hälso- och sjukvård i egen regi ska den enbart finansieras med offentliga medel om inte annat följer av lag. Det innebär att den hälso- och sjukvård som bedrivs av regionen i egen regi inte får finansieras med privata sjukvårdsförsäkringar eller andra privata finansieringsformer.

Det är i dag redan särskilt reglerat att regionen får bedriva viss hälso- och sjukvård som får finansieras på annat sätt än med offentliga medel. Sådana regler finns t.ex. i lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet och om s.k. tjänsteexport i lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter.

Som beskrivs ovan (13.3.1) förekommer det även privatfinansiering av viss vård inom regionen och där alltså patienterna betalar själva. Såvitt utredningen känner till är det inte rättsligt prövat vilket författningsstöd som finns för regionerna att ta emot sådan privat finansiering. Det torde dock framför allt vara bestämmelserna i kommunallagen (2017:725), KL som reglerar detta.[16] I 2 kap. 5 § KL regleras regionernas rätt att ta ut avgifter för tjänster som den tillhandahåller. Därutöver återfinns i 2 kap. KL ett antal grundläggande principer som regionerna också måste förhålla sig till i sin verksamhet (se vidare i kapitel 3.6.2). Utredningen har inte sett anledning att, utöver frågan om privata sjukvårdsförsäkringar, se över regioners finansiering som inte sker med offentliga medel t.ex. med- och egenfinansiering samt tilläggstjänster. För det fall det bedöms finnas författningsstöd för en sådan privat finansiering kommer den vara fortsatt tillåten.

Vad gäller patientavgifter är det särskilt reglerat i lag att regionerna får ta ut dessa (se 17 kap. HSL tillsammans med 2 kap. 5 § KL). Patientavgifter kommer därför fortsatt kunna finansiera delar av den hälso- och sjukvård som regionerna utför.

Motsvarande bestämmelse om finansiering med offentliga medel ska införas för de privata vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av regionen. Även den hälso- och sjukvård som bedrivs på uppdrag

[16] Se Smer 2014:1.

av regionen ska finansieras med offentliga medel, utöver vad som följer om patientavgifter. Det innebär att den hälso- och sjukvård som bedrivs på uppdrag av regionen inte får finansieras med privata medel, t.ex. kontanta betalningar eller sjukvårdsförsäkringar.

Att en privat vårdgivare kan bedriva hälso- och sjukvård på uppdrag av flera uppdragsgivare är något som har förutsetts av lagstiftaren.[17] En vårdgivare som bedriver både offentligfinansierad vård och privatfinansierad vård behöver således särskilja faktureringarna så att den privatfinansierade vården inte finansieras med offentliga medel och tvärtom. I förarbeten har det uttalats att det bör vara upp till varje vårdgivare att bestämma hur detta särskiljande ska utformas.[18] Det torde t.ex. inte vara nödvändigt att de olika finansieringsformerna finns i olika juridiska personer. Såvitt utredningen känner till sker redan i dag ett sådant särskiljande.

Utredningen instämmer i tidigare bedömningar och anser att det bör vara vårdgivarens ansvar att organisera sin verksamhet på ett sådant sätt att det blir tydligt vilka delar av den som är helt eller delvis offentligfinansierade. De föreslagna bestämmelserna om finansiering understryker vikten av detta. I nästföljande avsnitt beskrivs vilka krav regionerna bör ställa i avtalet med en privat vårdgivare som bedriver vård åt olika uppdragsgivare. Utredningen anser att det i avtalet bör regleras hur faktureringen från olika uppdragsgivare ska särskiljas så att inte offentliga medel finansierar den privata delen och tvärtom.

De nya bestämmelserna om finansiering syftar till att tydliggöra att det inte ska vara tillåtet för regionen, eller en vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av regionen, att finansiera den hälso- och sjukvården med privata medel, t.ex. via en privat sjukvårdsförsäkring. Undantag görs för patienters avgifter och annan privatfinansiering där det finns författningsstöd.

Hälso- och sjukvård som bedrivs av privata aktörer men inte på uppdrag av regionen omfattas inte av de nya reglerna. Den vården får således både drivas privat och finansieras privat, t.ex. med privata sjukvårdsförsäkringar.

I de fall en privat vårdgivare bedriver vård på uppdrag av både regionen och av andra, t.ex. bedriver både offentligfinansierad och

[17] Prop. 2016/17:43, s. 96 och prop. 2016/17:166, s. 24 som dock inte ledde till någon ny lagstiftning.
[18] Se prop. 2016/17:43, s. 96. Se även prop. 2016/17:166, s. 24.

privatfinansierad vård, kommer följande att gälla. Som nämnts ovan innebär utredningens förslag om finansiering inte att en privat vårdgivare måste dela upp verksamheterna i olika juridiska personer för att kunna bedriva vård åt flera uppdragsgivare. Förslaget innebär att den vård som utförs med regionen som uppdragsgivare och huvudman inte får finansieras med privata medel. Det kommer således även fortsättningsvis att vara tillåtet att ta emot privatfinansiering för sådan vård som inte bedrivs på uppdrag av regionen, t.ex. sådan vård som finansieras via privata sjukvårdsförsäkringar. Likaså kommer det fortsatt att vara tillåtet för patienter att finansiera olika former av tillägg, t.ex. genom att bekosta en bättre lins vid en kataraktoperation, eftersom denna del inte omfattas av den vård som regionen överlämnat till den privata vårdgivaren. En privat vårdgivare måste dock, även i sådana situationer, kunna särskilja vilken vård som har finansierats privat och vilken vård som har finansierats offentligt.

En region kan lämna över utförandet av vården till en annan region. Även denna situation omfattas av den föreslagna bestämmelsen. Frågan om finansiering torde dock framför allt vara relevant när regionen har lämnat över driften till en privat vårdgivare.

Eftersom det inte finns några bestämmelser i HSL om hur hälso- och sjukvård får finansieras, har utredningen utrett i vilken avdelning och vilket kapitel de nya bestämmelserna lämpligen bör placeras. Bestämmelserna riktar sig till vårdgivare, antingen när regionen själv är vårdgivare eller när regionen har uppdragit åt någon annan att utföra vården. I avdelning III i HSL (7–10 kap.) finns bestämmelser om regionens ansvar som huvudman. Även om dessa bestämmelser inte direkt riktar sig till regionen i egenskap av vårdgivare anser utredningen ändå att den avdelningen är den mest lämpliga placeringen. I regionens ansvar som huvudman kan också anses ligga ett ansvar för hur vård som bedrivs i regionens egen regi finansieras. I 15 kap. HSL finns bestämmelser om när vård utförs av annan på uppdrag av regionen. Det är därför lämpligt att placera bestämmelsen om hur den vården får finansieras i det kapitlet.

13.3.3 Begreppen offentligfinansierad vård och offentliga medel

Eftersom det i dag saknas uttryckliga regler om finansiering av hälso- och sjukvården finns det inte heller en legaldefinition av offentligfinansierad hälso- och sjukvård. I förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) anges att med offentligt finansierad hälso- och sjukvård avses vård som är finansierad av allmänna medel.[19] I propositionen som föregick förslaget kring slopad skattefrihet för förmån av hälso- och sjukvård uttalade regeringen följande.[20]

> Någon formell definition av begreppet offentligt finansierad vård finns inte i skattelagstiftningen. I förarbetena (prop. 1994/95:182 s. 20) anges att den offentligt finansierade vården bekostas av det allmänna genom bl.a. den allmänna försäkringen och andra offentliga finansieringssystem. Med offentligt finansierad vård torde, enligt regeringen, således avses vård som finansieras genom allmänna skatter (jfr prop. 2016/17:166 s. 14). Den inte offentligt finansierade vården ligger alltså utanför det offentliga finansieringssystemet och bekostas ofta av privata sjukvårdsförsäkringar.

I SOU 2013:2 föreslogs att följande definition skulle införas i patientlagen (2014:821): ”Med offentligt finansierad hälso- och sjukvård avses hälso- och sjukvård som finansieras av landsting, kommun eller stat.” Regeringen valde i stället att i en särskild paragraf ange vilka bestämmelser som enbart gäller för ”hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region eller en kommun som huvudman”.[21]

Under åren 2006–2007 återfanns en bestämmelse i 3 § fjärde stycket dåvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), som innebar att när en region överlämnade till någon annan att bedriva hälso- och sjukvård som gavs vid ett sjukhus, skulle avtalet bl.a. innehålla villkor om att vården skulle bedrivas uteslutande med offentlig finansiering och vårdavgifter. Enligt propositionen avsågs med vård som bedrivs med offentlig finansiering hälso- och sjukvård som regionen ersatte till följd av sitt ansvar. Här avsågs även sådan vård som finansieras av annan men som regionen var skyldig att erbjuda, t.ex. omedelbar vård till utländska medborgare. Som en konsekvens härav avsågs även vård som gavs enligt bilaterala överenskommelser. Bestämmel-

[19] Prop. 2017/18:40, s. 84 och prop. 1995/96:176, s. 54 f. Liknande uttalande finns i förarbetena till patientlagen (2014:821) där det skrivs om ”både offentliga vårdgivare inom eller utom det egna landstinget och privata vårdgivare som har offentlig ersättning” (prop. 2009/10:67, s. 49).
[20] Prop. 2017/18:131, s. 16.
[21] 1 kap. 2 § patientlagen (2014:821). Se prop. 2013/14:106, s. 43.

sen hindrade inte att vårdavgifter togs ut enligt hälso- och sjukvårdslagen.[22]

Utredningen bedömer att det inte är nödvändigt med en legaldefinition av begreppet offentligfinansierad vård. I författningstexten används begreppet offentliga medel och avser då framför allt skatter och statsbidrag.

13.3.4 Följsamhet till de nya bestämmelserna

För att reglerna ska få avsedd effekt och likformighet i tillämpningen är det viktigt att de efterlevs. Ett sätt att skapa följsamhet till regler är genom tillsyn. Det finns inte några bestämmelser om tillsyn i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) utan tillsynen över hälso- och sjukvården regleras i patientsäkerhetslagen (2010:659). De föreslagna bestämmelserna är framför allt ett förtydligande av vad som redan gäller i dag om hur vården ska finansieras och utredningen bedömer därför att vårdgivarna ändå kommer att följa de nya bestämmelserna. Förutom granskning via tillsyn finns det andra sätt att främja och granska efterlevnaden. Den enskilde kan t.ex. begära laglighetsprövning med stöd av bestämmelserna i 10 kap. kommunallagen (2017:725). I 12 kap. samma lag finns bestämmelser om kommunal revision. Dessa möjligheter till granskning kommer att gälla vid en tillämpning av de nya bestämmelserna.

13.4 Nya verktyg och bättre förutsättningar vad gäller regionernas avtal med privata vårdgivare

Utredningens förslag: Om en vårdgivare har andra uppdragsgivare än regionen ska det av avtalet framgå hur det säkerställs att vårdgivarens övriga uppdrag inte påverkar de uppgifter som har lämnats över. I avtalet ska anges hur det som avtalas följs upp.

Utredningens bedömning: Huruvida det behövs mer detaljerade regler bör följas upp.

[22] Prop. 2004/05:145, s. 60.

Skälen för utredningens förslag och bedömning:

13.4.1 Nuvarande bestämmelser och tidigare överväganden om regionernas avtal och uppföljning

Som beskrivs i kapitel 12 anser utredningen att regionerna bör ges bättre möjligheter men också skyldigheter att ta sitt ansvar som huvudmän genom att kunna ställa ytterligare krav på och följa upp de privata vårdgivare som bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. I kapitel 11 beskrivs ett antal faktorer som skulle kunna påverka den offentligfinansierade vården i de fall vårdgivaren har flera uppdragsgivare. En ökad tydlighet från huvudmännens sida kring hur gällande regelverk ska uppfyllas bidrar till ökad kunskap och ett tydligare rättsläge för vårdgivarna, patienterna och allmänheten i stort.

Regionen anger genom villkor i avtal hur den privata vårdgivaren ska bedriva den offentligfinansierade vården. Utredningen anser att regionen i egenskap av huvudman behöver ställa mer ändamålsenliga krav på de privata vårdgivare som den ingår avtal med. Denna skyldighet krävs för att säkerställa att vården ges i enlighet med målen för hälso- och sjukvården liksom andra regler som en vårdgivare ska följa. Ett exempel på en sådan bestämmelse är 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Av direktivet till utredningen framgår också att utredningen ska föreslå författningsförslag, eller andra åtgärder som utredaren finner motiverade, som i möjligaste mån säkerställer att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar inte får snabbare tillgång till vård eller bättre vård i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården framför patienter utan sådana försäkringar.

Bestämmelser om krav och uppföljning vad gäller regionens avtal med privata vårdgivare återfinns i flera författningar. Av 12 kap. 4 § regeringsformen följer att förvaltningsuppgifter kan överlämnas åt privata vårdgivare. I 10 kap. 1 § kommunallagen (2017:725) återfinns en motsvarande skrivning.

I HSL preciseras ytterligare förutsättningarna för regionerna att lämna över utförandet av hälso- och sjukvården till någon annan. HSL kan betraktas som en speciallag i relation till kommunallagen på så vis att den särskilt reglerar hur regionerna ska planera och organisera hälso- och sjukvården, oavsett vilken vårdgivare som ut-

för vården för regionernas räkning. HSL innehåller enbart en bestämmelse som rör regionernas avtal med någon annan om att bedriva hälso- och sjukvård för regionens räkning, nämligen 15 kap. 1 § HSL. I denna bestämmelse anges att det av avtalet mellan regionen och den privata vårdgivaren ska framgå ”de särskilda villkor som gäller för överlämnandet”. Bestämmelsen är i huvudsak oförändrad sedan år 2007.[23] När regionerna sluter avtal med privata vårdgivare att utföra uppgifter enligt HSL sker det utifrån det upphandlingsrättsliga regelverket.[24]

Frågan om regleringar och klarläggande av innehållet i avtalen mellan regioner och privata vårdgivare, har varit föremål för överväganden i samband med beredning av förslag om begränsningar och tydliggörande av regionernas förutsättningar att överlämna driften av hälso- och sjukvård.[25] Vikten av tydliggörande av vad som gäller när kommuner och regioner lämnar över driften av verksamhet har också lyfts i flera statliga utredningar under 2000-talet.[26] I *Utredningen om en kommunallag för framtiden* konstaterades att andelen kommunal verksamhet som utförs av privata utförare har vuxit allt mer under senare år. Kommunallagen behövde moderniseras för att bättre återspegla detta förhållande.[27] Utredningen behandlade på flera ställen de specifika frågor som gäller för hälso- och sjukvården, bl.a. gällande tillsyn, kontroll och huvudmannaskap. I den efterföljande propositionen angavs att den helt övervägande delen av regionernas köp från privata utförare utgjordes av hälso- och sjukvård. Kostnadsmässigt stod hälso- och sjukvården för över 90 procent av köpen.[28] Regeringen konstaterar vidare i propositionen att uppföljning och kontroll av privata utförare kräver ett strategiskt förhållningssätt och att regionerna aktivt ska se till att avtalen utformas på ett sådant sätt att uppföljning och kontroll är möjlig. De relativt nya bestämmelserna i kommunallagen betonar därför vikten av insyn i den verksamhet som regionerna ytterst har ansvaret för.

Denna utrednings förslag om nya verktyg och förutsättningar för regionernas uppföljning och kontroll bör utformas utifrån vad som

[23] Bisatsen ”med bibehållet huvudmannaskap” infördes emellertid genom den nya hälso- och sjukvårdslagen (prop. 2016/17:43).
[24] Lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, lagen (2008:962) om valfrihetssystem, lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.
[25] Se beskrivningar av dessa förslag i kapitel 4.2.
[26] Se t.ex. SOU 2002:31 och SOU 2003:23.
[27] SOU 2013:53, s. 18.
[28] Prop. 2013:14:118, s. 30 och s. 48.

redan är reglerat i HSL rörande regionernas avtal. Förslaget behöver specificeras och anpassas utifrån de skärpningar som infördes i kommunallagen år 2015.[29] Utredningen kan också konstatera att de ändringar som har gjorts av lagstiftningen för att anpassa den till de nya förutsättningarna inom regionernas verksamhet när det gäller den ökade förekomsten av privata utförare, främst har skett i kommunallagen och inte i den mer specialiserade HSL.

Utredningens förslag om nya avtalsvillkor ska således anges i lag, nämligen HSL. Nuvarande bestämmelser i HSL avser alla avtal mellan en region och en privat vårdgivare. Utredningens förslag avser endast situationen när en vårdgivare har flera uppdragsgivare. Därför behövs en ny bestämmelse som tar sikte på just detta. Utredningen lämnar nuvarande bestämmelse i HSL om att regionen i avtalet ska ange de ”särskilda villkor som gäller för överlämnandet” orörd.

13.4.2 Krav på nya avtalsvillkor och uppföljning när vårdgivaren har flera uppdragsgivare

När en region sluter avtal med en privat vårdgivare om att utföra hälso- och sjukvård måste regionen försäkra sig om att vården utförs på samma villkor som om vården hade bedrivits i egen regi. Det innebär att det för de offentligfinansierade patienterna inte ska vara någon skillnad om vården utförs av regionen i egen regi eller av en privat vårdgivare när det gäller aspekter som innefattas i en god och patientsäker vård, t.ex. vård efter behov, tillgänglighet och kvalitet.

Det behöver finnas en tillit från regionernas sida att de privata vårdgivarna gör sitt yttersta för att säkerställa en god och patientsäker vård för de offentligfinansierade patienterna. *Utredningen om en kommunallag för framtiden* lyfte några goda exempel på uppföljning av avtalen och om samverkan mellan regionen och vårdgivarna.[30] I en undersökning gjord av KPMG, som utredningen refererade till, konstaterades att kontrollsystemen generellt var bättre hos regionerna än hos kommunerna. Vårdgivarna lämnade t.ex. olika uppgifter till regionen, så som nyckeltal, beskrivning av verksamheten och listningar i nationella register. Regionerna genomförde patientundersökningar av tillgängligheten och regelbundna träffar anordnades

[29] Se bestämmelserna i 5 kap. 3 § och 10 kap. 8–9 §§ kommunallagen (2017:725), och prop. 2013/14:118 s. 45 ff. och 71 ff., prop. 2016/17:171, s. 422, samt SOU 2013:53, s. 120.
[30] SOU 2013:53, s. 120.

med utförarna. Dock begärde inte alla regioner in verksamhetsrapporter och finansiell rapportering från de privata vårdgivarna.[31] Upphandlingen av S:t Görans sjukhus ansågs enligt utredningen utgöra ett gott exempel på bra uppföljningsverksamhet. Av det förfrågningsunderlaget framgick att beställaren avsåg att följa upp verksamheten på flera olika sätt, dels genom månatliga uppföljningar, dels genom oplanerade stickprovsundersökningar. En årlig uppföljning av hur vårdgivaren levde upp till lämnade kvalitetsredogörelser skulle också göras. Genomgående var uppföljningen kopplad till möjligheten att utkräva viten.[32]

Av denna utrednings undersökning, som beskrivs mer ingående i kapitel 6, framkommer att det i regel finns en god affärsrelation mellan regionerna och de privata vårdgivarna och att regionerna uttrycker ett stort förtroende för privata vårdgivare i stort.

Av utredningens undersökning framgår att några regioner i avtal reglerar vad som ska gälla när den privata vårdgivaren har flera uppdragsgivare och hur det då säkerställs att de olika uppdragen inte påverkar den offentligfinansierade vården. Alla regioner, i vilka det förekommer privatfinansierad vård, gör dock inte detta av olika skäl. Det finns också en osäkerhet om vilket ansvar regionerna har för den offentligfinansierade vården när den bedrivs av en privat vårdgivare och hur mycket kunskap regionen bör och får ha om påverkan från andra uppdragsgivare. Denna osäkerhet beskrivs även av Vård- och omsorgsanalys i rapporten från 2020.[33]

Det uttrycks också en osäkerhet om vad som gäller avseende olika tidsgränser och om det räcker att vårdgivaren följer de avtalade tidsgränserna för att uppfylla avtalet med regionerna.

En uppfattning är att regionen tar sitt ansvar genom att säkerställa att avtalet efterlevs och att regionen således får den vård som den har upphandlat. Det skulle således inte spela någon roll att det är olika väntetider för patienterna. Regionen skulle därför inte behöva ha någon kunskap om vårdgivarens övriga uppdrag och hur dessa eventuellt påverkar den offentligfinansierade vården. Det intressanta för regionen är att avtalet följs, t.ex. utifrån vad som är avtalat om väntetider.

[31] SOU 2013:53, s. 120.
[32] SOU 2013:53, s. 120.
[33] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 77.

Som framgår på flera ställen i detta betänkande är den författningsreglerade vårdgarantin, eller andra avtalade tidsgränser, underordnade behovs-solidaritetsprincipen. Regionen måste således i avtalet säkerställa att vårdgivaren följer den bestämmelsen. Det räcker inte att vårdgivaren följer avtalade tidsgränser. Vårdgivaren får således inte enligt HSL:s bestämmelser ge patienter med försäkring vård före offentligt finansierade patienter med större medicinskt behov. IVO konstaterar också detta i sin förstudie och uttalar att vårdgarantin och försäkringsbolagens tidsgränser har som syfte att bidra till att patienterna får vård i rimlig tid men att varken vårdgarantin eller försäkringsbolagens tidsgränser tar hänsyn till patienternas medicinska behov.[34]

Utredningen menar att det är viktigt att det finns en bra relation och dialog mellan regionerna och de privata vårdgivarna. Tydliga regler om vad som gäller underlättar detta. Det är därför enligt utredningen centralt att regionerna i sina avtal har villkor som reglerar situationer där en privat vårdgivare har flera uppdragsgivare. Flera uppdragsgivare skulle kunna påverka det offentliga uppdraget negativt, t.ex. vad gäller frågor om vård efter behov, tillgänglighet, kvalitet, kapacitet och efterfrågan (se beskrivningar i kapitel 11). I sammanhanget vill utredningen framhålla att olika uppdragsgivare kan ha positiva effekter både för vårdgivaren och regionen samt för de tjänster som levereras. I kontakter med utredningen har man lyft att flera uppdragsgivare kan bidra till att lokaler, personal och utrustning kan användas mer effektivt. Vidare har man beskrivit att flera uppdragsgivare kan innebära en ökad trygghet för den privata vårdgivaren som innebär bättre förutsättningar till långsiktiga investeringar och långsiktig planering.

Utredningen anser också att regionen behöver ha tillräckliga verktyg och förutsättningar för att kunna följa upp avtalet. Det måste vara enkelt för regionen, även när vårdgivaren har flera uppdragsgivare, att kunna följa upp hur de tjänster som beställts har utförts. Det är en förutsättning för en god affärsrelation att arbetet med uppföljning av avtalet sker under hela avtalstiden. En effektiv uppföljning kräver att resurser avsätts av regionerna. En välfungerande uppföljning kan bidra till en mer effektiv verksamhet vilket kan leda till besparingar för regionen.

[34] IVO förstudie (2020), s. 18.

13.4.3 Nya avtalsvillkor om påverkan på den offentligfinansierade vården

I 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, anges att det i avtalet mellan regionen och den som ska utföra vården ska framgå de ”särskilda villkor” som gäller för överlämnandet. Det anges dock inte vilka villkor som ska anges utan det har överlämnats till regionen att bestämma utifrån de regler som gäller för upphandling och vad som ska upphandlas.

Utredningen anser att det i avtalet mellan regionen och den privata vårdgivaren ska regleras frågor som rör påverkan från övriga uppdragsgivare på den offentligfinansierade vården. Syftet med bestämmelsen är att hindra att vårdgivarens andra uppdrag negativt påverkar uppdraget från regionen. En ny bestämmelse ska tas in i HSL. Bedömningen av vilka krav som är lämpliga att ställa måste avgöras utifrån avtalssituationen eftersom de privata vårdgivarnas verksamhet och omfattningen av uppdraget kan skilja sig åt. I likhet med bestämmelsen som gäller för alla avtal rörande ”särskilda villkor”, dvs. 15 kap. 1 § HSL, föreslår utredningen således inte att det i lag ska anges i detalj vilka villkor som ska anges.

I det följande beskrivs de villkor som utredningen bedömer bör ingå i ett avtal mellan en region och en privat vårdgivare som har flera uppdragsgivare och då framför allt när denna bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård.

Upphandlingsrättsligt skiljer man mellan olika typer av krav. S.k. ”särskilda kontraktsvillkor” ska leverantören uppfylla under kontraktstiden och behöver inte vara uppfyllda när anbudet på upphandlingen lämnas in. S.k. ”obligatoriska krav” måste däremot vara uppfyllda när anbudet lämnas in.[35] De av utredningen föreslagna villkoren bör betraktas som sådana särskilda kontraktsvillkor som behöver accepteras av leverantören och uppfyllas under kontraktstiden. Utredningen kommer dock att i stället för ”särskilda kontraktsvillkor” använda begreppet ”avtalsvillkor” eftersom det bättre överensstämmer med formuleringen i HSL.

Utredningen kommer i det följande beskriva vilka avtalsvillkor regionen ”bör” använda. Anledningen till valet av ordet ”bör” är att villkoren inte anges i lagtexten, varför ordet ”ska” inte kan användas.

[35] Upphandlingsmyndighetens hemsida (Start/Inköpsprocessen steg för steg/Genomför upphandlingen/Särskilda kontraktsvillkor).

Det är dock viktigt att regionerna använder de avtalsvillkor som är nödvändiga för att säkerställa att vårdgivarens övriga uppdrag inte negativt påverkar den verksamhet som regionen är huvudman för. Som anges i den föreslagna lagtexten är det en skyldighet för regionerna att reglera dessa frågor i avtalet.

Anpassning av villkoren utifrån vad som gäller i den aktuella avtalssituationen

Den upphandlande myndigheten, dvs. regionen, måste avgöra vilka krav och villkor som är lämpliga att ställa i den konkreta avtalssituationen. Huruvida det finns en risk för negativ påverkan från den privata vårdgivarens uppdrag på den offentligfinansierade vården kan variera beroende på en rad omständigheter och lokala förhållanden. Kraven bör därmed kunna se olika ut om det är driften av ett sjukhus som upphandlas jämfört med om det endast är ett mindre antal operationer inom den specialiserade öppenvården som upphandlas. Upphandling av driften av ett sjukhus avser i regel en omfattande verksamhet när det gäller antalet patienter och vårdens omfång. Hur ett sådant avtal utformas kan därför även ha påverkan på hur övrig vård i regionen ska planeras. Om det är ett begränsat antal operationer som upphandlas är uppdraget mer avgränsat och påverkan på den övriga vården i regionen är mindre. Avtalsuppföljningen bör i regel även vara enklare.

Det kan också finnas skillnader mellan olika typer av avtal, t.ex. LOU och LOV och om det är fråga om s.k. kökapningsavtal.[36]

Villkor som rör information om vårdgivarens övriga uppdragsgivare

I avtalet bör det regleras att vårdgivaren ska informera regionen om vårdgivarens övriga uppdragsgivare och om de är offentliga eller privata samt finansieringsform. Det bör i avtalet anges att vårdgivaren ska informera om det tillkommer nya uppdragsgivare under avtals-

[36] För vidare beskrivningar av dessa och andra skillnader, se t.ex. kapitel 6.5 om de olika avtalen och kapitel 6.6 om utredningens undersökning.

tiden, efter avtalets tecknande.[37] Informationen ska ha en rimlig detaljeringsgrad och inte innebära att vårdgivare behöver ange uppgifter som kan vara känsliga utifrån ett affärsmässigt perspektiv. T.ex. torde det inte finnas behov av att namnge de olika uppdragsgivarna. Däremot bör det anges huruvida det är frågan om en offentligfinansierad vårdgivare, t.ex. en annan region, eller om det är frågan om privatfinansierad vård. Med privatfinansierad vård avses t.ex. vård som finansieras genom privata sjukvårdsförsäkringar eller som betalas kontant av patienten (vilket även inkluderar t.ex. medlemskap som finansieringsform).[38]

Syftet med dessa villkor är att ge grundläggande information till regionen. Kravet måste vara tillräckligt detaljerat utformat så att det kan följas upp.

Villkor som rör information om vårdgivarens organisation

Utredningen föreslår i kapitel 13.3 nya bestämmelser i HSL som förtydliga att det inte får förekomma finansiering med privata sjukvårdsförsäkringar eller annan privatfinansiering i den offentligfinansierade vården. Konkurrensverket har påpekat att verksamheter som finansieras med offentliga medel inte ska nyttjas till andra verksamheter än vad det är avtalat om och att särredovisningen kan behöva stärkas.[39] I avtalen bör det därför anges att vårdgivaren ska visa hur den organiserar sin verksamhet så att det framgår vilka delar som är offentligt finansierade. Utredningen har också erfarit att detta redan regleras i vissa avtal. T.ex. regleras i vissa avtal, där regionen tillhandahåller lokal till den privata vårdgivaren, att regionens lokaler inte får användas för andra ändamål än vård för regionens räkning och att eventuell annan verksamhet, så som vård till försäkringspatienter, därför behöver bedrivas i en annan lokal. Av utredningens undersökning framkom också flertalet exempel på att verksamhet på regionens uppdrag bedrivs i samma lokaler, av samma personal etc. som verksamhet som bedrivs på t.ex. försäkringsbolags uppdrag. Oaktat hur den privata vårdgivaren har valt att organisera sin verk-

[37] Detta krav behöver formuleras utifrån vad som är tillåtet med hänsyn till de upphandlingsrättsliga bestämmelserna om ändringar av avtal, jfr 17 kap. 14 § lagen (2016:1145) om offentlig upphandling.
[38] Ett medlemskap hos en vårdgivare kan bestå av en årlig medlemsavgift som garanterar vård inom viss tid hos vårdgivaren. Se kapitel 6.
[39] Se t.ex. Konkurrensverkets yttrande över SOU 2020:41, dnr 409/2020.

samhet är det av vikt att regionen har kännedom om hur vårdgivaren har organiserat sin verksamhet, för att kunna göra en ändamålsenlig uppföljning av avtalet.

Villkor som rör hur grundläggande bestämmelser efterlevs

Det finns ett antal regler som den privata vårdgivaren ska följa och som avser både den offentligfinansierade och den privatfinansierade vården. Det är varken lämpligt eller nödvändigt att i avtalet räkna upp alla regler som gäller.

Däremot anser utredningen att det i avtalet bör regleras att vårdgivaren ska visa hur denne säkerställer att vissa grundläggande bestämmelser för vården efterlevs vad gäller de offentligfinansierade patienterna. Det bör i avtalet anges hur den privata vårdgivaren har organiserat verksamheten i syfte att följa bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Det som bör regleras kan t.ex. vara hur vårdgivaren har organiserat frågor som rör prioritering och omprioritering av vårdgivarens alla patienter, dvs. både offentligfinansierade och privatfinansierade samt hur vårdgivaren tillämpar de olika väntetider som följer av avtalen. Genom att sådana bestämmelser tas in i avtalen betonas och uppmärksammas också att behovs-solidaritetsprincipen gäller hos de privata vårdgivarna.

Det bör i avtalet även i övrigt anges hur den privata vårdgivaren säkerställer att de offentligfinansierade patienterna får en god och patientsäker vård. Patientsäkerhetsrisker kan uppstå både när tillgängligheten till vården på lika villkor brister och när väntetiderna i vården är för långa.[40]

Konkurrensverket har i remissvaret på Ds 2016:29, *Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård*, föreslagit att det i avtalen bör regleras hur turordning och prioritering av patienter ska ske, och om eventuell överkapacitet ska kunna säljas till andra aktörer.[41] Utredningen instämmer i detta.

Det är viktigt för regionen att följa hur den privata vårdgivaren följer den författningsreglerade vårdgarantin, eller de snävare tidsgränser som anges i avtalet, avseende den offentligfinansierade vår-

[40] IVO 2021-7, s. 4.
[41] Konkurrensverkets yttrande över Ds 2016:29, dnr 503/2016.

den. Följs inte dessa angivna tidsgränser bör regionerna undersöka om detta har koppling till vårdgivarens övriga uppdrag och avtal. Möjligheten att kontrollera detta bör regleras i avtalet. Det är dock viktigt att komma ihåg att vårdgarantin och tidsgränser i avtalen är underordnade bestämmelsen om att den som har störst behov av vård ska ges företräde till vården. En granskning, av regionen eller av IVO, av olika tidsgränser sker därför först sedan det konstaterats huruvida vårdgivaren har gjort en medicinsk prioritering.

Utredningen har övervägt om det i avtalet bör anges att vårdgivaren ska redovisa vårdkontakter och väntetider och då inte bara avseende regionens egna patienter utan även avseende patienter som hör till vårdgivarens övriga uppdragsgivare. Det skulle i sådana fall kunna regleras hur vårdgivaren ser till att de avtalade tidsramarna följs. Vårdgivaren skulle till regionen på ett övergripande plan och med viss regelbundenhet kunna redovisa antalet vårdkontakter och den genomsnittliga väntetiden för vårdgivarens patienter. Informationen skulle kunna redovisas dels för de patienter som omfattas av regionens avtal, dels för patienter som har andra uppdragsgivare. Sådan information skulle kunna förmedlas på gruppnivå, dvs. utan att regionen tar del av någon information som kopplas till en enskild patient.

Utredningen har även frågat sig om det i avtalet borde regleras att vårdgivaren ska informera regionen om hur länge de offentligfinansierade patienterna har väntat på vård hos vårdgivaren. Den typen av information skulle lämpligen kunna redovisas på en övergripande nivå med genomsnittstider. Vårdgivaren skulle alltså inte behöva lämna ut uppgifter om enskilda patienter, vilket är att föredra ur integritetshänseende.

Att mäta väntetider är dock förenat med vissa svårigheter. Det finns i dag brister i den rapportering som sker till den nationella väntetidsdatabasen hos SKR.[42] Det är i dag heller inte möjligt att koppla informationen om väntetider till individdata, t.ex. personnummer och medicinskt behov. Utredningen anser därför inte att det i dagsläget är lämpligt att föreslå att väntetider hanteras på ett annat sätt än via den nationella väntetidsdatabasen som finns hos SKR. Det finns dock inte något som hindrar att regionen reglerar detta i avtalen under förutsättning att det går att finna ett lämpligt sätt. Utredningen vill dessutom återigen betona att den styrande principen är att vården ska ges efter behov. Det är först sedan den

[42] Se t.ex. beskrivning i kapitel 11.3.3.

medicinska bedömningen är gjord som vårdgivaren kan följa vårdgarantins och avtalens olika tidsgränser.

I dag finns det inte någon rapporteringsskyldighet för de privata vårdgivarna att rapportera väntetider för den offentligfinansierade vården till den nationella väntetidsdatabasen hos SKR. Eftersom även väntetider hos de privata vårdgivarna är viktig information bör det i avtalet anges att vårdgivaren ska rapportera väntetider för offentligfinansierade patienter till SKR:s väntetidsdatabas. Utredningen har erfarit att denna fråga redan regleras i vissa avtal mellan regionerna och de privata vårdgivarna, men inte i alla. Om rapportering ska ske till regionen, som sedan rapporterar till SKR, eller om den privata vårdgivaren själv ska rapportera in datan till SKR är enligt utredningen något som lämpligen bör bestämmas av parterna.

Övriga villkor som rör påverkan på vården

Det kan finnas andra villkor som rör frågan hur det säkerställs att vårdgivarens övriga uppdrag inte negativt påverkar den offentligfinansierade vården, eller som allmänt syftar till att säkerställa kvaliteten på de tjänster som regionerna har upphandlat. I kapitel 11 beskrivs olika faktorer som kan påverka den offentligfinansierade vården och som kan behöva regleras i avtalet.

I propositionen till den nya kommunallagen framhåller regeringen att regionerna i avtalen ska redovisa uppgifter om personalen och dess kompetens, utbildningsnivå och kapacitet, liksom information om antalet anställda, antalet anställda omräknat till heltid, personalkontinuitet, brukarundersökningar samt den privata vårdgivarens organisation och eventuella underleverantörer.[43] Uttalandena i den propositionen avser alla avtal som en region har med privata vårdgivare och inte just de avtal som avser situationen att det finns flera uppdragsgivare.

Utredningen vill betona att det är viktigt att regionen enbart reglerar det som är nödvändigt och som kan följas upp utifrån vad som följer av det upphandlingsrättsliga regelverket.

[43] Prop. 2016/17:171, s. 422.

Avvikelser under avtalsperioden

Regionen behöver löpande hantera avvikelser eller brister som framkommer under avtalsperioden. I avtalet bör det därför regleras hur uteblivna eller felaktiga leveranser av vården ska hanteras. Det bör således regleras vad som händer om de olika avtalsvillkoren inte efterlevs, t.ex. om vårdgivaren inte säkerställer att den privatfinansierade vården inte påverkar den offentligfinansierade vården negativt utifrån vad som är reglerat i avtalet. Det bör också framgå av avtalet vad som händer om vårdgivaren inte följer bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården. Det är viktigt att det i upphandlingsdokumenten är tydligt vad som då gäller och om agerandet t.ex. kan utgöra ett kontraktsbrott. I det ovan refererade avtalet med S:t Görans sjukhus och som ansetts som ett gott exempel, finns sådana regleringar i avtalet.

Upphandlingsmyndigheten beskriver en s.k. sanktionstrappa som ska följas om det finns brister i leveranser eller utförandet mot vad som har avtalats. Det första steget vid ett fel är att uppmärksamma leverantören om felet och begära att få det åtgärdat. Det andra steget är att överväga att göra ett prisavdrag för att täcka de kostnader som har uppstått på grund av felet. Vite är en vanligt förekommande sanktion vid försening av leveransen. Det tredje steget är att använda eventuella uppsägningsklausuler för att säga upp avtalet. Det fjärde och mest ingripande steget är att häva avtalet. Huvudregeln är dock att hävning endast får ske om avtalsbrottet är väsentligt. Vilka sanktioner som kan aktualiseras i olika typer av fall måste framgå av avtalet. Det går inte att som upphandlande myndighet koppla avvikelser eller underlåtenhet till sanktionsmöjligheter i efterhand.[44]

13.4.4 Regionernas uppföljning av de nya avtalsvillkoren

Uppföljning av avtalet är en förutsättning för kvalitetssäkring av den verksamhet som regionen har lämnat över till en privat vårdgivare att utföra. Avtalsuppföljning syftar till att säkerställa att leverantören levererar det som är efterfrågat och uppfyller de krav som är ställda i upphandlingsdokumenten. Det är viktigt att system för kontroll och uppföljning utformas i syfte att vara ändamålsenligt, kostnads-

[44] Upphandlingsmyndighetens hemsida (Start/Inköpsprocessen steg för steg/Realisera avtalet/Genomför uppföljningen.

effektivt och enkelt för alla parter vid fullgörandet av deras förpliktelser.[45]

Regioner ska bedriva ett strategiskt och systematiskt arbete kring hur de följer upp och i praktiken kontrollerar de vårdgivare som bedriver offentligfinansierad vård på regionens uppdrag. Det är viktigt att det finns en plan för och avsatta resurser till uppföljningsarbetet. I detta ligger inte bara att formulera tydliga krav i upphandlingsdokumenten och i avtalen som går att följa upp, utan även att reglera hur den konkreta uppföljningen ska ske.

I kommunallagen (2017:725) anges att när skötseln av en kommunal angelägenhet genom avtal har lämnats över till en privat utförare, ska kommunen eller regionen kontrollera och följa upp verksamheten (se 10 kap. 8 §). Upphandlingsmyndigheten uttalar att det kan strida mot likabehandlingsprincipen och ett öppet och objektivt upphandlingsförfarande att inte säkerställa att leverantörens uppgifter kan kontrolleras.[46]

I avtalet mellan regionen och vårdgivare behöver det därför regleras hur de olika villkor som rör påverkan från övriga uppdragsgivare, ska följas upp. Utredningen anser att kravet på uppföljning ska anges i lagtexten och föreslår en sådan ny bestämmelse. Liknande bestämmelse finns i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi. Utredningen anser även att det av pedagogiska skäl är lämpligt att kravet på uppföljning återfinns i samma paragraf som reglerna om särskilda avtalsvillkor i de fall vårdgivaren har flera uppdragsgivare.

Hur de olika kraven som rör påverkan från flera uppdragsgivare ska följas upp beror på vilka krav som ställs i avtalet. Utredningen ser framför sig att det framför allt kommer att röra sig om korta beskrivningar, t.ex. beskrivning av uppdragsgivarna och hur verksamheten är organiserad. Vilken information som ska lämnas ska anges i avtalet.

Den information som regionen får i samband med uppföljningen bör regionen använda för att utvärdera verksamheten som bedrivs av den privata vårdgivaren. Det bör även utvärderas om avtalet har varit ändamålsenligt utformat. Denna information bör regionen använda för att avgöra hur vården ska bedrivas på bästa sätt. Informationen

[45] Prop. 2013/14:118, s. 48.
[46] Upphandlingsmyndighetens hemsida (Start/Inköpsprocessen steg för steg/Realisera avtalet /Genomför uppföljningen.

kan då ligga till grund för överväganden om regionen i framtiden ska bedriva verksamheten i egen regi, lämna över den till en privat vårdgivare igen eller förändra omfattning och innehåll i det som lämnas över till en privat vårdgivare. Informationen kan också leda till att regionen vidtar en s.k. medicinsk revision, dvs. granskar frågan medicinskt med fokus på kvaliteten[47] eller anmäler en händelse till IVO.

13.4.5 Upphandlingsföremålet och proportionalitetsbedömningen

I utredningens kontakter med regionerna har det framkommit att det finns en osäkerhet om vilka krav regionerna får ställa utifrån upphandlingsregelverket.[48] Bl.a. finns en osäkerhet om regionerna verkligen får ställa krav som rör andra uppdragsgivare. Upphandlande myndighet har som huvudregel stor frihet att formulera kraven på det som ska upphandlas. Det finns dock vissa begränsningar som följer av de grundläggande upphandlingsrättsliga principerna.

Upphandlande myndigheter ska behandla leverantörer på ett likvärdigt och icke-diskriminerande sätt samt genomföra upphandlingar på ett öppet sätt. Upphandlingar ska vidare genomföras i enlighet med principerna om ömsesidigt erkännande och proportionalitet, dvs. att krav, kriterier och villkor ska stå i rimlig proportion till det som upphandlas och ha ett naturligt samband med det (4 kap. 1 § LOU och 1 kap. 2 § LOV). De krav som ställs i samband med upphandlingen ska ha en koppling till upphandlingsföremålet, dvs. den vara eller tjänst som ska upphandlas.[49]

Beträffande utredningens förslag om nya avtalsvillkor gör utredningen följande bedömning beträffande kravet på koppling till upphandlingsföremålet. Syftet med de nya avtalsvillkoren är att regionen ska kunna ta sitt ansvar som huvudman för den offentligfinansierade vården och att säkerställa att den privata vårdgivarens övriga verksamhet inte påverkar de offentligfinansierade patienterna negativt. Avtalsvillkoren har således ett tydligt samband med den vård som regionen upphandlar. Det handlar om information som rör just påverkan på den offentligfinansierade vården och inte information om vårdgivarens olika uppdrag i allmänhet. Det övergripande syftet är

[47] Se t.ex. Svenska Läkaresällskapet (2020), s. 10.
[48] Denna osäkerhet beskrivs även i Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 77.
[49] Se mer i kapitel 3.7.2.

således att nå målbestämmelserna om en god och patientsäker vård för de offentligfinansierade patienterna. Det kan vara svårt för regionerna att säkerställa och kontrollera detta utan att reglera det i avtalet. Utredningen bedömer att nya avtalsvillkor är en lämplig och effektiv åtgärd för att uppnå detta syfte. Förslagen om nya avtalsvillkor är således nödvändiga för att det eftersträvade syftet ska uppnås. Genom att i lag ange att regionerna ska ställa dessa typer av krav när vårdgivaren har flera uppdragsgivare, kommer regionerna ha stöd för att ställa dem, t.ex. i förhållande till vad som är reglerat om proportionalitetsprincipen.

De nya bestämmelserna om avtalsvillkor och uppföljning kommer att medföra nya uppgifter för både regionerna och vårdgivarna.[50] Vissa regioner ställer redan liknande villkor och för dem innebär förslaget inte någon ökad arbetsbörda. Utredningen har övervägt om de nya avtalsvillkoren skulle kunna medföra att det lämnas färre anbud och att det därmed blir en minskad konkurrens. Utredningen bedömer dock denna risk som liten. De nya avtalsvillkoren handlar om att säkerställa en god och patientsäker vård. Utredningen har svårt att se att vårdgivarna inte vill bidra till en sådan vård. Utredningen vill dock betona att det är viktigt att formulera kraven och definiera behoven i kravställningen på ett så tydligt sätt att leverantören förstår vad den förväntas leverera under hela kontraktsperioden. Sammanfattningsvis anser utredningen att de nya avtalsvillkor som utredningen föreslår är rimliga och proportionerliga. Utredningen bedömer även i övrigt att förslaget överensstämmer med det upphandlingsrättsliga regelverket.

13.4.6 I nuläget behövs inte mer detaljerade regler

Utredningen har bedömt att det inte är lämpligt att i lag ange exakt vilka villkor som bör anges i avtalen, eftersom en bedömning av vilka krav som är lämpliga att ställa måste anpassas utifrån avtalssituationen. Det är regionen som har ansvar för hälso- och sjukvården i sin region och kan anpassa många aspekter av hälso- och sjukvården till regionala och lokala förhållandena, t.ex. utifrån geografi eller demografi. Det är samtidigt viktigt att lika fall behandlas lika även mellan

[50] Se kapitel 16 om konsekvensanalys.

regionerna utifrån de grundläggande principerna och bestämmelserna om en jämlik vård och vård på lika villkor för hela befolkningen.

Förslaget om nya avtalsvillkor och uppföljning kan innebära nya arbetsuppgifter för de regioner som inte redan använder sig av sådana villkor. T.ex. kan nya rutiner och mallar behöva tas fram. I syfte att underlätta avtalsskrivandet och uppföljningen samt att skapa en enhetlighet både inom och mellan regionerna har utredningen övervägt om förslag om mer detaljerade regler bör tas fram. Regeringen uttalade i samband med att bestämmelsen om särskilda avtalsvillkor infördes i 15 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, att Socialstyrelsen till ledning för sjukvårdshuvudmännen skulle behandla entreprenadavtalens innehåll i allmänna råd.[51] Några sådana allmänna råd finns dock inte. Utredningen känner inte heller till att det har förts någon diskussion om att sådana allmänna råd skulle tas fram eller huruvida man har bedömt att sådana allmänna råd är nödvändiga.

Redan i dag samarbetar regionerna och stöttar varandra vad gäller mallar och rutiner för avtalsskrivande och uppföljning. Utredningen bedömer det inte som nödvändigt att i dagsläget föreslå mer detaljerade regler om avtalsvillkoren. Däremot är det viktigt att följa hur regionerna använder sig av de nya villkoren, se förslaget om uppföljning i kapitel 14.1. Det finns flera myndigheter och aktörer som, om behov finns, skulle kunna anses vara lämpliga att ta fram mer detaljerade regler eller riktlinjer för avtalsskrivande och uppföljning. T.ex. kan såväl IVO som Socialstyrelsen bedömas som lämpliga. Upphandlingsmyndigheten och Konkurrensverket skulle vidare kunna bedömas som lämpliga aktörer för att ta fram upphandlingsrättsliga riktlinjer. Även SKR skulle kunna bedömas som en lämplig aktör i detta. Det kan också bedömas lämpligt att regeringen preciserar lagbestämmelsen i en förordning. För det fall regler ska tas fram på förordnings- eller myndighetsföreskriftnivå behövs bemyndigande.

[51] Prop. 2004/05:89, s. 22.

13.4.7 Tillsyn över de nya bestämmelserna

För att regler ska få avsedd effekt och säkra en likformighet i tillämpningen är det viktigt med tillsyn. För följsamhet till själva avtalet och vilka sanktioner som kan bli aktuella om avtalet inte följs, gäller framför allt det upphandlingsrättsliga regelverket.

Avseende regionens skyldighet att ange villkoren i avtalet, noterar utredningen att det redan i dag finns en bestämmelse om avtalsvillkor i 15 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. I samband med införandet av den bestämmelsen fördes inte några särskilda resonemang om tillsyn över den bestämmelsen. Inte heller i propositionen *Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård*, fördes några resonemang om tillsynen i anslutning till förslaget om nya avtalsvillkor.[52] I förarbetena till bestämmelsen som gällde åren 2006–2007, fördes dock resonemang kring tillsynen med anledning av Lagrådets yttrande och kritiken mot att det saknades direkta sanktioner kopplade till överträdelser av den föreslagna bestämmelsen. Regeringen uttalade att det kunde diskuteras om sanktioner borde införas som riktar sig mot regioner som inte följer de föreslagna bestämmelserna och hänvisade till tidigare regler om minskade statsbidrag. Regeringen fann dock i det lagstiftningsärendet inte tillräckliga skäl för att införa ett särskilt överprövningsförfarande. Regeringen bedömde att de möjligheter till överprövning som redan fanns, dvs. möjligheten till laglighetsprövning enligt kommunallagen och överprövning enligt det upphandlingsrättsliga regelverket, var tillräckliga för att säkerställa att den föreslagna regleringen efterlevdes och föreslog inte några särskilda sanktioner.

Utredningen kan konstatera att det inte finns några bestämmelser om tillsyn i HSL. Bestämmelser om IVO:s tillsyn återfinns i patientsäkerhetslagen (2010:659) och fokuserar främst på vårdgivaren och hälso- och sjukvårdspersonalen. När regionen har lämnat över vården till en privat utförare är det denne som är vårdgivare och inte regionen. IVO har i två rapporter nyligen resonerat kring myndighetens tillsynsansvar över regionerna i egenskap av huvudmän. IVO uttalar följande i sin förstudie:

[52] Prop. 2016/17:166.

> I en tillsyn med systemperspektiv bedömer förstudien att IVO bör granska hur huvudmännen tar ansvar för att kontrollera och följa upp att verksamheten som bedrivs av privata utförare följer de föreskrifter som finns om vård på lika villkor och/eller vård efter behov.[53]

IVO har haft regeringens uppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet i vården och att lämna förslag på hur tillsynen kan utvecklas.[54] I rapporten skriver IVO följande om tillsynen över regionen i egenskap av huvudman:

> IVO ser flera fördelar med tillsyn på huvudmannanivå ur ett patientsäkerhetsperspektiv, till exempel när det gäller regionernas ansvar att erbjuda en god hälso- och sjukvård och vårdgaranti. Det kan även handla om att granska hur huvudmännen styr och följer upp privata utförare som verkar inom deras område.[55]

Vidare uttalar IVO följande:

> Ansvaret för en patientsäker tillgänglighet vilar på huvudmän, vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal. Vi bedömer att tillsynen har tillräckliga rättsliga möjligheter att agera mot vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal. IVO saknar i dag befogenheter att besluta om rättsligt bindande åtgärder mot huvudmän. Vi bedömer därmed att tillsynen inte har tillräckliga rättsliga möjligheter att agera mot huvudmän, i de fall frivillig rättelse inte sker. Vi menar att intresset av en effektiv tillsyn på alla ansvarsnivåer talar för att IVO bör ha befogenhet att besluta om sanktioner i form av föreläggande, med eller utan vite, mot huvudmän. Rättssäkerhetsskäl talar också för att IVO:s tillsynsåtgärder mot huvudmän i vissa fall bör kunna prövas i domstol. Eftersom frågan rör avvägningen mellan statens kontrollmakt och det kommunala självstyret överlämnar vi till lagstiftaren att utreda den.[56]

Utredningen instämmer i IVO:s bedömning att det är viktigt att tillsynsmyndigheten kan vidta åtgärder mot regionerna i egenskap av huvudmän. Att tillsynsmyndigheten kan kontrollera alla ansvarsnivåer på hälso- och sjukvårdens område är viktigt för allmänhetens förtroende för hälso- och sjukvården. Utredningen lämnar också flera förslag i syfte att stärka IVO:s tillsynsmöjligheter, se kapitel 13.6.

Utredningen bedömer att det finns ett intresse från regionernas sida att säkerställa att en vårdgivares övriga uppdrag inte negativt påverkar den offentligfinansierade vården. Utredningen bedömer att

[53] IVO förstudie (2020), s. 21.
[54] IVO 2021-7.
[55] IVO 2021-7, s. 83.
[56] IVO 2021-7, s. 83.

regionerna vill ta sitt ansvar i egenskap av huvudmän för den offentligfinansierade vården när den utförs av privata vårdgivare och således kommer att skriva in särskilda villkor som rör vårdgivarens övriga uppdrag i avtalen.

Som beskrivs i kapitel 13.3 finns det, vid sidan av en granskning via tillsynen, andra sätt att granska regionernas efterlevnad. Den enskilda kan t.ex. begära laglighetsprövning med stöd av bestämmelserna i 10 kap. kommunallagen (2017:725). I 12 kap. samma lag finns bestämmelser om kommunal revision.

13.4.8 Det föreslås inte några nya bestämmelser avseende den s.k. nationella taxan

I lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF,[57] anges att en läkare respektive en fysioterapeut som begär läkarvårdsersättning respektive ersättning för fysioterapi ska medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Flera regioner har i kontakten med utredningen uttryckt ett önskemål om tydligare bestämmelser för att underlätta den uppföljningen. I SOU 2020:19 föreslås att dessa lagar ska upphävas. Förslaget är föremål för beredning i Regeringskansliet. För det fall LOL och LOF inte upphävs rekommenderar därför utredningen att en översyn av dessa regler görs i relation till utredningens föreslagna tillägg i 15 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

13.5 Tystnadspliktsgränsen mellan den privata vårdgivaren och regionen

Utredningens bedömning: Förslagen i SOU 2021:4 bör genomföras i syfte att möjliggöra för de privata vårdgivarna att, utan hinder av tystnadsplikt, lämna uppgifter till regionen i egenskap av huvudman.

[57] Dessa lagar brukar benämnas den s.k. nationella taxan., se kapitel 3.7.6.

Skälen för utredningens bedömning: I kapitel 6.5.4 beskrivs den tystnadspliktsgräns som finns mellan privata vårdgivare i förhållande till den region som är huvudman för vården. Tystnadsplikten innebär att den privata vårdgivaren inte får lämna uppgifter som omfattas av tystnadsplikten till regionen, t.ex. uppgifter om enskildas hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden.

Utredningens förslag förutsätter inte att uppgifter som omfattas av tystnadsplikt måste överlämnas från den privata vårdgivaren till regionen. Informationen torde kunna vara på en mer övergripande nivå, t.ex. hur vårdgivaren har utformat verksamheten vad gäller prioriteringar och bedömning av det medicinska behovet hos patienterna. Flera aktörer har dock till utredningen lyft att det finns en osäkerhet i allmänhet, dvs. bortsett från frågan om privata sjukvårdsförsäkringar, vilka uppgifter de privata vårdgivarna, på grund av tystnadsplikten, får lämna till regionerna i egenskap av huvudmän. Utredningen har därför utrett denna fråga närmare.

Flera andra utredningar och myndigheter har påtalat utmaningarna med tystnadsplikten och lämnat förslag till lagändringar. Exempelvis lämnade Välfärdsutredningen år 2017 ett förslag som innebar att tystnadsplikten bröts på området.[58] Många av remissinstanserna var positiva till Välfärdsutredningens förslag om uppgiftsskyldighet men förslaget har inte genomförts.[59] Upphandlingsmyndigheten har i skrivelser till regeringen påtalat problem som rör hur personuppgifter ska behandlas i samband med uppföljningen av avtal.[60]

I betänkandet *Informationsöverföring inom vård och omsorg* (SOU 2021:4) av Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg, lämnas ett förslag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning. Det är ett frivilligt system för vård- och omsorgsgivare att elektroniskt dela dokumentation. I betänkandet föreslås en ny lag med namnet ”lagen om sammanhållen vård och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning”.

Det som är intressant för denna utredning är framför allt de ökade möjligheterna att dela uppgifter som hänger samman med kvalitetsuppföljning, som den föreslagna nya lagen ger. Förslaget innebär att det införs en sekretessbrytande bestämmelse som gäller

[58] SOU 2017:37, s. 144.
[59] Datainspektionen avstyrkte dock förslaget, se yttrande 2017-09-07 1243-2017.
[60] Upphandlingsmyndighetens skrivelse till Finansdepartementet, UHM-2019-0284.

för kvalitetsuppföljning i den offentligt finansierade verksamheten. Eftersom vårdpersonal vid privata vårdgivare inte omfattas av sekretessreglerna i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), utan av regler om tystnadsplikt i patientsäkerhetslagen (2010:659), resonerar utredningen kring om det behövs någon bestämmelse om uppgiftsskyldighet som bryter tystnadsplikten på området. I betänkandet gör Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg bedömningen att

> sådan reglering inte krävs, utan att privata vård- och omsorgsgivare, trots reglerna om tystnadsplikt, kan lämna ut uppgifter för kvalitetsuppföljning med stöd av förarbetsuttalandena om att utlämnande från en privat vård- eller omsorgsgivare inte är att anse som ett obehörigt utlämnande om det sker i överensstämmelse med motsvarande regler i offentlighets- och sekretesslagen för offentliga vård- och omsorgsgivare.[61]

För denna utrednings räkning är det viktigt att undersöka vad som avses med begreppet kvalitetsuppföljning i förslaget och om det omfattas av vad denna utredning tar upp kring regioners uppföljning av privata vårdgivare och regionernas information från de privata vårdgivarna.

I SOU 2021:4 anges att kvalitetsuppföljning avser ”olika åtgärder som i vid mening syftar till och är ägnade att utveckla kvaliteten inom vård- och omsorg”.[62] Ett exempel som nämns är att en beställare av en hälso- och sjukvårdstjänst, dvs. huvudmannen, följer upp att den privata vårdgivaren ger patienterna den insats som har beställts. Beställaren kan då analysera insatsens kvalitet utifrån olika aspekter. Vidare kan beställaren följa upp medicinsk och annan kvalitet samt insatsernas kostnadseffektivitet och produktivitet. I SOU 2021:4 tas det upp att kvalitetsuppföljning inte ska användas för att följa upp hur vården fallit ut på individnivå, utan kvalitetsuppföljning är något som ska ske på verksamhetsnivå och ta sikte på större skeenden och processer. I den föreslagna lagen finns flera kriterier och preciseringar kring när bestämmelserna om kvalitetsuppföljning kan användas.

Även om Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg anser att begreppet kvalitetsuppföljning ska ges en vid

[61] SOU 2021:4, s. 640.
[62] SOU 2021:4, s. 504.

tolkning faller saker som tillsyn, administration och planering av verksamhet utanför begreppet.[63]

Betänkandet har remitterats och är föremål för beredning inom Regeringskansliet.

Denna utredning delar de bedömningar som har gjorts i tidigare betänkanden, skrivelser m.m. om att det är viktigt att regionen i egenskap av huvudman kan få tillräcklig kunskap från de privata vårdgivarna och att tystnadsplikten i patientsäkerhetslagen i dag kan hindra en sådan informationsöverföring. Denna utredning bedömer att de förslag som Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg lämnar, kommer att underlätta informationsöverföringen från privata vårdgivare till regionerna. Denna utredning bedömer därför att förslaget bör genomföras då det kommer att underlätta regionernas uppföljning av privata vårdgivare när en region avtalat med en privat vårdgivare att utföra uppgifter åt regionen. Utredningen noterar att det föreslås att systemet ska vara frivilligt för vård- och omsorgsgivare att använda.

13.6 Förstärkning av IVO:s tillsyn över hälso- och sjukvården

Utredningens förslag: Anmälningsskyldigheten till IVO:s vårdgivarregister ska även avse uppgifter om hur vården är finansierad och om vårdgivaren har flera uppdragsgivare och hur den vården i sådana fall är finansierad. Vårdgivarregistret ska få innehålla denna information.

IVO:s tillsyn ska bedrivas i förebyggande syfte.

IVO ska få meddela de förelägganden som behövs för efterlevnaden av reglerna om anmälan till vårdgivarregistret. Beslut om föreläggande ska få förenas med vite. Beslut om sådana förelägganden ska få överklagas. Nuvarande straffbestämmelse om möjlighet att utdöma böter i dessa situationer ska avskaffas.

Utredningens bedömning: IVO bör fortsätta att utveckla tillsynen över hälso- och sjukvården i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård samt bidra till ökad kunskap om privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården.

[63] SOU 2021:4, s. 742.

IVO:s möjlighet att få tillgång till uppgifter hos myndigheter och aktörer för att användas i tillsynen över hälso- och sjukvården bör utredas särskilt.

Skälen för utredningens förslag och bedömning:

13.6.1 Det saknas praxis från tillsynsmyndigheten om privata sjukvårdsförsäkringar

Som beskrivs i kapitel 12.5 anser utredningen att staten bör ta sitt ansvar för frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar genom att säkerställa en effektiv tillsyn över hälso- och sjukvården. Staten bör även möjliggöra tillgång till data och kunskapsuppbyggnad om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Ökad kunskap bidrar till ett tydligare rättsläge för regionerna, vårdgivarna, patienterna och allmänheten i stort.

Som beskrivs i kapitel 8 har tillsynsmyndigheten IVO inte utövat tillsyn med fokus på hälso- och sjukvård som rör frågor om privata sjukvårdsförsäkringar. IVO har inte heller utövat tillsyn över privata vårdgivare som bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård i syfte att kontrollera om den privatfinansierade vården påverkar den offentligfinansierade vården i negativt hänseende i form av patientsäkerhetsrisker. Vidare saknas i princip praxis från tillsynsmyndigheten om hur bestämmelserna i 3 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och då särskilt reglerna om behovs-solidaritetsprincipen och etiska plattformen ska tolkas och tillämpas.[64] Det saknas även andra typer av stödjande dokument från IVO i frågan.

De allmänna råd, som regeringen föreslog skulle tas fram till ledning för sjukvårdshuvudmännen rörande entreprenadavtalens innehåll, har inte utarbetats.[65] Utredningen känner inte heller till att IVO har arbetat förebyggande kring just frågan om privatfinansierad vård. IVO beskriver dock i en förstudie myndighetens tolkning av behovs-solidaritetsprincipen i relation till frågan om privata sjukvårdsförsäkringar och resonerar kring hur en framtida tillsyn av frågan skulle kunna bedrivas.[66]

[64] IVO har nyligen fattat ett tillsynsbeslut, se kapitel 8.3.
[65] Prop. 2004/05:89, s. 21.
[66] IVO förstudie (2020).

Som beskrivs i kapitel 8 gäller bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården, även när en privat vårdgivare bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Vården ska således ges efter behov. Vidare beskrivs i kapitel 8 att utredningen inte utifrån lagtext och förarbeten kan utläsa att olika väntetider/tidsgränser är i strid med behovs-solidaritetsprincipen. Författnings- eller avtalsreglerade väntetider är underordnade principen om vård efter behov. Så länge den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården, kan utredningen inte finna att det skulle vara otillåtet med olika väntetider/tidsgränser.

Huruvida aktörer i en enskild situation agerat i strid med behovs-solidaritetsprincipen och inte ger vård efter behov, är dock en uppgift för IVO att undersöka, t.ex. om vårdgivaren inte gör en medicinsk bedömning utan enbart prioriterar utifrån vad som anges i avtalet om väntetider/tidsgränser. IVO kan då behöva granska om patienter med mindre behov får vård före patienter med större behov endast för att dessa patienter har en privat sjukvårdsförsäkring och om det leder till att patienterna utsätts för patientsäkerhetsrisker. I IVO:s förstudie om privata sjukvårdsförsäkringar beskrivs att långa väntetider ökar risken för fördröjd diagnos och behandling, vilket kan leda till sämre hälsoprognos. Väntetider kan också leda till oro, stress och rädsla för patienten i väntan på att få kontakt med vården eller att få en behandling. Väntetider kan därför enligt IVO ha stor inverkan på en persons hälsorelaterade livskvalitet.[67]

13.6.2 IVO:s pågående utvecklingsarbete av tillsynen

En anledning till att det saknas praxis rörande privata sjukvårdsförsäkringar kan vara att IVO inte har sett behov av att inleda tillsyn. Av förstudien framgår inte heller att IVO har behov av t.ex. några författningsändringar för att kunna utföra tillsyn i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. IVO har i dagsläget dock inte bestämt om en tillsyn som rör frågor om privata sjukvårdsförsäkringar ska inledas. Det är därför ovisst huruvida en sådan tillsyn verkligen kommer att kunna genomföras och vilka eventuella svårigheter som kan finnas.

[67] IVO förstudie (2020), s. 3.

IVO har de senaste åren inlett ett intensivt arbete med att utveckla myndighetens tillsyn. IVO har även till regeringen påtalat att det krävs ytterligare resurser av långsiktig karaktär.[68] Mot bakgrund av IVO:s ambition att förändra tillsynsverksamheten, de omfattande förslag som IVO har lämnat avseende förändringar för att underlätta bl.a. datadriven tillsyn samt mot bakgrund av avsaknad av praxis framstår det för utredningen som troligt att det finns ett förändringsbehov även avseende förutsättningarna för IVO:s tillsyn över de grundläggande bestämmelserna och principerna i hälso- och sjukvården. Det ska även nämnas att IVO till utredningen framfört önskemål om förslag som kan stärka tillsynen över hälso- och sjukvården.

I det följande beskrivs översiktligt IVO:s pågående utvecklingsarbete av relevans för tillsynen över hälso- och sjukvården inklusive frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar.

För att få ytterligare kontroll och bättre överblick över brister och risker i vården och omsorgen har IVO inlett ett brett utvecklingsarbete för att i tillsynen och tillståndsprövningen använda den kunskap som samlas in i digitala system. Ytterst syftar utvecklingsarbetet till att IVO ska bli ännu mer effektivt och träffsäkert i arbetet att bidra till en säker vård och omsorg av god kvalitet för alla som är i behov av den.[69]

Bakgrunden till IVO:s utvecklingsarbete är ett antal uppdrag från regeringen men också den kritik som Riksrevisionen uttalade i en granskning av IVO år 2019 där ett flertal brister i IVO:s tillsyn påtalades. Riksrevisionen konstaterade att ”IVO inte genomfört någon större mängd samlad tillsyn för att belysa frågor som är viktiga för grupper av människor eller risker som finns på systemnivå inom vården och omsorgen”.[70] Riksrevisionen rekommenderade IVO att utveckla styrningen och ledningen för att tillsynsverksamheten ska få nödvändiga förutsättningar att utföra uppdraget och tar särskilt upp att det finns behov att förbättra myndighetens it-stöd.

Statskontoret beskriver senare i rapporten *På väg mot en bättre tillsyn? En studie av den statliga tillsynens utveckling*, att IVO har utvecklat sin verksamhet som ett svar på den kritik som har funnits och att IVO i dag strävar efter att göra tillsynen mer verksamhetsanpassad, dialogbaserad och brukarnära, för att på så sätt bidra till

[68] IVO 2021-2, s. 6 och IVO 2021-3.
[69] IVO 2021-2, s. 6 och IVO 2021-3.
[70] RiR 2019:33, s. 55.

verksamhetens utveckling. Statskontoret skriver vidare att en tillsyn som inriktas på mer kvalitativa aspekter kan bli mer träffsäker och minska den administrativa bördan för de tillsynade och att myndigheter genom att prioritera dialog och muntlig kommunikation på bekostnad av skriftlig dokumentation kan rikta tillsynen mot de värden som är viktiga för de tillsynade. IVO anges som ett exempel på en tillsynsmyndighet som har gått i den riktningen.[71]

IVO har i flera rapporter beskrivit sitt utvecklingsarbete och uppger att det är nödvändigt att myndigheten arbetar mer datadrivet.[72] I rapporterna slår IVO fast att myndigheten behöver ändra interna arbetssätt och utredningsmetoder så att myndigheten arbetar mindre manuellt och mer databaserat. Med ett mer datadrivet arbetssätt kommer IVO då kunna rikta sina resurser mot verksamheter med flest risksignaler både på system- och enhetsnivå. Därtill kan databaserade analyser stärka IVO:s tillsynsarbete, t.ex. i form av förmåga att förutse risk och identifiera avvikelser. Exempel på detta kan vara att genom analys av externa produktionsdata identifiera patientflöden som kan utgöra patientrisk, eller att via kommunala omsorgsdata identifiera och flagga för avvikelser som kräver vidare tillsyn från IVO:s sida.

I två rapporter, som fokuserar på bl.a. assistansanordnare, lämnar myndigheten ett flertal förslag på författningsändringar i form av nya sekretessbrytande bestämmelser mellan myndigheter, nya uppgiftsskyldigheter, anmälningsskyldigheter och utökade möjligheter att meddela sanktionsavgift m.m. Förslagen bereds inom Regeringskansliet.

I rapporten *Regeringsuppdrag att bidra till lärande under utbrottet av covid-19 och inför framtida sjukdomsutbrott*, skriver IVO att det är relevant att utreda om myndigheten bör omfattas av statistikförordningen (2001:100) och göras till officiell statistikmyndighet med ansvar för resultat- och kvalitetsstatistik inom vård och omsorg på mikronivå.[73]

I regleringsbrevet för 2021 till IVO anger regeringen att IVO ska effektivisera tillsyns- och tillståndsverksamheten och anger närmare att IVO ska ha en väl fungerande datainfrastruktur som främjar en strategisk och effektiv tillsyns- och tillståndsverksamhet. Vidare ska

[71] Statskontoret (2020).
[72] Se rapporterna IVO 2021-2, IVO 2020-11, IVO 2020-12 och IVO 2021-4.
[73] Regeringsuppdrag att bidra till lärande under utbrottet av covid-19 och inför framtida sjukdomsutbrott, s. 29.

IVO utveckla automatiserad inhämtning av information samt datadrivna analysmodeller som kan användas för att effektivisera tillsynen och tillståndsprövningen. Av IVO:s återrapportering ska framgå hur myndigheten har utvecklat informationsinhämtningen och i vilken utsträckning datadrivna analysmodeller används inom tillsynen och tillståndsprövningen. IVO ska ha en väl fungerande datainfrastruktur och ska utveckla automatiserad inhämtning av information.

I regleringsbrevet för 2021 till IVO anges även ett nytt uppdrag som avser IVO:s förebyggande strategiska tillsyn av hälso- och sjukvården. IVO ska inkomma med underlag som innehåller förslag vad gäller utveckling av myndighetens förebyggande tillsyn avseende patientsäkerhetsrisker inom hälso- och sjukvården. IVO ska särskilt beakta behovet av samarbete och gemensamma tillsynsinsatser med andra berörda aktörer, bl.a. Arbetsmiljöverket, i syfte att genomföra utredningar som kan peka på sådana risker för patienter som kan hänföras till brister på systemnivå. Myndigheten ska beskriva konsekvenserna av eventuella förslag. En delredovisning ska ske senast den 1 december 2021 och uppdraget ska slutredovisas senast den 1 december 2022.

I juni 2021 lämnade IVO rapporten *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Slutredovisning av regeringsuppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet och lämna förslag på hur tillsynen kan utvecklas*. IVO skriver att myndigheten behöver utveckla tillsynen av befolkningens tillgänglighet till hälso- och sjukvården på lika villkor och av risker med väntetider. En del i en utvecklad tillsyn handlar om att IVO behöver data om väntetider i hela vårdkedjan. Data i befintliga register svarar inte fullt ut mot tillsynens behov. IVO utvecklar därför metoder för att granska stora mängder patientjournaler och att göra många patienter och närstående delaktiga i tillsynen.[74]

[74] IVO 2021-7, s. 4 f.

13.6.3 Behov av bättre förutsättningar och verktyg för tillsynen över hälso- och sjukvården

En väl fungerande tillsyn av hälso- och sjukvården är en grundläggande fråga för allmänhetens förtroende för sjukvården. IVO har som tillsynsmyndighet en central roll att uppmärksamma brister i patientsäkerheten och att agera utifrån dessa risker. Det är IVO och domstolar, som kan konstatera om reglerna i hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen efterlevs och som således kan ge aktörer ledning hur den etiska plattformen med behovs-solidaritetsprincipen ska tolkas.

För att IVO ska kunna ta sitt ansvar som tillsynsmyndighet över hälso- och sjukvården inklusive frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar och deras påverkan på den offentligfinansierade vården, bedömer utredningen att IVO behöver utveckla arbetssätten men också ges nya rättsliga förutsättningar.

Utredningens förslag syftar till att ge både regionerna, i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården, och IVO, i egenskap av tillsynsmyndighet över hälso- och sjukvården, bättre förutsättningar att ta sitt ansvar. Utredningen menar att förslagen som riktar sig till regionerna respektive IVO bör utformas så lika som möjligt eftersom syftet med förslagen är detsamma. Regionerna ges bättre förutsättningar att ta ansvar för kontroll och uppföljning av den offentligfinansierade vården medan IVO ges bättre förutsättningar att ta sitt ansvar som tillsynsmyndighet över all hälso- och sjukvård. Det handlar således inte om något nytt ansvar utan om att ge aktörerna bättre förutsättningar att kunna ta ansvaret.

I det följande beskrivs de förslag som utredningen lämnar. Dessa förslag riktar sig mot all hälso- och sjukvård och alla vårdgivare. Det innebär att både den offentligfinansierade och den privatfinansierade vården omfattas av förslagen som rör IVO:s tillsyn. Det handlar om privata vårdgivare som enbart bedriver vård på uppdrag åt regionen, vårdgivare som har flera uppdragsgivare (t.ex. bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård) samt de privata vårdgivare som inte bedriver vård på uppdrag av regionen utan endast bedriver privatfinansierad vård.

13.6.4 Anmälan av fler uppgifter till vårdgivarregistret

Det saknas i dag tillräckligt med uppgifter om finansiering och andra relevanta data för att IVO ska kunna granska privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården.

Utredningen konstaterar att det av gällande lagstiftning framgår att den verksamhet som står under IVO:s tillsyn är skyldig att på begäran lämna över de handlingar, prover och annat material som rör verksamheten och lämna de upplysningar om verksamheten som IVO behöver för sin tillsyn. Detta förutsätter dock att det finns tillräckliga data för IVO att begära in samt att IVO vet om att uppgifterna behöver inhämtas från just de aktörerna. Uppgifter som kan vara nödvändiga för IVO:s tillsyn i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar kan vara individdata, bl.a. om det medicinska behovet och om väntetider men också uppgifter från årsredovisningar och vad försäkringsbolagen faktiskt betalar för den vård de köper.[75]

IVO får i dag uppgifter om vårdgivare via ett anmälningsförfarande som registreras i det s.k. vårdgivarregistret. Till skillnad från på andra områden krävs inte ett tillstånd från IVO för att bedriva hälso- och sjukvård utan lagstiftaren ansåg att ett anmälningsförfarande för hälso- och sjukvårdsverksamhet är ett bättre alternativ än en tillståndsprövning. Bestämmelserna om anmälningsskyldighet har varit i princip oförändrade sedan motsvarande bestämmelser infördes i 6 och 8 kap. lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, förkortad LYHS.[76]

I förarbetena till bestämmelserna om anmälningsskyldighet anges att syftet med anmälan till vårdgivarregistret är att ge grundläggande information till Socialstyrelsen (som då var tillsynsmyndighet över hälso- och sjukvården innan ansvaret flyttades till IVO år 2013). Det blir sedan en fråga för tillsynen att följa upp och kontrollera hur verksamheten sköts.[77] I förarbetena anges att anmälan ska innehålla grundläggande uppgifter för att Socialstyrelsen ska kunna få en uppfattning om vilken typ av verksamhet det är fråga om. Det konstateras även att ett sådant begränsat uppgiftslämnande ger ett underlag för att kunna bedöma verksamhetens risknivå och bedöma

[75] Se IVO förstudie (2020), s 19 f.
[76] Prop. 1995/96:176, s. 69 ff., 76 f. och 95 och prop. 2005/06:63, s. 28 f. och 37.
[77] Prop. 1995/96:176, s. 48.

det framtida behovet av tillsyn.[78] I förarbetena nämns vissa verksamheter som kan vara av särskilt intresse med hänsyn till patientsäkerheten. I förarbetena uttalas att eftersom anmälan endast innehåller basuppgifter om verksamheten ska kravet på anmälan i första hand ses som ett signalsystem. Regeringen uttalade att den anser att det för Socialstyrelsens del innebär väsentliga fördelar att få förhandsinformation i stället för att ställas inför fullbordat faktum. Det kan också vara bra för vårdgivaren att i planeringsfasen tvingas precisera sådana grundläggande frågor som ska redovisas i anmälan och att tidigt få en kontakt med tillsynsmyndigheten.[79]

I LYHS fanns en bestämmelse om att anmälan skulle innehålla information om vissa uppdragstagare eller entreprenadavtal. I förarbetena till denna bestämmelse anges följande.

> Det förhållandet att huvudmannen för en anmälningspliktig verksamhet avser att anlita extern utförare av medicinska laboratoriearbeten, i stället för att bedriva denna del av verksamheten i egen regi, är en betydelsefull upplysning för tillsynsmyndigheten och bör följaktligen vara en obligatorisk uppgift i anmälan. Om ett entreprenadavtal ingås eller sägs upp i en pågående verksamhet är detta normalt att betrakta som en så stor förändring att den ska anmälas särskilt. Anmälan innebär, som tidigare påpekats, inte några inskränkningar i huvudmannens eget ansvar för avtalets konstruktion och den nödvändiga kvalitetskontrollen.[80]

Denna bestämmelse fördes dock inte över till patientsäkerhetsförordningen (2010:1369).

Genom den anmälningsskyldighet och det vårdgivarregister som IVO ansvarar för, får IVO således kännedom om de verksamheter som myndigheten har tillsynsansvar över. Av patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att alla vårdgivare, oavsett finansieringsform, ska anmäla till IVO att den avser bedriva verksamhet som omfattas av myndighetens tillsyn. Även förändringar i verksamheten ska anmälas. I patientsäkerhetsförordningen och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1998:13) om anmälan av verksamheter på hälso- och sjukvårdens område, anges vilka uppgifter anmälan ska innehålla. Den som uppsåtligen eller av oaktsamhet påbörjar, flyttar eller väsentligt ändrar en verksamhet som omfattas av tillsyn enligt

[78] Prop. 1995/96:176, s. 71.
[79] Prop. 1995/96:176, s. 75.
[80] Prop. 1995/96:176, s. 73.

patientsäkerhetslagen utan att ha gjort föreskriven anmälan döms till böter.[81]

Av patientsäkerhetslagen framgår att IVO ska föra ett automatiserat register över anmälda verksamheter enligt patientsäkerhetslagen. Det sker i vårdgivarregistret. Registret får användas för tillsyn och forskning samt för framställning av statistik. I förordningen anges att registret bl.a. får innehålla uppgifter om verksamhetens inriktning och omfattning. Registret får inte innehålla uppgifter om enskilda patienter.

Som beskrivs i kapitel 7 har det framförts kritik mot vårdgivarregistret då inrapporteringen delvis är bristfällig och då sanktioner i form av böter inte har bedömts vara ändamålsenliga. Utredningen har övervägt olika alternativ för att stärka IVO:s tillsyn över frågan om privata sjukvårdsförsäkringar i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård.

Utredningen har övervägt om det bör inrättas ett särskilt register som avser just uppgifter om finansiering och/eller privata sjukvårdsförsäkringar och där det även finns uppgifter om patientens medicinska behov och väntetider. Utredningen anser dock att det är rimligt att befintliga register hos IVO används men byggs ut och utvecklas. IVO har uppgett att det pågår ett internt utvecklingsarbete med myndighetens register och där vårdgivarregistret är prioriterat. Bl.a. byggs e-tjänster för att underlätta anmälningsförfarandet och det ska vidtas olika åtgärder för att höja anmälningsfrekvensen.

Utredningen föreslår att vårdgivarregistret utvidgas så att det innehåller uppgifter som kan underlätta IVO:s tillsyn över hälso- och sjukvården inklusive frågan om privata sjukvårdsförsäkringar.

All verksamhet oavsett finansieringsform ska redan i dag anmälas till IVO. Av anmälningsblanketten framgår att det i anmälan ska anges om vårdgivaren är offentlig eller privat. Finansieringsform ska dock inte anmälas. Inte heller ska det anmälas om den privata vårdgivaren har flera uppdragsgivare, t.ex. både regioner och försäkringsbolag, och hur den vården i sådana fall är finansierad. Sådan information måste IVO således begära in med stöd av 7 kap. 20 § patientsäkerhetslagen.

Utredningen anser att IVO automatiskt bör få tillgång till uppgifter om finansieringsform och om vårdgivaren har flera uppdragsgivare och hur de olika verksamheterna i sådana fall är finansierade.

[81] 10 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Uppgifterna bör finnas i vårdgivarregistret. Sådana bestämmelser kan meddelas inom ramen för regeringens restkompetens enligt 8 kap. 13 § första stycket 2 regeringsformen.[82] Utredningen föreslår därför att dessa förändringar sker i patientsäkerhetsförordningen och tillhörande föreskrifter. Syftet med att anmäla flera uppdragsgivare är att IVO får kunskap om vårdgivaren bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. För uppgifter hos IVO gäller bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Motsvarande bestämmelser föreslås för regionerna där utredningen föreslår att det i avtalen ska anges huruvida den privata vårdgivaren har flera uppdragsgivare och hur de verksamheterna är finansierade.

Utredningen anser att kunskap om finansieringsform är intressant även i de fall vårdgivaren bara har en uppdragsgivare. Exempelvis torde det vara viktigt att veta om det är fråga om en privat vårdgivare som bedriver offentligfinansierad vård eller om det är en privat vårdgivare som enbart bedriver privatfinansierad vård. Det torde även vara intressant att känna till de fall där regionen bedriver vård som inte finansieras med offentliga medel, t.ex. vid tjänsteexport.

Hur anmälningsskyldigheten bör utformas i detalj bör överlämnas till IVO att avgöra i samband med revidering av anmälningsblanketten och föreskriften. Förfarandet bör utformas på ett så enkelt och smidigt sätt som möjligt. En fråga som behöver övervägas är vad som ska avses med uppdragsgivare t.ex. vad gäller privatbetalande patienter. Syftet med anmälningsskyldigheten är framför allt att ge IVO kunskap om att det förekommer privatfinansierad vård hos vårdgivaren, inte omfattningen eller det exakta antalet direktbetalande patienter.

Det är viktigt att IVO har tillgång till aktuella uppgifter. Av nuvarande bestämmelser följer att anmälan till IVO ska ske senast en månad innan verksamheten påbörjas. Det kan vara så att vårdgivare får nya uppdragsgivare efter att verksamheten har påbörjats eller att det sker andra förändringar efter anmälan. Sker det förändringar vad gäller uppdragsgivarna bör detta, enligt utredningens uppfattning, vara en sådan förändring som ska anmälas till IVO. Det behövs även särskilda övergångsbestämmelser, se kapitel 15.

[82] Prop. 2009/10:210, s. 192. Se även upplysningsbestämmelsen i 2 kap. 3 § patientsäkerhetslagen.

Att vårdgivarregistret kommer innehålla uppgifter om finansieringsform och om vårdgivaren har flera uppdragsgivare, kan vara av betydelse för externa aktörer som efterfrågar uppgifter från IVO:s vårdgivarregister. Som beskrivs i kapitel 6.6.1 inhämtar t.ex. vissa regioner uppgifter från vårdgivarregistret i samband med upphandlingar.

Som beskrivs i kapitel 5.5 finns det legitimerad vårdpersonal på försäkringsbolagen som utför medicinska bedömningar. Såvitt utredningen kan bedöma står sådan verksamhet under IVO:s tillsyn och bör därför anmälas till IVO.

13.6.5 IVO:s förebyggande arbete och bidrag till kunskapsuppbyggnad

Utredningen delar regeringens bedömning i IVO:s regleringsbrev för 2021 att IVO bör utveckla det förebyggande arbetet avseende patientsäkerhetsrisker inom hälso- och sjukvården.[83] IVO bör arbeta mer strategiskt och genom tillsyn bidra till kunskapsuppbyggnad.[84]

I förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg, anges att verksamheten ska bedrivas strategiskt och effektivt samt på ett enhetligt sätt inom landet samt att tillsynen ska planeras och genomföras med utgångspunkt i egna riskanalyser. I patientsäkerhetslagen (2010:659) anges att IVO inom ramen för sin tillsyn bl.a. ska lämna råd och ge vägledning, förmedla kunskap och erfarenheter som erhålls genom tillsynen samt informera och ge råd till allmänheten. Att IVO ska arbeta förebyggande framgår således i vart fall indirekt av författningar och påtalas också i förarbetena till patientsäkerhetslagen.[85]

Utredningen konstaterar således att IVO inte bara ska agera vid konstaterade vårdskador utan även arbeta förebyggande. Förslaget om att utöka anmälningsskyldigheten till vårdgivarregistret ska ses som en del i IVO:s utveckling av myndighetens förebyggande arbete. I och med att vårdgivarregistret, enligt förslaget, kommer att

[83] Se SOU 2020:15, s. 14, där det föreslås att regeringen bör utveckla styrningen av tillsynsmyndigheterna i syfte att göra tillsynen på hälso- och sjukvårdsområdet mer förebyggande.
[84] Tillitsdelegationen föreslog en inriktning för ökat lärande i tillsynen, se SOU 2018:48, s. 83 ff.
[85] Se även diskussion om den förebyggande tillsynen och exempel på sådan i form av diskussion kring förbättringsåtgärder, rådgivning och vägledning i prop. 2008/09:160, s. 72 f. och prop. 2012/13:20, s. 91 f.

innehålla uppgifter om vilka vårdgivare som har flera uppdragsgivare behöver IVO inte lägga tid och resurser på att identifiera dem. Förslaget syftar till att ge indikationer på vilka tillsynsinsatser som bör vidtas och mot vilken verksamhet.

Ytterligare förebyggande arbete som kan vara aktuellt för IVO och som har koppling till frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar och privata vårdgivare, kan vara att informera om aktuella regelverk eller ta fram informationsmaterial riktade till t.ex. hälso- och sjukvårdspersonal eller vårdgivarna. För att bidra till kunskapen om privata sjukvårdsförsäkringar och deras påverkan på den offentligfinansierade vården skulle IVO kunna göra orden ”privata sjukvårdsförsäkringar” sökbara i myndighetens databaser. I nästföljande avsnitt föreslås ett samarbete mellan IVO och regionerna i frågor som rör privata vårdgivare och försäkringar. Även ett sådant samarbete utgör en del av IVO:s förebyggande arbete.

IVO arbetar för närvarande med att bygga e-tjänster för att underlätta anmälningsförfarandet och det ska vidtas olika åtgärder för att höja anmälningsfrekvensen. Att IVO arbetar mindre manuellt och mer databaserat är nödvändigt för att IVO ska kunna öka sin förmåga att förutse risker, identifiera avvikelser och vidta åtgärder, dvs. arbeta förebyggande.

IVO har i flera regeringsuppdrag påtalat behovet av såväl författningsändringar som utökade resurser för att kunna arbeta ännu mer förebyggande. Utredningen anser att det är viktigt att IVO ges möjlighet att stärka tillsynen i form av förebyggande arbete. För att möjliggöra det kan även IVO behöva uppgifter från andra myndigheter, vilket beskrivs i 13.6.8.

För att betona vikten av det förebyggande arbetet anser utredningen att IVO:s instruktion bör kompletteras med en sådan skrivning.

13.6.6 Statlig tillsyn och huvudmannaskapets ansvar

Utredningens förslag i detta betänkande syftar till att säkerställa en god och patientsäker vård i samband med vård som finansieras via privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen föreslår därför nya verktyg för regionerna och IVO för uppföljningen respektive tillsynen. IVO:s ansvar som statlig tillsynsmyndighet och regionernas ansvar

som huvudmän överlappar delvis varandra på hälso- och sjukvårdens område.[86] Det kan finnas både för- och nackdelar med en sådan överlappning. Det kan t.ex. finns en risk för olika bedömningar från huvudmannen och tillsynsmyndigheten. En annan risk med överlappningen är att de privata vårdgivarna kan få en mer omfattande administrativ börda när både IVO och regionerna granskar och begär information om samma förhållanden. Det finns enligt utredningens mening samtidigt fördelar med det delade ansvaret. IVO har t.ex. inte möjlighet att granska varje enskilt objekt varje år till skillnad från regionerna som har en nära avtalsrelation med vårdgivaren och löpande ska följa upp varje avtal.

Enligt utredningens mening är det viktigt med en dialog mellan IVO och regionerna för att underlätta och effektivisera arbetet med tillsyn och uppföljning. Regionerna bör t.ex. ta del av IVO:s tillsynsbeslut som berör verksamhet som upphandlas för att de ska kunna utöva sitt huvudmannaskap på ett bättre sätt och regionerna bör underrätta IVO om missförhållanden som de uppmärksammar.

Som beskrivs ovan torde vissa försäkringsbolag redan stå under IVO:s tillsyn. Försäkringsbolagen står även under Finansinspektionens tillsyn. Det kan därför vara nödvändigt även med ett samarbete mellan IVO och Finansinspektionen.

13.6.7 Sanktioner kopplade till anmälan till vårdgivarregistret

För att vårdgivarregistret ska kunna uppfylla sitt syfte behöver det vara komplett. I Ägarprövningsutredningens slutbetänkande *Krav på privata aktörer i välfärden* anges att det inte är möjligt att uppge det totala antalet verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård i Sverige. Den 31 december 2013 var totalt 20 641 verksamheter registrerade i vårdgivarregistret. Ägarprövningsutredningen bedömde att vårdgivarregistret täckte ungefär 70 procent av alla verksamheter i landet.[87] I dagsläget bedömer IVO att registret inte är heltäckande men att det inte går att svara på till vilken procent av alla verksamheter i landet som täcks av registret.

Utredningen anser att det behövs verkningsfulla sanktioner för att säkerställa att anmälan sker på sätt som är föreskrivet. I patient-

[86] Se resonemang om detta i SOU 2013:53, s. 164.
[87] SOU 2015:7, s. 127.

säkerhetslagen anges att den som uppsåtligen eller av oaktsamhet påbörjar, flyttar eller väsentligt ändrar en verksamhet som omfattas av tillsynen utan att ha gjort föreskriven anmälan döms till böter.

Utredningen ifrågasätter att nuvarande sanktion i form av straff är lämplig. Enligt uppgift från IVO har myndigheten inte polisanmält någon vårdgivare för att denne inte har anmält till vårdgivarregistret. Det kan ifrågasättas vilken preventiv effekt det har att bestämmelserna om anmälan till vårdgivarregistret är straffbelagda.

Det finns allmänt en kriminalpolitisk strävan att undvika att kriminalisera beteenden om det inte är absolut nödvändigt. Ett kriterium som brukar anges som krav för att det ska vara befogat att kriminalisera ett visst beteende är att det saknas alternativa sanktioner, eller att de inte är rationella eller skulle kräva oproportionerligt höga kostnader.[88]

Utredningen anser därför att man bör göra en förnyad prövning av vilken sanktion som ska användas för att komma till rätta med brister i anmälan till vårdgivarregistret.

Nuvarande sanktion bygger på att beteendet är kriminaliserat, till skillnad från vad som gäller enligt socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.[89] Något tydligt skäl till varför regeringen föreslog att kriminalisera utebliven anmälan finns inte i förarbetena.[90]

Straff är den mest ingripande metoden som staten kan använda för att styra beteenden. I stället för straff finns administrativa sanktioner som kan användas för att styra beteenden. Det kan vara förelägganden eller förbud som får förenas med vite och sanktionsavgifter som beslutas av myndighet eller förvaltningsrätt.

Vite är ett hot om att ett betalningsansvar kan uppstå om föreläggandet inte följs, vilket alltså innebär att vitet är avsett att styra någons beteende i ett enskilt fall för framtiden. Storleken på vitet ska anpassas till vad som bedöms nödvändigt.[91] Lagen (1985:206) om viten är tillämplig på de viten som en myndighet kan komma att förelägga. Det betyder att frågor om utdömande av viten som regel prövas av förvaltningsrätt på ansökan av myndigheten.

[88] Se t.ex. SOU 2013:38, s. 18 f.
[89] 13 kap. 8 § socialtjänstlagen (2001:453) och 26 f § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.
[90] Prop. 1995/96:176, s. 100.
[91] SOU 2012:75, s. 655.

Sanktionsavgift är en form av ekonomisk påföljd för överträdelser av särskilda författningsbestämmelser och som erläggs till det allmänna. Genom sin preventiva effekt kan de motverka överträdelser. En sanktionsavgift kan användas oavsett om det i det särskilda fallet har uppstått någon ekonomisk fördel eller inte.[92]

Sanktionsavgift betraktas som en mer ingripande sanktion än vite och förelägganden. En förutsättning för att kunna införa bestämmelser om sanktionsavgift är att det är tydligt och förutsebart i vilka situationer en sanktionsavgift kan tas ut.

Frågan om sanktioner kopplade till vårdgivarregistret har utretts tidigare. Välfärdsutredningen föreslog att IVO, i stället för böter, skulle ges möjlighet att meddela föreläggande som skulle få förenas med vite.[93] Det förslaget mottogs positivt av remissinstanserna.[94]

IVO föreslår i en rapport att det bör införas sanktionsavgift i de fall anmälan inte sker till ett annat av IVO:s register, nämligen omsorgsregistret.[95] IVO utvecklar i rapporten fördelarna med en sanktionsavgift framför möjligheten till föreläggande som får förenas med vite. IVO bedömer att en sanktionsavgift bedöms ge större incitament än ett föreläggande med vite och att den utgör en direkt sanktion för underlåtenheten att anmäla medan ett vitesföreläggande behöver utdömas av domstol.

Enligt utredningen är det inte godtagbart att verksamhet inte anmäls till vårdgivargivarregistret. Att inte anmäla en verksamhet leder till att IVO:s tillsyn av vårdgivarens verksamhet försvåras. En anmälan ska innehålla uppgifter som har betydelse för tillsynen. En effektiv sanktion signalerar vikten av att göra föreskriven anmälan.

Utredningen bedömer att nuvarande sanktion behöver ersättas med nya sanktioner för att öka benägenheten hos vårdgivare att anmäla uppgifter till vårdgivarregistret. Utredningen har övervägt att i stället för böter ge IVO rätt att ta ut administrativ sanktion i form av ett föreläggande med krav att vårdgivaren anmäler enligt vad som är föreskrivet. Det kan även vara motiverat att förstärka effekten genom att förena föreläggandet med vite. Utredningen har även undersökt om IVO i stället bör ges rätt att ta ut en sanktionsavgift av den som inte anmäler enligt vad som är reglerat. IVO har till ut-

[92] SOU 2012:75, s. 656 och prop. 1981/82:142.
[93] Se SOU 2017:38, s. 204 där ett sådant förslag presenteras.
[94] Se t.ex. Vårdföretagarna 2017-09-07, Företagarna 2017-09-11 och IVO 2017-08-30.
[95] IVO 2020-12.

redningen framställt önskemål om nya sanktioner och då företrädesvis sanktionsavgift.[96]

Utredningen föreslår att nuvarande straffsanktion ska bytas ut mot en administrativ sanktion. Utredningen anser att det är lämpligt att IVO ska få möjlighet att meddela förelägganden och att de ska få förenas med vite i de fall reglerna om anmälan till vårdgivarregistret inte följas. Utredningen bedömer att förelägganden kan formuleras på ett verkningsfullt sätt. IVO har redan i dag möjlighet att meddela förelägganden och förena dem vid vite på andra områden och har således stor erfarenhet av hur sådana beslut bör utformas. Ett föreläggande och en eventuell kombination med vite ska bara användas när det behövs för att åstadkomma en korrekt anmälan. IVO behöver därför göra en bedömning av i vilka fall ett föreläggande med eventuellt vite ska meddelas. En sådan bedömning kan t.ex. ta sin utgångspunkt i vad som framkommit i myndighetens dialog med den som ska anmäla och hur sannolikt det bedöms vara att en anmälan sker. I viteslagen anges hur ett vitesföreläggande ska vara utformat.

Det är lämpligt att börja med ett system med föreläggande som kan förenas med vite. För det fall det visar sig att det inte är tillfyllest bör möjligheten till sanktionsavgift övervägas på nytt. Det kan då vara läge att skärpa sanktionsmöjligheterna för att beivra oönskade beteenden vad gäller följsamheten till bestämmelserna om anmälan.

Utredningen anser att det inte bör finnas risk för dubbel bestraffning. Utredningen föreslår därför att nuvarande straffbestämmelse ska avskaffas.

I likhet med andra förelägganden som IVO meddelar ska även förelägganden som rör anmälan till vårdgivarregistret få överklagas. Ett tillägg behöver därför ske i 10 kap. 13 § patientsäkerhetslagen.[97]

13.6.8 IVO:s behov av uppgifter från andra myndigheter och aktörer

IVO har i flera rapporter beskrivit att myndigheten, för att kunna utveckla tillsynsarbetet, behöver tillgång till uppgifter från andra myndigheter och aktörer. IVO skriver i en rapport om tillgänglig-

[96] Se även IVO:s skrivelse 2016-10-31, dnr. 1.5-17082/2016.
[97] Förarbeten till bestämmelsen om vilka av IVO:s beslut som får överklagas finns i prop. 2012/13:20, s. 125, prop. 2009/10:210, s. 246 f., prop. 1997/98:109, s. 176 f. och prop. 1995/96:176, s. 99 f.

het[98] att myndigheten avser att återkomma till regeringen avseende myndighetens behov av data från andra.[99] IVO har i en annan rapport föreslagit att myndigheten bör omfattas av statistikförordningen (2001:100) och göras till officiell statistikmyndighet med ansvar för resultat- och kvalitetsstatistik inom vård och omsorg på mikronivå.[100]

Utredningen bedömer att IVO kan behöva uppgifter från andra aktörer även vad gäller IVO:s tillsyn över frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar. T.ex. kan det vara relevant att granska information från olika vårdgivares journaler som rör den enskildas medicinska behov, väntetider på individnivå kopplade till finansieringsform för vården, vårdgivarens ledningssystem och olika avtalsförhållanden.[101]

I samband med utredningens överväganden om IVO:s möjlighet att få ytterligare uppgifter för sin tillsyn över hälso- och sjukvården har utredningen utrett om IVO kan få direktåtkomst eller annan tillgång till andra myndigheters eller aktörers uppgifter. De databaser och register som utredningen har identifierat kan vara av intresse för IVO är Socialstyrelses patientregister, olika Nationella Kvalitetsregister, uppgifter hos Skatteverket, uppgifter i den nationella väntetidsdatabasen hos SKR samt uppgifter från E-hälsomyndigheten.

Vad gäller Socialstyrelsens patientregister föreslår utredningen i kapitel 13.7 att registret även ska innehålla uppgift om finansieringsform för vården. Denna uppgift tillsammans med övriga uppgifter i patientregistret torde vara viktiga för IVO i tillsynen över privata sjukvårdsförsäkringar. IVO har i dagsläget dock inte direktåtkomst till Socialstyrelsens patientregister. Däremot har Socialstyrelsen direktåtkomst till IVO:s vårdgivarregister.[102] Utredningen känner inte till att denna direktåtkomst utnyttjas. Det finns även bestämmelser om uppgiftsskyldighet mellan Socialstyrelsen och IVO men då framför allt om IVO:s uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsen. Socialstyrelsen har endast uppgiftsskyldighet till IVO vad gäller ärenden om prövning av behörighetsfrågor om uppgifterna behövs i

[98] IVO 2021-7.
[99] IVO 2021-7, s. 100.
[100] IVO delrapport (2020), s. 70 f.
[101] Se IVO:s beskrivning av hur en tillsyn kan gå till i IVO förstudie (2020), s. 19 f.
[102] Se 2 kap. 4 § fjärde stycket patientsäkerhetslagen (2010:659) och 8 kap. 7 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369).

ett tillsynsärende enligt samma lag.[103] Det finns alltså inte någon uppgiftsskyldighet till IVO som kan bidra till ökad information om privata sjukvårdsförsäkringar.

Vad gäller de Nationella Kvalitetsregistren rekommenderar utredningen i kapitel 13.8 att de, i de fall det är relevant, bör innehålla uppgift om finansieringsform för vården. Denna uppgift tillsammans med övriga uppgifter i registren torde vara viktiga för IVO i tillsynen över privata sjukvårdsförsäkringar. Av patientdatalagen (2008:355) framgår att vårdgivare får ha direktåtkomst till de uppgifter som vårdgivaren har lämnat till ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister. IVO har dock inte direktåtkomst till de registren.

Utredningen föreslår i kapitel 13.9 att förmån av privata sjukvårdsförsäkringar ska särredovisas till Skatteverket. Denna uppgift torde vara viktig för IVO i tillsynen över privata sjukvårdsförsäkringar. IVO har behov av uppgifter från Skatteverket på omsorgsområdet och har därför lämnat författningsförslag till regeringen för att öka tillgången till data från andra myndigheter, bl.a. från Skatteverket.[104] I den rapporten föreslår IVO att det ska införas en sekretessbrytande bestämmelse gentemot Skatteverket i förordningen (2001:588) om behandling av uppgifter i Skatteverkets beskattningsverksamhet. Syftet är att IVO ska kunna få tillgång till uppgifter om enskildas skattekonton. IVO skriver i en annan rapport som handlar om tillgänglighet att IVO för tillsynen, behöver få uppgifter om exempelvis inkomst, utbildningsnivå och födelseland.[105]

IVO är beroende av uppgifter från den nationella väntetidsdatabasen hos SKR för att kunna utveckla tillsynen av risker och konsekvenser med bristande tillgänglighet i form av väntetider till vården. Det finns inte några särskilda regler om väntetidsdatabasen förutom om regionernas rapporteringsskyldighet. Det finns t.ex. inte några regler om direktåtkomst eller uppgiftsskyldighet. För att få tillgång till data om väntetider har IVO ett samarbete med SKR om att regelbundet ta del av uppgifterna i den nationella väntetidsdatabasen. SKR har dock inte någon skyldighet att lämna ut uppgifterna till IVO och IVO har inte heller några befogenheter att kräva uppgifter av SKR.[106]

[103] 8 kap. 10 § patientsäkerhetsförordningen och 4 kap. 10 § patientsäkerhetslagen.
[104] IVO 2020-11.
[105] IVO 2021-7, s. 100.
[106] IVO 2021-7, s. 100.

Det finns uppgiftsskyldighet för E-hälsomyndigheten till IVO avseende uppgifter om en läkares eller tandläkares förskrivning av narkotiskt läkemedel eller annat särskilt läkemedel men inte någon annan uppgiftsskyldighet till IVO.[107]

Utredningen menar att det är mycket angeläget att IVO har tillgång till erforderliga uppgifter för tillsynen och har tillgång till relevanta uppgifter som finns hos andra myndigheter och aktörer. En förutsättning för en effektiv förebyggande tillsyn är data som kan ge en överblick över risker för patientsäkerheten, se ovan om utredningens förslag om att förtydliga det förebyggande arbetet i IVO:s instruktion. Att den statliga tillsynsmyndigheten på hälso- och sjukvårdens område kan utöva en effektiv tillsyn är grundläggande för förtroendet för hälso- och sjukvården och i förlängningen förtroendet för det svenska välfärdssamhället.

I en utredning om vilka uppgifter som IVO ska ha rätt till behöver det utredas om uppgifterna omfattas av sekretess och i sådana fall vilken sekretess som gäller för uppgifterna hos den utlämnande myndigheten. Vidare behöver det beskrivas på vilket sätt uppgifterna har betydelse för IVO:s tillsynsverksamhet. Bestämmelsen om den s.k. generalklausulen i 10 kap. 27 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) behöver också analyseras.[108] För att ett sekretessgenombrott ska kunna godtas krävs vidare en beskrivning av vilket skydd uppgifterna skulle få hos IVO. För det fall det övervägs en direktåtkomst för IVO behöver man ha i åtanke att samtliga uppgifter som IVO ges direktåtkomst till är att betrakta som allmänna handlingar som kan begäras ut hos IVO. Vidare behöver det ske en avvägning mellan de intressen som sekretessen avser att skydda hos den utlämnande myndigheten och det intresse IVO har av uppgifterna. Om det inte handlar om att IVO behöver sekretessbelagda uppgifter, krävs inte samma typ av regelverk. Det kan dock finnas andra skäl, t.ex. behov av momentan och automatiserad överföring av uppgifter, som förutsätter en reglering. Det behövs även en analys av hanteringen av eventuella personuppgifter och av konsekvenserna för den

[107] 6 kap. 6 § lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista.
[108] Den s.k. generalklausulen i 10 kap. 27 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) bygger på att ett rutinmässigt uppgiftsutbyte av sekretessbelagda uppgifter mellan myndigheter i regel ska vara särskilt författningsreglerat (prop. 1979/80:2, del A, s. 327 och 81). Generalklausulen gäller inte inom hälso- och sjukvården.

personliga integriteten. Att myndigheter ska bistå varandra och lämna information till varandra framgår av flera författningar.[109]

Utredningen har inte inom ramen för detta uppdrag möjlighet att utreda dessa frågor närmare. Det är dock angeläget att frågorna snarast utreds. Utredningen föreslår därför att frågorna utreds särskilt, antingen i form av ett uppdrag till IVO eller genom en statlig utredning. Det bör då samtidigt utredas om IVO:s förslag om att bli statistikmyndighet skulle kunna öka det generella kunskapsläget gällande privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på patientsäkerheten.

13.7 Uppgift om finansieringsform i patientregistret

Utredningens förslag: Behandlingen i patientregistret ska få avse uppgifter om finansieringsform för vården.

Skälen för utredningens förslag: Nationella hälsodataregister gör det möjligt att utvärdera hälso- och sjukvårdens innehåll, jämlikhet och tillgänglighet samt ge ett underlag för forskning, uppföljning och vårdgivarnas systematiska kvalitetsarbete. Patientregistret är ett hälsodataregister och omfattas av regleringen i lagen (1998:543) om hälsodataregister och förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen (patientregisterförordningen). Patientregistret är ett av Sveriges största hälsodataregister och är en viktig källa till fakta om hur hälso- och sjukvården bedrivs i hela landet.[110]

Informationen i patientregistret skyddas av absolut sekretess, 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), och det är särskilt reglerat för vilka ändamål uppgifterna får behandlas. Personuppgifter i patientregistret får behandlas för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom den slutna hälso- och sjukvården och inom den del av den öppna vården som inte är primärvård samt för forskning och epidemiologiska undersökningar. Informationen från patientregistret ligger bl.a. till grund för de underlag som Socialstyrelsen tar fram till beslutsfattare, t.ex. för utvärderingar, statistik och öppna jämförelser. Data från

[109] Se t.ex. 8 § förvaltningslagen (2017:900) och 6 kap. 5 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).
[110] Socialstyrelsen (2019).

registret används även i forskningsprojekt. Regeringen uttalar i prop. 2019/20:164 att frågan om att följa patientens väg genom vården är av största intresse för att kunna följa tillgänglighet och väntetider och att Socialstyrelsen därför har fått i uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet med fokus på väntetider.[111]

Uppgifter från primärvården omfattas inte i dag av registret men Socialstyrelsen har haft i uppdrag av regeringen att lämna förslag på nödvändiga författningsändringar för att nationell insamling av uppgifter från primärvården ska kunna komma till stånd. Rapporten lämnades till regeringen i februari 2021 och bereds för närvarande i Regeringskansliet.[112] Den största delen av den hälso- och sjukvård som i dag betalas med privata sjukvårdsförsäkringar bedrivs inom de områden som redan omfattas av patientregistret, så som specialistvården.

Det är den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården som ska lämna uppgifter till Socialstyrelsen. Uppgifterna till patientregistret omfattar sedan år 2001 både offentliga och privata vårdgivare, såväl offentligfinansierade som privatfinansierade. Vissa uppgifter ska dock lämnas av Statistiska centralbyrån. I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2013:35) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister finns bestämmelser om hur uppgiftsskyldigheten ska fullgöras.

13.7.1 Behov av uppgift om finansieringsform i patientregistret

Data om privata sjukvårdsförsäkringar är i dag bristfällig. Enligt nuvarande bestämmelser om patientregistret anges inte att vårdgivaren ska rapportera finansieringsform, dvs. om vården betalas med offentliga eller privata medel, till patientregistret. Patientregistret är en viktig källa till fakta om hälso- och vården i Sverige. Utredningen anser att patientregistret ska innehålla uppgift om hur hälso- och sjukvården finansieras i syfte att öka kunskapen och transparensen om privata sjukvårdsförsäkringar och deras effekter.

I det följande ges exempel på vad som skulle gå att få fram om patientregistret skulle innehålla uppgift om finansieringsform för

[111] Prop. 2019/20:164, s. 47.
[112] Socialstyrelsen 2021-2-7223.

vården. Det skulle exempelvis gå att få fram uppgifter om hur vanligt det är att hälso- och sjukvård betalas med en sjukvårdsförsäkring. Det skulle gå att få fram uppgifter om utnyttjandet av privata sjukvårdsförsäkringar i förhållande till hur många som har en privat sjukvårdsförsäkring. Vidare skulle det gå att se vilken typ av vård som betalats via försäkring men även vilka sjukdomar, tillstånd och funktionsnedsättningar som kan ersättas på det sättet. Utifrån de uppgifter som utredningen har fått fram, och som redovisas i kapitel 5.4, står insatser inom ortopedi för omkring 35 procent av samtliga insatser men övriga odefinierade områden står för ungefär lika stor del. Andra vårdområden är bl.a. hud och psykiatri. Vidare skulle det gå att se om vissa delar i en vårdkedja finanserias offentligt medan andra delar finansieras privat. Om registret kompletterades med finansieringsform skulle det öka möjligheterna att få fram uppgifter om vilka vårdgivare som utför vården och var de geografiskt är placerade i förhållande till var patienterna bor. Det skulle även vara möjligt att undersöka vilka förändringar över tid som sker i fördelningen mellan offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Dessutom skulle kunskapen kunna öka rörande försäkringstagares användande av det övriga socialförsäkringssystemet genom samkörning med andra register i relation till jämförbara icke privatförsäkrade gruppers utnyttjande. Kunskapen skulle kunna användas för att utvärdera effekterna av olika finansieringsformer, däribland privata sjukvårdsförsäkringar. Det skulle även underlätta möjligheten att utifrån ett nationellt perspektiv följa, jämföra och utvärdera den vård som finansieras offentligt respektive privat.

I lagen (1998:543) om hälsodataregister anges för vilka ändamål uppgifter får behandlas. Det handlar om framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård samt forskning och epidemiologiska undersökningar. Ett utvidgat patientregister med uppgift om finansieringsform kan ge en bättre helhetsbild av vårdens innehåll och verksamhet, samt möjliggöra uppföljning av vårdens kvalitet. Vårdgivare skulle också få ett underlag för sitt systematiska kvalitetsarbete. Utredningen anser sammantaget att förordningen behöver kompletteras med denna uppgift.

Om uppgiften om finansieringsform införs i förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen behöver det ske ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2013:35) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister. I föreskrifterna

bör det anges hur uppgiftsskyldigheten ska gå till, exempelvis hur de olika finansieringsformerna, t.ex. privat sjukvårdsförsäkring eller kontant betalning, ska rapporteras. Den offentliga finansieringen kan ske enligt det upphandlingsrättsliga regelverket.[113] De olika uppgifterna behöver vara enhetligt registrerade vilket förutsätter en strukturerad och ändamålsenlig dokumentation med enhetliga begrepp och termer, klassifikationer och kodverk. Det är viktigt att rapporteringen görs så enkel som möjligt och att Socialstyrelsen vid utformandet av rapporteringen tar fram enkla system exempelvis för de vårdgivare som bara bedriver offentligfinansierad eller privatfinansierad vård.

Förslaget om att uppgift om finansieringsform för vården ska registreras i patientregistret riktar sig till alla vårdgivare. Det innebär att regionen, i de fall denne är vårdgivare, ska rapportera till registret. Även alla privata vårdgivare ska rapportera den uppgiften. Det handlar om privata vårdgivare som enbart bedriver vård på uppdrag åt regionen, vårdgivare som har flera uppdragsgivare (t.ex. bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård) samt de privata vårdgivare som inte bedriver vård på uppdrag av regionen utan endast bedriver privatfinansierad vård.

13.7.2 Konsekvenser för den personliga integriteten

Ett förslag om att ytterligare uppgifter ska registreras i patientregistret behöver analyseras utifrån ett integritetsperspektiv. Reglering av i vilka fall personuppgifter får behandlas finns i dataskyddsförordningen.[114] Det finns även bestämmelser i regeringsformen, den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) och i Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (rättighetsstadgan) som behöver analyseras utifrån ett integritetsperspektiv. I det följande redovisas utredningens analys.

[113] Lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, lagen (2008:962) om valfrihetssystem, lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.
[114] För en närmare beskrivning av denna se kapitel 3.12.

Analys utifrån dataskyddsförordningens bestämmelser

Personuppgiftsbehandling får enligt artikel 5.1 b dataskyddsförordningen endast ske för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål. Ändamålen ska vara specifika, konkreta och tydligt formulerade. Socialstyrelsen har enligt 1 § lagen (1998:543) om hälsodataregister stöd att utföra automatiserad behandling av personuppgifter i hälsodataregister. Ett exempel på ett sådant hälsodataregister är det patientregister som Socialstyrelsen får föra enligt 1 § förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen (patientregisterförordningen). De ändamål för vilka personuppgifter får behandlas i hälsodataregistren har sin rättsliga grund i artikel 6.1 e dataskyddsförordningen, dvs. anses vara ett allmänt intresse som anges i förordningen.[115] Utredningen föreslår inte någon förändring av för vilka ändamål uppgiften om finansieringsform ska få användas.

Merparten av uppgifterna i patientregistret är känsliga personuppgifter och omfattas därmed av artikel 9 p. 1 dataskyddsförordningen avseende behandling av särskilda kategorier av personuppgifter. Enligt huvudregeln är de förbjudna att behandla. Det finns dock undantag till detta förbud, bl.a. är det tillåtet att behandla känsliga personuppgifter om hälsa om behandlingen är nödvändig av skäl som hör samman med tillhandahållande av hälso- och sjukvård, för framställning av statistik, forskning samt epidemiologiska undersökningar och arkivändamål. Från integritetssynpunkt är det väsentligt att inte andra personuppgifter behandlas än vad som är nödvändigt.

Utredningen bedömer att uppgift om finansieringsform för vården tillsammans med andra uppgifter i patientregistret som identifierar en person utgör en personuppgift. Utredningen gör den bedömningen utifrån att uppgiften om finansieringsform kan användas för att särskilja personer från varandra och att den skulle samlas in till registret som redan innehåller flertalet personuppgifter. Därtill räknas flera andra uppgifter upp i 4 § patientregisterförordningen som liknar finansieringsform ur personuppgiftshänseende, så som vårdkostnad och vårdenhet. Utredningen bedömer därför att det är i patientregisterförordningen som registreringen av uppgiften ska regleras. Utredningen anser inte att uppgiften om finansieringsform för vården är en sådan känslig uppgift som avses i dataskyddsför-

[115] Se även Socialstyrelsens bedömning i Socialstyrelsen 2021-2-7223, s. 50 ff.

ordningen. Uppgiftens karaktär bedöms i vart fall inte vara direkt integritetskänslig.

Genom att föra in variabeln finansieringsform i patientregistret blir det transparent, för såväl allmänheten som vårdgivarna, att uppgiften ska rapporteras in till Socialstyrelsen från vårdgivarna (artikel 12 och 14 dataskyddsförordningen). Det är viktigt med transparens om syftet med insamlingen, datahanteringen samt att individen får information om rätten att ta del av sina egna uppgifter. Enligt patientregisterförordningen ska Socialstyrelsen på lämpligt sätt informera allmänheten om registret. Myndigheten har som en del av detta publicerat faktablad riktade till allmänheten om nyttan med hälsodataregister dels generellt, dels för de enskilda registren, däribland patientregistret.

I egenskap av personuppgiftsansvarig ska Socialstyrelsen skydda personuppgifterna på ett adekvat sätt genom lämpliga tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder. Detta framgår både av den allmänna principen om integritet och konfidentialitet i artikel 5.1 f), och av artikel 32 dataskyddsförordningen. Uppgifterna om finansieringsform kommer att skyddas av både sekretess enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och tekniskt skydd, så som separat registermiljö, kryptering av förbindelser och behörighetsstyrning hos Socialstyrelsen.[116]

Sammanfattningsvis bedömer utredningen att det handlar om en förhållandevis liten utvidgning av registret. Vidare är det fråga om nödvändiga uppgifter. Nyttan av behandlingen kan bedömas som stor med tanke på de ökade möjligheter till statistik, forskning och uppföljning inom vården som utvidgningen av registret medför. Ett utvidgat patientregister skulle kunna öka möjligheten att följa patientens vårdkedja kopplad till finansieringsform och därmed bättre utvärdera vårdens sammantagna innehåll oavsett vårdgivare, men även ha ett stort värde som underlag för statistik, forskning och uppföljning. Utredningen anser således att förslaget är förenligt med dataskyddsförordningens bestämmelser.

[116] Se Socialstyrelsens bedömning i Socialstyrelsen 2021-2-7223, s. 48.

Analys utifrån bestämmelser i regeringsformen

Socialstyrelsen har i en nyligen publicerad rapport bedömt att det bör finnas stöd i regeringsformen för att utöka patientregistret till att omfatta uppgifter från primärvården, då inskränkningen i den personliga integriteten, som konstateras föreligga enligt 2 kap. 6 § regeringsformen, RF, begränsas med stöd av lag, närmare bestämt lagen om hälsodataregister. Utökningen skulle därför vara förenlig med 2 kap. 20 och 21 §§ RF.[117] Utredningen gör motsvarande bedömning avseende förslaget om finansieringsform för vården. Till skillnad från förslaget i Socialstyrelsens rapport är utredningens förslag om att utvidga patientregistret av betydligt mindre omfattning. Förändringen av registret bedöms som nödvändig för att öka kunskapen om privata sjukvårdsförsäkringar. Förändringen kan inte sägas utgöra ett hot mot den fria åsiktsbildningen eller på något sätt innebära en registrering av någons politiska, religiösa eller kulturella åskådning. Förslaget är därför förenligt med RF.

Analys utifrån bestämmelser i Europakonventionen och rättighetsstadgan

Förslaget om att patientregistret ska innehålla uppgift om finansieringsform kommer att regleras med stöd av lagen om hälsodataregister och den kompletterande patientregisterförordningen. Förslaget till ändring handlar om att ytterligare en variabel läggs till sådana uppgifter som redan nu samlas in. Det kan ifrågasättas om denna utvidgning av registret ens rör sig om sådan inskränkning av rätten till respekt för privat- och familjeliv som anges i artikel 8 i Europakonventionen. Uppgiften om finansiering framstår mot bakgrund av de uppgifter som redan finns i registret inte känslig i sig. Författningsändringarna är därför förenliga med Europakonventionen.

Utredningen bedömer att förslaget även är förenligt med rättighetsstadgan. Den föreslagna behandlingen sker för vissa bestämda ändamål som framgår av dataskyddsförordningen och kompletterande nationell lagstiftning. De registrerade har möjlighet att både få tillgång till sina egna uppgifter i patientregistret och har rätt att begära rättelse av dessa uppgifter. Efter en prövning av om förutsättningarna är uppfyllda, kan i sådant fall rättelse ske.

[117] Socialstyrelsen 2021-2-7223, s. 72.

Sammanfattning av konsekvenserna för den personliga integriteten

Utredningen har analyserat förslaget om att patientregistret ska få innehålla uppgift om finansieringsform för vården utifrån olika integritetsaspekter. Utan författningsändringar kommer det fortsatt saknas ett nationellt register med uppgifter om finansieringsform, vilket innebär att kunskap om finansiering av hälso- och sjukvården och hur den kan påverka vården inte finns tillgänglig. Det är fråga om en förhållandevis liten utvidgning av ett sedan länge väletablerat hälsodataregister som redan omgärdas av regler och andra åtgärder som syftar till att skydda integriteten för den enskilde. Utredningen bedömer att den utökade insamlingen och behandlingen av uppgiften om finansieringsform för vården är nödvändig bl.a. för att kunna framställa statistik som kan ligga till grund för analyser, uppföljningar och forskning samt för uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av vården. Nyttan med detta överväger det intrång som eventuellt kan uppstå i den enskildes integritet. Sammanfattningsvis bedömer utredningen att förslaget är förenligt med dataskyddsförordningen, regeringsformen, Europakonventionen och rättighetsstadgan.

För det fall Socialstyrelsens förslag till förändringar genomförs, så att även uppgifter från primärvården omfattas, är det viktigt att uppgiften om finansieringsform även avser den delen av sjukvården.

13.8 Uppgift om finansieringsform i vissa Nationella Kvalitetsregister

Utredningens rekommendation: Uppgifter om finansieringsform för vården införs, i de fall det bedöms vara relevant, i de Nationella Kvalitetsregister som avser vårdområden där privat finansiering förekommer.

Skälen för utredningens rekommendation: Det finns regler om kvalitetsregister i 7 kap. patientdatalagen (2008:355). Av 7 kap. 1 § patientdatalagen följer att ett kvalitetsregister ska ha till syfte att utveckla och säkra vårdens kvalitet och möjliggöra en jämförelse inom hälso- och sjukvården på nationell eller regional nivå. Av lagen

följer vidare att personuppgifter får behandlas för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet samt att personuppgifter som behandlas för dessa ändamål även får behandlas för bl.a. framställning av statistik och forskning inom hälso- och sjukvården. Som beskrivs i kapitel 7 är inrapporteringen till kvalitetsregistren frivillig för vårdgivarna.

Utredningen har identifierat två Nationella Kvalitetsregister[118] som i dag innehåller uppgifter om finansieringsform, nämligen det Svenska ryggregistret (Swespine) och Scandinavian Obesity Surgery (Obesitasregistret). Dessutom ska Nationellt Kvalitetsregister för assisterad befruktning (Q IVF) kompletteras med sådan data.

Utredningen konstaterar att det råder brist på information om privata sjukvårdsförsäkringar och deras påverkan på hälso- och sjukvården, t.ex. avseende hur behovs-solidaritetsprincipen och andra för hälso- och sjukvården grundläggande principer och bestämmelser efterlevs, kvaliteten och tillgänglighet till vården. Utredningen lämnar i detta betänkande flera förslag för att öka kunskapen.

Utredningen gör följande bedömning avseende finansieringens relevans för vården och hur registreringen av den uppgiften är förenlig med 7 kap. 1 § patientdatalagen. Om uppgiften om finansieringsform skulle finnas i ytterligare kvalitetsregister skulle kunskapen öka och kunna bidra till en medvetenhet om finansieringens eventuella påverkan på kvaliteten inom sjukvården på både nationell och regional nivå. Det skulle exempelvis gå att undersöka om finansieringsformen har påverkat utfallet på vården för patienten eller om det som i Obesitasregistret går att se skillnader på vilken indikation som föranleder en operation.[119] Det skulle även ges möjlighet att följa upp och jämföra vården, t.ex. rörande frågor om finansiering kopplad till väntetider samt möjliggöra analyser av skillnader i utfall mellan privat och offentlig finansiering på det sätt som det exempelvis har gjorts i Obesitasregistret. Sådan information skulle kunna bidra till det verksamhetsnära förbättringsarbetet inom vården. Det skulle även gå att få fram data om hur vanligt det är att vissa ingrepp finansieras med en privat sjukvårdsförsäkring och följa utvecklingen över tid. Genom att införa denna uppgift ges vidare möjlighet att på ett mer systematiskt sätt bedriva forskning om finansieringen av

[118] För att särskilja de nationella kvalitetsregister som får medel ur överenskommelsen från övriga regionala och nationella kvalitetsregister benämns de föregående med versaler.
[119] Se kapitel 7.6.

vården samt framställa statistik. I kapitel 11 beskrivs närmare hur privata sjukvårdsförsäkringar kan påverka hälso- och sjukvården på olika sätt. Utredningen anser sammanfattningsvis att en registrering av finansieringsform i Nationella Kvalitetsregister väl överensstämmer med syftet med regleringen i patientdatalagen.

Den största delen av hälso- och sjukvården är offentligfinansierad och utredningen anser därför inte att det är nödvändigt eller ens lämpligt att alla kvalitetsregister innehåller information om finansieringsform. Det finns i dag 100 Nationella Kvalitetsregister. Eftersom det saknas detaljerad information om vilka vårdåtgärder som betalas via en sjukvårdsförsäkring, har utredningen inte haft möjlighet att närmare analysera vilka register som kan vara aktuella för att ha information om finansiering. I kapitel 5 beskrivs dock en viss fördelning av de försäkringsfinansierade insatserna. Exempelvis bedöms mer än en tredjedel av de försäkringsfinansierade insatserna ske inom ortopedi. Sammantaget anser utredningen att det bara är relevant att register med koppling till privatfinansiering innehåller information om finansieringsform.

Utredningen har också övervägt förslag för att underlätta införandet av uppgift om finansieringsform och för att framhålla vikten av att sådan uppgift införs. Utredningen har övervägt om staten, regionerna och SKR borde lyfta in frågan i den gemensamma nationella kvalitetsregistersatsningen med öronmärkta medel för denna satsning. Utredningen har även övervägt om Socialstyrelsen ska ges i uppdrag att verka för att fler kvalitetsregister kompletteras med uppgift om finansieringsform i syfte att öka kunskapen om privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården. Utredningen noterar att Socialdepartementet i en promemoria har lämnat förslag till en ny förordning om statsbidrag för kvalitetsregisterverksamhet vid regionala registercentrum och cancercentrum samt att promemorian är föremål för beredning i Regeringskansliet.[120]

Utredningens rekommendation är att de Nationella Kvalitetsregister som avser vårdområden där det förekommer privatfinansierad vård innehåller uppgifter om finansieringsform. Utredningen lämnar således inte något förslag utan överlämnar till registerhållarna att bedöma i vilka fall det är relevant och i övrigt lämpligt att registret innehåller uppgifter om finansieringsform. Utredningens förhoppning är dock att detta betänkande ökar kunskapen om privata sjuk-

[120] Promemorian skickades ut på remiss 2020-12-03, dnr S2020/08974/FS.

vårdsförsäkringar och kan leda till en fortsatt kunskapsuppbyggnad. Med rekommendationen vill utredningen således uppmärksamma registerhållarna att överväga om finansieringsform ska införas som en uppgift i registren. Utredningen har stannat för att en särskild ekonomisk satsning inte är nödvändig i dagsläget.

Enligt 7 kap. 2 § patientdatalagen får en enskild person motsätta sig att registreras i ett kvalitetsregister. Utredningen har inte fått någon indikation på att fler personer skulle ha motsatt sig registrering i de register som i dag har finansieringsform som en variabel. Utredningen är heller inte av uppfattningen att finansieringsform är en sådan uppgift som generellt skulle minska viljan att vara med i ett kvalitetsregister.

Om finansieringsform införs i ett kvalitetsregister bör det i registret finnas möjlighet att registrera olika former av privatfinansiering, dvs. inte bara betalning med privata sjukvårdsförsäkringar utan även t.ex. kontant betalning.

13.9 Förmån av privata sjukvårdsförsäkringar ska särredovisas

Utredningens förslag: Arbetsgivaren ska till Skatteverket särredovisa förmån av privata sjukvårdsförsäkringar, på individnivå, antingen i en arbetsgivardeklaration eller genom att lämna en kontrolluppgift. Arbetsgivaren ska redovisa värdet av den privata sjukvårdsförsäkringen. Värdet ska sättas ned med det belopp som mottagaren själv har betalat för förmånen.

Skälen för utredningens förslag: Som redovisas i kapitel 5 är sex av tio privata sjukvårdsförsäkringar arbetsgivarbetalda gruppförsäkringar. När arbetsgivare betalar premien för privata sjukvårdsförsäkringar för de anställda räknas den som en förmån som ska beskattas. Förmånsbeskattningen av privata sjukvårdsförsäkringar infördes den 1 juli 2018.

Förmån av privata sjukvårdsförsäkringar redovisas i dag tillsammans med övriga förmåner i arbetsgivardeklarationen eller kontrolluppgiften. Ett sätt att öka kunskapen om privata sjukvårdsförsäkringar och deras effekter är att förmånen av privat sjukvårdsförsäkring, på individnivå, redovisas separat till Skatteverket dvs. inte

tillsammans med andra förmåner. På så sätt kan tillgången till analyserbara data rörande privata sjukvårdsförsäkringar öka.[121]

En särredovisning av förmånen avseende privata sjukvårdsförsäkringar skulle möjliggöra analyser av vilka personer som omfattas av en privat sjukvårdsförsäkring och av vilka arbetsgivare som tecknar sådana försäkringar. Analysen skulle kunna ske genom SCB:s Fördelningsanalytiska statistiksystem för inkomster och transfereringar (FASIT). FASIT är en mikrosimuleringsmodell som beräknar effekterna av förändringar i skatte-, avgifts- och transfereringssystemen för individer och hushåll. FASIT kan även användas för att koppla samman information från SCB:s olika datakällor.[122] FASIT utvecklades gemensamt av SCB och Finansdepartementet under senare delen av 1980-talet. Från och med början av 1990-talet hanteras drift och utveckling av modellen av SCB.

I FASIT finns redan i dag information om skattepliktiga förmåner i form av uppgifter från arbetsgivardeklaration på individnivå (AGI). Det gör att det sannolikt går att inkludera den särredovisade förmånen utan några omfattande förändringar av systemet. Genom att inkludera den särredovisade förmånen i FASIT, skulle det vara möjligt att koppla samman information om arbetsgivarbetald sjukvårdsförsäkring med information som i övrigt finns i systemet. Det skulle möjliggöra analys av ålder, kön och geografi hos de försäkrade genom koppling till SCB:s individregister. Det skulle också vara möjligt att analysera exempelvis inkomster, branschtillhörighet och utbildningsnivå hos de försäkrade, eftersom FASIT också innehåller uppgifter från andra register, som t.ex. Inkomst- och taxeringsregistret och Utbildningsregistret. Det skulle således gå att få fram vilka socioekonomiska grupper i samhället som har tillgång till privat finansiering av sjukvård via privata sjukvårdsförsäkringar.

Det skulle också vara möjligt att simulera effekter på offentliga finanser till följd av regelförändringar. Ett exempel på en sådan simulering skulle kunna vara hur skatteintäkterna påverkas om andelen av försäkringspremien som är skattepliktig ökar eller minskar. Dynamiska effekter, så som beteendeförändringar till följd av änd-

[121] Syftet med kontrolluppgifter och arbetsgivardeklarationer är att utgöra ledning för bestämmande av underlag för att bl.a. ta ut skatt, se 14 kap. skatteförfarandelagen (2011:1244) och prop. 2016/17:58, s. 29 f. Se även Utredningen om statistik över hushållens tillgångar och skulder (Fi 2021:02) som har till syfte att åter möjliggöra framställning av officiell statistik över hushållens tillgångar och skulder samt att mikrodata ska kunna göras tillgängliga för analys, forskning och utvärdering.
[122] SCB, FASIT användarhandledning 2019.

rade regler, simuleras emellertid inte i FASIT, som är en statisk modell. Det är därför inte möjligt att prognosticera vilka effekter en reform skulle få. Däremot skulle det vara möjligt att följa upp beslutet när det väl har genomförts genom att analysera förändringar över tid.

En särredovisning av förmånen avseende privata sjukvårdsförsäkringar skulle också möjliggöra analyser av de företag som erbjuder sina anställda privat sjukvårdsförsäkring, exempelvis genom SCB:s Företagsregister och individdatabas, FRIDA. FRIDA är en mikrobaserad databas på totalnivå för företagsformerna aktiebolag, ekonomiska föreningar, enskilda näringsidkare, handelsbolag och övriga bolag. FRIDA innehåller också kopplingar mellan individer och vissa företagsformer, vilket gör att databasen kan användas för att studera relationen mellan ägarens inkomstsituation och verksamhetsbeslut i bolaget. I fråga om sjukvårdsförsäkringar är FRIDA dock i första hand intressant för att kunna koppla samman de kontrolluppgifter arbetsgivaren lämnar om förmån av sjukvårdsförsäkring med den kompletterande information FRIDA innehåller, exempelvis från Företagsdatabasen, FDB. Med en sådan koppling skulle det vara möjligt att analysera de arbetsgivare som tillhandahåller sjukvårdsförsäkring, exempelvis i fråga om totalt antal företag, antal företag i olika branscher, antal anställda per företag och geografisk lokalisering.

I dag ska bilförmån särredovisas.[123] Det har också tidigare funnits exempel på att vissa förmåner av tjänst har särredovisats i skattedeklarationen till Skatteverket. Exempelvis gällde det under viss tid särredovisning av förmån av fri parkering. År 2004 infördes en bestämmelse i den då gällande förordningen om självdeklarationer och kontrolluppgifter att om förmån av fri parkering hade getts ut, skulle det anges i kontrolluppgiften.[124] Särredovisningen av förmånen fri parkering upphörde år 2019.[125]

Utredningen har utrett om det går att samla in informationen på annat sätt än via en särredovisning. SCB skickar t.ex. ut enkäter till företag. Utredningen har dock inte identifierat något annat sätt att kunna göra motsvarande de analyser som kan ske med FASIT och FRIDA. Dessutom finns redan i dag i FASIT information om

[123] För bakgrund till särredovisningen se prop. 1986/87:46 s. 10 f. och prop. 1996/97:19 s. 70.
[124] SFS 2004:284.
[125] SFS 2017:390.

skattepliktiga förmåner i form av kontrolluppgifter från arbetsgivare. Det gör att det sannolikt går att inkludera den särredovisade förmånen avseende privata sjukvårdsförsäkringar utan några omfattande förändringar av systemet. Utredningen föreslår därför att skatteförfarandeförordningen (2011:1261) ändras på så sätt att arbetsgivaren blir skyldig att antingen i en arbetsgivardeklaration eller i en kontrolluppgift till Skatteverket särskilt ange om någon anställd har fått förmån av privat sjukvårdsförsäkring. I och med att regleringen i skatteförfarandeförordningen föreslås utformas på ett tydligt sätt krävs inte några förändringar i myndighetsföreskrifter. Däremot krävs att Skatteverket utformar olika typer av instruktioner och informationsmaterial m.m. om hur förmånen ska redovisas i arbetsgivardeklarationerna och kontrolluppgifterna.

13.10 Den nationella väntetidsdatabasen och privatfinansierad vård

Utredningens bedömning: Den nationella väntetidsdatabasen bör utvecklas. En skyldighet för privata vårdgivare att rapportera till den nationella väntetidsdatabasen bör regleras i avtalet med regionen. Regelverket bör inte ändras så att databasen ska innehålla uppgifter om den privatfinansierade vården.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen har övervägt om den nationella väntetidsdatabasen som förvaltas av SKR bör byggas ut eller justeras i syfte att öka kunskapen om hälso- och sjukvården och då framför allt det som är fokus för denna utredning, dvs. privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården och samhället i stort.

En fråga som utredningen har undersökt är om den nationella väntetidsdatabasen ska byggas ut med ytterligare information. Utredningen har sett behov av att väntetider kan kopplas till patienten och till patientens medicinska behov. Som betonas flera gånger i detta betänkande är vårdgarantin underordnad bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Utredningen har resonerat kring möjligheten att komplettera väntetidsdatabasen med t.ex. personnummer i syfte att kunna följa patientens väntetider genom hela vården. Dessutom

behövs information om var, dvs. hos vilken vårdgivare, väntan på vård har uppstått. En patient kan få vård hos olika vårdgivare, t.ex. kan en patient på grund av vårdgarantiavtal, remitterats vidare till en annan vårdgivare. Det är då viktigt att det går att följa väntetiden hos de olika vårdgivarna, och inte endast patientens samlade väntetid.

Möjligheten till samkörning av väntetidsdatabasen med t.ex. Socialstyrelsens patientregister eller IVO:s vårdgivarregister är också frågor som utredningen har undersökt.

En annan fråga som utredningen har övervägt är om det i författning ska införas en rapporteringsskyldighet för de privata vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av regionen.

Ytterligare en annan fråga som utredningen har utrett är om den nationella väntetidsdatabasen ska innehålla information om väntetider vad gäller den privatfinansierade vården. I dag finns bara uppgifter om den offentligfinansierade vården i den nationella väntetidsdatabasen.

13.10.1 Utvecklingsarbete av väntetidsdatabasens nuvarande uppdrag

Väntetidsdatabasen utvecklades under tidigt 2000-tal och har successivt utvecklats vidare på olika sätt.[126] Databasen har utretts flera gånger och det har lämnats förslag på förbättringar.

Vård- och omsorgsanalys har konstaterat följande angående väntetidsdatabasen. Väntetidsdatabasen är i dagsläget den främsta källan till information om väntetider inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården i Sverige. Den har kontinuerligt förbättrats, men det finns fortfarande kända begränsningar och brister. Det finns t.ex. exempel inte någon information om täckningsgraden när det gäller privata vårdgivare.[127]

Vad gäller hos vilken eller vilka vårdgivare som väntan har uppstått, konstaterar Vård- och omsorgsanalys följande:

> När en privat vårdgivare av någon anledning tar över en remiss från en annan vårdgivare, exempelvis för att regionen fördelar ut patienter till vissa privata vårdgivare som de har avtal med när de behöver förstärkning för att klara vårdgarantin har vi uppfattat att det finns oklarheter, och kan variera, vilken väntetid det är som redovisas i väntetidsdatabasen – om det

[126] Socialstyrelsen 2020-12-7066, s. 16 f.
[127] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 115.

> är den tid som patienten väntat hos den vårdgivare som slutligen genomför vårdtillfället eller om det är den totala väntetiden ur patientens perspektiv. Det innebär att det i sådana här situationer kan finnas privata vårdgivare som har förhållandevis långa väntetider enligt informationen i väntetidsdatabasen även om denne vårdgivare själv har varit snabb och agerat enligt de tidsgränser som gäller enligt avtalen."[128]

Av utredningens kontakter med SKR har framkommit att databasen numera innehåller information om var väntan har uppstått. Detta gäller dock inte för äldre data i databasen vilket gör att det inte går att analysera sådan information över tid.

Det sker sedan oktober 2020 en implementering i väntetidsdatabasen av en ny uppföljningsmodell för den specialiserade vården. Syftet är bl.a. att möjliggöra en bredare uppföljning av tillgängligheten än endast vårdgarantin.[129]

I överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020*[130] framgår att regionerna ska rapportera alla besök och väntetider i primärvården och i den specialiserade vården till den nationella väntetidsdatabasen. Socialstyrelsen har i december 2020 kommit med en delrapport kring uppföljning och analys av överenskommelsen 2020, som i huvudsak rör primärvården.[131] Det finns dock vissa iakttagelser om primärvården som också kan ha bäring på specialistvården. Försäkringar förekommer framför allt inom den specialiserade öppenvården. Det anges t.ex. följande om inrapporteringsgraden.

> Andelen av väntetidsdatabasens fysiska vårdkontakter som ingår i SKR:s verksamhetsstatistik analyserat per verksamhetsform visar att det var 80 procent för primärvård i egen regi och 67 procent för primärvård i privat regi totalt sett som rapporterade in väntetider. En förklaring till den låga inrapporteringsgraden som nämns i intervjuerna är att de privata verksamheterna i mindre utsträckning har journalsystem som är integrerade med regionens väntetidsrapportering. Kraven som ställs i upphandlingar kan också skilja sig åt mellan regionerna.[132]

[128] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 115.
[129] Socialstyrelsen 2020-12-7066, s. 16.
[130] Regeringskansliet, 2019. *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020 – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.* I juli 2021 beslutades om *Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.* Denna tilläggsöverenskommelse kompletterar samt reviderar delar av överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021 som beslutades av parterna i december 2020.
[131] Socialstyrelsen 2020-12-7066.
[132] Socialstyrelsen 2020-12-7066, s. 32.

Utredningen kan konstatera att liknande förutsättningar kring avtalsskrivningar och journalsystem som beskrivs i Socialstyrelsens rapport finns inom den specialiserade vården. De kontakter med regioner som utredningen haft visar att krav i regionernas avtal med privata vårdgivare om att använda regionens journalsystem, i högre utsträckning finns inom primärvården än inom den specialiserade vården.

I Socialstyrelsens rapport sammanställs myndighetens intervjuer med regionföreträdare och SKR. Där beskrivs vissa utmaningar kring träffsäkerheten av inrapporteringen.[133] Den utveckling som har skett beskrivs också, och det framgår att en hel del arbete har lagts ned på att förbättra inrapporteringen och korrektheten av de data som rapporteras. Socialstyrelsen sammanställer också de utmaningar och vägar framåt som myndigheten har identifierat.[134]

Av Socialstyrelsens rapport framgår sammantaget att det pågår ett ständigt utvecklingsarbete med väntetidsdatabasen, och att utvecklingen mot mer och bättre inrapporterade data går framåt. Samtidigt finns stora luckor i inrapportering, framför allt hos privata vårdgivare.

Tillgänglighetsdelegationen lämnade i juni 2021 förslag som rör utveckling och förbättring av den nationella väntetidsdatabasen. Tillgänglighetsdelegationen föreslår att överenskommelsen mellan staten och SKR ska innehålla utökade krav på regionerna och SKR om förbättrad kvalitet och presentation av de uppgifter som rapporteras till väntetidsdatabasen. Tillgänglighetsdelegationen föreslår också att regionerna ska redogöra för antalet privata vårdgivare som ingår i regionens utbud men som inte rapporterar till väntetidsdatabasen. Av denna redogörelse ska framgå information om den vård som de privata vårdgivarna bedriver. Vidare föreslås att överenskommelsen ska ange att regionerna ska samverka och bidra till en utvidgad och fördjupad granskning av väntetidsdatabasens kvalitet.[135]

Tillgänglighetsdelegationen föreslår också att regeringen tillsätter en utvidgad och fördjupad granskning av väntetidsdatabasens kvalitet. Delegationen föreslår en granskningsgrupp med IVO, Vård- och omsorgsanalys, Socialstyrelsen samt Integritetsskydds-

[133] Socialstyrelsen 2020-12-7066, s. 33 ff.
[134] Socialstyrelsen 2020-12-7066, s. 38 ff.
[135] SOU 2021:59, s. 375.

myndigheten som deltagare.[136] Betänkandet är föremål för remisshantering.

Utredningen instämmer i Tillgänglighetsdelegationens och ovan beskrivna myndigheters förslag om att väntetidsdatabasen behöver utvecklas på flera sätt. Det är viktigt med en ökad kunskap om väntetider och dess påverkan på hälso- och sjukvården. Förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar rör grundläggande hälso- och sjukvårdsfrågor så som hur hälso- och sjukvården ska finansieras och frågor som rör tillgängligheten till hälso- och sjukvården. Utredningen menar att den av Tillgänglighetsdelegationen föreslagna granskningsgruppen skulle kunna undersöka en samkörning av väntetidsdatabasen med Socialstyrelsens patientregister och IVO:s vårdgivarregister.

13.10.2 Uppgifter om privat drift och privatfinansierad vård

Det är viktigt att väntetider avseende all offentligfinansierad vård oavsett vårdgivare verkligen rapporteras till väntetidsdatabasen. Det finns dock inte någon författningsreglerad skyldighet för de privata vårdgivarna att rapporterna väntetider för den offentligfinansierade vården till väntetidsdatabasen. Utredningen har därför övervägt om en sådan författningsreglerad skyldighet bör införas.

Vidare har utredningen undersökt om det nationellt bör finnas uppgifter om väntetider för den privatfinansierade vården för att möjliggöra jämförelser med den offentligfinansierade vården och dra slutsatser om privata sjukvårdsförsäkringar och deras påverkan på hälso- och sjukvården.

Väntetider till den privatfinansierade vården omfattas inte i dag av databasen, utan det är endast privat utförd och offentligt finansierad vård, som ska rapporteras (utöver den vård som regionen bedriver i egen regi). Förklaringen till det är att väntetidsdatabasen i stor utsträckning är uppbyggd kring den författningsreglerade vårdgarantin och den tidigare s.k. kömiljarden, vilka inte gäller för den privatfinansierade vården.

Vidare är en förklaring att väntetidsdatabasen förs av SKR. Utredningen anser inte att den privatfinansierade vården och dess väntetider bör hanteras av SKR. SKR är en medlems- och arbetsgivarorga-

[136] SOU 2021:59, s. 379.

nisation för regionerna. Regionerna är inte huvudmän för den privatfinansierade vården. Det är därför inte lämpligt att de privata vårdgivarna ska rapportera uppgifter om den privatfinansierade vården till SKR.

I kapitel 13.4 föreslår utredningen att de privata vårdgivarnas rapporteringsskyldighet till väntetidsdatabasen ska anges i avtalet mellan regionen och vårdgivaren. Utredningen erfar att detta redan ibland anges i avtalen.

Utredningen vill dock betona behovet av en nationell, samlad information om väntetider för all hälso- och sjukvård, dvs. både den offentligfinansierade och den privatfinansierade vården. Denna fråga kan därför framöver, utifrån den kunskap och erfarenhet som finns då, behöva utredas ytterligare. Detta diskuteras närmare i kapitel 14.2. Utredningen välkomnar regeringens uppdrag i september 2021 till Socialstyrelsen om att utveckla förutsättningarna för att samla in väntetidsdata med syfte att följa upp och analysera hälso- och sjukvårdens tillgänglighet med fokus på väntetider.[137]

Utredningen noterar även regeringens uppdrag i juni 2021 till Socialstyrelsen att kartlägga datamängder inom hälsodataområdet som kan anses vara av nationellt intresse. Enligt uppdraget ska Socialstyrelsen fokusera på data som i dag inte finns tillgänglig på nationell nivå, men som kan vara av nationellt intresse.[138]

13.11 Regionernas hantering av bisysslor

Utredningens rekommendation: SKR bör ta fram riktlinjer för hanteringen av bisysslor med särskilt fokus på hälso- och sjukvården samt utbildningsmaterial för de personer i regionerna som arbetar med bedömning av bisysslor inom hälso- och sjukvården.

Skälen för utredningens rekommendation: Regionerna har som arbetsgivare ett ansvar enligt lag att ha en god kännedom om sina anställdas bisysslor och i vissa fall förbjuda dem. Som har konstaterats i kapitel 9 finns det flera utredningar som visar på en delvis bristande efterlevnad i regionerna av reglerna om bisysslor. I det kapitlet och i kapitel 11 beskrivs hur de offentliganställdas sidoupp-

[137] Regeringens beslut 2021-09-09, S2021/06332 (delvis).
[138] Regeringens beslut 2021-07-01, S2021/05369 (delvis).

drag hos privata vårdgivare kan påverka den offentliga vården. En bisyssla kan exempelvis vara så omfattande att den påverkar den anställdas förutsättningar att utföra sitt arbete för regionen på ett fullgott sätt. Det kan också handla om att bisysslan utförs hos ett företag vars verksamhet konkurrerar med regionens verksamhet. Det är därför viktigt att regionen i egenskap av arbetsgivare känner till de anställdas bisysslor men även förbjuder dem i de fall det är nödvändigt.

Det kan inte uteslutas att bristen på regelefterlevnad bidrar till de oklarheter som finns i diskussionen om privata sjukvårdsförsäkringar och om att t.ex. ”personer via en privat sjukvårdsförsäkring kan gå före i kön i den offentligt finansierade vården”. Det kan vara svårt att bedöma om den som utför vården gör det i sin roll som offentliganställd eller om det handlar om en uppgift som utförs som en bisyssla. Denna otydlighet kan leda till en misstro att regionanställda prioriterar intressen hos privata vårdgivare framför den offentliga arbetsgivaren. En god regelefterlevnad på området skulle således kunna vara ett sätt att stärka förtroendet för den offentliga sjukvården i Sverige.

Utredningen vill betona att det kan finnas många positiva aspekter av att offentliganställda har bisysslor hos privata vårdgivare så som en breddad kompetens för den enskilde individen och att mer vård kan produceras om exempelvis en läkare arbetar extra på sin lediga tid. Utredningen föreslår inte några förändringar av lagstiftningen eller kollektivavtalen kring bisysslor. Däremot ser utredningen ett behov av att redan existerande regler preciseras i stöddokument.

Utredningen instämmer med många av de slutsatser som Statskontoret har dragit i rapporten *Offentligt anställdas bisysslor – En studie av hanteringen av bisysslor i myndigheter, kommuner och regioner* från 2019.[139] Utredningen delar t.ex. Statskontorets beskrivning att regioner efterfrågar en tydligare vägledning och stöd i bedömningen av om en bisyssla ska anses vara tillåten eller inte. Detta har också uttryckts i de kontakter som utredningen haft med regionerna. Det har också i kontakter med utredningen beskrivits en oro för att personal inte ska ha möjlighet arbeta både hos offentlig och privat vårdgivare.

[139] Statskontoret (2019).

Statskontoret föreslår i rapporten att Arbetsgivarverket och SKR ska bistå med fördjupad information och eventuellt stödmaterial riktat till myndigheter, kommuner och regioner. SKR har tagit fram stöddokument om bisysslor i form av cirkulär men de avser inte specifikt hälso- och sjukvårdssektorn.

Utredningen instämmer i Statskontorets förslag och bedömer att SKR är en lämplig aktör att ta fram riktlinjer om bisysslor som just riktar in sig på hälso- och sjukvården. Riktlinjerna skulle behöva innehålla exempel på när en bisyssla är tillåten, ge vägledning i hur bedömningen ska gå till samt i övrigt beskriva hur hanteringen av bisysslor inom hälso- och sjukvården ska hanteras. I arbetet med att ta fram sådana riktlinjer bör SKR ha ett nära arbete med relevanta aktörer, t.ex. yrkesförbund.

Vidare kan det behövas särskilda utbildningsinsatser för de personer som ansvarar för bedömningen av bisysslor inom hälso- och sjukvården i regionerna. Detta förslag är också i linje med Konkurrensverkets rekommendation i en rapport från 2020 om regionernas hantering av bisysslor.[140]

[140] Konkurrensverket 2020:4.

14 Uppföljning av förslagen och framtida utredningsfrågor

14.1 Uppföljning av utredningens förslag

Utredningens förslag: Regeringen bör ge Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att följa upp och analysera utredningens förslag. Ett sådant uppdrag bör lämnas till myndigheten i närtid så att arbetet kan påbörjas och planeras.

Skälen för utredningens förslag: Det är viktigt med information om vilka konsekvenser de nya reglerna och andra åtgärder som utredningen föreslår leder till. Sådan information kan ligga till grund för en diskussion om att vidta ytterligare åtgärder. Utredningens förslag behöver därför följas upp. En uppföljning kan även bidra med kunskap om privata sjukvårdsförsäkringar och deras påverkan på hälso- och sjukvården och samhället i stort.

Ett syfte med uppföljningen är att fördjupa kunskapen om tolkningen och tillämpningen av behovs-solidaritetsprincipen i förhållande till privata sjukvårdsförsäkringar utifrån utredningens förslag. Ett uppdrag om uppföljning kan beröra ytterligare områden varför det kan behöva formuleras brett och utifrån flera perspektiv. I det följande beskrivs de områden som utredningen har funnit särskilt värdefulla att följa upp.

I uppföljningen bör det beskrivas hur regionerna har använt sig av de nya avtalsvillkoren och vilken uppföljning av avtalen som har skett. En sådan undersökning skulle kunna utföras på liknande sätt som utredningens undersökning, dvs. i form av intervjuer och enkäter samt i form av genomgång och kartläggning av avtalen eller på andra sätt som bedöms lämpliga. Syftet är att följa upp hur regionerna har följt de nya reglerna. Särskilt intressant att beskriva kan

vara vilka slutsatser regionerna har dragit om hur de privata vårdgivarna följer bestämmelsen om att den som har det största behovet av vården ska ges företräde, när vårdgivaren bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård och tillämpar olika tidsgränser för när vården ges. Av intresse är här i vilken utsträckning det uppdrag som vårdgivaren ska utföra åt regionen påverkas av att vårdgivaren även utför vård som finansieras privat. Det kan även vara värdefullt att göra en analys av om det finns skillnader i regionernas uppföljning av avtal enligt lagen (2008:962) om valfrihetsystem, LOV, jämfört med avtal enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, i likhet med vad som diskuteras i kapitel 11.2.2. Detta kan vara särskilt relevant att analysera om antalet LOV-avtal framöver ökar i omfattning och blir vanligare i fler regioner än vad som gäller i dag.

I uppföljningen bör det även ingå en beskrivning av vilken tillsyn som IVO har bedrivit utifrån de nya reglerna och vilka erfarenheter som kan dras av tillsynen. Intressant torde då vara frågan om hur vårdgivare följer de grundläggande principerna i 3 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) när dessa bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård och tillämpar olika tidsgränser för när vården ges.

Av uppföljningen bör det framgå hur IVO och regionerna har samarbetat i frågan om tillsyn respektive uppföljning av de privata vårdgivarna.

Uppföljningen kan också avse att över tid följa och analysera befolkningens och patienternas attityder till privata sjukvårdsförsäkringar, t.ex. vad som påverkar viljan att teckna och utnyttja dessa samt om och hur det påverkar viljan att betala skatt, eller får andra konsekvenser för förtroendet för välfärdssamhället. För vidare resonemang om frågan, se kapitel 12.3.4. Kunskap från vårdpersonal kan inhämtas för att belysa vårdpersonals erfarenheter av privata sjukvårdsförsäkringar.

Uppföljningen bör omfatta konsekvenserna av de olika förslagen om ökad kunskap om privata försäkringar, dvs. förslagen om patientregistret, kvalitetsregistren och särredovisningen av förmån av privata sjukvårdsförsäkringar. I uppföljningen kan det beskrivas hur dessa nya uppgifter om finansieringsform har använts, t.ex. för vårdens kvalitetsuppföljning eller för forskning.

Förutom att beskriva hur andra aktörer har använt de nya uppgifterna kan det vara värdefullt om Vård- och omsorgsanalys gör egna analyser utifrån uppgifter från t.ex. patientregistret inklusive den nya uppgiften om finansieringsform. Utredningen vill betona Vård- och omsorgsanalys behov av stöd för behandling av personuppgifter vilket har lyfts i olika sammanhang.[1]

Uppföljningen bör innehålla en analys av om det finns behov av ytterligare åtgärder i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård när den privata vårdgivaren har flera uppdragsgivare och tillämpar olika väntetider eller andra frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar.

Det kommer att ta viss tid innan det finns tillräckligt med data för analys och tillräckligt med erfarenhet för en uppföljning av utredningens förslag. Det kan dock vara viktigt att påbörja analysen i närtid för att t.ex. kunna skapa tidsserier och en baslinje för jämförelser över tid.

Det är viktigt att en uppföljning och rapportering av resultat inte dröjer alltför lång tid. Frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar är otillräckligt belysta och behovet av mer kunskap är stort. Det framgår också av internationella studier och forskning att negativa effekter av privata sjukvårdsförsäkringar kan förhindras om åtgärder vidtas i tid, när försäkringarna är av begränsad omfattning. När omfattningen har växt så mycket att försäkringarna påverkar sjukvårdssystemet blir det både politiskt och ekonomiskt svårare att begränsa dem.[2] Utredningen bedömer därför att ett uppdrag om uppföljning bör lämnas i närtid så att det finns möjlighet att tidigt starta och planera arbetet.

Utredningen bedömer att uppföljningen ska utföras av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör samverka med och ta hänsyn till närliggande forskning på området.

[1] Se t.ex. SOU 2018:52.

[2] Se t.ex. European Observatory on Health Systems and Policies (2020) och beskrivning av den internationella utblicken i kapitel 10. Se även beskrivningen i 12.3.4 om den svenska välfärdsmodellens utmaningar.

14.2 Framtida utredningsfrågor

Utredningens bedömning: Utifrån ny kunskap och erfarenhet om privata sjukvårdsförsäkringar kan det framöver finnas behov av ytterligare åtgärder för att öka kunskapen och kontrollen i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen kan konstatera att frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i princip är oreglerade. Denna brist på ändamålsenliga och tydliga regler har skapat en osäkerhet om rättsläget som inte gagnar den diskussion som pågår om privata sjukvårdsförsäkringar. Det övergripande syftet med utredningens förslag är därför att säkerställa en god och patientsäker vård samt att öka kunskapen om privata sjukvårdsförsäkringar och deras påverkan. Betänkandet kommer att kunna användas vid diskussioner och beslut på nationell och regional nivå.

Utifrån hur utredningens uppdrag är beskrivet och utifrån den kunskap som finns i dag har utredningen stannat för att de förslag som lämnas är de mest lämpliga och ändamålsenliga i dagsläget. Den ökade kontrollen och kunskapen kommer att göra att det finns betydligt mer och bättre beslutsunderlag om några år. Ökad kunskap kommer också uppnås genom den uppföljning av utredningens förslag som utredningen föreslår att Vård- och omsorgsanalys ska vidta, se kapitel 14.1.

Beroende på vad det nya kunskapsläget visar kan olika ytterligare åtgärder vidtas som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningens förslag som beskrivs i kapitel 13 ska således betraktas som ett första steg i frågan om reglering av frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar, och som kan följas av flera steg.

Utredningen har i betänkandet beskrivit att det saknas kunskap på olika områden som rör privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen lämnar därför flera förslag i kapitel 13 i syfte att öka kunskapen. Det kan framöver visa sig att det behövs ytterligare kartläggningar och analyser. Utredningen beskriver i det följande några områden som det i framtiden kan vara intressant att utreda utifrån ett behov av ytterligare kunskapsuppbyggnad (kapitel 14.2.1) utöver det som innefattas i det föreslagna uppföljningsuppdraget till Vård- och omsorgsanalys.

Utredningen lämnar i kapitel 13 flera förslag som leder till en ökad kontroll över privata sjukvårdsförsäkringar i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård. Beroende på vad ny kunskap och erfarenhet visar kan det framöver finnas ett behov av ytterligare kontroll. Utredningen beskriver några sådana regeländringar (kapitel 14.2.2).

Utredningen vill betona att den följande beskrivningen ska ses som exempel på framtida utredningsfrågor beroende på vad som framgår av ny kunskap och erfarenhet och alltså inte ses som konkreta förslag på förändringar. Det lämnas därför inte något förslag på vem som borde utföra de fördjupade analyserna som beskrivs. Det lämnas inte heller förslag kring kostnader eller andra konsekvenser som sådana utredningar skulle kunna vara förenade med. Några av de framtida utredningsfrågorna kan ligga inom ramen för ett myndighetsuppdrag. Andra frågor kan behandlas inom ramen för forskningsprojekt.

14.2.1 Mer kunskap om hur privata sjukvårdsförsäkringar fungerar och deras påverkan på hälso- och sjukvården och samhället i stort

Utredningen beskriver i det följande exempel på åtgärder som ytterligare kan öka kunskapen om privata sjukvårdsförsäkringar och som kan vara relevanta att utreda i framtiden.

Kunskap om framväxten av försäkringar

Som beskrivs i kapitel 5 har antalet personer med privata sjukvårdsförsäkringar ökat de senaste åren. Det är endast cirka 10 procent av de privata sjukvårdsförsäkringarna som tecknas som individuellt tecknade försäkringar. Omkring 90 procent av alla privata sjukvårdsförsäkringar som tecknades år 2018 var gruppförsäkringar och omkring 66 procent av dem tecknades av arbetsgivaren.

Det saknas i dag uppgifter om varför arbetsgivare, fackförbund och enskilda tecknar eller subventionerar privata sjukvårdsförsäkringar. Långa väntetider till den offentligfinansierade vården anges ofta som ett skäl.[3] En faktor som lyftes i SOU 2001:57 var att nedskärningar inom den offentliga försäkringen har lett till ökat inslag

[3] Kullberg et al. (2021), s. 3.

av privat försäkring.[4] För att i framtiden kunna vidta ytterligare åtgärder kan det behövas ökad kunskap om vad som driver framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar.

En drivkraft som Vård- och omsorgsanalys lyfter är att arbetsgivarna har ett behov av att hälso- och sjukvården bidrar till färre och kortare sjukskrivningar genom förebyggande insatser, men även att de har behov av ”snabb tillgång till god vård”.[5] Sjukfrånvaro och dålig hälsa bland de anställda utgör vanligen höga kostnader för arbetsgivaren.[6] Samtidigt anförs i Vård- och omsorgsanalys rapport att kunskapen om de privata sjukvårdsförsäkringarnas effekt på sjukfrånvaron är begränsad och att orsakssambanden inte är klara.[7] Eftersom privata sjukvårdsförsäkringar till allra största del tecknas av arbetsgivarna är det enligt utredningen angeläget med ytterligare kunskap kring arbetsgivarnas motiv för att teckna försäkringar åt sina anställda. Utredningen har även erfarit att behovet av ytterligare kunskap om frågan har lyfts inom forskningen.

År 2018 infördes förmånsbeskattning av privata sjukvårdsförsäkringar och Skatteverket har i ett ställningstagande angett hur den skattepliktiga förmånen schablonmässigt ska beräknas. Det kan vara intressant att följa upp hur förändringen och den schablonmässiga beräkningen har påverkat antalet personer med privata sjukvårdsförsäkringar.

För att kunna analysera framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar kan det även vara intressant att följa eventuella förändringar i de tjänster som erbjuds inom de privata sjukvårdsförsäkringarna. Det kan handla om att försäkringarna i ökad utsträckning börjar erbjuda vård som efterfrågas men som den offentliga vården inte anser bör prioriteras eller har förutsättningar att erbjuda. En drivkraft skulle också kunna handla om det som i direktivet till utredningen beskrivs som att försäkringarna skulle leda till ”bättre vård”. Som beskrivs i kapitel 5 har utredningen inte kunnat finna exempel på sådana för-

[4] SOU 2001:57, s. 13 och kapitel 2 (s. 72 ff.) samt kapitel 7 där det anges att ett tydligt upplevt behov av privata försäkringskompletteringar anses kunna ses som en indikation på bristande tilltro till att de offentliga systemen kommer att kunna leverera den grad av försäkring som efterfrågas (s. 363).
[5] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 39.
[6] Palme, M. (2017), s. 38. I rapporten nämns även att en privat sjukvårdsförsäkring för en arbetsgivare kan vara ett alternativ till att erbjuda företagshälsovård och att försäkringarna kan fungera som en förmån som arbetstagarna värdesätter.
[7] Vård- och omsorgsanalys, 2020:3, s. 39.

säkringar i dagsläget utan de svenska försäkringarna är framför allt inriktade på att erbjuda vård med korta väntetider.[8]

Privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige är främst inriktade på kortare väntetider för samma slags tjänster som även återfinns i det offentliga utbudet (s.k. supplementära försäkringar). I andra länder förekommer s.k. komplementära försäkringar som innehåller tjänster som inte erbjuds av det offentliga systemet. Att privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige innehåller ett relativt begränsat antal tjänster skulle kunna hänga samman med att den offentliga hälso- och sjukvården har ett omfattande utbud av tjänster.[9] Komplementära inslag förekommer dock. Om de tjänster som erbjuds inom de privata sjukvårdsförsäkringarna förändras och ökar anses det kunna leda till att försäkringarna blir mer attraktiva för både arbetsgivare och enskilda.[10] Incitamentet för att teckna en försäkring skulle då vara ett annat än när det främst handlar om att få tillgång till korta väntetider till vården.

Beroende på vad som driver framväxten av försäkringar kan förtroendet för och tilliten till hälso- och sjukvården och välfärdssamhället påverkas.

Kunskap om undanträngning och annan påverkan

I kapitel 11 redogörs för privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården och samhället i stort. I kapitlet finns en redogörelse för begreppet undanträngning och hur mer fördjupade undersökningar om undanträngningar har gjorts inom vårdgarantin, det fria vårdvalet och cancervården. Som beskrivs i det kapitlet vet man i dag inte tillräckligt om undanträngning och annan påverkan som en konsekvens av privata sjukvårdsförsäkringar. Det kan därför finnas behov av ytterligare forskning och av fördjupade analyser av olika myndigheter. Det kan finnas flera frågor som behöver studeras empiriskt. Vidare kan det behövas tillgång till bättre data för att kunna genomföra olika former av undersökningar.

[8] Se dock beskrivningen i kapitel 5.4.2 om en cancerförsäkring med delvis annat innehåll.
[9] I Kullberg et al. (2021), s. 3 nämns, genom internationella exempel, att bristande kvalitet i den offentligfinansierade vården kan bidra till en ökad framväxt av privata sjukvårdsförsäkringar.
[10] Se resonemang i Kullberg et al. (2021).

Vård- och omsorgsanalys beskriver en situation med patienter som genom privata sjukvårdsförsäkringar ”kan få sitt behov bedömt snabbare än patienter som inte har sådana försäkringar” och att det möjligtvis skulle ”kunna göra att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar får vård snabbare för att de kommer in tidigare i vårdkön”.[11] En liknande situation kan uppstå genom företagshälsovården. Det faktum att en person har tillgång till företagshälsovård skulle kunna göra att vissa vårdbehov upptäcks tidigare än vad som annars hade varit fallet. Ytterligare en situation som kan vara intressant att analysera är om försäkringar leder till att mer vård ges inom ramen för specialistvården, i stället för på en lägre mottagandenivå. Det kan således finnas fler situationer än korta väntetider som behöver analyseras utifrån bestämmelserna om en vård på lika villkor för hela befolkningen och etiska plattformen.[12]

Utredningen noterar att det pågår flera arbeten som kommer att bidra till att öka kunskapen om privata sjukvårdsförsäkringar. Riksrevisionen meddelade den 6 juli 2021 på sin hemsida att de förbereder en granskning av statens insatser för kortare väntetider i vården. Riksrevisionen skriver att ”trots omfattande statliga insatser fortsätter problemen med köer och långa väntetider i vården. Det finns också indikationer på att de insatser som har gjorts leder till oönskad undanträngning av patienter med stora vårdbehov. Riksrevisionen avser därför att granska statens styrning på området.” Denna granskning kan ge ökad kunskap om privata sjukvårdsförsäkringar då flera av frågeställningarna även har bäring på försäkringar.[13] Det finns också pågående forskningsprojekt som kommer att ge ökad kunskap om privata sjukvårdsförsäkringar och hur de påverkar hälso- och sjukvården och samhället i stort.

Ytterligare uppgifter om privata sjukvårdsförsäkringar

För det fall utredningens förslag framöver inte bedöms vara tillräckliga finns det andra sätt att få fram uppgifter om privata sjukvårdsförsäkringar. Exempelvis kan ytterligare uppgifter behöva registreras

[11] Vård- och omsorgsanalys 2020:3, s. 49.
[12] Se även kapitel 12.5 för den kritik som har riktats mot vårdgarantin, vårdvalet och digitala vårdtjänster.
[13] www.riksrevisionen.se/nu-granskas/inledda-granskningar/statens-insatser-for-kortare-vantetider-i-varden.html.

i Socialstyrelsens patientregister så som uppgifter om väntetid i syfte att möjliggöra analyser av efterlevnaden av bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Ett annat sätt att öka kunskapen är att samla uppgifter om väntetider rörande all vård, inklusive den privatfinansierade vården i en nationell databas och då överväga att placera en sådan databas hos en myndighet.[14]

Den aktör som har bäst kunskap om privata sjukvårdsförsäkringar torde vara försäkringsbolagen. Ett sätt att framöver öka kunskapen om försäkringar skulle vara att införa en rapporteringsskyldighet för försäkringsbolagen. Försäkringsbolagen skulle t.ex. kunna åläggas en skyldighet att till en myndighet rapportera uppgifter på individnivå. Rapporteringsskyldigheten skulle kunna avse uppgifter om hur stor del av försäkringarna som utnyttjas, hur stor premien är samt i vilken utsträckning privata sjukvårdsförsäkringar erhålls t.ex. via fackförbund eller annat medlemskap.

En rapporteringsskyldighet skulle också kunna avse hur mycket försäkringsbolagen faktiskt betalar för vården. Som beskrivs i kapitel 7.3 bygger inte de belopp som brukar användas för att beskriva hur stor del av hälso- och sjukvården som finansieras via privata sjukvårdsförsäkringar på vad försäkringsbolagen faktiskt betalar för vården. I stället används en modell som utgår från premieinkomsterna och de uppgifterna kommer från Svensk Försäkring.

14.2.2 Mer kontroll i form av regeländringar

Utredningen lämnar flera förslag som kommer innebära en ökad kontroll över privata sjukvårdsförsäkringar såsom förslaget om finansieringen av vården, regionernas nya avtalsvillkor och uppföljning samt IVO:s tillsyn. Utifrån ny kunskap och erfarenhet kan det om några år vara relevant att utreda andra förändringar i regleringen av privata sjukvårdsförsäkringar. I det följande beskrivs några sådana exempel.

[14] Regeringen har den 9 september 2021 givit Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla myndighetens insamling av väntetidsdata. Uppdraget ska redovisas senast den 1 oktober 2022 och delredovisas senast den 15 mars 2022.

Finansieringen av hälso- och sjukvården

Som beskrivs på flera ställen i betänkandet, bl.a. kapitel 8 och kapitel 13, gäller bestämmelserna i 3 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) för all vård. Det är således inte nödvändigt att ändra den etiska plattformen och hälso- och sjukvårdslagstiftningen för att genomföra utredningens förslag. Som framgår i kapitel 8 har dock olika myndigheter och organisationer framfört att det är svårt att tolka och tillämpa den etiska plattformen och pekat på behovet av en översyn. I och med att behovs-solidaritetsprincipen är avsedd att ge ledning både på ett övergripande plan för att fördela samhällets resurser då dessa inte räcker till allt åt alla och att vara vägledande i det direkta vårdarbetet, innehåller den en stor grad av komplexitet.

När den etiska plattformen och de kompletterande bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen togs fram avsåg de framför allt den offentligfinansierade vården och hur de gemensamt finansierade resurserna används bäst. De avsåg inte den privatfinansierade vården. Då var också antalet privata vårdgivare liksom antalet privata sjukvårdsförsäkringar betydligt färre än i dag. Framtida översyner av den etiska plattformen och hälso- och sjukvårdslagstiftningen kan behöva ta hänsyn till förekomsten av privata vårdgivare och hur hälso- och sjukvården är finansierad.

Begränsningar och förbud av privata sjukvårdsförsäkringar

För det fall det visar sig att syftet om en god och patientsäker vård inte kan uppnås med utredningens förslag, kan det vara lämpligt att utreda andra åtgärder för att kontrollera de privata sjukvårdsförsäkringarna. En väg är olika former av begränsningar eller förbud. Man kan t.ex., i likhet med den reglering som finns i Kanada, begränsa eller förbjuda supplementära sjukvårdsförsäkringar, eller på andra sätt begränsa vad försäkringarna får innehålla och erbjuda. T.ex. kan man förbjuda sjukvårdsförsäkringar som även innehåller andra vårdtjänster så som företagshälsovård, förebyggande behandling och rehabilitering. Ett sådant förslag skulle innebära att försäkringsbolagen skulle behöva dela upp försäkringen i en sjukvårdsdel och en del som avser övriga tjänster. Ytterligare ett sätt är att förbjuda privata vårdgivare att bedriva både privatfinansierad och offentligfinansierad hälso- och sjukvård eller att begränsa under vilka för-

utsättningar sådan verksamhet skulle vara tillåten.[15] Slutligen kan ett sätt vara att förbjuda en privat vårdgivare att ha olika väntetider för olika patienter beroende t.ex. på hur vården finansieras.

Förändringar i försäkringsrätten

Som beskrivs i kapitel 5 är det vissa grupper av befolkningen, bl.a. äldre, barn och personer med funktionsnedsättning, som kan ha svårare att teckna en privat sjukvårdsförsäkring än andra, och därmed inte kan välja att finansiera vården privat via en sådan.[16]

För individuellt tecknade sjukvårdsförsäkringar gäller så kallad kontraheringsplikt, dvs. ett förbud för försäkringsföretagen att neka någon att ingå en försäkring utan saklig grund. Kontraheringsplikten är dock begränsad på så vis att ett försäkringsbolag får neka någon en försäkring om det i det enskilda fallet finns särskilda skäl för vägran. Ett sådant skäl är om den som ska försäkras inte har ett fullgott hälsotillstånd.[17] För gruppförsäkringar gäller inte någon kontraheringsplikt.

Utifrån ökad kunskap om förmånstagarna och deras sjukdomar eller funktionsnedsättningar m.m. kan det finnas intresse att se över hur kontraheringsplikten fungerar vad gäller de privata sjukvårdsförsäkringarna.[18]

[15] Se liknande förslag från Välfärdsutredningen i SOU 2016:78, s 24 och 27 samt kapitel 10.6 om förbudet i Kanada mot ”dual practice”.
[16] Se mer i kapitel 5.2 och 5.6.
[17] Se SOU 2016:37, s. 59 ff. för en närmare beskrivning och vidare hänvisningar.
[18] Utredningen om rätten till en personförsäkring lämnande i betänkandet SOU 2016:37 förslag om att stärka kontraheringsplikten och den enskildes ställning.

15 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Utredningens förslag: Lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2023.

Bestämmelsen om avtalsvillkor ska inte gälla för avtal som har ingåtts före lagens ikraftträdande. Bestämmelserna om avtalsvillkor ska inte heller gälla för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet men som förlängs efter ikraftträdandet.

Den som före ikraftträdandet bedriver verksamhet med flera uppdragsgivare och som efter ikraftträdandet ska anmäla det till IVO:s vårdgivarregister, ska göra en sådan anmälan senast en månad efter ikraftträdandet.

Äldre föreskrifter ska fortfarande gälla för överträdelser som har skett före de nya bestämmelsernas ikraftträdande.

Utredningens bedömning: Förordningsändringarna ska träda i kraft så snart det är möjligt.

Skälen för utredningens förslag och bedömning: Ett betänkande ska innehålla en bedömning av om särskild hänsyn behöver tas när det gäller tidpunkten för ikraftträdande och om det finns behov av speciella informationsinsatser.[1] I detta kapitel beskrivs utredningens överväganden vad gäller när författningsändringarna bör träda i kraft och behovet av övergångsbestämmelser. De informationsinsatser som behövs med anledning av förslagen beskrivs framför allt i kapitlet om konsekvensanalys.

Utredningen kan konstatera att frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i princip är oreglerade. Denna brist på ändamålsenliga

[1] 15 a § kommittéförordningen (1998:1474) och 6 § förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

och tydliga regler har skapat en osäkerhet om rättsläget som inte gagnar diskussionen. Lagförslagen syftar till att säkerställa en god och patientsäker vård samt att bidra med kunskap om hur privata sjukvårdsförsäkringar fungerar och dess konsekvenser. Det framstår som angeläget att ändringarna kan träda i kraft så snart det är möjligt. Utredningen bedömer att det är lämpligt att lagändringarna, med hänsyn tagen till sedvanlig lagstiftningsprocess såsom remittering, beredning inom Regeringskansliet och riksdagsbehandling, träder i kraft den 1 januari 2023. Det ger även tid för berörda aktörer att förbereda sig. IVO, Socialstyrelsen, Skatteverket och Sveriges Kommuner och Regioner bör inom ramen för sina verksamheter verka för att informera om förändringarna.

Utredningen föreslår några förordningsändringar. Eftersom förordningar beslutas av regeringen går processen snabbare för förordningar än för lagar. Förordningsändringarna kan således träda i kraft tidigare än den 1 januari 2023. De flesta förordningsändringar kräver dock visst förberedelsearbete i form av tekniska förändringar men också i form av information till de aktörer som berörs av ändringarna.

15.1 Förslaget om finansiering av hälso- och sjukvården

De nya bestämmelserna om finansiering tar sikte på hur hälso- och sjukvården får finansieras. Det kan vara så att en vårdåtgärd påbörjas före ikraftträdandet och avslutas efter ikraftträdandet. Utredningen har därför övervägt om det finns behov av övergångsbestämmelser.

Förslaget om nya bestämmelser om finansiering av hälso- och sjukvård utgör framför allt ett förtydligande av vad som redan gäller, dvs. att den hälso- och sjukvård som regionen bedriver i egen regi eller som utförs av annan på uppdrag av regionen, enbart får finansieras med offentliga medel och avgifter om inte något annat är reglerat. Utredningen anser därför inte att det är nödvändigt med en övergångsbestämmelse. Det kommer dessutom att finnas tid för vårdgivarna att, vid behov, förbereda sig inför ikraftträdandet utifrån de nya reglerna.

15.2 Förslaget om nya avtalsvillkor

15.2.1 Avtal som redan har ingåtts vid ikraftträdandet

När bestämmelserna träder i kraft kommer det att finnas avtal som redan har ingåtts mellan regioner och privata vårdgivare. En huvudprincip i svensk lagstiftning är att ny lag bara bör tillämpas på avtal som har ingåtts efter lagens ikraftträdande.

Eftersom det är frågan om redan ingångna avtal bedömer utredningen att dessa avtal inte ska kompletteras med de nya villkoren. De nya bestämmelserna ska således inte gälla retroaktivt för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet. Överlämnad verksamhet ska således fortsatt kunna bedrivas utifrån vad som anges i avtalet. Av tydlighetsskäl anser utredningen att det ska anges att de nya bestämmelserna inte ska gälla för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet.

Det finns inte något som hindrar regionerna från att redan före ikraftträdandet använda sig av de föreslagna avtalsvillkoren vid ingående av nya avtal. Som framgått av utredningens undersökningar har vissa regioner redan liknande avtalsvillkor.

Vad gäller avtal som tecknats enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV finns det ett större upphandlingsrättsligt utrymme att i vissa fall lägga till de nya villkoren i befintliga avtal än vad som gäller enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling. Inom ramen för LOV har regionerna möjlighet att ändra avtalsvillkoren under en avtalsperiod, under förutsättning att den rätten framgår av avtalet. I en situation där det är lång tid kvar av avtalet, eller där nya leverantörer vill ansluta till vårdvalet, kan det ur likabehandlingsskäl vara lämpligt för regionerna att införa de föreslagna kraven i befintliga avtal. Detta bör dock inte särskilt regleras i övergångsbestämmelserna, utan får avgöras från fall till fall av respektive region.

15.2.2 Avtal som har ingåtts före ikraftträdandet men som förlängs efter ikraftträdandet

Utredningen anser inte att bestämmelserna om avtalsvillkor ska gälla för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet men som förlängs efter ikraftträdandet. Utredningen har gjort följande överväganden om behovet av sådana övergångsbestämmelser.

Upphandlingsrättsligt är det inte tillåtet att ändra ett avtal (antingen ett befintligt avtal eller avtal som förlängs) hur som helst. När det gäller förlängning av avtal som tecknats enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, är möjligheterna att ändra avtalsvillkor begränsade, då allt för stora förändringar innebär att det är fråga om ett helt nytt avtal, vilket behöver konkurrensutsättas på nytt. Som beskrivs ovan är möjligheterna till ändring däremot större för avtal som tecknats enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV.

Liknande situation, dvs. vad som ska gälla vid förlängning av avtal, har diskuterats i tidigare lagstiftningsarbeten. I prop. 2016/17:166, där det föreslogs att avtal skulle innehålla villkor om att inte åsidosätta principer i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, föreslogs att de nya bestämmelserna skulle gälla för avtal som förlängdes efter ikraftträdandet. Regeringen motiverade förslaget enligt följande.

> I enlighet med principen om att ny lag enbart tillämpas på avtal ingångna efter lagens ikraftträdande bör den föreslagna bestämmelsen i 15 kap. 1 § HSL inte gälla för sådana avtal om överlämnande av uppgifter som landstingen ingått före ikraftträdandet. Det saknas däremot skäl att undanta den nya bestämmelsen från att gälla när ett sådant tidigare ingånget avtal ska förlängas efter ikraftträdandet, oavsett om förlängningen inte innebär att ett nytt avtal ingås. En förlängning bör således inte få ske utan att den nya bestämmelsen beaktas. Övergångsbestämmelser med denna innebörd föreslås i propositionen.[2]

I propositionen till den nya kommunallagen (prop. 2013/14:118) föreslogs däremot att äldre bestämmelser skulle gälla för avtal som ingåtts före ikraftträdande men som förlängs efter ikraftträdandet. Regeringen motiverade förslaget enligt följande.[3]

> Den föreslagna författningsändringen i KL avseende allmänhetens insyn i den av kommun eller landsting överlämnade verksamheten kräver övergångsbestämmelser. Detta för att hantera förekomsten av avtal som redan ingåtts av kommuner och landsting och som inte reglerar vilken information som de privata utförarna ska lämna till kommunerna respektive landstingen. Författningsändringen bör därför gälla för avtal om överlämnande av verksamhet som tecknas efter ikraftträdandet av författningsändringen, dvs. fr.o.m. den 1 januari 2015. Övergångsbestämmelsen bör också omfatta den situationen att ett avtal som ingåtts före den

[2] Prop. 2016/17:166, s. 30. Propositionen avstyrktes av riksdagen och ledde inte till några författningsändringar.
[3] Prop. 2013/14:118, s. 86.

1 januari 2015 förlängs efter ikraftträdandet. Även i den situationen bör äldre bestämmelser gälla.

Utredningen anser att det är viktigt med tydliga och enkla regler som inte leder till alltför mycket administration eller svårigheter, varken för regionerna eller de privata vårdgivarna. Det kan vara svårt för en upphandlande myndighet att avgöra vad som är tillåtet inom ramen för de upphandlingsrättsliga ändringsbestämmelserna. Utredningen har därför stannat vid att de nya bestämmelserna inte ska gälla för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet men som förlängs efter ikraftträdandet.

Om regionerna anser sig ha möjlighet att, i samband med förlängning av ett avtal, införa nya eller justera befintliga avtalsvillkor, finns det dock inget i övergångsbestämmelserna som hindrar dem att göra det.

15.2.3 Avtal som ingås efter ikraftträdandet

För avtal som ingås efter ikraftträdandet gäller de nya bestämmelserna. Med avtal som ingås efter ikraftträdandet avses inte avrop på redan ingångna ramavtal.

15.3 Förslaget om IVO:s vårdgivarregister

Vad gäller förslaget om IVO:s vårdgivarregister och att ändra i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) har IVO bedömt att det behövs ungefär ett års förberedelsearbete.

Vid tidpunkten för ikraftträdandet kommer det finnas verksamheter som redan är anmälda men som behöver anmäla uppgifterna om flera uppdragsgivare och finansieringsform. Av 2 kap. 1 och 2 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att den som avser att bedriva verksamhet som omfattas av IVO:s tillsyn ska anmäla detta till inspektionen senast en månad innan verksamheten påbörjas och att om verksamheten helt eller till väsentlig del förändras eller flyttas, ska detta anmälas till IVO inom en månad efter genomförandet.

Utredningen har övervägt om det finns behov av övergångsbestämmelser så att de som vid ikraftträdandet sedan mer än en månad till-

baka har flera uppdragsgivare, får viss tid på sig att anmäla detta. De verksamheter som redan bedrivs vid ikraftträdandet bör ha en möjlighet att under en övergångsperiod anmäla uppgiften om flera uppdragsgivare till IVO efter det att förordningsändringen har trätt i kraft. Utredningen bedömer, i likhet med vad som gäller i övrigt för anmälningsförfarandet till IVO, att en månad är lämplig. En övergångsbestämmelse om detta föreslås därför.

15.4 Förslaget om ändring i IVO:s instruktion

Det behövs inte någon övergångsbestämmelse avseende ändringen i förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

15.5 Förslaget om föreläggande med möjlighet att förena det med vite

Eftersom utredningen förslag innebär att den straffrättsliga påföljden byts ut mot en administrativ sanktion, dvs. föreläggande med vite, uppkommer frågan om vad som ska gälla för straffbelagda gärningar som har begåtts före ikraftträdandet men som inte har lagförts innan de nya reglerna träder i kraft.

Vid bedömningen av behovet att meddela övergångsbestämmelser för den nu nämnda situationen måste bestämmelserna i såväl 2 kap. 10 § regeringsformen som 5 § andra stycket lagen (1964:163) om införande av brottsbalken beaktas.

I 2 kap. 10 § regeringsformen finns ett förbud mot retroaktiv straff- och skattelagstiftning. Förbudet mot retroaktiv skattelag anses analogivis tillämpligt beträffande straffliknande administrativa påföljder.[4]

Av 5 § andra stycket lagen om införande av brottsbalken framgår att straff ska bestämmas enligt den lag som gällde när gärningen företogs. Detta är dock inte fallet om annan lag gäller när dom meddelas, om den nya lagen leder till frihet från straff eller till lindrigare straff. Denna bestämmelse har enligt förarbetena generell räckvidd,

[4] Prop. 1975/76:209, s. 258 ff.

dvs. den gäller även utanför brottsbalkens tillämpningsområde. Bestämmelsen ger uttryck för den lindrigaste lagens princip.[5]

Utredningens förslag innebär att sanktionen straff ska bytas ut mot en administrativ sanktion. Föreläggande med vite torde anses lindrigare än straff. I enlighet med den lindrigaste lagens princip borde därför denna nya sanktion få genomslag bakåt i tiden.

Liknande situation har diskuterats i tidigare lagstiftningsärenden. I prop. 2007/08:107 *Administrativa sanktioner på yrkesfiskets område* föreslogs ändringar beträffande sanktionssystemet. Lagrådet anförde i sitt yttrande då att om avsikten med lagändringarna inte var ägnade att ändra synen på vad som var straffbart utan önskemålet i stället var att skapa en annan och mer effektiv sanktionsform, faller motiven för en tillämpning av den lindrigaste lagens princip bort.[6] I prop. 2012/13:143 konstaterade regeringen att syftet med förslaget om införande av ett system med fler administrativa sanktionsavgifter på arbetstids- och arbetsmiljöområdet är, i likhet med sanktionssystemet på yrkesfiskets område, att effektivisera sanktionssystemet. Att bestämmelserna avkriminaliseras ska inte ses som ett uttryck för att överträdelserna ska bedömas lindrigare än tidigare. Regeringen ansåg därför i de två fallen att lindrigaste lagens princip inte gör sig särskilt starkt gällande i detta fall. Det fanns därför inte skäl att låta de föreslagna bestämmelserna få retroaktiv effekt. Äldre bestämmelser skulle därför tillämpas på överträdelser som skedde före den nya lagens ikraftträdande.[7]

Utredningen kan konstatera att IVO hittills inte har polisanmält någon vårdgivare som inte har följt bestämmelserna om anmälan till vårdgivarregistret. Det förefaller därför osannolikt att IVO nu skulle börja polisanmäla beteendet. I enlighet med ovan beskriva resonemang bör dock de nya bestämmelserna inte gälla för överträdelser som har skett före de nya bestämmelsernas ikraftträdande. De äldre bestämmelserna ska därför tillämpas för dessa överträdelser.

[5] Prop. 1964:10, s. 99.
[6] Prop. 2007/08:107, s. 47 f. Se även prop. 2017/18:165, s. 77.
[7] Prop. 2012/13:143, s. 82.

15.6 Förslaget om patientregistret

Vad gäller förslaget om patientregistret och att ändra förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen har Socialstyrelsen bedömt att det behövs ungefär ett års förberedelsearbete. Det behövs inte några övergångsbestämmelser. Det innebär att det bara är den vård som registreras efter ikraftträdandet som kommer att ha information om finansieringsform, inte den vård som registrerades före ikraftträdande.

15.7 Förslaget om särredovisning

Vad gäller förslaget om särredovisning har Skatteverket bedömt att ändringen bör var känd och helst beslutad åtminstone sex månader innan den ska tillämpas. Detta för att Skatteverket, och framför allt programvaruföretag, ska hinna anpassa datasystem och stöd så att arbetsgivarna ska kunna redovisa förmånerna korrekt. Skatteverket behöver även tid för att hinna utforma olika typer av instruktioner och informationsinsatser om hur sjukvårdsförmånen ska redovisas i arbetsgivardeklarationerna och kontrolluppgifterna.

Utredningen anser därför att det inte finns något behov av övergångsbestämmelser. Det innebär att det bara är de förmåner som redovisas efter ikraftträdandet som kommer att vara särredovisade vad gäller privata sjukvårdsförsäkringar, inte de förmåner som redovisades före ikraftträdandet. Utredningen bedömer att det inte finns något behov av att införa någon övergångsbestämmelse avseende detta förslag.

16 Konsekvensanalys

I detta kapitel behandlas konsekvensbedömningar enligt kommittéförordningen (1998:1474) och utifrån vad som särskilt anges i utredningens direktiv om konsekvensbeskrivningar.

16.1 Syftet med utredningens förslag och alternativa lösningar

Utredningen kan konstatera att frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar i princip är oreglerade. Denna brist på ändamålsenliga och tydliga regler har skapat en osäkerhet om rättsläget som inte gagnar den diskussion som pågår om privata sjukvårdsförsäkringar. Utredningen lämnar förslag i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård i de fall vårdgivaren bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Vidare syftar förslagen till att öka kunskapen om privata sjukvårdsförsäkringar och dess påverkan på den offentligfinansierade vården. Utredningens förslag syftar även till att säkerställa en effektiv tillsyn över hälso- och sjukvården och möjliggöra tillgång till data om frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar.

Regionerna föreslås ställa krav på och följa upp de privata vårdgivarna som bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Alternativet att inte genomföra förslagen skulle innebära en fortsatt otydlighet och osäkerhet om vad som gäller i fråga om regionernas ansvar för den offentligfinansierade vården när den bedrivs av en privat vårdgivare som också bedriver privatfinansierad vård.

Utredningen föreslår en utökad rapportering och anmälan till Socialstyrelsens patientregister respektive IVO:s vårdgivarregister samt särredovisning av förmånsbeskattning av privata sjukvårdsförsäkringar till Skatteverket. Sådana uppgifter behöver anges i författning. Alternativet att inte genomföra de förslagen skulle innebära att

det även fortsättningsvis skulle saknas uppgifter om finansieringsform för vården. Det skulle således alltjämt saknas information om privata sjukvårdsförsäkringar och dess påverkan på hälso- och sjukvården. IVO skulle ha svårt att utöva sin tillsyn.

Utredningens förslag kan innebära en viss ökad administrativ börda och därmed ökade kostnader för regioner, vårdgivare och myndigheter. Utredningen bedömer emellertid att hälso- och sjukvården påverkas i positiv riktning då förslagen väntas leda till förbättrade förutsättningar för en god och patientsäker hälso- och sjukvård.

Behoven av reglering, dvs. vad utredningen vill uppnå med förslagen liksom vad som händer om reglering inte kommer till stånd, behandlas mer utförligt i kapitel 12 och 13.

16.2 Vilka berörs av utredningens förslag?

16.2.1 Flera aktörer kan påverkas av utredningens förslag

Hälso- och sjukvården är en angelägenhet för hela samhället varför många kan komma att beröras av utredningens förslag. Mer konkret kommer utredningens förslag att beröra patienter, regioner (i egenskap av såväl huvudmän som vårdgivare), privata vårdgivare, samt vissa statliga myndigheter så som IVO, Socialstyrelsen och Skatteverket. Även de arbetsgivare och organisationer, t.ex. fackförbund, som erbjuder anställda och medlemmar privata sjukvårdsförsäkringar, kan påverkas av förslagen. Dessutom kan försäkringsbolag komma att beröras.

Det finns 21 regioner som kan komma att påverkas av förslagen. Samtliga regioner kommer att i egenskap av vårdgivare beröras av utredningens förslag, vilket framgår nedan under rubrik 16.5.

Utredningens förslag såvitt gäller avtalsvillkor och avtalsuppföljning kommer att påverka regionerna i egenskap av huvudmän. Hur regionerna påverkas kommer att skilja sig åt, bl.a. beroende på hur många avtal regionen har med privata vårdgivare, och om de privata vårdgivarna har avtal också med andra uppdragsgivare. Hur många avtal det rör sig om är svårt att uppskatta. Utredningen har dock undersökt hur många avtal regionerna över huvud taget har med privata vårdgivare, dvs. oavsett om den privata vårdgivaren har andra uppdragsgivare vid sidan av regionen eller inte. Av den sammanställning som gjorts, utifrån en enkät till regionerna, rör det sig

om cirka 500 avtal inom ramen för LOU[1] och LOV[2] vardera (primärvården är exkluderad från denna sammanställning).[3] Samtliga regioner har avtal med privata vårdgivare inom ramen för den öppna specialistvården, men omfattningen skiljer sig väldigt mycket åt mellan de olika regionerna. T.ex. har Region Stockholm närmare 400 avtal, varav merparten är inom ramen för LOV, medan Region Jämtland Härjedalen endast har tre avtal, samtliga inom ramen för LOU. Detta är endast en nulägesbild,[4] och hur många avtal regionerna har kan variera över tid. Av utredningens undersökning framgår inte hur många av avtalen som rör en situation där den privata vårdgivaren också har avtal med andra uppdragsgivare. Detta då det bara är vissa regioner som efterfrågar information om detta i dag. Flertalet gör det dock inte.

Utifrån den information som utredningen samlat in kan dock konstateras att samtliga regioner kan komma att beröras av utredningens förslag om avtalsvillkor och avtalsuppföljning, i egenskap av huvudmän. Hur mycket de berörs kommer se olika ut beroende på ett antal faktorer, vilket utvecklas i kapitel 16.5.2.

16.2.2 Svårigheter med att redovisa antalet privata vårdgivare

Utredningen har undersökt hur många privata vårdgivare det finns som kan komma att påverkas av förslagen. Alla privata vårdgivare kan komma att beröras av utredningens förslag, oavsett driftsform (dvs. aktiebolag, stiftelse, enskild firma osv.). Den exakta siffran på privata vårdgivare är svår att få fram, men enligt SCB:s företagarregister finns 6 150 företag registrerade inom specialiserad öppenvård. Samtliga privata vårdgivare skulle kunna påverkas av förslagen i mer eller mindre omfattning, då vissa förslag riktar sig mot samtliga vårdgivare och andra förslag riktar sig till en mer begränsad krets.

Förslaget om avtalsvillkor och avtalsuppföljning påverkar de vårdgivare som har avtal med regionerna, och samtidigt har andra uppdragsgivare, vilket utredningen har försökt undersöka hur många det

[1] Lagen (2016:1145) om offentlig upphandling.
[2] Lagen (2008:962) om valfrihetssystem.
[3] Dessa siffror är dock behäftade med en del osäkerheter, då vissa regioner inte har kunnat uppge exakta antal, och någon region inte heller har svarat. Primärvården har exkluderats mot bakgrund av att försäkringsfinansierad vård i princip inte förekommer inom primärvården, se mer i kapitel 5.
[4] Utifrån utredningens enkät, se mer i kapitel 6. Siffrorna kan således ha ändrats sedan enkäten samlades in.

rör sig om. Denna undersökning kompliceras av flera faktorer. För det första saknas heltäckande data om privata vårdgivares avtal med det offentliga respektive försäkringsbolag (se vidare nedan). För det andra är sådana avtalsförhållanden snabbföränderliga – exempelvis på så vis att en privat vårdgivares avtal med en region löper ut och inte förnyas eller att nya vårdgivare tecknar avtal med regioner. För det tredje kommer svaret att skilja sig åt beroende på om undersökningen inriktas på den juridiska personen, eller på själva verksamheten. För det fjärde omfattar det som beskrivs som privata vårdgivare inte nödvändigtvis endast företag – idéburna aktörer så som föreningar och stiftelser, kan också komma att påverkas, om de har avtal med både regioner och försäkringsbolag. Nedan beskrivs vad som trots dessa komplicerande faktorer ändå kan sägas om antalet privata vårdgivare som berörs av förslagen.

I fråga om antalet juridiska personer som kan komma att omfattas är en utgångspunkt SCB:s företagsregister. I registret fanns, som nämnts ovan, i juni 2021 6 150 företag inom klassifikationen ”Specialiserad öppenvård”. I registret finns inga uppgifter om dessa företags avtal med privata aktörer, t.ex. försäkringsbolag, respektive offentliga aktörer, t.ex. regioner. Enligt utredningens bedömning är det dock betydligt färre privata vårdgivare som har uppdrag både för regioner och för försäkringsbolag. Nedan redogörs för utredningens försök att ändå få fram en uppgift om hur många privata vårdgivare utredningens förslag i denna del kan påverka.

I fråga om hur många bolag som har avtal med regioner kan SCB:s utförarregister ge viss ledning. För år 2019 registrerade regionerna totalt 1 052 utförare inom specialiserad somatisk vård, som är det vanligaste området för privata sjukvårdsförsäkringar. Det verkliga antalet är sannolikt lägre, eftersom regionerna rapporterar individuellt – det kan därför hända att samma företag har avtal med flera regioner, och därför räknas flera gånger. I registreringen ingår förutom privata företag också ideella organisationer, stiftelser och kyrkor, men också regionägda företag. Även här saknas uppgift om avtal med försäkringsbolag. Regionägda bolag torde dock inte ha några avtal med försäkringsbolag.[5]

En annan datakälla som undersökts av utredningen är uppgifter från Vårdföretagarna respektive Svensk Försäkring. Vårdföretagarna

[5] Se mer i kapitel 5.4 om vilka vårdgivare som bedriver vård inom ramen för privata sjukvårdsförsäkringar.

anger att de har 533 medlemmar inom branschområdet sjukvård. Vilka avtal dessa medlemmar har är dock inte någon information som Vårdföretagarna har tillgång till. På samma sätt saknar Svensk Försäkring information om vilka vårdgivare deras medlemmar har avtal med. Ett försäkringsbolag (Länsförsäkringar) har i dialog med IVO uppgett att de har avtal med cirka 350 vårdgivare.[6]

Om undersökningen i stället inriktas mot själva verksamheten (t.ex. en klinik eller en mottagning), snarare än den juridiska personen, kan delvis andra datakällor användas. Patientregistret, Vårdgivarregistret och SKR:s väntetidsdatabas kan alla användas för att identifiera verksamheter. Här saknas uppgifter om avtal, utom för SKR:s väntetidsdatabas. Eftersom väntetidsdatabasen inriktar sig på den offentligfinansierade vården, kommer de verksamheter som förekommer där också i förlängningen ha avtal med det offentliga. En alternativ källa är tjänsten *Boka doktorn*, som är en tjänst som ofta används för bokning av den försäkringsfinansierade vården. *Boka doktorn* uppger att de har 1 064 ansluta kliniker. En begränsning här är att det inte nödvändigtvis är så att alla kliniker som tar emot försäkringsfinansierade patienter är anslutna till tjänsten. Utifrån vad utredningen erfarit är dock detta ovanligt, eftersom de flesta försäkringsbolagen använder *Boka doktorn*. Uppgifter om huruvida dessa kliniker också tar emot offentligfinansierade patienter saknas dock.

Sammanfattningsvis kan alltså sägas att det finns ett antal problem med att beräkna antalet vårdgivare som berörs av utredningens förslag. Framför allt saknas metoder för att på ett enkelt sätt identifiera vilka aktörer som har avtal med både regioner och försäkringsbolag. Det gör det svårt att göra precisa uppskattningar. Vad som beskrivits ovan kan dock fungera som övre gränsvärden. Antalet juridiska personer är sannolikt inte fler än de 1 052 som förekommer i utförarregistret, dels eftersom olika regioner sannolikt har avtal med samma företag, dels för att alla privata utförare sannolikt inte har avtal med försäkringsbolag. Detta antal inkluderar såväl företag som idéburna aktörer.

Utredningen noterar följande angående idéburna aktörer. Det saknas en definition av idéburna aktörer. Utredningen om Idéburna aktörer i välfärden lämnade i december 2019 betänkandet Idéburen välfärd (SOU 2019:56). Den utredningen föreslog följande definition:

[6] IVO förstudie (2020).

> Med idéburen aktör inom offentligt finansierad välfärdverksamhet avses i denna lag en juridisk person som
> 1. inte är direkt eller indirekt ägd eller kontrollerad av staten, en kommun eller en region,
> 2. har ett syfte som är oegennyttigt,
> 3. bedriver eller har för avsikt att bedriva offentligt finansierad välfärdsverksamhet, och
> 4. inte gör några värdeöverföringar till annan än registrerade idéburna aktörer eller till forskning.

Idéburna organisationer tillhandahåller en mängd olika tjänster inom social omsorg, på hälso- och sjukvårdsområdet samt inom utbildningsområdet. Även tjänster på arbetsmarknadsområdet och sådana som rör integration tillhandahålls av idéburna organisationer. Några av de största idéburna organisationer är verksamma inom hälso- och sjukvårdsområdet och vissa driver såväl sjukhus som mottagningar, t.ex. sexualterapeutisk mottagning och mottagning för krigs- och tortyrskadade. Det finns en hel del organisationer som tillhandahåller olika typer av vård och verksamhet för personer med psykisk ohälsa och psykoterapi.[7]

I fråga om antalet verksamheter är antalet på motsvarande sätt sannolikt inte fler än de cirka 1 064 kliniker som är anslutna till tjänsten *Boka doktorn*. Även detta antal inkluderar andra verksamheter än de som drivs av företag, såsom t.ex. föreningar och stiftelser inom idéburen sektor, under förutsättning att dessa använder tjänsten *Boka doktorn*.

I *tabell 16.1* framgår vilka datakällor som utredningen undersökt i fråga om antal vårdgivare som berörs. För att kunna få fram ett antal behöver i vart fall alla tre kolumner till höger vara besvarade med ja. Därutöver behöver informationen gå att hänföra till antingen verksamhetsnivå eller juridisk person, vilket innebär att två källor med olika nivå är svåra att jämföra.

[7] SOU 2019:56, s. 49.

Tabell 16.1 Information om vårdgivare, offentliga respektive privata avtal och tillgänglighet av datan

Datakälla	Information om vårdgivare och nivå	Information om offentliga avtal?	Information om privata avtal?	Tillgänglig?
Patientregistret	Verksamhetsnivå	Nej	Nej	Ja
Vårdgivarregistret	Verksamhetsnivå	Nej	Nej	Ja
SKR:s väntetids-databas	Verksamhetsnivå	Ja	Nej	Ja
SCB:s utförar-register	Juridisk person	Ja	Nej	Ja
Skatteverkets Företagsregister	Juridisk person	Nej	Nej	Ja
Vårdföretagarna	Juridisk person	Nej	Nej	Ja
Försäkringsbolagen	Verksamhetsnivå /juridisk person?	Nej	Ja	Nej
Boka doktorn	Verksamhetsnivå	Nej	Ja	Nej

16.3 Konsekvenser för enskilda

Frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar är i princip oreglerade. Denna brist på ändamålsenliga och tydliga regler har skapat en osäkerhet om rättsläget. Övergripande syften med förslagen är att säkerställa en god och patientsäker vård utifrån de grundläggande principerna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen så som principerna och bestämmelserna om en jämlik vård, en vård på lika villkor för hela befolkningen och att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården. Förslagen bedöms därmed få positiva effekter för enskilda. Såväl för patienter med en privat sjukvårdsförsäkring som för patienter inom den offentligfinansierade vården innebär förslagen en ökad tydlighet avseende under vilka villkor den försäkringsfinansierade vården verkar och hur den förhåller sig till den offentligfinansierade vården.

När en region sluter avtal med en privat vårdgivare om att utföra hälso- och sjukvård måste regionen försäkra sig om att vården utförs på samma villkor som om vården fortsatt hade bedrivits i egen regi. Det ska för patienterna inte spela någon roll om vården utförs av regionens egen verksamhet eller av en privat vårdgivare med avtal med regionen när det gäller aspekter som tillgänglighet och vårdkvalitet. Patienterna ska känna sig trygga med att den offentligfinan-

sierade vården inte påverkas negativt av den privata vårdgivarens övriga uppdrag. Förslagen syftar till att regionen ska kunna garantera detta genom avtal och att IVO genom tillsynen ska kunna säkerställa en regelefterlevnad. Utredningens förslag syftar till att ge regionerna och IVO bättre förutsättningar för att kunna ta sitt ansvar i egenskap av huvudmän för den vården respektive att kunna utöva sin tillsyn. En ökad kontroll över frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar kommer att gynna patienter och allmänheten i övrigt.

Utredningens förslag om riktlinjer för de offentliganställdas bisysslor kommer att skapa en tydlighet för allmänheten om vad som gäller när en offentliganställd har ett sidouppdrag hos en privat vårdgivare.

Utredningen bedömer vidare att utredningens förslag kommer att leda till en ökad kunskap bland beslutsfattare, myndigheter, forskare och allmänhet i frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar och även deras påverkan på den offentligfinansierade vården.

Utredningens förslag till uppföljning kommer att bidra till ytterligare kunskap och innebära att det finns en beredskap för att vidta ytterligare åtgärder om det behövs nödvändigt. En sådan beredskap kommer gynna patienterna och allmänheten i stort.

Utredningens förslag om ökad kunskap och kontroll över frågor som rör privata sjukvårdsförsäkringar kan stärka befolkningens förtroende för och tillit till hälso- och sjukvården och välfärdssamhället.

16.4 Konsekvenser för regioner

16.4.1 Förslaget om finansiering av hälso- och sjukvården

Förslaget om att den offentliga vården endast får finansieras med offentliga medel är framför allt ett förtydligande av i dag gällande bestämmelser och hur det fungerar redan i dag. Förslaget torde därför inte innebära några ökade kostnader för regionerna.

16.4.2 Förslaget om nya avtalsvillkor

Utredningens förslag innebär att regionerna behöver skriva in nya avtalsvillkor i avtal med privata vårdgivare som har flera uppdragsgivare. Regionerna kan behöva ta fram nya mallar och kanske justera

vissa rutiner. Detta skulle i viss utsträckning kunna medföra ökade kostnader och en ökad administrativ börda, i vart fall inledningsvis. Vad gäller avtalskrav och mallar bedöms detta arbete dock vara något av en engångsinsats, som sedan inte kommer att ta mer tid i anspråk än vad utformningen av upphandlingsdokument och avtal tar redan i dagsläget.

Förutom att justera arbetet med själva avtalsskrivandet kan regionerna behöva förändra sin uppföljning med anledning av de nya villkoren.

Regionen har i egenskap av huvudman ett ansvar för den offentligfinansierade vården även när vården utförs av en privat vårdgivare. Regionen har därför redan i dag en skyldighet att ställa särskilda avtalsvillkor och följa upp avtalen. Utredningen anser att flera regioner tagit ett för litet ansvar för detta jämfört med vad som redan i dag följer av lag. De förslag som lämnas avseende avtalen mellan regioner och privata vårdgivare innebär således inte utökade åtaganden för regionerna, utan ett förtydligande av vad som redan följer av kraven i kommunallagen (2017:725) och 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, men anpassat efter hälso- och sjukvårdsområdet, samt en ökad tydlighet kring vad som förväntas. De ökade kostnader som förslagen skulle kunna medföra för regionerna är därmed i huvudsak kostnader som regionerna, om de fullt ut tagit sitt ansvar som huvudmän, borde ha redan i dag. Om en region inte har följt upp avtal i tillräcklig utsträckning, eller arbetat med avtalsskrivning i tillräcklig utsträckning, utifrån de krav som ställs enligt lagtexten redan i dag bör det inte leda till att det betraktas som nya kostnader för regionerna. Den ekonomiska konsekvensen för regionerna med utredningens förslag torde vara försumbar då förslaget är närliggande befintliga kravformuleringar.[8] Den kommunala finansieringsprincipen är därmed inte tillämplig (jfr prop. 2013/14:118 genom vilken de nya kraven i kommunallagen infördes, som jämfört med utredningens förslag innebar ett ökat åtagande för regionerna).

Av de intervjuer som har hållits med regionföreträdare har framkommit att det ser mycket olika ut mellan regionerna i fråga om vilka krav man ställer och hur man arbetar med uppföljning. I de regioner där det finns få privata vårdgivare upplevs det från företrädare för

[8] Se t.ex. de krav som framgår av bestämmelserna i 10 kap. 8–9 §§ kommunallagen (2017:725) samt de krav som följer av huvudmannaskapet enligt 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

regionerna som huvudregel lättare att göra uppföljningar, då personerna som är inblandade i princip känner varandra, även om flera av dessa regioner också uttryckt att uppföljningen skulle kunna fungera bättre. Samtidigt har det av några av dessa företrädare framkommit en oro för att gå miste om privata vårdgivare om det ställs för höga krav i avtalen. Av företrädare för de regioner som har många avtal med privata utförare har det generellt sett framförts mer skepsis till en ökad uppföljning, då man upplever att tillräcklig tid inte finns för detta. Å andra sidan har dessa regioner mer utarbetade avtalsmallar och rutiner för kravställning. Att olikheter finns mellan regionerna när det gäller uppföljning av avtal m.m. har även konstaterats av tidigare utredningar, t.ex. *Privata utförare – kontroll och insyn* (SOU 2013:53).

Utredningen bedömer sammantaget att förslagen inte borde medföra mer än marginellt ökade kostnader för de regioner som i dag har en fungerande process för upphandling och uppföljning.

16.4.3 Förslaget om att regioner ska rapportera finansieringsform till patientregistret

Utredningens förslag innebär att alla vårdgivare, dvs. både regionerna när de bedriver vård i egen regi, och således är vårdgivare, och de privata vårdgivarna, ska rapportera finansieringsform för vården till Socialstyrelsens patientregister.

Regionerna behöver justera nuvarande system för att säkra en regelbunden överföring av uppgifterna till Socialstyrelsen. Det förutsätter it-kostnader, t.ex. anpassning av datasystem och kostnader för administration för själva rapporteringen. Uppgiften om finansieringsform för vården finns redan i dag och utredningen bedömer inte att den kommer att behöva bearbetas innan den ska föras över till Socialstyrelsen. Utifrån vad som framkommit i kontakter med utredningen finns uppgiften om finansieringsform ofta i vårdgivarnas faktureringssystem. Här förefaller dock regionerna organiserat det på olika sätt. Flera regioner har olika it-system, och vissa regioner har också i kontakter med utredningen nämnt att de är på väg att införa nya system.

Socialstyrelsen har i rapporten om förslag om primärvårdsdata beskrivit kostnader för de förslagen. I rapporten anges att endast ett fåtal regioner kan ge ett uppskattat belopp, men i de fall det görs, rör

det sig om cirka 100 000–400 000 kronor avseende it-kostnader.[9] Utredningen bedömer att utredningens förslag är av mycket mindre omfattning.

Socialstyrelsen har även i samma rapport kartlagt regionernas och enskilda verksamheters uppskattning av vilka resurser en uppgiftsskyldighet till ett nationellt hälsodataregister över primärvård skulle kräva vad gäller själva rapporteringen. Socialstyrelsen skriver att en framtida uppgiftsskyldighet för primärvården kan innebära en förändrad resursåtgång bemanningsmässigt och att det beror på hur regionen byggt upp rapporteringsskyldigheten, exempelvis om det är vårdpersonalen eller administrativ personal som rapporterar.[10]

Utredningen menar att såväl arbetsbörda som kostnader beror på vilka uppgifter som ska rapporteras respektive hur överföringen av uppgifterna ska ske. Socialstyrelsen kommer att reglera detta närmare i sina föreskrifter. Det är viktigt att Socialstyrelsen strävar efter en så enkel rapportering som möjligt. Regeringskansliet bereder för närvarande förslaget om att komplettera patientregistret med primärvårdsdata. Utredningen bedömer det som lämpligt att det arbetet även omfattar utredningens förslag i syfte att förenkla arbetet och minimera kostnaderna.

Sammantaget bedömer utredningen att det är svårt att göra en exakt uppskattning av de kostnader som förslaget medför för regionerna. Om ändringen kan genomföras i samband med kompletteringen av primärvårdsdata torde flera effektivitetsvinster kunna uppnås, varför det endast rör sig om marginella kostnader. I förhållande till den nytta som ett utvidgat patientregister skulle innebära får det vidare anses acceptabelt med en viss ökad arbetsbörda för vårdgivarna. Under förutsättning att rapporteringen kan ske automatiserat när systemen är anpassade torde inte heller några större kostnader uppstå för regionerna avseende själva inrapporteringen av uppgifterna.

16.4.4 Förslaget om att regioner ska anmäla till vårdgivarregistret

Alla vårdgivare, dvs. även regionerna när de bedriver vård i egen regi, ska till IVO:s vårdgivarregister anmäla hur vården är finansierad, och, om vårdgivaren har flera uppdragsgivare, hur de olika verksam-

[9] Socialstyrelsen 2021-2-7223, s. 87.
[10] Socialstyrelsen 2021-2-7223, s. 87.

heterna i sådana fall är finansierade. Det är, precis som avseende patientregistret, viktigt att rapporteringen utformas på ett så enkelt sätt som möjligt. Enligt uppgifter från IVO håller vårdgivarregistret på att utvecklas för att rapportering till registret ska kunna ske digitalt genom ett för ändamålet anpassat verktyg. Processen för att rapportera in uppgifter till vårdgivarregistret torde därför vara tämligen enkel och snabb.

Den största delen av den vård som regionen bedriver i egen regi är offentligfinansierad. Det förekommer även finansiering på annat sätt, t.ex. tjänsteexport samt andra former där patienten betalar helt eller delvis själv och som brukar benämnas medfinansiering, egenfinansiering eller köp av tilläggstjänster.[11]

Vidare har regionerna sällan flera uppdragsgivare inom egen regi, och inte heller förändras uppdragsgivarna för den vård som bedrivs av regionen i egen regi över tid på samma sätt som det kan göra för privata vårdgivare. För regionerna rör det sig främst om vård som utförs åt andra regioner och i förekommande fall tjänsteexport. Kostnaderna för denna rapportering borde därför för regionerna bli tämligen marginell.

16.4.5 Förslaget om en förstärkt tillsyn för IVO

Utredningen föreslår att IVO ska få meddela föreläggande, som får förenas med vite, för att reglerna om anmälan ska efterlevas. Detta förslag påverkar alla vårdgivare. Skyldigheten att anmäla finns sedan tidigare och nya sanktioner har till syfte att få vårdgivarna att följa reglerna. Utebliven eller felaktig anmälan kan förvisso medföra att vårdgivare får viten, men detta är något som vårdgivarna kan påverka själva. Således bedöms inte förslaget medföra någon ökad regelbörda eller kostnader för vårdgivarna jämfört med i dag.

[11] För beskrivning av privatfinansiering inom regionen, se kapitel 6.4.1. Se även Smer 2014:1 och redogörelse för den rapporten i kapitel 8.2.3.

16.5 Konsekvenser för företag m.m.

De företag som framför allt påverkas av utredningens förslag är privata vårdgivare. Förslagen kan även få effekter för de försäkringsbolag som erbjuder försäkringar. Även de arbetsgivare och organisationer, t.ex. fackförbund, som erbjuder anställda och medlemmar privata sjukvårdsförsäkringar, kan påverkas av förslagen. I det följande beskrivs de olika företag som kan påverkas av förslagen.

16.5.1 Privata vårdgivare

Förslaget om finansiering av hälso- och sjukvård

Förslaget om hur hälso- och sjukvården finansieras riktas till regionerna och utredningen bedömer att de privata vårdgivarna inte påverkas av det. Att den vård som lämnas över endast får finansieras med offentliga medel innebär inte någon begränsning för privata vårdgivare som bedriver vård utan avtal med regionen, och inte heller de privata vårdgivarnas (som bedriver vård på uppdrag av regionen) eventuella övriga verksamhet, oavsett om det bedrivs inom ramen för samma verksamhet och/eller samma juridiska person eller inte. Detta eftersom det endast är den vård som överlämnas av regionen till den privata vårdgivaren som omfattas av bestämmelsen. För det fall en patient vill finansiera t.ex. ett ingrepp genom att själv bekosta en bättre lins i samband med en kataraktoperation, kommer den delen (dvs. den linsen) inte att omfattas av den vård som regionen lämnat över. Detta kommer således med utredningens förslag alltjämt att vara möjligt. Detsamma gäller andra former av patienters finansiering, eftersom det bara är den vård som finansieras med offentliga medel (och patientavgifter) som de facto är vad som lämnats över från regionen till den privata vårdgivaren.

Eftersom förslagen syftar till att skapa en tydlighet och bidra till rättssäkra och tydliga regler borde det innebära positiva konsekvenser för företagen.

Förslaget om nya avtalsvillkor

Förslaget om nya avtalsvillkor riktar sig endast till de vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av regioner. Privata vårdgivare som enbart bedriver privatfinansierad vård berörs således inte.

I likhet med vad som skrivs ovan om konsekvenser för regionerna innebär förslagen att avtalsskrivande och uppföljning kan behöva förändras och utvecklas i de fall parterna inte redan i dag gör detta. Förslagen torde innebära att de privata vårdgivarna behöver ta fram ny dokumentation för att tydliggöra att de nya avtalsvillkoren följs och på vilket sätt.

Att i detalj uppskatta vilka förändringar som kommer behöva genomföras är svårt, då det bl.a. beror på hur de avtal som de privata vårdgivarna redan har med regioner är formulerade. Vissa avtal innehåller redan de villkor som utredningen föreslår och för de vårdgivarna innebär utredningens förslag inte någon förändring. I de fall nya avtal ska innehålla nya avtalsvillkor kommer avtalet behöva anpassas till avtalssituationen, t.ex. storleken på upphandlingsföremålet i relation till vårdgivarens övriga verksamhet, vilken typ av vård det är som utförs och vilken lag avtalen tecknas med stöd av (LOU eller LOV)[12]. Detta arbete kommer i första hand att ligga på regionerna, som utformar upphandlingsdokumenten. Utredningen ser framför sig att regionerna kommer att ta fram mallar och samarbeta så att arbetet med de nya avtalsvillkoren och den tillhörande uppföljningen blir så enkel och smidig som möjligt för vårdgivarna. Av intervjuer med olika vårdgivare har framkommit att de som huvudregel ställer sig positiva till att regionerna tar sitt ansvar som huvudmän och ställer krav på insyn och leverans. Även om viss ökad arbetsbörda kan uppstå i och med avtalsskrivningen och framför allt i samband med uppföljningen bedömer utredningen att de kostnader som detta medför är tämligen marginella.

Utredningen bedömer inte att förslagen kommer att leda till att de privata vårdgivarnas förutsättningar att ta emot patienter med en privat sjukvårdsförsäkring kommer att inskränkas. Syftet med utredningens förslag är att säkerställa att den privatfinansierade vården inte påverkar den offentligfinansierade vården negativt. Så länge vårdgivaren följer avtalet och regelverken innebär förslagen inte någon

[12] Lagen (2016:1145) om offentlig upphandling respektive lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

förändring. I annat fall kan vårdgivaren behöva göra omorganisationer och visa för regionen hur de säkerställer att de offentligfinansierade patienterna inte påverkas negativt av vårdgivarens övriga verksamhet.

Förslaget om att vårdgivare ska rapportera finansieringsform till patientregistret

Alla vårdgivare ska rapportera uppgiften om finansieringsform oavsett om de bara bedriver offentligfinansierad vård, enbart bedriver privatfinansierad vård eller bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. I likhet med vad som beskrivs ovan om regionerna behöver de privata vårdgivarna justera nuvarande system för att säkra en regelbunden överföring av uppgifterna till Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen har i rapporten om förslag om primärvårdsdata gjort ett försök att beskriva kostnader för de förslagen, även vad avser vårdgivare (primärvårdsverksamheter). Ökade kostnader förväntas främst uppstå inom den del av verksamheten som berör administrationen. Närmare hälften av de tillfrågade vårdcentralerna har uppgett att de inte kan ange vilken typ av kostnader ett framtida krav på uppgiftslämnande kommer att innebära för dem.[13] Socialstyrelsen har också haft kontakt med en utövare inom den s.k. nationella taxan, som uppgett att om en framtida uppgiftsskyldighet medför stora kostnader kan det innebära en marknadsmässig nackdel för verksamma inom taxan. Den utövaren befarar dock inte att omkostnader skulle bli så pass omfattande för enskilda utövare att man inte skulle ha råd att bedriva sin verksamhet.[14]

Utredningen bedömer, som nämnts ovan, att utredningens förslag är av mycket mindre omfattning än att komplettera patientregistret med primärvårdsdata. En uppskattning av resursåtgång är dock svår att göra. Såväl arbetsbörda som kostnader beror på vilka uppgifter som ska rapporteras respektive hur överföringen av uppgifterna ska ske. I likhet med vad som anges för regionerna är det lämpligt att utredningens förslag tas samtidigt som förslaget om att bygga ut patientregistret med primärvårdsdata i syfte att minimera kostnader.

[13] Socialstyrelsen 2021-2-7223, s. 88.
[14] Socialstyrelsen 2021-2-7223, s. 88.

I förhållande till den nytta som ett utvidgat patientregister skulle innebära får det anses acceptabelt med en viss ökad arbetsbörda för vårdgivarna.

Förslaget om att vårdgivare ska anmäla uppgifter till vårdgivarregistret

Alla vårdgivare ska till IVO:s vårdgivarregister anmäla hur vården är finansierad och, om vårdgivaren har flera uppdragsgivare, hur de olika verksamheterna i sådana fall är finansierade. Detta riktar sig till samtliga vårdgivare, oavsett om de bara bedriver offentligfinansierad vård, enbart bedriver privatfinansierad vård eller bedriver både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Det är, precis som avseende patientregistret, viktigt att rapporteringen utformas på ett så enkelt sätt som möjligt. Enligt uppgifter från IVO håller vårdgivarregistret på att utvecklas för att rapportering till registret ska kunna ske digitalt genom ett för ändamålet anpassat verktyg. Processen för att rapportera in uppgifter till vårdgivarregistret torde därför vara tämligen enkel och snabb.

Den största delen av den vård som privata vårdgivare bedriver är på uppdrag av regionen och således offentligfinansierad. Det förekommer även privatfinansiering, t.ex. via privata sjukvårdsförsäkringar, eller kontantbetalningar.

För privata vårdgivare kommer förslaget sannolikt att innebära mer rapportering än för regionerna, då privata vårdgivare oftare har flera uppdragsgivare. Hur mycket rapportering som kommer krävas kommer dock variera från vårdgivare till vårdgivare, beroende på organisation och avtal. Rapportering kommer att behöva ske vid fler tillfällen än tidigare, då en förändring avseende uppdragsgivare kommer att leda till ett behov av rapportering. Viss ökad arbetsbörda kommer därför uppstå för de privata vårdgivarna.

Tidsåtgången per anmälan bör i normalfallet vara liten då vårdgivarna har kunskap om sina uppdragsgivare och enkelt kan få fram den informationen. Välfärdsutredningen har uppskattat resursåtgången för en utökad anmälan till omsorgsregistret, som kan ge ledning gällande föreliggande förslag. Välfärdsutredningen bedömde då att ändringsanmälan i snitt inte kommer kräva mer än 30 minuters arbetsinsats per ändring och kunde genomföras av en ekonomiassi-

stent eller motsvarande.[15] Under förutsättning att detta utvecklingsarbete kommer på plats borde den totala tidsåtgången för en anmälan till vårdgivarregistret bli betydligt lägre än för en anmälan till omsorgsregistret.

IVO har ett pågående utvecklingsarbete i syfte att underlätta anmälan till vårdgivarregistret. IVO bör i samband med framtagandet av den nya anmälningsblanketten och revidering av föreskriften, utforma anmälningsskyldighet på ett så enkelt sätt som möjligt för de som ska anmäla. Som beskrivs i kapitel 13.6 bör det överlämnas till IVO att i detalj avgöra hur anmälningsskyldigheten ska gå till. Anmälan bör avse verksamhet på övergripande nivå, t.ex. att vårdgivaren tar emot privatfinansierade patienter rent allmänt. En fråga som behöver övervägas är vad som ska avses med uppdragsgivare t.ex. vad gäller privatbetalande patienter. Syftet med anmälningsskyldigheten är framför allt att ge IVO kunskap om att det förekommer privatfinansierad vård hos vårdgivaren, inte omfattningen.

Sammantaget bedömer utredningen därför kostnaderna som små. Vidare innebär nyttan med rapportering till vårdgivarregistret, t.ex. i form av signalsystem för IVO och för regionernas skull när de gör utdrag från registret, att viss ökad börda får anses acceptabel.

Förslaget om en förstärkt tillsyn för IVO

Utredningen föreslår att IVO ska få meddela föreläggande, som får förenas med vite, för att reglerna om anmälan ska efterlevas. Möjligheten att meddela vitesföreläggande gäller för all anmälan till vårdgivarregistret.

Skyldigheten att anmäla finns sedan tidigare och nya sanktioner har till syfte att få vårdgivarna att följa reglerna. Utebliven eller felaktig anmälan kan förvisso medföra att vårdgivare får viten, men detta är något som de kan påverka själva. Således bedöms inte förslaget medföra någon ökad regelbörda eller kostnader för vårdgivarna jämfört med i dag.

[15] SOU 2017:38, s. 262.

Särskilt om små företag

Utredningens förslag innebär, som konstaterats ovan, generellt en viss ökad administrativ börda. För en mindre vårdgivare kan ökad administration ha en större påverkan på verksamheten än vad det har för en större vårdgivare. Detta eftersom tidsåtgång för inrapportering i register m.m. sannolikt inte kommer att skilja sig nämnvärt åt och resurserna för administration är mindre hos de små vårdgivarna. Små privata aktörer kan också ha sämre förutsättningar för obligatorisk rapportering av uppgifter, då kostnader för anpassning eller byte av journalsystem kan bli höga i förhållande till verksamhetens storlek. Utredningens bedömning är dock att den ökade administrativa bördan ändå är så pass begränsad att också konsekvenserna får anses vara begränsade. Vid ett framtida föreskriftsarbete behöver Socialstyrelsen och IVO undersöka hur privata aktörers arbetsförutsättningar, konkurrensförhållanden och andra villkor kan påverkas av förändringarna.

16.5.2 Försäkringsbolagen

Det finns inte något komplett register över försäkringsbolag som säljer privata sjukvårdsförsäkringar. Antalet försäkringsbolag som erbjuder privata sjukvårdsförsäkringar varierar dessutom över tid. År 2013 fanns enligt Sagan och Thomson 17 aktörer som sålde privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige.[16] I dagsläget säljer omkring 14 försäkringsbolag sjukvårdsförsäkringar.[17] Baserat på Svensk Försäkrings branschstatistik över skadeförsäkringsföretagens premieinkomster för sjuk- och olycksfallsförsäkringar och privata sjukvårdsförsäkringar 2016, bedömdes de fem största aktörerna (Folksam, Länsförsäkringar, If, TryggHansa och Skandia) stå för minst 90 procent av premieintäkterna från privata sjukvårdsförsäkringar.[18] Kullberg et al. har i en studie från 2019 över bl.a. vad som ingår i privata sjukvårdsförsäkringar fokuserat på sju bolag (Folksam, Länsförsäkringar, TryggHansa, Skandia If, EuroAccident och SEB), då de sju uppges vara de största aktörerna inom privat sjukvårdsförsäkring.[19] Därut-

[16] European Observatory on Health Systems and Policies (2016).
[17] Uppgift från Svensk Försäkring 2021-08-10.
[18] Svensk Försäkrings branschstatistik, nr 1/2017 – 4:e kvartalet 2016.
[19] Kullberg et al. (2019), s. 739.

över finns det vissa bolag som nämns i andra jämförelser, t.ex. Moderna och Handelsbanken.[20]

Utredningen kan med hjälp av dessa uppgifter inte göra en komplett sammanställning över hur många försäkringsbolag som kan beröras av förslagen, eftersom det kan variera över tid. I dagsläget är det dock 14 bolag och det är inte troligt att det blir en allt för stor förändring av det antalet.

Som beskrivs ovan bedömer inte utredningen att förslagen behöver leda till att de privata vårdgivarna måste ta emot färre patienter med privat sjukvårdsförsäkring. Syftet med utredningens förslag är att säkerställa att den privatfinansierade vården inte påverkar den offentligfinansierade vården negativt. För de privata vårdgivarna som redan säkerställer detta blir det inte någon förändring utan vårdgivarna kan fortsätta ta emot privatfinansierade patienter på samma sätt som tidigare. Utredningen ser därför inte framför sig att förslagen kommer att påverka förekomsten av privata sjukvårdsförsäkringar, vare sig mängden försäkringar som tecknas eller som utnyttjas.

Utredningen beskriver i betänkandet att för det fall försäkringsbolagen bedriver hälso- och sjukvård behöver de anmäla detta till IVO. Anmälningsskyldigheten till IVO gäller sedan tidigare och utredningen lämnar inte några nya förslag om vilka som ska anmäla till vårdgivarregistret.

Utredningens bedömning är därför sammantaget att försäkringsbolagen inte kommer att påverkas av utredningens förslag.

16.5.3 Arbetsgivare

Antalet berörda arbetsgivare

Det saknas uppgifter om vilka arbetsgivare som i dag erbjuder privat sjukvårdsförsäkring. Detta gör att det inte är möjligt att säga exakt hur många arbetsgivare som i nuläget påverkas av förslagen. Dessutom har antalet arbetsgivare som erbjuder privata sjukvårdsförsäkringar kontinuerligt ökat. Utredningen ser inte heller någon tendens till en minskning av antalet företag som tecknar en sjukvårdsförsäkring för sina anställda (om än en viss utplaning har skett under de senaste åren, se mer i kapitel 5). Det är dock möjligt att göra vissa

[20] Se Konsumenternas försäkringsbyrås information om sjukvårdsförsäkring.

förenklade, grova uppskattningar av antalet arbetsgivare som erbjuder privat försäkring.

I en undersökning gjord av Företagarna anger 11 procent av deras medlemmar att de har en sjukvårdsförsäkring för sina anställda.[21] Enligt data från SCB/Ekonomifakta fanns år 2020 cirka 285 000 privata företag med minst en anställd.[22] 11 procent motsvarar cirka 31 000 företag. Dessa uppgifter är som beskrivits ovan osäkra. Beräkningarna bygger på antal företag – det kan vara så att även andra arbetsgivare än företag erbjuder privata sjukvårdsförsäkringar. Vidare har Företagarna cirka 60 000 medlemmar, och representerar således en betydande del men långt ifrån alla företag.[23] De företag som är medlemmar är i första hand mindre företag, som i större utsträckning har privata sjukvårdsförsäkringar för anställda än större företag har. Av en rapport från 2017, som bygger på data från 2015, framgår nämligen att personer med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt arbetar på mindre företag än befolkningen i allmänhet.[24] Uppgifterna utgår dock från individer som är försäkrade, och inte från företag som erbjuder försäkring.

Av nämnda rapport framgår att de som har en privat sjukvårdsförsäkring, oavsett form av försäkring, arbetar på företag med ett medeltal om 259,2 anställda och ett mediantal om 25 anställda (att jämföra med arbetsgivare totalt där motsvarande siffror är 453,8 respektive 47). Vad gäller arbetsgivarbetalda sjukvårdsförsäkringar är dessa än vanligare på mindre företag.[25]

Även företag utan anställda kan påverkas, genom att enmansföretagare betalar försäkring via sitt företag. Närmare 500 000 personer i Sverige är företagare.[26] Den exakta andelen är svår att bedöma. Om andelen företagare med försäkring motsvarar vad som gäller för anställda skulle cirka 55 000 egenföretagare ha privat sjukvårdsförsäkring. I praktiken är detta antal sannolikt högre, eftersom närmare två tredjedelar av de svarande i Företagarnas undersökning anger att de har en försäkring för sig själva. En så hög andel skulle innebära att nära hälften av alla privata sjukvårdsförsäkringar tecknades av egen-

[21] Företagarna (2021). Utredningen saknar dock uppgifter om huruvida samtliga eller endast delar av arbetstagarna erbjuds försäkring av företagen.
[22] www.ekonomifakta.se/Fakta/Foretagande/Naringslivet/Antal-foretag-i-Sverige.
[23] www.foretagarna.se/om-foretagarna.
[24] Palme, M. (2017).
[25] Palme, M. (2017), s. 24 f.
[26] www.ekonomifakta.se/Fakta/Foretagande/Naringslivet/Foretagare.

företagare. Andelen sjukvårdsförsäkrade kan dock vara överrepresenterade bland Företagarnas medlemmar.

Med hjälp av ovanstående information kan man dra slutsatsen att antalet företag med minst en anställd som berörs i vart fall inte borde överstiga 31 000, men att det sannolikt är ett lägre antal än så som berörs. Utredningen vill betona att detta är en uppskattning som är behäftad med mycket osäkerhet. Vad gäller antalet företag utan anställda som berörs är det mycket svårt att dra några slutsatser på grund av den osäkra datatillgången.

Förslaget om särredovisning av förmån av privata sjukvårdsförsäkringar

Utredningen föreslår att arbetsgivare ska särredovisa uppgift om förmån av privata sjukvårdsförsäkringar. Detta kommer att leda till administrativa kostnader för arbetsgivarna. Storleken på dessa kostnader beror på vilka administrativa rutiner som behöver utföras. Detta varierar i sin tur med vem som utför de administrativa rutinerna och hur rutinerna för att hantera förmåner ser ut i dag.

I samband med att förmånsbeskattning för privat finansierad hälso- och sjukvård infördes resonerades det i förarbetena om kostnaden för att redovisa en förmån.[27] Dessa siffror ger dock endast ledning för frågan att över huvud taget redovisa en förmån, vilket ju arbetsgivare gör redan i dag. Att särredovisa nämnda förmån torde endast innebära en marginell ökning av den administrativa bördan och kostnaderna för rapporteringen. Sammantaget bedömer därför utredningen att det inte innebär mer än marginellt ökad arbetsbörda för företagen. Givet de fördelar som kommer med insamlingen av denna uppgift, framför allt möjligheten att samköra dessa uppgifter i FASIT och FRIDA (se mer i kapitel 13.9), bedömer utredningen att en marginellt ökad arbetsbörda är rimlig och acceptabel för företagen.

Övriga förslag

Som beskrivs i kapitel 5 är det sex av tio privata sjukvårdsförsäkringar som betalas av arbetsgivaren. I likhet med vad som beskrivs ovan bedömer inte utredningens förslag att förekomsten av privata

[27] Prop. 2017/18:131 s. 43 ff.

sjukvårdsförsäkringar behöver minska, så länge som de inte påverkar den offentligfinansierade vården negativt. Övriga förslag bedöms därför inte leda till några konsekvenser för arbetsgivarna.

16.5.4 Fackförbund och andra organisationer som erbjuder medlemmar privat sjukvårdsförsäkring

Som konstaterats ovan bedömer utredningen att förslagen inte behöver leda till att efterfrågan på eller tecknandet av privata sjukvårdsförsäkringar påverkas. De fackförbund och andra organisationer som erbjuder medlemmar att teckna privat sjukvårdsförsäkring bedöms därför inte påverkas av utredningens förslag.

16.6 Ekonomiska konsekvenser för staten

Utredningens förslag påverkar Socialstyrelsen, IVO och Skatteverket. Även domstolar och SCB kan komma att påverkas.

16.6.1 Socialstyrelsen

Förslaget om att införa uppgiften om finansieringsform i Socialstyrelsens patientregister kräver resurser för att göra erforderliga tekniska förändringar samt ändringar i föreskriften som närmare reglerar rapporteringsskyldigheten. I detta ligger även informationsinsatser om förändringarna. Det behövs information om rapporteringen beträffande syftet och nyttan med insamlingen av uppgiften om finansieringsform. Socialstyrelsen kan t.ex. behöva ta fram information och stöd i form av exempelvis utbildningsmaterial eller annat kunskapsstöd.

Avseende de tekniska förändringarna handlar det om registerutveckling, utveckling av tekniska lösningar för exempelvis rapportering och mottagande av uppgifter, samt utökade resurser för underhåll och förvaltning av det aktuella registret. Ett utökat patientregister kan även medföra en högre efterfrågan på analyser och statistik och även leda till en ökad efterfrågan på utlämnande.[28]

[28] Jfr förslaget i Socialstyrelsen 2021-2-7223.

I kontakt med utredningen har Socialstyrelsen uppgett att kostnaderna beror på om förslaget om att införa primärvården i registret kommer att genomföras och om de båda förändringarna då kan ske samtidigt. I sådana fall blir kostnaderna mindre. I annat fall uppstår kostnaderna för utvecklingsarbete och föreskriftsarbete till ett engångsbelopp om cirka 1–1,5 miljoner kronor.

Anslaget 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård (Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg) får användas för utgifter för bidrag och statsbidrag för att genom riktade insatser arbeta för att säkerställa att hälso- och sjukvården håller en god tillgänglighet och kvalitet, baseras på kunskap, är behovsanpassad och effektiv, samt stärker patientens delaktighet i vården. Anslaget får även användas för att hälso- och sjukvårdens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt. Därtill får anslaget användas för att förbättra förutsättningarna för att kunskap och erfarenheter tas tillvara för att förbättra hälso- och sjukvården liksom för en god och mer jämlik vård. Anslaget får också användas för utgifter för insatser inom regeringens arbete med hälso- och sjukvård och folkhälsa.

Inom detta anslag hanteras de frågor som är föremål för denna utrednings förslag. Utredningen föreslår därför att resursförstärkningen till Socialstyrelsen finanserias inom ramen för anslag 1:6.

16.6.2 IVO

Anmälan till vårdgivarregistret

Utredningen föreslår att anmälningsskyldigheten till IVO ska utökas och att vårdgivarregistret ska innehålla de uppgifter som anmäls. Det krävs resurser för att göra erforderliga tekniska förändringar samt ändringar i föreskriften som närmare reglerar rapporteringsskyldigheten. Dessutom behövs informationsinsatser om förändringarna. IVO kan t.ex. behöva ta fram information och stöd i form av t.ex. utbildningsmaterial eller annat kunskapsstöd.

Det pågår för närvarande ett internt utvecklingsarbete hos IVO med att vidareutveckla och förbättra vårdgivarregistret. Bland annat byggs e-tjänster för att underlätta anmälningsförfarandet och det ska vidtas olika åtgärder för att höja anmälningsfrekvensen. Utredningens förslag passar väl in i detta utvecklingsarbete. Utredningens förslag om vårdgivarregister torde därför inte utgöra en så stor del av IVO:s

totala kostnader för att bygga ut vårdgivarregistret. IVO har till utredningen bedömt att kostnaderna kan komma att uppgå till ett engångsbelopp om cirka 1–1,5 miljoner kronor. I likhet med vad som anges ovan om finansieringen av Socialstyrelsens utbyggnad av patientregistret, föreslår utredningen att resursförstärkningen till IVO finanserias inom ramen för anslag 1:6.

Övriga förslag

Utredningen föreslår att IVO ska få förelägga den som inte följer bestämmelserna om anmälan och även få förena föreläggandet med vite. Det är svårt att bedöma hur många ärenden det kommer att bli. IVO har inte hittills använt sig av nuvarande sanktion, dvs. polisanmälan. Ett förfarande med föreläggande och vite kommer dock bli lättare för IVO att tillämpa. Utredningen bedömer att förändringen främst kommer att ha en preventiv verkan. De flesta anmälningarna till registret kommer komma till stånd utan att IVO behöver besluta om föreläggande. IVO har inlett ett utvecklingsarbete med att öka anmälningarna till registret. Detta redan pågående utvecklingsarbete tillsammans med förslaget om föreläggande och vite kommer dock leda till visst merarbete för IVO. Det kan även leda till överklaganden av beslut.

Utredningen anser att det är viktigt att IVO fortsätter sitt utvecklingsarbete med att utveckla tillsynen över hälso- och sjukvården i syfte att säkerställa en god och patientsäker vård och att det i förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg ska anges att IVO:s tillsyn ska bedrivas i förebyggande syfte. IVO har redan i uppdrag att bedriva tillsynen i förebyggande syfte och förslaget syftar till att betona och tydliggöra detta. Förslaget medför därför inte några ytterligare kostnader för IVO.

16.6.3 Skatteverket

Förslaget om att arbetsgivaren ska särredovisa förmån av privata sjukvårdsförsäkringar kommer att medföra ökade kostnader för Skatteverket i form av en engångskostnad för att anpassa datasystem m.m. för hantering av förändringarna av arbetsgivardeklarationer och kontrolluppgifter. Skatteverket har bedömt att det inte krävs att

verket tar fram ytterligare föreskrifter på området. Däremot krävs att Skatteverket utformar olika typer av instruktioner och information om hur sjukvårdsförmånen ska redovisas i arbetsgivardeklarationen och kontrolluppgifterna.

Skatteverket bedömer att kostnader för dessa förändringar uppgår totalt till två miljoner kronor, vilket avser kostnader både för anpassningar av arbetsgivardeklarationer och kontrolluppgifter. Utöver det tillkommer kostnader för Skatteverket för årliga uppdateringar. De ökade kostnaderna bör hanteras inom ramen för befintliga anslag.

16.6.4 Domstolar

Utredningen bedömer att förslagen om nya avtalsvillkor inte torde leda till fler överklaganden av beslut om upphandlingar eller överklaganden (laglighetsprövning) enligt 13 kap. kommunallagen (2017:725).

Förslaget om att ge IVO möjlighet att besluta om föreläggande som kan förenas med vite kommer att kunna medföra ökad arbetsbörda för Sveriges domstolar. Förelägganden som utfärdas av IVO kommer att kunna överklagas till förvaltningsdomstol. IVO:s eventuella ansökningar om utdömande av vite kommer också att hanteras av förvaltningsdomstolarna. Utredningen bedömer dock, som framgår ovan, att den nya sanktionen i första hand kommer att vara preventiv. Ökningen torde därför bli marginell och de eventuellt ökade kostnaderna som uppstår för förvaltningsdomstolarna bör hanteras inom ramen för befintliga anslag.

16.6.5 SCB

Förslaget om att särredovisa förmån av privata sjukvårdsförsäkringar för arbetsgivare kommer att möjliggöra nya analyser med hjälp av verktygen FASIT och FRIDA som finns hos SCB. Utredningen bedömer att förändringen inte kommer att innebära annat än marginellt ökade kostnader för SCB då verktygen redan i dag är en del av myndighetens löpande verksamhet.

16.7 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Av 14 kap. 3 § regeringsformen, RF, framgår att en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett den. Bestämmelsen ger uttryck för en proportionalitetsprincip vad gäller inskränkningar i den kommunala självstyrelsen.

16.7.1 Förslaget om finansiering av hälso- och sjukvården

Beträffande utredningens förslag om finansiering av hälso- och sjukvården gör utredningen följande bedömning. De nya bestämmelserna syftar till att tydliggöra att privata sjukvårdsförsäkringar inte kan användas för att betala för vård inom den offentligfinansierade hälso- och sjukvården.

Det finns flera olika former av privat finansiering, varav privata sjukvårdsförsäkringar är en form. Det förekommer även att hälso- och sjukvård betalas kontant, som t.ex. abonnemang, avbetalning genom ett finansbolag eller i form av medlemskap hos en vårdgivare. Ingen form av privat finansiering av den hälso- och sjukvård som regionen bedriver i egen regi eller som vårdgivare bedriver på uppdrag av regionen, kommer att vara tillåten med utredningens förslag till nya bestämmelser. Det föreslås dock undantag för de fall där det är särskilt reglerat. I dessa fall kommer regionerna sålunda fortsätta att kunna ta emot annan betalning än med offentliga medel.

I 17 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, finns bestämmelser om patientavgift som sålunda är ett undantag. Vidare kommer det fortsatt att vara möjligt att bedriva tjänsteexport enligt lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter, som finansieras på annat sätt än med offentliga medel. Vad gäller övrig privatfinansiering inom regionen[29] känner utredningen inte till att den formen av finansiering är rättsligt prövad. För det fall det bedöms finnas författningsstöd för en sådan finansiering kommer den vara fortsatt tillåten.[30]

Såvitt utredningen har kunnat utreda bedriver inte regionerna vård som finansieras genom privata sjukvårdsförsäkringar i dag. Regler-

[29] För beskrivning av privatfinansiering inom regionen, se kapitel 6.4.1. Se även Smer 2014:1 samt utredningens redogörelse för den rapporten i kapitel 8.2.3.
[30] Sådant stöd återfinns framförallt i kommunallagen (2017:725).

ingen kommer därmed inte få några omedelbara praktiska konsekvenser för regionerna. Även om det inte förekommer i dag att regionerna tar emot betalning via en privat sjukvårdsförsäkring, betyder det inte att det uttryckligen är förbjudet. De nya bestämmelserna om finansiering skulle därför kunna anses innebära en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen på så sätt att regionernas handlingsutrymme och valmöjlighet minskar genom att det är särskilt reglerat när regionen får ta emot privat finansiering för vård.

Mot bakgrund av att det saknas uttryckliga regler och då det i den allmänna debatten getts uttryck för en osäkerhet om vad som gäller, anser utredningen att det finns ett behov av att tydliggöra hur hälso- och sjukvården får finansieras. Bestämmelsen ger uttryck för den grundläggande tanken om att den offentligfinansierade hälso- och sjukvården ska vara just offentligt finansierad. Bestämmelsen står även i samklang med legalitetsprincipen och tanken om att det offentliga behöver ha författningsstöd för den verksamhet som bedrivs.[31] Eftersom detta redan gäller i dag påverkar därmed den nya bestämmelsen inte den kommunala självstyrelsen.

16.7.2 Förslaget om nya avtalsvillkor

Beträffande utredningens förslag om nya avtalsvillkor gör utredningen följande bedömning. Den nuvarande bestämmelsen om att regionen i avtalet ska ”ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet” infördes år 2005. I propositionen till den bestämmelsen finns inte några särskilda skrivningar om konsekvenser för den kommunala självstyrelsen eller konsekvenser i övrigt, som skulle kunna ligga till grund för bedömningen i detta betänkande.[32]

I samband med införandet av de nya bestämmelserna i kommunallagen om uppföljning och insyn (nuvarande 5 kap. 3 § och 10 kap. 8–9 §§ kommunallagen [2017:725]) uttalade regeringen att de föreslagna bestämmelserna utgör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen.[33] Regeringen uttalade vidare följande.

[31] Legalitetsprincipen regleras i 1 kap. 1 § regeringsformen och 5 § förvaltningslagen (2017:900).
[32] Prop. 2004/05:89.
[33] Prop. 2013/14:118, s. 87.

> Regeringens förslag i denna del utgår ifrån medborgarnas berättigade förväntningar att kommuner och landsting aktivt och strategiskt följer upp att de kommunala angelägenheterna som överlämnats till privata utförare sköts på ett tillfredställande sätt. En sådan uppföljning är också enligt regeringens mening central ur ett kommunaldemokratiskt perspektiv. Vidare har regeringen, utifrån utredningens arbete, kunnat konstatera att det i dagsläget finns brister i kommuner och landstings kontroll och uppföljning. De föreslagna inskränkningarna i självstyrelsen i denna del måste mot denna bakgrund anses vara nödvändiga.[34]

Utredningens syfte med de nya avtalsvillkoren är att regionerna ska kunna ta sitt ansvar som huvudmän för den offentligfinansierade vården och att säkerställa att de privata vårdgivarnas övriga verksamhet inte påverkar de offentligfinansierade patienterna negativt. Avtalsvillkoren har således ett tydligt samband med den vård som regionerna upphandlar. Det handlar om information som rör just påverkan på den offentligfinansierade vården och inte information om vårdgivarens olika uppdrag i allmänhet. Det övergripande syftet är således att nå målbestämmelserna om en god och patientsäker vård för de offentligfinansierade patienterna. Utredningen bedömer att nya avtalsvillkor är en lämplig och effektiv åtgärd för att uppnå detta syfte. Utan denna information och kunskap kan det vara svårt för regionerna att följa upp om de offentligfinansierade patienterna verkligen får en god och patientsäker vård. Förslaget om nya avtalsvillkor är således nödvändigt för att det eftersträvade syftet ska uppnås.

Förslaget innebär främst en förändring i hur regionerna utformar sina avtal och inverkar inte i övrigt på regionernas möjligheter att själva organisera och styra sin verksamhet. Förslaget innebär inte heller några nya skyldigheter för regionerna, utan är snarare att se som ett förtydligande av de krav som kommunallagen ställer upp, men anpassat efter hälso- och sjukvårdens område.

Utredningen har vidare, liksom den utredning som låg till grund för ovan citerad proposition, kunnat konstatera att det finns vissa brister i regionernas hantering av avtal med privata utförare, såväl vad gäller utformning av kraven i avtalen som vad gäller uppföljningen. Utredningens bedömning är att förslaget ger en ökad kunskap för regionerna om de områden som upphandlas, som kan leda till ökade möjligheter att fatta bra beslut om hur regionerna bäst kan organisera och styra verksamhet på området. Regionerna är huvudmän för vården och har det övergripande ansvaret för verksamheten.

[34] Prop. 2013/14:118, s. 87 f.

Detta ansvar gäller redan i dag. Förslaget om avtalsvillkor ska således ses som ett stöd för regionerna att ta det redan reglerade ansvaret. Det är också frivilligt för regionen att lämna över vården till någon annan. Regionen kan välja att bedriva vården i egen regi.

Förslaget avser de situationer där vårdgivaren har flera uppdragsgivare och således inte alla avtalssituationer. Hur många avtal det rör sig om är svårt att uppskatta. Av den enkät som utredningen har genomfört framkom, som har redogjorts för ovan, att regionerna gemensamt uppgett sig ha cirka 500 avtal inom LOU (lagen [2016:1145] om offentlig upphandling) och lika många inom LOV (lagen [2008:962] om valfrihetssystem).[35] Fördelningen skiljer sig dock åt mellan regionerna. Detta är vidare en ögonblicksbild,[36] och antalet avtal kan variera över tid. Hur många av dessa som avser vårdgivare med andra uppdragsgivare är dessutom oklart – vissa regioner efterfrågar information om detta i dag, men flertalet gör det inte. Utredningen kan också konstatera att flera regioner redan skriver in dessa uppgifter i sina avtal. Utredningens förslag innebär således inte nödvändigtvis förändringar för alla regioner.

Regioner kan behöva justera sina mallar och stöddokument. Det handlar om relativt få justeringar av befintliga dokument. Förslaget kan medföra att regionerna kommer att utöka sin uppföljning av avtalet utifrån de nya avtalsvillkoren. Som beskrivits utförligare i kapitel 13.4 behöver avtalsvillkoren anpassas efter vad som upphandlas och dessa bedömningar behöver göras i varje enskilt fall. Detta är något som redan sker kontinuerligt i dag. Det kan handla om att det tillkommer avtalsvillkor om att regionen ska få information om vårdgivarens övriga uppdragsgivare, information om vårdgivarens organisation och information om hur grundläggande bestämmelser efterlevs och andra typer av villkor som säkerställer att vårdgivarens övriga uppdrag inte påverkar den offentligfinansierade vården. Eftersom förslagen syftar till att ge regionen bättre verktyg och förutsättningar kommer de förhoppningsvis kunna leda till en strategisk och effektiv planering och uppföljning.

Förslaget innebär sammantaget en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen genom att det reglerar att regionerna ska utforma sina avtal på hälso- och sjukvårdens område på ett visst sätt

[35] Primärvården är exkluderad i denna sammanställning, mot bakgrund av att försäkringsfinansierad vård i princip inte förekommer inom primärvården, se mer i kapitel 5.
[36] Utifrån utredningens enkät, se mer i kapitel 6. Siffrorna kan således ha ändrats sen enkäten samlades in.

när en vårdgivare har flera uppdragsgivare. När inskränkningar i den kommunala självstyrelsen görs, innebär proportionalitetsprincipen att den för den kommunala självstyrelsen minst ingripande åtgärden ska väljas. Det förslag som har lämnats av utredningen lämnar ett handlingsutrymme till regionerna kring hur ett avtal ska utformas då bestämmelsen endast avser situationen när vårdgivaren har flera uppdragsgivare. En bestämmelse hade kunnat utformas på en rad mer ingripande sätt, exempelvis genom att detaljera i lag vad en region ska följa upp i avtalet. Genom att ge regionen det handlingsutrymme och den valmöjlighet som bestämmelsen ger, uppfylls proportionalitetsprincipen på området. Den inskränkning i den kommunala självstyrelsen som förslaget innebär ska också vägas mot de nationella intressen som den föreslagna lagstiftningen ska tillgodose. Ett sådant nationellt intresse får anses vara att uppfylla målbestämmelserna och principerna i 3 kap. 1 § HSL vilket är ett av syftena med att regionen som huvudman ges utökade möjligheter att ta sitt ansvar för att minska riskerna för negativ påverkan för de offentligfinansierade patienterna.

Utredningen bedömer att det med hänsyn till syftet med förslaget är nödvändigt och godtagbart att göra ett begränsat ingrepp i regionernas självstyrelse, som den nya bestämmelsen innebär. Sammanfattningsvis gör utredningen bedömningen att förslaget om nya avtalsvillkor inte innebär något oproportionerligt ingrepp i den kommunala självstyrelsen.

16.7.3 Förslaget om rapportering till PAR och vårdgivarregistret

Utredningen föreslår att alla vårdgivare, dvs. även regionerna när de bedriver vård i egen regi, ska rapportera finansieringsform för vården till Socialstyrelsens patientregister. Förslaget innebär således ett nytt åliggande för regionerna. Som beskrivits i detta betänkande saknas det myndighetsdata om hur vård finansieras. Förändringarna i patientregistret syftar till att öka kunskapen och transparensen om privata sjukvårdsförsäkringar och dess effekter. Den inskränkning i den kommunala självstyrelsen som förslaget innebär går inte utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet som föranlett den (14 kap. 3 § regeringsformen).

Förslaget innebär en förhållandevis liten utvidgning av patientregistret. Förändringen av registret handlar inte om att registret utökas med ett helt nytt område som tidigare inte har varit inkluderat i registret eller att sättet att rapportera till registret förändras, utan utvidgningen handlar om att ytterligare en variabel läggs till ett redan existerande register där regionerna redan i dag rapporterar in uppgifter. Utredningen är av uppfattningen att det handlar om en engångsinsats att göra de nödvändiga tekniska förändringarna av regionernas rapporteringssystem. När det väl är gjort innebär förändringen ingen egentlig utökad arbetsbörda för regionerna avseende löpande rapportering. Förändringen av patientregistret får därmed betecknas som en relativt liten förändring för regionerna som rapporteringsskyldiga. Utredningen utgår från att Socialstyrelsen, i framtagandet av regler och riktlinjer för rapporteringen, utformar rapporteringen så enkelt som möjligt. Utredningen bedömer därmed att det med hänsyn till syftet med förslaget är nödvändigt och godtagbart att göra ett starkt begränsat ingrepp i regionens självstyrelse som den nya bestämmelsen innebär.

Angående förändringen av vårdgivarregistret ska även regioner anmäla dit. Utredningen bedömer arbetsinsatsen att anmäla till registret som liten och att ändamålet med ett bra register som mycket är till gagn för regionerna själva inte har någon påverkan på den kommunala självstyrelsen.

16.8 Övriga konsekvenser enligt kommittéförordningen och direktivet

16.8.1 Förslagens förenlighet med unionsrätten

I Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (FEUF) finns regler om fri rörlighet för tjänster och etableringar. Inget av utredningens förslag bedöms vara vare sig diskriminerande eller gynnande för någon eller några aktörer. Inget av förslagen kan på något sätt sägas inskränka den fria rörligheten inom EU. Förslaget om nya avtalsvillkor omfattas av det upphandlingsrättsliga området. Lagen (2016:1145) om offentlig upphandling bygger på ett EU-direktiv och lagen (2008:962) om valfrihetssystem, innehåller ett antal bestämmelser med EU-rättslig bakgrund. Den föreslagna bestämmelsen om nya avtalsvillkor bygger vidare på redan gällande bestäm-

melser i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och kommunallagen (2017:725) och har utformats för att överensstämma med den upphandlingsrättsliga lagstiftningen. Bestämmelsen bedöms vara neutral i sin utformning och bedöms inte strida mot något EU-rättsligt regelverk. Förslagen är förenliga med de grundläggande upphandlingsrättsliga principerna om likabehandling, icke-diskriminering, öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet.

I kapitel 13.4.3–13.4.5 utvecklas hur de aktörer som har att tillämpa den nya bestämmelsen bör tänka kring vilka avtalsvillkor som är aktuella i olika fall och olika avtalsvillkors förenlighet med de upphandlingsrättsliga principerna. Se också kapitel 6.5–6.7 för utredningens redogörelser för vilka krav som ställs på regionerna, utredningens undersökning av hur regionerna arbetar med kravställning och uppföljning, samt utredningens slutsatser.

Utredningen anser att inte heller övriga förslag, dvs. förslagen om en förstärkt tillsyn för IVO, rapportering till patientregistret eller särredovisningen står i strid med EU-rätten.

Sammantaget gör utredningen bedömningen att förslagen är förenliga med EU-rätten.

16.8.2 Rätten till egendomsskydd och näringsfrihet

I direktivet anges att utredaren ska analysera hur förslagen förhåller sig till rätten till egendomsskydd och näringsfrihet. Dessa fri- och rättigheter skyddas enligt regeringsformen, RF, och Europakonventionen[37]. De förslag som särskilt behöver analyseras är förslagen om nya avtalsvillkor, anmälningsskyldighet till IVO:s vårdgivarregister och rapportering till patientregistret. Utredningen bedömer att inte något av utredningens förslag inskränker användningen av någons egendom. Förslaget om nya avtalsvillkor innebär inte någon förändring mot de krav som kan ställas med stöd av gällande lagstiftning. Även anmälan till IVO:s vårdgivarregister och till patientregistret är redan i dag reglerat och berörda aktörer ska redan i dag rapportera till de registren. Förslaget om att särredovisa förmån av privat sjukvårdsförsäkring till Skatteverket kan innebära en viss utökad administrativ börda för arbetsgivare men förmånen redovisas

[37] Den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.

redan i dag tillsammans med andra förmåner till Skatteverket och bedöms inte beröra vare sig egendomsskydd eller näringsfrihet. Inget av utredningens förslag innebär någon begränsning för företag att utöva sin verksamhet. Sammanfattningsvis bedömer utredningen att förslagen är förenliga med rätten till egendomsskydd.

Angående rätten till näringsfrihet gör utredningen följande bedömning. Rätten att driva näring eller utöva yrke får, enligt 2 kap. 17 § RF, endast begränsas för att skydda angelägna allmänna intressen och aldrig i syfte att enbart ekonomiskt gynna vissa personer eller företag. Utredningens förslag om nya avtalsvillkor kan beröra näringsfriheten på så sätt att privata vårdgivare med flera olika uppdragsgivare i framtiden kommer att redovisa fler uppgifter än i dag om vårdgivarens verksamhet och om övriga uppdrag till den region vårdgivaren har ett avtal med. Det kan då innebära en viss inskränkning i näringsfriheten på det sättet att vårdgivare blir tvungna att redovisa uppgifter som annars inte hade redovisats självmant. Det ska dock framhållas att det redan i dag finns regioner som ställer krav på uppföljning av privata vårdgivare. Likt i dag sätter de upphandlingsrättsliga reglerna den yttersta ramen för avtalsinnehållet.

Utredningens förslag innebär inte att det i framtiden kommer att vara förbjudet för vårdgivare att bedriva både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Det kan därför ifrågasättas om bestämmelsen överhuvudtaget inskränker näringsfriheten. Som redogjorts för i detta betänkande bedöms den nya bestämmelsen vara nödvändig för att uppnå syftet med att regionen som huvudman ska kunna ta ansvar för att målbestämmelserna om en god och patientsäker vård för de offentligfinansierade patienterna uppfylls. Att ge förutsättningar för att dessa målbestämmelser uppfylls får anses vara ett angeläget allmänt intresse. Bestämmelsen är allmän tills sin utformning och bedöms inte bryta mot likhetsprincipen genom att någon yrkesutövare gynnas på någon annans bekostnad.

Angående anmälningsskyldigheten till IVO:s vårdgivarregister gör utredningen följande bedömning. Förslaget kan beröra näringsfriheten på så sätt att vårdgivare blir skyldiga att anmäla om vårdgivaren har flera uppdragsgivare och om verksamheten är privat- eller offentligfinansierad vilket är en utvidgning av anmälningsskyldigheten gentemot i dag. Den utvidgning som föreslås syftar till att underlätta IVO:s tillsyn över hälso- och sjukvården och frågan om privata sjukvårdsförsäkringar. Förändringen bedöms som nödvändig för att

IVO ska kunna ta det ansvaret. En effektiv tillsyn över hälso- och sjukvården bedöms som ett angeläget allmänt intresse. Eftersom detaljeringsgraden på det som anmäls inte föreslås vara så hög bedöms inte utvidgningen riskera att avslöja t.ex. affärshemligheter hos vårdgivaren eller på annat sätt vara känslig för vårdgivarna. Själva anmälan kan heller inte ses som annat än marginellt mer betungande än i dag. Bestämmelsen är allmän till sin utformning och bedöms inte bryta mot likhetsprincipen genom att någon yrkesutövare gynnas på någon annans bekostnad. Sammantaget bedöms förslaget vara en godtagbar inskränkning i näringsfriheten, om det ens bedöms vara en inskränkning.

16.8.3 Konsekvenser för jämställdhet

Utredaren ska särskilt redogöra för konsekvenserna för berörda aktörer och individer, uppdelat på kön, inklusive administrativa och ekonomiska konsekvenser. Utredningens förslag är könsneutrala och varken kvinnor eller män kommer att specifikt gynnas eller missgynnas av förslagen. Utredningen noterar dock att det saknas könsuppdelad statistik över personer med privata sjukvårdsförsäkringar. I rapporten *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige?* från 2017,[38] framgår att år 2015 var nästan två tredjedelar av de försäkrade män. Såvitt utredningen har kunnat finna har det inte skett några större förändringar i den delen.

16.8.4 Övriga konsekvenser

Utredningens bedömning är att förslagen inte kommer ha betydelse för brottsligheten, det brottsförebyggande arbetet, offentlig service i olika delar av landet eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen. Utredningens förslag syftar inte heller till att påverka sysselsättningen.

[38] Palme, M. (2017).

17 Författningskommentar

17.1 Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

7 kap.

28 a §

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 13.6.

Av bestämmelsen framgår att Inspektionen för vård och omsorg (IVO) får meddela de förelägganden som behövs för efterlevnaden av reglerna om anmälan till vårdgivarregistret. De regler som avses är 2 kap. 1 § som avser anmälan av ny verksamhet, 2 kap. 2 § som avser anmälan av förändringar i verksamheten samt 2 kap. 3 § som innehåller bemyndigande som avser hur anmälningsskyldigheten ska fullgöras. Sådana bestämmelser återfinns i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1998:13) om anmälan av verksamheter på hälso- och sjukvårdens område.

Ett föreläggande och en eventuell kombination med vite ska bara användas när det behövs för att åstadkomma en korrekt anmälan. IVO behöver därför göra en bedömning av i vilka fall ett föreläggande med eventuellt vite behövs. En sådan bedömning kan t.ex. ta sin utgångspunkt i vad som framkommit i myndighetens dialog med den som ska anmäla och hur sannolikt det bedöms vara att en anmälan sker. I lagen (1985:206) om viten anges hur ett vitesföreläggande ska vara utformat.

Nuvarande straffbestämmelse i 10 kap. 1 § patientsäkerhetslagen om möjlighet att utdöma böter om reglerna om anmälningsskyldighet till vårdgivarregistret inte efterlevs, upphävs.

10 kap.

13 §

Av bestämmelsen framgår att IVO:s beslut om föreläggande enligt 7 kap. 28 a §, dvs. att anmäla till IVO:s vårdgivarregistret enligt 2 kap. 1–3 §§, får överklagas till allmän förvaltningsdomstol.

Förslaget behandlas i avsnitt 13.6.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2023. I fråga om överträdelser som har skett före ikraftträdandet ska äldre bestämmelser, dvs. bestämmelsen i 10 kap. 1 § patientsäkerhetslagen, tillämpas.

17.2 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

7 kap.

10 §

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 13.3.

Av bestämmelsen framgår att om inte annat följer av lag ska den hälso- och sjukvård som regionen bedriver i egen regi finansieras enbart med offentliga medel. Bestämmelsen reglerar således vad som gäller för finansiering av hälso- och sjukvård som bedrivs i *regionens egen regi*, dvs. när regionen själv är vårdgivare. Det saknas i dag uttryckliga bestämmelser om vad som gäller för finansiering av hälso- och sjukvård och bestämmelsen ska ses som en kodifiering av vad som redan gäller.

Med *offentliga medel* avses framför allt skatter och statsbidrag. Bestämmelsen innebär att den hälso- och sjukvård som bedrivs av regionen i egen regi inte får finansieras med privata sjukvårdsförsäkringar eller annan form av privatfinansiering.

Av legalitetsprincipen följer att det offentliga behöver ha författningsstöd för den verksamhet som bedrivs. Regionerna har stöd i viss lagstiftning för att finansiera hälso- och sjukvård på annat sätt än med offentliga medel. I 17 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30),

HSL, finns bestämmelser om att regionen får ta ut avgifter från patienten. I lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter finns bestämmelser om tjänsteexport. Det finns även viss vård som regionen utför i egen regi och som patienterna betalar för själva, helt eller delvis. Det kan vara fråga om t.ex. kosmetiska ingrepp, synfelsbehandling i samband med starroperation, vissa typer av hälsoundersökningar, vaccinationer och intyg. Denna form av privatfinansiering brukar benämnas medfinansiering, egenfinansiering eller köp av tilläggstjänster. Det saknas uttryckliga regler om sådan finansiering och såvitt utredningen känner till är det inte rättsligt prövat vilket författningsstöd som finns för denna privatfinansiering. Det torde dock framför allt vara bestämmelserna i kommunallagen (2017:725) som reglerar detta. Om det finns stöd i lag för regionen att finansiera hälso- och sjukvård på annat sätt än med offentliga medel ska det således vara tillåtet.

Bestämmelsen avser finansiering av hälso- och sjukvård som regionen bedriver i egenskap av vårdgivare. Den avser inte vård som bedrivs av andra vårdgivare, dvs. statlig myndighet, kommun, eller annan juridisk person eller enskild näringsidkare (jfr 2 kap. 3 § HSL). Bestämmelser om finansiering av hälso- och sjukvård som utförs på uppdrag av regionen föreslås regleras i en ny bestämmelse, 15 kap. 2 § HSL. Hälso- och sjukvård som bedrivs av privata aktörer men inte på uppdrag av regionen omfattas inte av bestämmelsen. Den vården får således både drivas privat och finansieras privat, exempelvis med privata sjukvårdsförsäkringar.

15 kap.

2 §

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 13.3.

Av bestämmelsen framgår att om uppgifter har överlämnats från regionen till någon annan enligt 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska de uppgifterna enbart finanserias med offentliga medel och enligt vad som följer om avgifter enligt 17 kap. HSL. I 15 kap. 1 § regleras att regionen kan ha avtal med någon annan om att tillhandahålla sådan hälso- och sjukvård som regionen ansvarar för, vilket uttrycks som att ”utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för” i HSL. Vilka uppgifter

och vilken vård som omfattas av överlämnandet framgår i avtalet mellan regionen och vårdgivaren.

När uppgifter har överlämnats från regionen till annan enligt 15 kap. 1 §, ska de uppgifterna enbart finanseriasmed offentliga medel och vårdavgifter enligt 17 kap. HSL. Med *offentliga medel* avses den ersättning som regionerna ger till vårdgivaren och som regleras i avtalen. Avtalen omfattas av det upphandlingsrättsliga regelverket som kan vara antingen lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, eller lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV.

Bestämmelsen innebär att den vård som bedrivs av annan på uppdrag av regionen inte får finansieras med privata sjukvårdsförsäkringar eller annan form av privatfinansiering. I 17 kap. HSL finns bestämmelser om att vårdgivaren får ta ut avgifter från patienten.

Att den vård som lämnas över endast får finansieras med offentliga medel innebär inte någon begränsning för privata vårdgivares eventuella övriga verksamhet, oavsett om det bedrivs inom ramen för samma verksamhet och/eller samma juridiska person eller inte. Detta eftersom det endast är den vård som överlämnas av regionen till den privata vårdgivaren som omfattas av bestämmelsen. Vårdgivarens övriga verksamhet kommer således alltjämt att kunna finansieras via t.ex. privata sjukvårdsförsäkringar eller annan privatfinansiering. För det fall en patient själv vill finansiera t.ex. en del av ett ingrepp som inte omfattas av det regionen bekostar kommer den delen inte att omfattas av den vård som regionen har lämnat över till en vårdgivare. Även detta kommer således alltjämt att vara möjligt.

Utredningen föreslår en ny bestämmelse, 15 kap. 3 § HSL, om att i de fall där vårdgivaren har andra uppdragsgivare än regionen, ska det anges i avtalet hur det säkerställs att vårdgivarens övriga uppdrag inte påverkar de uppgifter som har lämnats över. Som beskrivs i avsnitt 13.4 föreslår utredningen att det i avtalet bör regleras att vårdgivaren ska visa hur den organiserar sin verksamhet så att det framgår vilka delar som är offentligfinansierade, dvs. utifrån vad som regleras i 15 kap. 2 § HSL.

Bestämmelser om finansiering av vård som utförs av regionen i egen regi, dvs. när regionen är vårdgivare, föreslås regleras i 7 kap. 10 §. Till skillnad från när regionen bedriver vård i egen regi (se förslaget till ny bestämmelse i 7 kap. 10 §) finns det inte något undantag från denna bestämmelse med hänvisning till vad som skulle vara särskilt reglerat i lag.

15 kap.

3 §

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 13.4.

Av *första stycket* framgår att det i avtalet ska regleras frågor som rör påverkan från vårdgivarens övriga uppdrag på den vård som bedrivs på uppdrag av regionen, dvs. bestämmelsen avser påverkan på den offentligt finansierade vården.

Med *uppdragsgivare* avses den aktör som uppdrar åt eller anlitar vårdgivaren att bedriva hälso- och sjukvård. En vårdgivare kan bedriva hälso- och sjukvård på uppdrag av flera uppdragsgivare. Uppdragsgivare kan vara en eller flera regioner, försäkringsbolag och enskilda patienter. Det kan således vara vård som ersätts med offentliga medel, dvs. offentligfinansierad vård, och vård som ersätts privat, dvs. privatfinansierad vård. Det finns olika former av privatfinansierad vård, bl.a. kontantbetalning av patienten och betalning av försäkringsbolag via privata sjukvårdsförsäkringar.

I avtalet ska det regleras hur det säkerställs att vårdgivarens övriga uppdrag inte *påverkar* de uppgifter som har lämnats över från regionen. Vad som kan påverka den offentligfinansierade vården och således vilka villkor som ska anges i avtalet får anpassas utifrån avtalssituationen. Faktorer som kan påverka vården och som således ska regleras i avtalet kan röra hur vårdgivaren säkerställer att bestämmelsen i 3 kap. 1 § HSL om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården, efterlevs. Det kan t.ex. regleras frågor som rör hur vårdgivaren bygger upp sin organisation så att medicinska bedömningar och omprioriteringar kan genomföras.

Övriga villkor som bör anges är att vårdgivaren ska informera regionen om vårdgivarens övriga uppdragsgivare och om de är offentliga eller privata samt finansieringsform. Ett annat villkor bör vara att det i avtalet anges att vårdgivaren ska visa hur den organiserar sin verksamhet så att det framgår vilka delar som är offentligfinansierade.

Med *vårdgivare* avses enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (2 kap. 3 §). I denna bestämmelse avses de vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av regionerna, dvs. enligt 15 kap. 1 § HSL.

Av bestämmelsen i *andra stycket* framgår att det i avtalet ska framgå hur de villkor som regleras enligt första stycket, följs upp. Bestämmelser om avtal och uppföljning finns även i kommunallagen (2017:725), lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, och lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2023. Bestämmelsen om avtalsvillkor ska inte gälla för avtal som har ingåtts före lagens ikraftträdande. Bestämmelserna om avtalsvillkor ska inte heller gälla för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet men som förlängs efter ikraftträdandet. Se kapitel 15.

17.3 Förslaget till förordning om ändring i förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen

4 §

Av bestämmelsen framgår att behandlingen i patientregistret får avse uppgifter om finansieringsform för vården. Finansieringen av hälso- och sjukvården kan vara antingen offentlig eller privat. Privatfinansiering kan ske med privata sjukvårdsförsäkringar, kontant eller på annat sätt. Med stöd av bemyndigande har Socialstyrelsen tagit fram föreskrifter om hur uppgiftsskyldigheten till patientregistret ska fullgöras, Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2013:35) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister. Dessa föreskrifter behöver kompletteras så att det framgår hur uppgifterna ska rapporteras, t.ex. i vilken form och på vilket sätt, t.ex. detaljeringsgrad.

Förslaget behandlas i avsnitt 13.7.

17.4 Förslaget till förordning om ändring i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)

2 kap.

1 §

Av bestämmelsen i *första stycket punkten 7* framgår att anmälan till vårdgivarregistret ska innehålla uppgifter om hur vården är finansierad.

Av bestämmelsen i *första stycket punkten 8* framgår att anmälan till vårdgivarregistret ska innehålla uppgifter om vårdgivaren har flera uppdragsgivare och om de olika verksamheterna är offentligfinansierade eller privatfinansierade. Med *uppdragsgivare* avses den aktör som uppdrar åt eller anlitar vårdgivaren att bedriva hälso- och sjukvård. Det kan vara fråga om en eller flera regioner, försäkringsbolag och enskilda patienter som ersätter vårdgivaren för vården. Med *offentligfinansierad vård* avses vård om finansieras med offentliga medel såsom skatter, statsbidrag eller ersättning från regionen enligt vad som regleras i avtalet. Med *privatfinansierad vård* avses t.ex. betalning kontant från patienten eller från försäkringsbolag via en privat sjukvårdsförsäkring.

Hur anmälningsskyldigheten ska utformas i detalj bör överlämnas till IVO att avgöra i samband med revidering av anmälningsblanketten och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1998:13) om anmälan av verksamheter på hälso- och sjukvårdens område.

Att vårdgivarregistret får innehålla dessa uppgifter regler i 2 kap. 3 §.

Förslaget behandlas i avsnitt 13.6.

2 kap.

3 §

Av bestämmelsen framgår att IVO:s vårdgivarregister ska få innehålla uppgifter om vårdgivaren har flera uppdragsgivare och om de olika verksamheterna är offentligfinansierade eller privatfinansierade. Anmälningsskyldigheten regleras i 2 kap. 1 § och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1998:13) om anmälan av verksamheter på hälso- och sjukvårdens område.

Förslaget behandlas i avsnitt 13.6.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna

Vid ikraftträdandet kan det finnas verksamheter som pågått under en längre tid men som inte är anmälda till IVO. Anmälan ska ske senast en månad innan verksamheten påbörjas eller en förändring genomförs. Den som före ikraftträdandet bedriver verksamhet som efter den 1 januari 2023 ska anmälas enligt 2 kap. 1 § p. 7 och 8 patientsäkerhetsförordningen ska senast den 1 februari 2023 göra en sådan anmälan. Se kapitel 15.

17.5 Förslaget till förordning om ändring i skatteförfarandeförordningen (2011:1261)

5 kap.

1 §

Av bestämmelsen i *punkten 2* framgår att arbetsgivaren i kontrolluppgiften ska särredovisa om någon anställd har förmån av privat sjukvårdsförsäkring. Bestämmelsen ska läsas tillsammans med 5 kap. 2 § punkten 3 skatteförfarandeförordningen (2011:1261) av vilken det framgår vilket värde som ska särredovisas.

För regler om förmånsbeskattning av privata sjukvårdsförsäkringar, se 61 kap. 17 a och b §§ samt 61 kap. 18 § inkomstskattelagen (1999:1229).

Förslaget behandlas i avsnitt 13.9.

5 kap.

2 §

Av bestämmelsen i *punkten 3* framgår att arbetsgivaren i kontrolluppgiften ska särredovisa värdet av den privata sjukvårdsförsäkringen, efter nedsättning av värdet på grund av att mottagaren har utgett ersättning för förmånen. Bestämmelsen ska läsas tillsammans med 5 kap. 1 § skatteförfarandeförordningen (2011:1261) av vilken det framgår att det ska särredovisas om någon anställd har en förmån av privat sjukvårdsförsäkring.

För regler om förmånsbeskattning av privata sjukvårdsförsäkringar, se 61 kap. 17 a och b §§ samt 61 kap. 18 § inkomstskattelagen (1999:1229).

Förslaget behandlas i avsnitt 13.9.

6 kap.

3 §

Av bestämmelsen i *första stycket punkten 2* och *andra stycket punkten 3* framgår att arbetsgivaren i arbetsgivardeklarationen ska särredovisa om någon anställd har förmån av privat sjukvårdsförsäkring. Vidare framgår att arbetsgivaren ska redovisa värdet av den privata sjukvårdsförsäkringen, efter nedsättning av värdet på grund av att mottagaren har utgett ersättning för förmånen.

För regler om förmånsbeskattning av privata sjukvårdsförsäkringar, se 61 kap. 17 a och b §§ samt 61 kap. 18 § inkomstskattelagen (1999:1229).

Förslaget behandlas i avsnitt 13.9.

17.6 Förslaget till förordning om ändring i förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg

1 §

Av bestämmelsen framgår att IVO:s verksamhet, förutom att den ska bedrivas strategiskt och effektivt, även ska bedrivas i förebyggande syfte. Ändringen är ett förtydligande av hur IVO redan arbetar bl.a. utifrån egna riskanalyser. Utredningens förslag om att uppgifter om uppdragsgivare och finansieringsform ska anmälas till vårdgivarregistret, ska ses som en del i IVO:s förebyggande arbete.

Förslaget behandlas i avsnitt 13.4.

Särskilt yttrande

Ulrika Lorentzi, utredare, LO
Mikael Sandlund, senior professor/ordförande
Etikdelegationen inom Svenska Läkaresällskapet

Så här marknadsför ett försäkringsbolag sin privata sjukvårdsförsäkring i augusti 2021:

”En privat sjukvårdsförsäkring ger ett bättre skydd om du skulle drabbas av sjukdom eller skada. Är du försäkrad kan du snabbt boka vård till en specialist via vår digitala tjänst och du slipper långa kötider.”[1] Liknande beskrivningar finns på andra försäkringsbolags hemsidor.

Det står inte uttryckligen, men det är underförstått att skyddet från försäkringen är bättre än i den offentligt finansierade vården. De privata sjukvårdsförsäkringarnas säljargument är att den försäkrade kommer få vård på specialistnivå snabbt och slippa långa kötider som antas finnas i den offentligt finansierade vården.

Den som tar reda på mer om försäkringen inser att det är ett begränsat antal sjukdomstillstånd (till exempel inga akuta sjukdomar) som faktiskt betalas via försäkringen. Men sjukvårdsförsäkringarna kan också vara en snabbare ingång till det kompletta vårdutbud som finns i den offentligt finansierade vården. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys beskriver att en patient med privat sjukvårdsförsäkring kan få sitt behov bedömt och få en remiss snabbare än patienter i den offentligt finansierade vården och att det skulle ”kunna göra att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar får vård snabbare för att de kommer in tidigare i vårdkön”[2].

[1] Länsförsäkringars hemsida, hämtat 20210825.
[2] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020) *Privata sjukvårdsförsäkringar. Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare*. Rapport 2020:3, s. 49.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterar att den här situation inte tydligt träffas av lagens krav på att den som har det största behovet ska ges företräde till vård, eftersom behovet först måste bedömas innan det går att ta ställning till vilket behov som är störst. Myndigheten menar dock att det kan ”ifrågasättas om den ordningen är i linje med målet om en vård på lika villkor.”[3]

Den undersökning som ingår i rapporten från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys visar vidare att personer med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt får vård snabbare än personer som söker vård genom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, fast det inte är sannolikt att försäkringspatienterna i genomsnitt har större medicinska behov. Rapporten visar även att patienter med offentlig finansiering på gruppnivå i genomsnitt får vänta längre än privat finansierade patienter hos privata vårdgivare som tar emot patienter med båda typerna av finansiering. Detta sker trots att hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) slår fast att målet med hälso- och sjukvården är ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen”.

Av direktivet 2020:83 Begränsning av privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligt finansierad hälso- och sjukvård framgår att regeringen ser med oro på detta. Den här situationen utgör ett hot mot en solidariskt finansierad hälso- och sjukvård av hög kvalitet som fördelas till alla medborgare efter behov. I direktivet står:

”En förutsättning för att ett välfärdssystem som det svenska ska fungera är att invånarna känner tillit och förtroende för systemet. Den snabba utveckling där allt fler svenskar tecknar en privat sjukvårdsförsäkring och därigenom kan få förtur till vård riskerar urholka tilliten för hälso- och sjukvården. Det är av grundläggande betydelse att lagstiftningen så långt det är möjligt säkerställer att huvudprinciperna för svensk hälso- och sjukvård inte åsidosätts.”

Det är därför regeringen ger en utredare i uppdrag att:

– Beskriva de undanträngningseffekter eller risker för sådana effekter som privata sjukvårdsförsäkringar har lett till inom hälso- och sjukvården,

– föreslå författningsförslag, eller andra åtgärder som utredaren finner motiverade, som i möjligaste mån säkerställer att patienter

[3] Ibid, s. 50.

med privata sjukvårdsförsäkringar inte får snabbare tillgång till vård eller bättre vård i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården framför patienter utan sådana försäkringar, och

– lämna ett författningsförslag som innebär begränsningar av hur hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs enligt avtal med regionen får finansieras.

Utredningen har valt att tolka de här punkterna väldigt smalt och bortse, eller till och med ta avstånd, från bakgrundsbeskrivningen i direktivet. Konsekvensen blir att utredningen inte lägger – eller ens försöker lägga – de förslag som behövs för att begränsa privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligt finansierad hälso- och sjukvård eller stärka invånarnas tillit till välfärdssystemet.

Kommentarer på utredningens arbetssätt och tolkning av direktivet

Utredningen tar sig an den första punkten av uppdraget på ett både grundligt och otillräckligt sätt. Betänkandet innehåller en ingående beskrivning av hur privata sjukvårdsförsäkringar fungerar för den som har försäkring. De data som finns på vilka som har försäkring redovisas också och vilka fackförbund som erbjuder försäkring. Dessa data kommer huvudsakligen från försäkringsbolagens intresseorganisation.

På flera ställen beskrivs den brist på kunskap som finns om privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på hälso- och sjukvården, men utredningen gör ingen analys av de data som finns. Till exempel visar den ojämlika socioekonomiska fördelningen av sjukvårdsförsäkringar, som utredningen redovisar till exempel i figur 5.5, hur privata sjukvårdsförsäkringar bidrar till en vård som fördelas till den som har råd, inte efter behov. Det skapar en undanträngning av personer med lägre inkomster från vården och påverkar tilliten till den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Men utredningen drar inga sådana slutsatser.

Utredningens analyskapitel, kapitel 11, ger beskrivningar av undanträngningseffekter i hälso- och sjukvården som är orsakade av annat än privata sjukvårdsförsäkringar, bland annat vårdgarantin, vårdval och standardiserade vårdförlopp. Risken för undanträngning och längre

väntetider i offentligt finansierad vård om medarbetare inom bristyrken lämnar offentligt finansierad vård för att arbeta med försäkringsfinansierad vård nämns inte.

Den andra punkten i uppdraget tolkar utredningen så här:

”Utredningen har tolkat skrivningarna i uppdraget om att säkerställa ”att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar inte får snabbare tillgång till vård eller bättre vård i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården framför patienter utan sådana försäkringar”, som att den delen framförallt avser att tillförsäkra de offentligfinansierade patienterna en god och patientsäker vård och att de inte ska påverkas negativt av att vårdgivaren även tar emot privatfinansierade patienter.” (avsnitt 2.3.1)

Det är en smal tolkning som inte stämmer överens med den oro som uttrycks i direktivet, för att personer med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt får vård snabbare än personer som söker vård genom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och hur det riskerar att urholka tilliten till vården.

Tillit och förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet

Frågan om privata sjukvårdsförsäkringar och den svenska välfärdsmodellen tas upp i avsnitt 12.3. Där beskrivs kortfattat tre olika välfärdsmodeller, utmaningar som den nordiska välfärdsmodellen står inför samt en forskningsdiskussion om huruvida marknadsreformer och den ökade privatiseringen som genomförts i välfärden de senaste decennierna underminerar modellen. Den refererade forskningen diskuterar om Sverige fortfarande har en nordisk välfärdsmodell med en generell offentligt finansierad välfärd av hög kvalitet som fördelas efter behov. Det finns tecken på att vi är på väg mot en grundtrygghetsmodell. Andra forskare pekar på en utveckling mot en korporativistisk modell där yrkestillhörighet eller fackförbundstillhörighet spelar stor roll för vilken välfärd du har tillgång till.

Utredningen drar dock inga slutsatser från detta utan hävdar att frågan om välfärdssystemets funktion och utformning är ”politisk”, och därmed inte del av utredningens uppdrag. Utredningen skriver: ”Vilket välfärdssamhälle ett land vill ha och vilka för- och nackdelar som finns med de olika modellerna är en politisk fråga som inte är föremål för denna utrednings uppdrag.”

Trots att direktivet tydligt pekar ut oron för att de privata sjukvårdsförsäkringarna urholkar den tillit som är en förutsättning för att det svenska välfärdssystemet ska fungera, vill utredningen alltså inte befatta sig med frågan. Den forskning som beskriver undermineringen av välfärdsmodellen visar att inget politiskt parti i Sverige öppet har argumenterat för att Sverige ska byta välfärdsmodell. Det har därmed inte funnits ett väljarstöd för ett sådant systemskifte. Utvecklingen har skett genom en kombination av underlåtelse att ta beslut, som att resurstilldelningen till hälso- och sjukvården i dag inte motsvarar behoven, och skiktning, det vill säga att ett marknadssystem med en annan logik har lagts på den generella välfärden som fördelas efter behov och långsamt ätit sig in i den och förändrat välfärdsmodellen.

Utredningens tolkning av direktivet leder till att utredningen inte ser tilliten till hälso- och sjukvårdssystemet som en central del av sitt uppdrag utan som ett intresse som ska vägas mot flera andra, som enskildas självbestämmanderätt att få teckna en privat sjukvårdsförsäkring, arbetsgivarens intresse av att teckna försäkringar till sina anställda för att om möjligt minska deras sjukfrånvaro och försäkringsbolagens och vårdföretagens intresse av ekonomisk stabilitet och vinster.

Vård på lika villkor?

Att vården ges på lika villkor är grundläggande för jämlik hälsa, utjämnade av hälsoklyftor[4] och för tilliten till den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Exemplet med en försäkringspatient som får en remiss till offentligt finansierad vård snabbare än den som sökt vård via den offentligt finansierade vården finns med i utredningen. Det hade varit rimligt att utredningen hade gått vidare med frågan om detta är förenligt med en vård på lika villkor och föreslagit författningsförslag eller andra åtgärder som säkerställer att försäkringspatienter inte får snabbare tillgång till vård eller bättre vård i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, som det står i uppdraget. Men utredningen resonerar inte om ”remissgenvägen” är förenlig med en vård på lika villkor. De konstaterar bara att detta inte strider mot kravet på att den som har störst behov ska ha före-

[4] SOU 2016:55 *Det handlar om jämlik hälsa Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete.*

träde till vården, eftersom den bestämmelsen gäller först när behovet är prövat.

Även när det gäller frågan om en vårdgivare får ha olika tidsgränser för offentligt finansierade patienter och försäkringspatienter väljer utredaren att enbart fokusera på om att den som har det största behovet ska ges företräde, inte målsättningen om en vård på lika villkor för hela befolkningen. Utredningen gör följande tolkning av lagstiftning och förarbeten:

”Utredningen kan inte finna stöd för att vårdgivare inte får använda olika väntetider/tidsgränser för patienterna så länge den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården. Först när den bestämmelsen är uppfylld kan vårdgivaren tillämpa de olika regler och avtalsvillkor om tidsgränser som gäller för vården.” (avsnitt 8.8.2)

Med den tolkning utredningen gör av behovs- och solidaritetsprincipen kan alltså privata vårdgivare fortsätta att ha olika tidsgränser för försäkringspatienter och offentligt finansierade patienter, så länge de vid mottagningen aktuella patienterna med det största bedömda behovet ges företräde. Utredningens förståelse för behovs- och solidaritetsprincipen innebär att man ser den endast som en lokal prioriteringsregel, medan plattformens avsikt var att anvisa hur prioriteringar även på övergripande nivå ska gå till. Om utredningens tolkning stämmer, så är stödet för en vård på lika villkor alldeles för svagt och behöver förstärkas. Utredningen har ett utrymme i sitt direktiv för att göra det, men nöjer sig med att slå fast att olika väntetider är tillåtet.

Agera snabbt, innan det är för sent!

Den oftast återkommande slutsatsen i utredningen är att det saknas kunskap och myndighetsdata om privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige och vilka effekter de har. Eftersom försäkringarna finansierar mindre än en procent av vården (dock betydligt större andel av specialistvård inom några specialiteter och i storstadsområdena) har försäkringarna än så länge förmodligen begränsad direkt påverkan på hälso- och sjukvården i Sverige. Ökningen av privata sjukvårdsförsäkringar är dock ett globalt fenomen och det finns lärdomar att dra från andra länder.

Flera lärdomar samt rekommendationer framåt presenterades på den policydialog med forskare från WHO och European Observatory on Health Systems and Policies som anordnades för utredningen i juni 2021. Utredningen beskriver policydialogen i avsnitt 10.8.3. Referatet är missvisande, eftersom huvudbudskapet (att det finns stor anledning att agera snabbt innan utvecklingen gör området inte längre möjligt att reglera) inte tydligt framgår. Dagen efter policydialogen anordnade Arena Idé och LO ett webinarium med delvis samma forskare[5].

Forskaren Sarah Thomson, en av redaktörerna till boken *Private Health Insurance – History, Politics and Performance,* utgiven av European Observatory on Health Systems and Policies 2020, konstaterade att privata sjukvårdsförsäkringar utmanar offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Det går att förutse utifrån både ekonomisk teori och utvecklingen i andra länder.

Från ekonomisk teori vet vi att privata sjukvårdsförsäkringar leder till ineffektiv och ojämlik resursfördelning då försäkringsbolag välkomnar försäkringstagare med låg risk för sjukdom, och undviker kunder med hög risk att bli sjuka. Internationell erfarenhet från länder där marknaden för privata sjukvårdsförsäkringar har växt visar att politiken ofta är för svag för att lyckas reglera försäkringarna och hantera de starka ekonomiska intressen som är förenade med försäkringarna. I flera länder motsätter sig försäkringsbolag och vårdföretag reformer för att skapa en jämlik, behovsbaserad vård.

Forskarna konstaterade att i en internationell jämförelse har Sverige fortfarande en mycket liten marknad för privata sjukvårdsförsäkringar. Om Sverige låter marknaden växa kommer vi få problem med jämlikhet och effektivitet i hälso- och sjukvården. För att problemen inte ska bli allt för stora krävs regleringar som få länder har lyckats införa. De här regleringarna måste införas innan försäkringarna har växt sig så stora att det blir politiskt omöjligt.

Sarah Thomson pekade på flera möjliga regleringar för att begränsa efterfrågan på privata sjukvårdsförsäkringar. Helt grundläggande är att se till att väntetiderna i den offentligt finansierade vården kortas, men det är inte tillräckligt. Det är viktigt att försäk-

[5] Webinariet ”Är privata sjukvårdsförsäkringar ett hot mot vård efter behov?” går att se i efterhand på LOs och Arena Idés hemsidor. På Arena Idés hemsida finns en översättning av inledningskapitlet i boken *Private Health Insurance – History, Politics and Performance*, ”Varför privata sjukvårdsförsäkringar?”. Hela boken går att läsa via Open access på Cambridge University Press www.cambridge.org.

ringarna inte understöds med skatteavdrag. Hon menade att det är nödvändigt att göra försäkringarna mindre intressanta för vårdgivare, till exempel genom att förbjuda vårdgivare att ta emot både offentligt finansierade och privat finansierade patienter, sätta ett tak på hur stor andel försäkringspatienter en vårdgivare som tar emot offentligt finansierade patienter får ta emot eller ha krav på att försäkringsfinansierad vård och offentligt finansierad vård inte får utföras i samma lokaler. Hon nämnde också åtgärder som minskar försäkringsbolagens möjlighet att erbjuda försäkringar med kortare väntetider till vård, till exempel begränsningar av vad försäkringarna får innehålla eller krav på att försäkringarna inte lovar kortare väntetider än i den offentligt finansierade vården.

Det här är åtgärder som utredningen hade kunnat utreda och formulera förslag om. I stället skriver utredningen att försäkringarna behöver regleras och att utredningens förslag på bättre datainsamling och mer kunskap kan vara ett första steg mot reglering. Detta stämmer, och förslagen som ska medge bättre data och ökade tillsynsmöjligheter är relevanta. Problemet är att det kommer gå flera år innan förslagen är genomförda och så pass mycket data har samlats in att det går att dra säkra slutsatser om effekterna i Sverige. Dessutom visar de internationella erfarenheterna att när effekterna av privata sjukvårdsförsäkringar är så stora att de går att mäta är risken stor att det är det inte längre är politiskt möjligt att införa regleringar.

Vi uppfattar sammanfattningsvis att Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar, S 2020:13 genomfört sitt arbete med noggrannhet, men att utredningens resultat är ofullständigt eftersom man valt en alltför smal tolkning av uppdraget, och på så sätt undvikit analyser, ställningstaganden och förslag som i sak och inom en rimlig tidshorisont skulle innebära att möta upp de i utredningens direktiv uttryckta farhågorna för en utveckling bort från behovsstyrd vård på lika villkor för hela befolkningen och på väg mot en efterfrågestyrd ojämlik vård, där patientens samhällsställning och ekonomi blir styrande. Att möta och mota en sådan utveckling i tidigt skede är också viktigt i ljuset av att det saknas stöd bland politiska partier och i väljarkåren för ett omfattande systemskifte inom hälso- och sjukvården.

Vi har som medlemmar i utredningens expertgrupp vid upprepade tillfällen under arbetets gång via muntliga och skriftliga kom-

mentarer försökt påverka arbetets inriktning, vilket tyvärr inte fått avsedda effekter.

Bakgrunden till att denna utredning tillsattes är viktig: frågan om hot mot en hälso- och sjukvård av hög kvalitet som fördelas till befolkningen utifrån medicinska behov. Eftersom S 2020:13 inte levererar svar på frågan om hur hotet ska hanteras anser vi att en begränsning av privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligt finansierad hälso- och sjukvård bör utredas ånyo, och då med direktiv som lämpligen utformas än tydligare vad avser frågeställningens natur och innehåll.

Referenser

Offentligt tryck

Departementspromemorior

Ds 2016:28, *Driftsformer för universitetssjukhus*.

Ds 2016:29, *Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård*.

Kommittédirektiv

Dir. 1992:8, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

Dir. 1992:12, *Åtgärder för att stärka den lokala demokratin*.

Dir. 2015:60, *En kommission för jämlik hälsa*.

Dir. 2015:92, *Offentlighetsprincipen i offentligt finansierad privat utförd vård och omsorg samt utbildning inom vissa skol- och utbildningsformer*.

Dir. 2017:128, *Ordning och reda i vården*.

Dir. 2020:81, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*.

Dir. 2020:83, *Begränsning av privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligt finansierad hälso- och sjukvård*.

Lagrådsyttrande

Lagrådets yttrande, Utdrag ur protokoll vid sammanträde 2017-03-16.

Propositioner

Prop. 1964:10, *Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till lag om införande av brottsbalken m.m.*

Prop. 1973:90, *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning m.m.*

Prop. 1975/76:209, *om ändring i regeringsformen*.

Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*

Prop. 1981/82:142, *om ändring i brottsbalken (ekonomiska sanktioner vid brott i näringsverksamhet)*.

Prop. 1984/85:77, *om koncession för försäkringsrörelse.*

Prop. 1985/86:154, *om kommunal tjänsteexport.*

Prop. 1986/87:46, *om beskattning av förmån av fri bil.*

Prop. 1992/92:43, *Ökad konkurrens i kommunal verksamhet.*

Prop. 1993/94:117, *Inkorporering av Europakonventionen och andra fri- och rättighetsfrågor.*

Prop. 1993/94:189, *Kommunal biståndsverksamhet.*

Prop. 1994/96:182, *Beskattning av fri hälso- och sjukvård samt vissa andra förmåner.*

Prop. 1995/96:176, *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården.*

Prop. 1996/97:19, *Beskattning av bilförmån, m.m.*

Prop. 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*

Prop. 1997/98:108, *Hälsodata- och vårdregister.*

Prop. 1997/98:109, *Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.*

Prop. 2000/01:36, *Sjukhus med vinstsyfte.*

Prop. 2000/01:42, *Kommuner och landsting i internationell samverkan.*

Prop. 2000/01 :147, *Offentliganställdas bisysslor.*

Prop. 2004/05:89, *Behörigheten för läkare i enskilda verksamhet, m.m.*

Prop. 2004/05:145, *Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus.*

Prop. 2005/06:63, *Anmälningsskyldighet, säkerhet och tillsyn inom psykiatrisk tvångsvård.*

Prop. 2006/07:52, *Driftsformer för sjukhus.*

Prop. 2007/08:107, *Administrativa sanktioner på yrkesfiskets område.*

Prop. 2007/08:126, *Patientdatalag m.m.*

Prop. 2008/09:21, *Kommunala kompetensfrågor m.m.*

Prop. 2008/09:29, *Lag om valfrihetssystem.*

Prop. 2008/09:74, *Vårdval i primärvården.*

Prop. 2008/09:160, *Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten*.

Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning.*

Prop. 2009/10:80, *En reformerad grundlag.*

Prop. 2009/10:210, *Patientsäkerhet och tillsyn.*

Prop. 2012/13:143, *Effektivare sanktioner för arbetsmiljö- och arbetstidsreglerna*.

Prop. 2013/14:106, *Patientlag.*

Prop. 2013/14:118, *Privata utförare av kommunal verksamhet.*

Prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag.*

Prop. 2016/17:58, *Uppgifter på individnivå i arbetsgivardeklarationen.*

Prop. 2016/17:166, *Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård.*

Prop. 2016/17:167, *Driftsformer för universitetssjukhus.*

Prop. 2016/17:171, *En ny kommunallag*.

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.*

Prop. 2017/18:131, *Slopad skattefrihet för förmån av hälso- och sjukvård.*

Prop. 2017/18:158, *Ökade tillståndskrav och särskilda regler för upphandling inom välfärden.*

Prop. 2017/18:159, *Tillstånd att ta emot offentlig finansiering inom socialtjänsten, assistansersättningen och skollagsreglerad verksamhet.*

Prop. 2017/18:165, *Effektivare sanktioner i livsmedelskedjan*.

Prop. 2018/19:142, *Statistik på upphandlingsområdet.*

Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

Prop. 2020/21:1, *Budgetproposition för 2021.*

Regeringsbeslut och skrivelser

Regeringens skr. 2002/03:22, *Återkallelse av propositionen Sjukhus med vinstsyfte; förlängd giltighet av lagen (2000:1440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan (prop. 2002/03:9)*.

Regeringsbeslut, *Uppdrag att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt följa och analysera väntetider i hälso- och sjukvården*, S2020/05634/FS (delvis).

Regeringsbeslut, *Uppdrag att kartlägga datamängder av nationellt intresse på Hälsodataområdet*, S2021/05369 (delvis).

Regeringsbeslut, *Uppdrag att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata*, S2021/06332 (delvis).

Riksdagstryck

Socialutskottets bet. 1996/97:SoU14, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.* Rskr. 1996/97:186.

Socialutskottets bet. 2000/01:SoU6, *Sjukhus med vinstsyfte*.

Socialutskottets bet. 2000/01:SoU11, *Sjukhus med vinstsyfte (förnyad behandling)*. Rskr. 2000/01:122.

Socialutskottets bet. 2004/05:SoU18, *Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus*. Rskr. 2004/05:300.

Socialutskottets bet. 2006/07:SoU11, *Driftsformer för sjukhus*. Rskr. 2006/07:152.

Socialutskottets bet. 2016/17:SoU21, *Driftsformer för universitetssjukhus*. Rskr. 2016/17:323.

Socialutskottets bet. 2016/17:SoU22, *Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård*. Rskr. 2016/17:284.

Finansutskottets bet. 2017/18:FiU44, *Tillstånd att ta emot offentlig finansiering inom socialtjänsten, assistansersättningen och skollagsreglerad verksamhet*. Rskr. 2017/18:357.

Socialutskottets bet. 2020/21:SoU16, *Hälso- och sjukvårdens organisation m.m.* Rskr. 2020/21:327.

Utrednings- och kommittébetänkanden

SOU 1958:15, *Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena*. Betänkande av Kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket.

SOU 1975:75, *Medborgerliga fri- och rättigheter – Regeringsformen*. Betänkande av 1973 års fri- och rättighetsutredning.

SOU 1995:5, *Vårdens svåra val*. Betänkande av Prioriteringsutredningen.

SOU 2000:80, *Offentligt anställdas bisysslor*. Betänkande av Bisyssleutredningen.

SOU 2001:8, *Prioriteringar i vården – Perspektiv för politiker, profession och medborgare*. Betänkande av Prioriteringsdelegationen.

SOU 2001:57, *Välfärdens finansiering och fördelning*. Betänkande av Kommittén Välfärdsbokslut.

SOU 2002:31, *Vinst för vården*. Betänkande av utredningen Vårdens ägarformer vinst och demokrati.

SOU 2003:23, *Vårda vården - samverkan, mångfald och rättvisa*. Betänkande av utredningen Vårdens ägarformer vinst och demokrati.

SOU 2007:10, *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*. Slutbetänkande av Ansvarskommittén.

SOU 2008:125, *En reformerad grundlag.* Betänkande av Grundlagsutredningen.

SOU 2012:75, *Pris, tillgång och service – fortsatt utveckling av läkemedels- och apoteksmarknaden.* Delbetänkande av Läkemedels- och apoteksutredningen.

SOU 2013:2, *Patientlag*. Delbetänkande av Patientmaktsutredningen.

SOU 2013:23, *Ersättning vid läkemedelsskador och miljöhänsyn i läkemedelsförmånerna*. Delbetänkande av Läkemedels- och apoteksutredningen.

SOU 2013:38, *Vad bör straffas?.* Betänkande av Straffrättsanvändningsutredningen.

SOU 2013:53, *Privata utförare – kontroll och insyn.* Delbetänkande av Utredningen om kommunallag för framtiden.

SOU 2014:23, *Rätt information på rätt plats i rätt tid*. Betänkande av Utredningen om rätt information i vård och omsorg.

SOU 2015:7, *Krav på privata aktörer i välfärden*. Slutbetänkande av Ägarprövningsutredningen.

SOU 2016:37, *Rätten till en personförsäkring – ett stärkt konsumentskydd*. Betänkande av Utredningen om rätten till en personförsäkring.

SOU 2016:62, *Ökad insyn i välfärden*. Betänkande av Utredningen om ökad insyn i välfärden.

SOU 2016:78, *Ordning och reda i välfärden*. Betänkande av Välfärdsutredningen.

SOU 2017:37, *Kvalificerad välfärdsbrottslighet – förebygga, förhindra, upptäcka och beivra*. Betänkande av Utredningen om organiserad och systematisk ekonomisk brottslighet mot välfärden.

SOU 2017:38, *Kvalitet i välfärden – bättre upphandling och uppföljning*. Betänkande av Välfärdsutredningen.

SOU 2017:48, *Kunskapsbaserad och jämlik vård - Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård.* Betänkande av Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården.

SOU 2018:39, *God och nära vård En primärvårdsreform*. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

SOU 2018:48, *En lärande tillsyn Statlig granskning som bidrar till verksamhetsutveckling i vård, skola och omsorg.* Delbetänkande av Tillitsdelegationen.

SOU 2018:52, *Behandling av personuppgifter vid Myndigheten för vård-och omsorgsanalys.* Betänkande av Socialdataskyddsutredningen.

SOU 2018:89, *Tydligare ansvar och regler för läkemedel*. Slutbetänkande av Läkemedelsutredningen.

SOU 2019:15, *Komplementär och alternativ medicin och vård – säkerhet, kunskap, dialog*. Delbetänkande av KAM-utredningen.

SOU 2019:29, *God och nära vård Vård i samverkan*. Delbetänkande av Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

SOU 2019:42, *Digifysiskt vårdval Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*. Slutbetänkande av utredningen Styrning för en mer jämlik vård.

SOU 2019:56, *Idéburen välfärd.* Betänkande av Utredningen om Idéburna aktörer i välfärden.

SOU 2020:15, *Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS.* Slutbetänkande av Utredningen om offentligt-privat samverkan, styrning och kontroll.

SOU 2020:19, *God och nära vård En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

SOU 2020:36, *Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter*. Betänkande av utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning.

SOU 2020:44, *Grundlagsskadestånd – ett rättighetsskydd för enskilda*. Betänkande av Kommittén om Grundlagsskadestånd.

SOU 2020:46, *En gemensam angelägenhet*. Betänkande av Jämlikhetskommissionen.

SOU 2020:80, *Äldreomsorgen under pandemin*. Delbetänkande av Coronakommissionen.

SOU 2021:4, *Informationsöverföring inom vård och omsorg*. Delbetänkande av Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg.

SOU 2021:59, *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*. Delbetänkande av Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

SOU 2021:71, *Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur*. Betänkande av Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård.

Rapporter och litteratur

Allin, S., Marchildon, G. och Merkur, S. *Canada – Health system review,* Health Systems in Transition, Vol. 22, No 3. 2020, North American Observatory on Health Systems and Policies, och European Observatory on Health Systems and Policies.

Anell A., *Vården är värd en bättre styrning*, SNS, 2020.

Beauchamp TL. och Childress JF., *Principles of biomedical ethics*, Oxford University Press, 2001.

Bergwall P., *Exploring Paths of Justice in the Digital Healthcare – A Socio-Legal Study of Swedish Online Doctors,* doctors-avhandling, Lunds universitet, 2021.

Blomqvist P. och Palme J., *Universalism in Welfare Policy: The Swedish Case beyond 1990,* Social Inclusion, 2020, Volume 8, Issue 1.

Blomqvist P., *NPM i välfärdsstaten: hotas universalismen?* Statsvetenskaplig tidskrift, årgång 118, 2016.

Borchsenius, V. och Hansen, J. V. (2010), *Er sundhedsforsikrede mindre syge end uforsikrede?*, Forsikring & Pension, Analys-rapport 2010:6.

Danmark sygeforsikring, *Årsrapport 2019*, 2020.

Eckerberg, P. J., *Vad är försäkring, egentligen?* Juridisk Publikation 2/2010 s. 151–173.

Esping-Andersen G., *Three worlds of welfare capitalism*, Cambridge: Polity Press, 1990.

European Observatory on Health Systems and Policies, *Voluntary health insurance in Europe – Country experience,* 2016.

European Observatory on Health Systems and Policies, *Private Health Insurance – History, Politics and Performance*, 2020.

Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Rapport 2014:5, *Konkurrens, kontrakt och kvalitet – hälso- och sjukvård i privat regi*.

Folkhälsomyndigheten, *Rekommendation om vaccination mot covid-19*, 2020-12-23.

Företagarna, *Sjukvårdsförsäkringar och rehabiliteringsplaner*, februari 2021.

Grepperud, S., *Private behandlingsforsikringer – status og mulige konsekvenser på effektivitet og fordeling*, Working paper 2018:2, University of Oslo, 2018.

Grøndahl, I., *Naturalytelser – skattepliktig eller ikke?*, Visma, 2021.

IVO, *Analys av regelverket för tillståndsprövning – Slutrapport av regeringsuppdrag,* IVO 2021-4.

IVO, *Budgetunderlag 2022–2024*, mars 2021, IVO 2021-3.

IVO, *Förslag till åtgärder gällande oseriösa assistansanordnare*, oktober 2020. IVO 2020-11.

IVO, *Förstudie – Prioritering av patienter hos privata vårdgivare som tar emot både offentligt och försäkringsfinansierade patienter*, oktober 2020. (IVO förstudie 2020.)

IVO, *Mot ett datadrivet arbetssätt – En analys av möjligheterna att förenkla ägar- och ledningsprövningen och tillgängliggöra omsorgsregistret,* november 2020. IVO 2020-12.

IVO, *Regeringsuppdrag att bidra till lärande under utbrottet av covid-19 och inför framtida sjukdomsutbrott,* delrapport december 2020. (IVO delrapport 2020.)

IVO, *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården – Slutredovisning av regeringsuppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet och lämna förslag på hur tillsynen kan utvecklas.* IVO 2021-7.

IVO, *Vad har IVO sett 2020? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2020,* mars 2021. IVO 2021-2.

Katalys, *Privata sjukvårdsförsäkringar bryter mot lagen,* Katalys No 84, 2020.

Keskimäki, I., Tynkkynen, L., Reissell, E., Koivusalo, M., Syrjä, V., Vuorenkoski, L., Rechel, B., och Karanikolos, M. *Finland – Health System Review,* Health Systems in Transition, Vol. 21, No. 2, 2019. European Observatory on Health Systems and Policies.

Konkurrensverket, *Regioners upphandlingar av vårdpersonal – En uppföljning av utvecklingen sedan 2015*, Rapport 2020:4.

Kullberg, L., Blomqvist, P. och Winblad, U. *Health insurance for the healthy? Voluntary health insurance in Sweden.* Health Policy 123, s. 737–746, 2019.

Kullberg, L., Blomqist, P. och Winblad, U. *Does voluntary health insurance reduce the use of and the willingness to finance public health care in Sweden?*, Health Economics, Policy and Law, 2021.

Lapidus J., *Indirect and Invisible Regulations Set in Stone: A Driving Force behind the Rise of Private Health Insurance in Sweden,* The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 691, 2020.

Lerwall, L., *Rapport till SMER, Egen- och medfinansiering i vården,* 2014-06-27.

LO, PTK och Svenskt Näringsliv, *Hur använder företag arbetsmiljö- och hälsotjänster för att förebygga och åtgärda arbetsrelaterad ohälsa? – En rapport om företags användning av företagshälsovård och andra expertresurser inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering*, 2017.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2014:3 *Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?*.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2015:5 *Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2017:6 *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin*.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2020:3 *Privata sjukvårdsförsäkringar – Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare*.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2020:7 *Styra mot horisonten Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar*.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2021:4 *Vården ur befolkningens perspektiv 2020 – En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*.

Olesen, J. D., *Policymaking without Policy Choice: The Rise of Private Health Insurance in Denmark.* Journal of Public Policy, 29[3], s. 274–275, 2009.

Palme M., *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige? En deskriptiv analys,* Svensk Försäkrings rapportserie Vår framtida välfärd, särtryck av del 5, 2017.

Pedersen, M. S. och Arendt, J. N., *Can health promotion in the workplace save public money? Evidence from a quasi-experiment in Denmark*, Health Economics Papers, 2012.

Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet, Rapport 2019:1 i Prioriteringscentrums rapportserie 2:a upplagan, *Beslutsstöd för prioriteringar på individnivå – exempel från hjälpmedelsverksamhet*.

Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet, Rapport 2015:3, *Vilken vägledning ger den etiska plattformen för prioriteringar i konkreta prioriteringssituationer?*.

Ratio, *Primärvårdsfokus och vårdförsäkringar – Lärdomar från Australien*, Collin, E., Lundbäck, M. och Karlsson, N. Rapport nr 2, Ratioakademiens sjukvårdsprojekt. Augusti 2021.

Regeringskansliet, 2019. *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020 – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*

Regeringskansliet, 2020. *Överenskommelse om sammanhållen, jämlik och säker vård 2021 – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*

Regeringskansliet, 2021. *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021 – Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*

Region Gävleborg, Revisionsrapport, *Intern kontroll i hantering av bisysslor Region Gävleborg*, PWC, 2019.

Region Jämtland Härjedalen, *Årsredovisning 2018*.

Region Skåne, Etiska rådet, *Yttrande rörande medfinansiering av hörapparater*, 2020-02-17.

Region Skåne, *Rapport nr 13 – Bisysslor*, PWC, 2019.

Region Stockholm, *Regelverk för rapportering av vårdkontakter 2021*, HSN 2020-1419, 2921.

Region Stockholm, *Tillämpningsanvisningar för bisyssla*, LS 2017-1339.

Region Stockholm, *Tio år av vårdval,* HSN 2017-1485.

Region Stockholm, *Årsredovisning 2019*, RS 2019-0242.

Region Sörmland, *Bisyssla – regler inom Landstinget Sörmland*, RegLS-LED16-1660-1.

Region Värmland, *Bisysslor – uppföljning*, rapport 6–19.

Region Västmanland, *Samlad uppföljning av tidigare genomförda granskningar*, Revisionsrapport, PWC, 2017.

Riksrevisionen, Rapport 2014:22, *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* (RiR 2014:22)

Riksrevisionen, Rapport 2017:3, *Riksrevisionen, Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet,* (RiR 2017:3).

Riksrevisionen, Rapport 2019:33, *Inspektionen för vård och omsorg – en tillsynsverksamhet med förhinder*, (RiR 2019:33).

Roemer MI., *Bed supply and hospital utilization: a natural experiment.* Hospitals 35, 36–42, 1961.

Rothstein B., *Vad bör staten göra?: om välfärdsstatens moraliska och politiska logik,* 1994.

SCB, *FASIT Användarhandledning*, grundår 2019, HE0106.

SKR, *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2020,* 2021. (SKR 2021).

SKR, *Privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige – omfattning och utveckling*, 2012. (SKR 2012).

SKR, *Överenskommelse om samverkan mellan SKR och industrins företrädare avseende kvalitetsregister*, 2020. (SKR 2020).

SKR, *Översyn av de Nationella Kvalitetsregistren – Guldgruvan i hälso- och sjukvården – förslag till gemensam satsning 2011–2015*, 2010. (SKR 2010).

Smer, Rapport 2014:1. *Med- och egenfinansiering i vården – etiska aspekter*.

Socialstyrelsen, *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*, januari 2006, artikelnr 2006-101-2.

Socialstyrelsen, *Nationella principer för prioritering av rutinsjukvård under covid-19-pandemin*, dnr 13865/2020, version 2.0.

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL –Stöd för styrning och ledning*, december 2020, artikelnr 2020-12-7135.

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer – Metodbeskrivning*.

Socialstyrelsen, *Om lärande, prioriteringar och ekonomiska aspekter – Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården, slutrapport del 2*, april 2019, artikelnr 2019-4-1.

Socialstyrelsen, *Patientregistret – kan ge ledtrådar kring stroke och hjärtinfarkt*, juni 2019. (Socialstyrelsen 2019).

Socialstyrelsen, *Standardiserade vårdförlopp i cancervården – En baslinjestudie*, november 2015, artikelnr 2015-10-5.

Socialstyrelsen, *Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020 – Regionernas inrapportering av primärvårdsdata till den nationella väntetidsdatabasen,* delrapport december 2020, artikelnr 2020-12-7066.

Socialstyrelsen, *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården,* februari 2021, artikelnr 2021-2-7223.

Socialstyrelsen, *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011*, maj 2012, artikelnr 2012-5-16.

Socialstyrelsen, *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2012*, maj 2013, artikelnr 2013-5-30.

Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2018. En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat,* januari 2019, artikelnr 2019-1-20.

SOM-institutet, *Individuella skillnader i hamstring och social distansering under coronapandemin i Sverige,* SOM-undersökningen om coronaviruset, 2020.

SOReg:s årsrapport 2019, *del 1 – operationsstatistik och tidiga komplikationer*, publicerad maj 2020.

Sperre Saunes, I., Karanikolos, M. och Sagan, S., *Norway – Health System Review,* Health Systems in Transition, Vol. 22, No. 1 2020. Norwegian Institute of Public Health och European Observatory on Health Systems and Policies.

Statskontoret, *Offentligt anställdas bisysslor – En studie av hanteringen av bisysslor i myndigheter, kommuner och regioner*, 2019.

Statskontoret, *På väg mot en bättre tillsyn? En studie av den statliga tillsynens utveckling*, 2020.

Stephansen, C. G. (2012), *Sundhedsforsikringers effekt på sygefravaeret og samfundsökonomien*, Forsikring & Pension, Analysrapport 2012:7.

Svenska Läkaresällskapet, *Professionell granskning och klinisk revision*, slutrapport juni 2020.

Søgaard, R., Pedersen, M. S., och Bech, M. (2013). *To what extent does employer-paid health insurance reduce the use of public hospitals?* Health Policy, 113(1), s. 61–68.

Timbro, *Egenfinansiering i vården – decenniets valfrihetsfråga.* 2021.

Tuorila, H. *Aikuisten vapaaehtoiset sairauskuluvakuutukset suomalaisilla terveysmarkkinoilla.* Kilpailu- ja kuluttajavirasto / Konkurrens- och konsumentverket, 2019.

Tynkkynen, L-K., Alexandersson, N., Kaarboe, O., Anell, A., Lehto, J. och Vrangbaek, K. (2018). *Development of voluntary private health insurance in Nordic countries – An exploratory study on country specific contextual factors.* Health Policy, 122, s. 485–492.

Upphandlingsmyndigheten, *Uppdrag att främja innovationsupphandling genom stöd i form av upphandlings- och innovationskompetens för beställare*, rapport 2019:3.

Valtonen, H., Kempers, J. och Karttunen, A., *Supplementary health insurance in Finland Consumer preferences and behaviour*. Kansaneläkelaitos/Folkpensionsanstalten, 2014.

Winblad, U. och Andersson, C. *Kåren och köerna – En ESO-rapport om den medicinska professionens roll i styrningen av svensk hälso- och sjukvård.* Rapport 2010:09.

Winblad U., Isaksson D. och Blomqvist P., *Preserving social equity in marketized primary care: strategies in Sweden*, Health Economics, Volume 16, Issue 2, April 2021, s. 216–231.

Västra götalandsregionen, *Granskning av bisysslor i Västra Götalandsregionen*, KPMG 2017, dnr REV 2016-00167.

Medietryck och debattartiklar

Arbetsvärlden, *Vårdförbundet kritiskt mot privata sjukvårdsförsäkringar: ”Som att tro på tomten”,* 4 april 2020.

Dagens Medicin, *Fler betalar sig förbi vårdkön*, 5 april 2019.

Dagsavisen, *Høie bekymret for den norske helsemodellen*, Heidi Taksdal Skjeseth, 11 februari 201.

Dagens Nyheter *Privata sjukvårdsförsäkringar underminerar offentlig vård*, av Heidi Stensmyren, ordförande i Sveriges Läkarförbund, och Kar-Petter Thorwaldsson, ordförande LO, 5 december 2019.

Dagens Nyheter, *Hälso- och sjukvårdsdirektören bekräftar: Försäkringspatienter tränger ut vanliga*, 16 december 2019.

Dagens Nyheter, *Ingen talar om att Sverige inte längre är en välfärdsstat*, av D. Barr och J. Palme, 21 december 2020.

Dagens Nyheter, *Välbärgades gömda välfärd raserar den offentliga vården*, av J. Lapidus, 6 september 2019.

Dagens Nyheter, *Ökningen bruten för privat vård. Kortare köer i det offentliga ...förklaringen*, 24 oktober 1994.

Global News, *B.C. Supreme Court rules against private healthcare in landmark case*, 10 september 2020.

Göteborgs-Posten, *Privata sjukvårdsförsäkringar söndrar sjukvården inifrån*, 21 augusti 2020.

Läkartidningen, Hermerén och Sahlin, *Kostnadseffektivitetens roll vid prioriteringar Värderingarna ska normera praxis*, 2018;115:E6DU.

Läkartidningen, Sandman, Davidsson, Helgesson och Juth, *Etiskt problematiskt att begränsa rollen för kostnadseffektivitet Begränsad roll kan leda till godtycke och strida mot andra principer för prioriteringar i vården*, 2018;115:E4EH.

Nerikes Allehanda, *Jennifer Mayer: Vad är det egentligen som händer inom regionen?*, 20 december 2020.

NRK. *Siste 10 år: Voldsom økning i antall private helseforsikringer*, Magnus Torvald Bratten, 20 juli 2017.

Piteå-Tidningen, *Få bisysslor anmäls – trots kritiken*, 28 december 2020.

Retriever. Sökning i Retrievers mediearkiv på artiklar som omnämner privat sjukvårdsförsäkring i tryckt press, webb och TV/Radio. Sökningen avser perioden den 1 augusti 2020 till den 31 juli 2021.

Syre, *Unionen: Det finns en önskan om snabbare vård*, 18 december 2020.

Upsala Nya Tidning, *Regiondirektören om extraknäck: "Fel signaler"*, 20 december 2020.

Rättsfall

Arbetsdomstolen

AD 1999 nr 27.

AD 2020 nr 9.

Övriga rättsfall

EU-domstolens dom den 17 juni 2021 i mål C-23/20 *Simonsen & Weel*.

Supreme Court of Canada, Chaoulli v. Quebec (Attorney General), 2005 SCC 35, [2005] 1 SCR 791.

Övrigt

Commonwealth fund. *International Health Care System Profiles – Norway* [online, april 2021]: www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/norway (Commonwealth fund, Norge).

Commonwealth fund. *The Canadian healthcare system* [online, april 2021]: https://international.commonwealthfund.org/countries/canada (Commonwealth fund, Kanada).

Commonwealth fund. *The Danish healthcare system* [online, april 2021]: https://international.commonwealthfund.org/countries/denmark/ (Commonwealth fund, Danmark).

Datainspektionens yttrande över Välfärdsutredningens slutbetänkande Kvalitet i välfärden (SOU 2017:38), dnr 1243-2017.

Ekonomifakta, antal företag i Sverige [online, juli 2021]: www.ekonomifakta.se/Fakta/Foretagande/Naringslivet/Antal-foretag-i-Sverige.

Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 2195/2002 av den 5 november 2002 om en gemensam terminologi vid offentlig upphandling (CPV).

Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/24/EU av den 26 februari 2014 om offentlig upphandling och om upphävande av direktiv 2004/18/EG.

Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskydds-förordning).

Europaparlamentets och rådets direktiv 95/46/EG av den 24 oktober 1995 om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter, förkortat dataskyddsdirektivet.

Eurostat. *Population on 1 January by age and sex* [online, april 2021]: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_pjan/default/table?lang=en.

Finans Norge *Behandlingsforsikring* [online, april 2021]: www.finansnorge.no/statistikk/skadeforsikring/helseforsikring/behandlingsforsikring.

Finans Norge *Hovedoversikt helseforsikringer* [online, april 2021]: www.finansnorge.no/statistikk/skadeforsikring/helseforsikring/hovedoversikt.

Finanssiala, (2020*) Tilasto sairauskuluvakuutus 2009-062020* [online, april 2021]: www.finanssiala.fi/wp-content/uploads/2020/10/FA-tilasto-sairauskuluvakuutus-2009-062020-1.pdf.

Finanssiala, (2021) *Sairauskuluvakuutustilastot* [online, april 2021]: www.finanssiala.fi/aiheet/sairauskuluvakuutustilastot/#/.

Finanstilsynet.dk. *Lov om forsikringsvirksomhed § 5* [online, april 2021]: www.finanstilsynet.dk/Tilsyn/Tilsynsreaktioner/Afgoerelser/Afgoerelser-1999/Lov-om-forsikringsvirksomhed-5.

FINE, (2019) *Opas aikuisten sairauskuluvakuutuksista* [online, april 2021]: www.fine.fi/julkaisut/julkaisu/opas-aikuisten-sairauskuluvakuutuksista.html.

Forsikring & Pension. *Find din Gruppe* [online, april 2021]: www.sygeforsikring.dk/grupper.

Forsikring & Pension. *Sundhedsforsikringer* [online, april 2021]: www.forsikringogpension.dk/statistik/sundhedsforsikringer.

Företagarna, [online, juli 2021]: www.foretagarna.se/om-foretagarna.

Government of Canada. *Canada's Health Care System* [online, april 2021]: www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html.

If, *Information vedr. Vilkårstekster* [online, april 2021]: www.if.no/globalassets/no/bedrift/dokumenter/samarbeidsavtaler/helseforsikring-vilkaar.pdf.

Kajantie, M., *Yksityisiä sairauskuluvakuutuksia hankitaan yhä enemmän - selvä enemmistö jää tappiolle.* Tieto & Trendit, Tilastokeskus/Statistikcentralen, 2019. [online, april 2021]: www.stat.fi/tietotrendit/artikkelit/2019/yksityisia-sairauskuluvakuutuksia-hankitaan-yha-enemman-selva-enemmisto-jaa-tappiolle.

IVO:s skrivelse 2016-10-31, dnr. 1.5-17082/2016.

Kommissionens förordning (EG) nr 213/2008 av den 28 november 2007 om ändring av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 2195/2002 om en gemensam terminologi vid offentlig upphandling (CPV) samt av Europaparlamentets och rådets direktiv 2004/17/EG respektive 2004/18/EG om förfaranden vid offentlig upphandling, när det gäller revidering av CPV.

Konkurrensverkets remissvar på Ds 2016:29, S2016/05391/FS, dnr 503/2016.

Konkurrensverkets yttrande över Kommuner som utförare av tjänster åt Arbetsförmedlingen – en analys av de rättsliga förutsättningarna (SOU 2020:41), 2020-11-12, dnr409/2020.

Konsumenternas försäkringsbyrås information om sjukvårdsförsäkring, [online, juli 2021]: www.konsumenternas.se/forsakringar/personforsakringar/sjukvardsforsakringar.

Kvalitetsregister.se [online, juli 2021]: https://skr.se/kvalitetsregister/omnationellakvalitetsregister.52218.html.

Landstinget Dalarnas remissvar på Ds 2016:29, dnr LD16/02947.

Landstinget Värmlands remissvar på Ds 2016:29, dnr LK/162148.

LO:s remissvar på Ds 2016:29.

LO:s kongressprotokoll 2016 del 2, motion 18.26, styrelsens utlåtande över motionen samt beslut för område 18.5 Offentligfinansierad verksamhet.

PRO:s remissvar på Ds 2016:29.

Québec Health Insurance Act. [online, juni 2021]: www.legisquebec.gouv.qc.ca/en/ShowDoc/cs/A-29.

Region Skånes remissvar på Ds 2016:29, dnr 1602915.

Region Uppsala, Vårdstyrelsen. Sammanträde den 23 november 2020, § 123/20, dnr VS2020-00109 Initiativ för en tryggare och jämlikare sjukvård.

Region Uppsala, Regionfullmäktige. Sammanträde den 26 februari 2020, §19/20.

Region Uppsala, Regionfullmäktige. Sammanträde den 25 november 2020, § 111/20 och 112/20.

Region Örebro läns remissvar på Ds 2016:29, dnr 16RS4510.

Skat.dk. *Nyt om beskatning og indberetning af sundhedsforsikring*, (2012) [online, april 2021]: https://skat.dk/SKAT.aspx?oid=2041964.

Skatteförvaltningen/Verohallinto, (2017) *Beskattning av en sjukvårdsförsäkring som arbetsgivaren har tecknat* [online, april 2021]: www.vero.fi/sv/Detaljerade_skatteanvisningar/anvisningar/4837/beskattning-av-en-sjukvardsforsakring-som-arbetsgivaren-har-tecknat.

Skatteverkets ställningstagande *Förmån av hälso- och sjukvård*, dnr 202 340340-18/111.

Skatteverkets ställningstagande, *Beräkning av sjukvårdsförsäkringsförmån*, dnr 202 259391-19/111.

SKR:s hemsida, [online, juli 2021]: https://skr.se/skr.25.html.

SKR:s remissvar på Ds 2016:29, dnr 16/04412.

ST:s kongress den 5–6 oktober 2020, beslutspunkt 17.7 – bifall av motion 7, privata sjukvårdsförsäkringar.

Statistisk Sentralbyrå *Fakta om befolkningen – Folketallet* [online, april 2021]: www.ssb.no/befolkning/faktaside/befolkningen.

Statskontorets remissvar på Ds 2016:29.

Stockholms läns landstings remissvar på Ds 2016:29, dnr LS 2016-1015.

Storebrand Helseforsikring AS, *Behandlingsavtale – Forsikrings-vilkår – for individuell og kollektiv behandlingsavtale* [online, april 2021]: www.storebrand.no/filbibliotek/_/-attachment/inline/ 2ca10c62bc30-4603-a032-a726aba53799/ vilkar-helseforsikring-tegnet-etter-nov-2009.pdf.

Svensk Försäkrings branschstatistik nr 1/2017 – 4e kvartalet 2016.

Tryg, Behandlingsforsikring Dekningsvilkår [online, april 2021]: www.tryg.no/odpdf?vilkNr=05UUL41801&vilk=Behandlingsforsikring-Dekningsvilkaar.

Uppsala Universitets remissvar på Ds 2016:29, dnr UFV 2016/1552.

Utkast till sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna, 2019-01-11.

Upphandlingsmyndighetens skrivelse till Finansdepartementet 2019-12-18, UHM-2019-0284.

Villkorsavtal-T mellan Arbetsgivarverket och Saco-S, i lydelse från och med 2013-06-01, med ändringar och tillägg till och med 2018-11-28.

Visions förbundsmöte den 24–26 september 2020. *Motion 53 Erbjud inte medlemmarna privata sjukvårdsförsäkringar*.

Vård- och omsorgsanalyas remissvar på Ds 2016:29.

Vårdföretagarnas remissvar på Ds 2016:29.

Västra Götalandsregionen, Regionfullmäktiges beslut den 18 maj 2021, § 111 (beslut med anledning av motionen Förslag om hårdare krav vid upphandlingar för att undvika personalbrist och en ojämlik vård, RS 2020-03968).

WHO (2018). *Global Health Expenditure Database (GHED)* [online, april 2021]: https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en.

Kommittédirektiv 2020:83

Begränsning av privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligt finansierad hälso- och sjukvård

Beslut vid regeringssammanträde den 20 augusti 2020

Sammanfattning

En särskild utredare ska beskriva privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Utredaren ska föreslå åtgärder som säkerställer att patienter med privat sjukvårdsförsäkring inte får snabbare tillgång till vård eller bättre vård i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården framför patienter utan sådan försäkring och på så vis säkerställa att alla patienter får vård på lika villkor i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. I uppdraget ingår också att lämna ett författningsförslag som begränsar regionernas möjlighet att sluta avtal som innebär att personer med privat sjukvårdsförsäkring genom en sådan försäkring ges vård inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

Utredaren ska därför

- Beskriva de undanträngningseffekter eller risker för sådana effekter som privata sjukvårdsförsäkringar har lett till inom hälso- och sjukvården,
- föreslå författningsförslag, eller andra åtgärder som utredaren finner motiverade, som i möjligaste mån säkerställer att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar inte får snabbare tillgång till vård eller bättre vård i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården framför patienter utan sådana försäkringar, och

– lämna ett författningsförslag som innebär begränsningar av hur hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs enligt avtal med regionen får finansieras.

Uppdraget ska redovisas senast den 30 september 2021.

Uppdraget att begränsa privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligt finansierad hälso- och sjukvård

I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, lagfästs huvudprinciper för svensk hälso- och sjukvård. Prioriteringar i vården ska bygga på tre principer:

– Människovärdesprincipen: Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
– Behovs- och solidaritetsprincipen: Resurserna bör fördelas efter behov.
– Kostnadseffektivitetsprincipen: Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

Människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen kommer till uttryck i 3 kap. 1 § andra stycket HSL där det anges att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Kostnadseffektivitetsprincipen kommer till uttryck i 4 kap. 1 § HSL enligt vilken offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Kostnadseffektivitetsprincipen är underordnad människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen, se propositionen Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60 s. 21). Strävan efter en kostnadseffektiv verksamhet får alltså inte innebära att sjukvården nekar vård till eller försämrar vårdens kvalitet för de mest behövande.

Regeringen gav den 16 januari 2020 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att beskriva riskerna med att patienter med

privata sjukvårdsförsäkringar ges företräde till hälso- och sjukvården framför patienter som får offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Myndigheten redovisade sitt uppdrag i rapporten Privata sjukvårdsförsäkringar (2020:3). I rapporten konstateras att personer med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt får vård snabbare än personer som söker vård genom den offentligt finansierade hälso- och vården, och det är inte sannolikt att det beror på att de i genomsnitt har större medicinska behov. Vidare konstateras att patienter med offentlig finansiering på gruppnivå i genomsnitt får vänta längre än privat finansierade patienter hos privata vårdgivare som tar emot båda typerna av patienter.

Regeringen ser med oro på den rådande situationen. En förutsättning för att ett välfärdssystem som det svenska ska fungera är att invånarna känner tillit och förtroende för systemet. Den snabba utveckling där allt fler svenskar tecknar en privat sjukvårdsförsäkring och därigenom kan få förtur till vård riskerar urholka tilliten för hälso- och sjukvården Det är av grundläggande betydelse att lagstiftningen så långt det är möjligt säkerställer att huvudprinciperna för svensk hälso- och sjukvård inte åsidosätts.

Utredaren ska därför

- Beskriva de undanträngningseffekter eller risker för sådana effekter som privata sjukvårdsförsäkringar har lett till inom hälso- och sjukvården,
- föreslå författningsförslag, eller andra åtgärder som utredaren finner motiverade, som i möjligaste mån säkerställer att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar inte får snabbare tillgång till vård eller bättre vård i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården framför patienter utan sådana försäkringar,
- lämna ett författningsförslag som innebär begränsningar av hur hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs enligt avtal med regionen får finansieras, och
- analysera hur förslagen förhåller sig till rätten till egendomsskydd och näringsfrihet.

Konsekvensbeskrivningar

Enligt 14 kap. 3 § regeringsformen bör en inskränkning av den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålen. Det innebär att en proportionalitetsprövning ska göras under lagstiftningsprocessen. Om något av förslagen i betänkandet påverkar den kommunala självstyrelsen ska därför, utöver förslagets konsekvenser, de särskilda avvägningar som lett fram till förslaget särskilt redovisas.

Konsekvenserna av utredarens förslag ska redovisas i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474). Utredaren ska särskilt redogöra för konsekvenserna för berörda aktörer och individer, uppdelat på kön, inklusive administrativa och ekonomiska konsekvenser.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Utredaren ska i sitt arbete föra en dialog med och inhämta synpunkter från myndigheter, näringsliv och andra berörda i den utsträckning som utredaren behöver och bedömer är lämpligt.

Uppdraget ska redovisas senast den 30 september 2021.

(Socialdepartementet)

Statens offentliga utredningar 2021

Kronologisk förteckning

1. Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering. I.
2. Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. Ju.
3. Skolbibliotek för bildning och utbildning. U.
4. Informationsöverföring inom vård och omsorg. S.
5. Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. Ju.
6. God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. S.
7. Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. Ju.
8. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). S.
9. Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. I.
10. Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. M.
11. Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. U.
12. Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. Ju.
13. En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. Ju.
14. Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. S.
15. Föreningsfrihet och terroristorganisationer. Ju.
16. En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. Fi.
17. Ett moderniserat konsumentskydd. Fi.
18. Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. Ju.
19. En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. S.
20. Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. Ju.
21. En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. M.
22. Hårdare regler för nya nikotinprodukter. S.
23. Stärkt planering för en hållbar utveckling. Fi.
24. Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. M.
25. Struktur för ökad motståndskraft. Ju.
26. Använd det som fungerar. M.
27. Ett förbud mot rasistiska organisationer. Ju.
28. Immunitet för utställningsföremål. Ku.
29. Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. I.
30. Kampen om tiden – mer tid till lärande. U.
31. Kontroller på väg. I.
32. Papper, poddar och ... Pliktmateriallagstiftning för ett tryggat källmaterial. U.
33. En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. U.
34. Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. S.
35. En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. Ju.

36. Gode män och förvaltare – en översyn. Ju.
37. Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. S.
38. En ny lag om ordningsvakter m.m. Ju.
39. Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. S.
40. Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. Fi.
41. VAB för vårdåtgärder i skolan. S.
42. Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. Fi.
43. Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar. Ju.
44. Tillgänglighetsdirektivet. S.
45. En EU-anpassad djurläkemedelslagstiftning. Del 1 och 2. N.
46. Snabbare lagföring – ett snabbförfarande i brottmål. Ju.
47. Ett nytt regelverk för bygglov. Del 1 och 2. Fi.
48. I en värld som ställer om. Sverige utan fossila drivmedel 2040. M.
49. Kommuner mot brott. Ju.
50. Fri hyressättning vid nyproduktion. Ju.
51. Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar. Vol. 1 och 2. M.
52. Vilja välja vård och omsorg. En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. S.
53. En rättssäker vindkraftsprövning. M.
54. Ändrade regler i medborgarskapslagen. Ju.
55. Mikroföretagarkonto – schabloniserad inkomstbeskattning för de minsta företagen. Fi.
56. Nya regler om utländska föräldraskap och adoption i vissa fall. Ju.
57. Om folkbokföring, samordningsnummer och identitetsnummer. Fi.
58. Läge och kvalitet i hyressättningen. Ju.
59. Vägen till tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. S.
60. Förenklingar för mikroföretag och modernisering av bokföringslagen. N.
61. Utvisning på grund av brott – ett skärpt regelverk. Ju.
62. Användning av e-legitimation i tjänsten i den offentliga förvaltningen. I.
63. Sveriges säkerhet – behov av starkare skydd för nätverks- och informationssystem. Fö.
64. Ersättning till brottsoffer. Ju.
65. Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur. U.
66. Rätt mottagare. Demokrativillkor och integritet. Ku.
67. Vägen mot fossiloberoende jordbruk. N.
68. Skärpta straff för brott i kriminella nätverk. Ju.
69. En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet. Volym 1 och 2. S.
70. Läromedelsutredningen – böckernas betydelse och elevernas tillgång till kunskap. U.
71. Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur. S.
72. Högskoleprovets organisation och styrning. U.
73. Regler för statliga elvägar. I.
74. Ett modernt belöningssystem, de allmänna flaggdagarna och redovisningen av anslaget till hovet. Ju.
75. En god kommunal hushållning. + Digital bilagedel för bilaga 3–6. Fi.
76. EU:s förordning om terrorisminnehåll på internet – frågan om behörig myndighet. Ju.
77. Från kris till kraft. Återstart för kulturen. Ku.
78. Börja med barnen! Följa upp hälsa och dela information för en god och nära vård. S.
79. En uppföljning av skriftlighetskravet vid telefonförsäljning. Fi.
80. Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll. S.

Statens offentliga utredningar 2021

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. [16]

Ett moderniserat konsumentskydd. [17]

Stärkt planering för en hållbar utveckling. [23]

Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. [40]

Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. [42]

Ett nytt regelverk för bygglov. Del 1 och 2. [47]

Mikroföretagarkonto – schabloniserad inkomstbeskattning för de minsta företagen. [55]

Om folkbokföring, samordningsnummer och identitetsnummer. [57]

En god kommunal hushållning. + Digital bilagedel för bilaga 3–6. [75]

En uppföljning av skriftlighetskravet vid telefonförsäljning. [79]

Försvarsdepartementet

Sveriges säkerhet – behov av starkare skydd för nätverks- och informationssystem. [63]

Infrastrukturdepartementet

Säker och kostnadseffektiv it-drift rättsliga förutsättningar för utkontraktering. [1]

Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. [9]

Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. [29]

Kontroller på väg. [31]

Användning av e-legitimation i tjänsten i den offentliga förvaltningen. [62]

Regler för statliga elvägar. [73]

Justitiedepartementet

Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. [2]

Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. [5]

Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. [7]

Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. [12]

En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. [13]

Föreningsfrihet och terroristorganisationer. [15]

Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. [18]

Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. [20]

Struktur för ökad motståndskraft. [25]

Ett förbud mot rasistiska organisationer. [27]

En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. [35]

Gode män och förvaltare – en översyn. [36]

En ny lag om ordningsvakter m.m. [38]

Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar. [43]

Snabbare lagföring – ett snabbförfarande i brottmål. [46]

Kommuner mot brott. [49]

Fri hyressättning vid nyproduktion. [50]

Ändrade regler i medborgarskapslagen. [54]

Nya regler om utländska föräldraskap och adoption i vissa fall. [56]

Läge och kvalitet i hyressättningen. [58]

Utvisning på grund av brott – ett skärpt regelverk. [61]

Ersättning till brottsoffer. [64]

Skärpta straff för brott i kriminella nätverk. [68]

Ett modernt belöningssystem, de allmänna flaggdagarna och redovisningen av anslaget till hovet. [74]

EU:s förordning om terrorisminnehåll på internet – frågan om behörig myndighet. [76]

Kulturdepartementet

Immunitet för utställningsföremål. [28]

Rätt mottagare. Demokrativillkor och integritet. [66]

Från kris till kraft. Återstart för kulturen. [77]

Miljödepartementet

Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. [10]

En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. [21]

Äga avfall
– en del av den cirkulära ekonomin. [24]

Använd det som fungerar. [26]

I en värld som ställer om.
Sverige utan fossila drivmedel 2040. [48]

Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar. Vol. 1 och 2. [51]

En rättssäker vindkraftsprövning. [53]

Näringsdepartementet

En EU-anpassad djurläkemedelslagstiftning. Del 1 och 2. [45]

Förenklingar för mikroföretag och modernisering av bokföringslagen. [60]

Vägen mot fossiloberoende jordbruk. [67]

Socialdepartementet

Informationsöverföring inom vård och omsorg. [4]

God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. [6]

När behovet får styra
– ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). [8]

Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. [14]

En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. [19]

Hårdare regler för nya nikotinprodukter. [22]

Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. [34]

Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. [37]

Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. [39]

VAB för vårdåtgärder i skolan. [41]

Tillgänglighetsdirektivet. [44]

Vilja välja vård och omsorg.
En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. [52]

Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. [59]

En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet.
Volym 1 och 2. [69]

Riksintressen i hälso- och sjukvården
– stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur. [71]

Börja med barnen!
Följa upp hälsa och dela information för en god och nära vård. [78]

Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll. [80]

Utbildningsdepartementet

Skolbibliotek för bildning och utbildning. [3]

Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. [11]

Kampen om tiden
– mer tid till lärande. [30]
Papper, poddar och ...
Pliktmateriallagstiftning för ett tryggat källmaterial. [32]
En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. [33]
Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur. [65]
Läromedelsutredningen
– böckernas betydelse och elevernas tillgång till kunskap. [70]
Högskoleprovets organisation och styrning. [72]



Regeringskansliet

103 33 Stockholm Växel 08-405 10 00 www.regeringen.se

ISBN 978-91-525-0228-0 ISSN 0375-250X

822

Omslag: Elanders Sverige AB
Bild: Julia Norsk

Regeringskansliet

Remiss

2021-10-19
S2021/06996

Socialdepartementet

SOU 2021:80 Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar

Remissinstanser

Aleris
Almega
Astma- och Allergiförbundet
Capio AB
Diskrimineringsombudsmannen
FAMNA
Finansinspektionen
Folkhälsomyndigheten
Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte)
Funktionsrätt Sverige
Fysioterapeuterna
Företagarna
GHP Specialty Care
Göteborgs universitet
Handikappförbunden
Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
Justitiekanslern (JK)
Karolinska institutet
Konkurrensverket
Konsumenternas försäkringsbyrå
Landsorganisationen i Sverige (LO)
Linköpings universitet
Lunds universitet
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
Pensionärernas Riksorganisation (PRO)
Praktikertjänst AB

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

Prioriteringscentrum
Regelrådet
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 Södermanland
Region Uppsala
Region Värmland
Region Västerbotten
Region Västernorrland
Region Västmanland
Region Örebro län
Region Östergötland
Reumatikerförbundet
Riksdagens ombudsmän (JO)
Riksrevisionen
Skatteverket
SKPF Pensionärerna
Socialstyrelsen
Sophiahemmet
Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
Statens medicinsk-etiska råd (SMER)
Statistiska centralbyrån (SCB)
Statskontoret
Stockholms universitet
Svensk Försäkring
Svensk Sjuksköterskeförening (SSF)
Svenska Kommunalarbetareförbundet (Kommunal)
Svenska Läkaresällskapet
Svenska Vård

Svenskt Näringsliv
Sveriges akademikers centralorganisation (SACO)
Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
Sveriges läkarförbund
Tjänstemännens centralorganisation (TCO)
Umeå universitet
Upphandlingsmyndigheten
Uppsala universitet
VISION
Vårdförbundet
Vårdföretagarna
Västra Götalandsregionen
Örebro universitet

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 31 januari 2022**. Svaren bör lämnas per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se. Ange diarienummer S2021/06996 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i promemorian. Om remissen är begränsad till en viss del av promemorian, 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.

Promemorian kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Remissinstanserna kan utan kostnad beställa tryckta exemplar av promemorian via ett beställningsformulär hos Elanders Sverige AB.

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.

Cecilia Halle
Ämnesråd

Kopia till

Elanders Sverige AB, e-postadress: betankande@elanders.com

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 1-20

Tid: 2022-01-11 kl. 08:30

Plats: Digitalt

§ 12

Remiss - Börja med barnen! Följa upp hälsa och dela information för en god och nära vård

Diarienummer: RJL 2021/2270

Beslut

Presidiet föreslår nämnden

- Godkänna föreliggande yttrande som svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerat förslag *Börja med barnen! Följa upp hälsa och dela information för en god och nära vård (SOU 2021:78).*

Region Jönköpings län ser positivt på utbyggnad av kvalitetsregister och ökad informationsdelning där det är viktigt att barn och deras familjer möter ett system där samverkan och juridik underlättar den komplexitet som familjernas vardag innebär. Förslaget att hälsoreformen ska omfatta barn och unga 0-20 år skapar frågor för hur det ska matchas med rådande åldersindelningar. För att alla barn och vårdnadshavare ska förstå och vara medskapande i pågående vård och insatser är det viktigt med tillgång till barns e-tjänster och journal samt att uppföljning som syftar till barnens bästa beaktas.

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2021-12-17
- Förslag till yttrande daterat 2022-01-25
- Remiss - Börja med barnen! Följa upp hälsa och dela information för en god och nära vård (SOU 2021:78)

Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutets antal sidor

1

Socialdepartementet

Börja med barnen! Följa upp hälsa och dela information för en god och nära vård (SOU 2021:78)

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 förslag *Börja med barnen! Följa upp hälsa och dela information för en god och nära vård (SOU 2021:78).*

Region Jönköpings län ser positivt på utbyggnad av kvalitetsregister och ökad informationsdelning där det är viktigt att barn och deras familjer möter ett system där samverkan och juridik underlättar den komplexitet som familjernas vardag innebär. Förslaget att hälsoreformen ska omfatta barn och unga 0-20 år skapar frågor för hur det ska matchas med rådande åldersindelningar. För att alla barn och vårdnadshavare ska förstå och vara medskapande i pågående vård och insatser är det viktigt med tillgång till barns e-tjänster och journal samt att uppföljning som syftar till barnens bästa beaktas.

Information i ärendet

Betänkandet är det andra och sista betänkandet från utredningen en sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Betänkandet redovisar insatser för en stärkt uppföljning och informationsdelning kopplat till en god och sammanhållen vård för barn och unga.

- Förslag om hälsodataregister (där elevhälsans medicinska insats och ungdomsmottagningarna föreslås ingå)
- Förslag om kvalitetsregister
- Förslag och bedömningar om uppföljning av den hälsoreform som föreslogs i delbetänkandet
- Förslag och bedömningar om informationsöverföring
- Bedömningar om termer, begrepp och nationell digital infrastruktur

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2021-12-17
- Förslag till yttrande daterat 2022-01-25
- Remiss - Börja med barnen! Följa upp hälsa och dela information för en god och nära vård (SOU 2021:78)

Beslut skickas till

Socialdepartementet
Folkhälsa och sjukvård

REGIONLEDNINGSKONTORET

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anette Peterson
Hälso- och sjukvårdsstrateg

Socialdepartementet

Börja med barnen! Följa upp hälsa och dela information för en god och nära vård (SOU 2021:78)

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerade *Börja med barnen! Följa upp hälsa och dela information för en god och nära vård (SOU 2021:78)*.

Sammanfattning

Region Jönköpings län ser positivt på utbyggnad av kvalitetsregister och ökad informationsdelning där det är viktigt att barn och deras familjer möter ett system där samverkan och juridik underlättar den komplexitet som familjernas vardag innebär. Förslaget att hälsoreformen ska omfatta barn och unga 0-20 år skapar frågor för hur det ska matchas med rådande åldersindelningar. För att alla barn och vårdnadshavare ska förstå och vara medskapande i pågående vård och insatser är det viktigt med tillgång till barns e-tjänster och journal samt att uppföljning som syftar till barnens bästa beaktas.

Synpunkter på förslaget

Region Jönköpings län ser positivt på utbyggnad av kvalitetsregister och ökad informationsdelning. Det är positivt med en sammanhållen vård för barn och unga över tid oavsett fysisk eller psykisk problematik.

Utredningen belyser det förebyggande perspektivet men inte lika tydligt övergångar i vården till specialistvård, vilket saknas.

Kvalitetsregister för hälsovårdande verksamheter för barn och unga stärker kvaliteten och bidrar till likvärdig vård

Region Jönköpings län ser positivt på utbyggnad av kvalitetsregister och ökad informationsdelning. Förslaget gör det möjligt att följa olika aspekter av barns och ungas hälsa, från graviditet till och med 20 års ålder, utifrån ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv. Kvalitetsregister behöver integreras i datasystem för att inte generera mer jobb i verksamheten.

Behovet av ett kvalitetsregister för att säkerställa en jämlik barnhälsovård behöver lyftas fram. Barnhälsovården nationella register BHVQ, är av stor betydelse för

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

att säkerställa en jämlik barnhälsovård. BHVQ är ett register som är integrerat i journalsystemet och genererar på så sätt inget extra arbete i verksamheten. För ett framtida gemensamt kvalitetsregister för de hälsovårdande verksamheterna är av största vikt att bygga vidare och utveckla BHVQ.

Uppdrag till myndigheter att stödja, följa och utvärdera hälsoreformen

Förslaget att hälsoreformen ska omfatta barn och unga 0-20 år skapar frågor för hur det ska matchas med specialistvårdens åldersindelningar. Inom exempelvis habiliteringen inom Region Jönköpings län ansvarar man för barnen till att de avslutat gymnasiet. Det finns pågående diskussioner om att följa hälso- och sjukvårdens gängse regler att bryta vid 18 år. Om syftet är att skapa en större helhet för vården av barn oavsett specialitet så behöver organisatoriska aspekter belysas med en hälsovårdsreform 0-20 år.

Utifrån att Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag att stödja genomförandet av den nationella hälsoreformen för barn och unga, med särskild fokus på det nationella hälsovårdsprogrammet är det önskvärt att samverkan sker mellan Folkhälsomyndigheten och Skolverket samt SKR då mycket finns att hämta från dem som redan gjorts och görs i linje med det som ligger i uppdraget. Till exempel kan nämnas den stödstruktur för uppföljning av folkhälsoarbete som folkhälsomyndigheten tagit fram där barn och unga finns med i många delar.

Uppdrag till Socialstyrelsen att följa upp omställningen ur ett barnrättsperspektiv

Uppföljning tenderar att öka administration i den verksamhet som är närmast barnen. Uppföljning som syftar till att barnens bästa ska beaktas behöver ske i ett medskapande med varje patient och dennes närstående. Där behöver kraften och resursen finnas.

Uppdrag att kartlägga förekomsten av och behov hos gruppen barn och unga med långvariga och stora vård- och omsorgsbehov

Det är mycket fokus på förebyggande perspektiv vilket är angeläget. Det är dock viktigt att barn som behöver specialistvård möter ett system där samverkan och juridik underlättar den komplexitet som de familjernas vardag innebär.

Huvudmännen behöver i högre grad ta tillvara de förutsättningar för informationsdelning som finns i dag

Inom Barn- och ungdomspsykiatrin och Barn- och ungdomshabiliteringen är det strategiskt och klokt för barnets bästa och vårdens perspektiv att samarbeta med de samverkanspartner som är eller behöver bli aktuella. Det är ofta både elevhälsan och socialtjänsten. Det hävdas i de flesta utredningar hur angeläget detta är.

Då man inte lyckas lösa juridiken på en nationell nivå så innebär det ett dagligt krångel för de som arbetar närmast barnen. Man behöver lyssna in verksamheten och skapa bättre förutsättningar för samverkan om vi menar allvar med angelägenhetsgraden. Även om det går att arbeta via samtycken så vore det strategiskt att systemen lotsar oss och inte motarbetar. Detta är belyst i utredningen och även i andra utredningar som brottas med samma dilemma.

Informationsdelning mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver stärkas

Det är ett dilemma med olika lagrum i region och kommun att ta hänsyn till vilket blir belyst i samsjuklighetsutredningen.

Informationsdelningen behöver utökas till att även inbegripa tandvården.

Barn och unga bör kunna ge ombud elektronisk tillgång till patientuppgifter

Det är bra att frågan blir belyst och löst på en nationell nivå. Det skapas många problem i den dagliga vården och krånglar till det för redan belastade vårdnadshavare. Vårdnadshavare har behov av att ha tillgång till barnets journal och e-tjänster när barnet inte själv kan. Möjligheten att kunna göra en beställning till vårdnadshavare behöver finnas oavsett barnets ålder, alla e-tjänster behöver hanteras lika och med samma möjligheter. Barn med kroniska sjukdomar kan behöva vårdnadshavares stöd hela tiden fram till myndighetsdagen. Det är orimligt att lägga allt ansvar på barnen själva i dessa fall.

Större statligt ansvar för nationell digital infrastruktur.

Region Jönköpings län anser att ett större statligt ansvar kring nationell digital infrastruktur skulle underlätta.

REGION JÖNKÖPINGS LÄN

Rachel De Basso
Ordförande i nämnd för folkhälsa och sjukvård

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Börja med barnen!

Följa upp hälsa och dela information för en god och nära vård



HÄLSODATA ▸ INFORMATION ▸ UPPFÖLJNING

SLUTBETÄNKANDE AV UTREDNINGEN OM EN SAMMANHÅLLEN GOD OCH NÄRA VÅRD FÖR BARN OCH UNGA

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2021:78

Börja med barnen!

Följa upp hälsa och dela information för en god och nära vård

Slutbetänkande av Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga

Stockholm 2021

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2021:78

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2021

ISBN 978-91-525-0221-1 (tryck)
ISBN 978-91-525-0222-8 (pdf)
ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Lena Hallengren

Regeringen beslutade den 28 november 2019 att uppdra åt en särskild utredare att se över förutsättningarna för en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga (dir. 2019:93). I utredningens uppdrag har bland annat ingått att föreslå hur en samlad uppföljning av barns och ungas fysiska och psykiska hälsa kan utformas som stödjer utvecklingen dels av det hälsofrämjande arbetet för barn och unga både på individuell och nationell nivå, dels av vårdens utformning och innehåll. Det har också ingått att föreslå hur möjligheterna till en god informationsförsörjning för såväl verksamheterna som för den enskilde kan stärkas. Syftet med uppdraget har varit att uppnå en mer likvärdig vård som innefattar förebyggande och hälsofrämjande insatser för barn och unga i hela landet. Syftet har också varit att genom insatser i den nära vården för barn och unga med psykisk ohälsa avlasta den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin, BUP. Den 1 maj 2021 överlämnade utredningen delbetänkandet *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga* (SOU 2021:34) till regeringen.

Barnläkaren Peter Almgren förordnades från och med den 1 december 2019 som särskild utredare. Utredningen (S 2019:05) har antagit namnet Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga.

Från och med den 19 mars 2020 förordnades följande personer som sakkunniga att bistå utredningen: departementssekreteraren Christopher Carlson, kanslirådet Hedvig Feltelius, departementssekretaren Linda Hindberg, departementssekreteraren Malin Nylén Bolinder och departementssekretaren Jessika Yin.

Samma dag förordnades som sakkunniga: utredaren Rosita Claesson Wigand, enhetschefen Anders Fejer, generalsekretaren Magnus

Jägerskog, undervisningsrådet Timmy Larsson, och handläggaren Tyra Warfvinge. Från och med den 14 april 2020 förordnades kommundirektören Camilla Holmqvist och från och med den 6 juli 2020 förordnades direktören Charlotta Larsdotter som experter i utredningen.

Från och med den 7 september 2020 entledigades kanslirådet Hedvig Feltelius som sakkunnig i utredningen och ersattes av kanslirådet Marie Törn. Från och med den 1 oktober 2020 entledigades departementssekreteraren Linda Hindberg som sakkunnig i utredningen och ersattes av departementssekretaren Andrea Larsson. Från och med den 20 oktober 2020 entledigades departementssekreteraren Jessika Yin som sakkunnig i utredningen. Från och med den 14 november 2020 entledigades departementssekreteraren Andrea Larsson från uppdrag att vara sakkunnig i utredningen och ersättes av departementssekreteraren Kalle Brandstedt. Från och med den 22 januari 2021 entledigades departementssekreteraren Malin Nylén Bolinder som sakkunnig i utredningen och ersattes från och med den 1 mars 2021 av departementssekreteraren Nela Lalouni och ämnesrådet Tom Nilstierna. Från och med den 30 april 2021 entledigades Christopher Carlson som sakkunnig i utredning och ersattes från och med den 1 maj 2021 av departementssekreteraren Maj Fagerlund. Från och med den 9 maj 2021 entledigades departementssekreteraren Nela Lalouni som sakkunnig i utredningen och ersattes från och med den 10 maj 2021 av departementssekreteraren Sara Tunlid.

Som huvudsekreterare i utredningen anställdes från och med den 1 februari 2020 kanslirådet Klara Granat. Som sekreterare i utredningen anställdes från och med den 10 februari 2020 utredaren Sandra Creutz. Sandra Creutz anställning som sekreterare i utredningen upphörde att gälla från och med den 20 januari 2021. Som sekreterare i utredningen anställdes från och med den 19 februari 2020 juristen Caroline-Olivia Elgán. Som sekreterare i utredningen anställdes från och med den 1 april 2020 den digitala strategen Niklas Eklöf. Niklas Eklöfs anställning som sekreterare i utredningen upphörde att gälla från och med den 29 januari 2021. Som senior rådgivare i utredningen anställdes från och med den 1 april 2020 läkaren Göran Stiernstedt. Som sekreterare i utredningen anställdes från och med den 1 december 2020 utredaren Ylva Malmquist och på deltid psykologen Antonia Reuter. Som sekreterare i utredningen anställdes från och med den 1 januari 2021 strategen Frida Bjurström. Som sekreterare på deltid i utredningen anställdes från och med den 11 januari 2020 juristen

Nadja Zandpour. Som sekreterare i utredningen anställdes från och med den 1 maj 2021 hovrättsassessorn Cecilia Ivarsson.

Utredningen överlämnar härmed slutbetänkandet *Börja med barnen! Följa upp hälsa och dela information för en god och nära vård* (2021:78). Utredningens förhoppning är att de samlade förslagen i våra två betänkanden kan bidra till att staka ut en väg för Sverige där barns och ungas behov och förutsättningar lyfts fram och får påverka hälso- och sjukvårdens utformning och innehåll på ett mer systematiskt och långsiktigt hållbart sätt. Börja med barnen!

Stockholm i oktober 2021

Peter Almgren

/Klara Granat
Ylva Malmquist
Frida Bjurström
Cecilia Ivarsson
Nadja Zandpour
Antonia Reuter
Göran Stiernstedt

Innehåll

Sammanfattning **13**

1 Författningsförslag **23**

1.1 Förslag till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355) 23

2 Uppdrag, utgångspunkter och genomförande **25**

2.1 Utredningens uppdrag 25
2.1.1 Delbetänkande om en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga 26
2.1.2 Uppdrag som redovisas i slutbetänkande 27

2.2 Utredningens avgränsningar och utgångspunkter 28
2.2.1 Avgränsningar och utgångspunkter när det gäller uppdrag om uppföljning 28
2.2.2 Avgränsningar och utgångspunkter när det gäller uppdrag om informationsdelning 30
2.2.3 Några centrala begrepp 31

2.3 Utredningens genomförande 32
2.3.1 Utredningens dialoguppdrag 33

2.4 Betänkandets disposition 33

3 Gällande rätt **35**

3.1 Allmänt om kapitlet 35

3.2 Generell reglering av personuppgiftsbehandling 35
3.2.1 Allmänt om regleringen av personuppgiftsbehandling 35
3.2.2 Dataskyddsförordningen 36

3.3 Hälsodataregister ... 43
3.3.1 Lagen (1998:543) om hälsodataregister ... 43
3.3.2 Förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen ... 44

3.4 Kvalitetsregister ... 45

3.5 Sammanhållen journalföring ... 48

3.6 Sekretess och tystnadsplikt inom hälso- och sjukvården ... 51
3.6.1 Sekretess ... 51
3.6.2 Tystnadsplikt ... 56
3.6.3 Något om inre sekretess ... 56

4 Bakgrund, problembild och analys ... 57

4.1 Det finns ingen heltäckande nationell uppföljning av barns och ungas hälsa ... 58
4.1.1 Det finns en del information om barns och ungas hälsa i nationella register ... 61
4.1.2 Det finns en del information om barns och ungas hälsa i nationella enkäter ... 71

4.2 Uppföljningen har ofta fokus på ohälsa ... 76

4.3 Barn- och ungdomshälsovården behöver ges förutsättningar för sitt kvalitetsarbete ... 77
4.3.1 Kort om kvalitetsarbetet i barn- och ungdomshälsovården ... 78
4.3.2 Kvalitetsregister syftar till att främja god kvalitet i hälso- och sjukvården ... 87

4.4 Informationsdelning inom hälso- och sjukvården och mellan vård- och omsorgsverksamheter brister ... 97
4.4.1 Juridiska möjligheter till informationsdelning finns redan i dag ... 99
4.4.2 Tekniska förutsättningar för informationsdelning ... 100
4.4.3 Standardiserade termer och begrepp underlättar informationsdelning ... 103
4.4.4 Organisation och kultur är centrala faktorer för informationsdelningen ... 105

4.5 Insatser för att främja en god informationsdelning 106
4.5.1 Vision e-hälsa 2025 innehåller gemensamma utgångspunkter för digitalisering inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten 106
4.5.2 På regional och lokal nivå pågår ett omfattande arbete för att främja en god informationsdelning ... 110

4.6 Brister i dokumentation och informationsdelning drabbar patienten 111
4.6.1 Brister i informationsdelning försvårar för samverkan 114
4.6.2 Patientperspektiv på stärkt informationsdelning ... 115
4.6.3 Vissa bedömningar när det gäller barns respektive vårdnadshavares tillgång till information är svåra 116
4.6.4 Vårdplanen som verktyg för informationsdelning 119

4.7 Omfattande insatser pågår internationellt på hälsodataområdet 122
4.7.1 EU-projektet TEHDAS bidrar till gemensamma europeiska principer för sekundär användning av hälsodata 123
4.7.2 Det pågår nordiska samarbeten inom området hälsodata 124
4.7.3 Norges hälsodataprogram ska bidra till bättre nyttjande av hälsodata för sekundära ändamål 125
4.7.4 I Finland pågår genomgripande förändringar av sekundär användning av personuppgifter inom social- och hälsovården 126
4.7.5 Danmarks sundhedsdataprogram ska förbättra tillgången till hälsodata med fokus på bättre kvalitet 129
4.7.6 Sveriges väg mot en mer ändamålsenlig infrastruktur för behandling av hälsodata 130

5 Förslag och bedömningar 135

5.1 Uppföljning av barns och ungas hälsa 138

5.2 Förtydligande om uppgifter om hälsovård i kvalitetsregister 152

5.3 Hälsoreformen för barn och unga bör följas stödjas, utvärderas och tillses 158

5.3.1 Uppdrag till Socialstyrelsen att stödja genomförandet av den nationella hälsovårdsreformen 160

5.3.2 Uppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att utvärdera hälsoreformen för barn och unga 163

5.3.3 Förslag till lag om behandling av personuppgifter vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör genomföras 166

5.3.4 Inspektionen för vård och omsorg bör granska barn- och ungdomshälsovårdens verksamhet 168

5.3.5 Det behöver följas upp om barns och ungas behov tillgodoses i omställningsprocessen 170

5.4 Kartlägga förekomsten av och behov hos barn och unga med långvariga och stora vård- och omsorgsbehov 172

5.5 Möjligheter att dela information inom och mellan vårdgivare finns redan i dag 176

5.6 Förslag till bestämmelser om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation bör genomföras och en utvidgning bör övervägas 179

5.7 Utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn och vårdnadshavare bör utredas 183

5.8 Förslag om ombuds tillgång till uppgifter bör genomföras 184

5.9 Utredningens förslag stärker och går i linje med nationell och internationell utveckling på hälsodataområdet 186
5.9.1 Större statligt ansvar för nationell digital infrastruktur 190
5.9.2 Tydligare styrning mot nationell informationsstruktur och gemensam terminologi 193

6 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser 197

7 Konsekvensanalys 199

7.1 Utredningens uppdrag och problembeskrivning 199

7.2 Konsekvenser för barn och unga 202
7.2.1 Konsekvenser för barn 202
7.2.2 Konsekvenser för unga personer över 18 år 206

7.3 Konsekvenser för den personliga integriteten 206

7.4 Samhällsekonomiska konsekvenser 209

7.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten 211

7.6 Ekonomiska och andra konsekvenser för regioner 213

7.7 Ekonomiska och andra konsekvenser för kommuner 215

7.8 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen 217

7.9 Konsekvenser för vårdens professioner 218

7.10 Konsekvenser för företagen 219

7.11 Konsekvenser för sysselsättningen 220

7.12 Konsekvenser för jämlikhet och jämställdhet mellan könen och de integrationspolitiska målen 220

7.13 Konsekvenser för EU-rätten 221

7.14 Konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet 221

7.15 Konsekvenser för miljön 222

7.16 Kostnader för fullt utbyggda kvalitetsregister avseende barns och ungas hälsa ... 222
7.16.1 Modell för beräkning av kostnader för utbyggda kvalitetsregister ... 224
7.16.2 Simulering av utbyggd verksamhet för kvalitetsregister ... 225
7.16.3 Sammantagen bedömning av kostnadsökningar för fullt utbyggda kvalitetsregister för barnhälsovård och elevhälsans medicinska insatser ... 227

8 Författningskommentar ... 229

8.1 Förslaget till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355) ... 229

Referenser ... 231

Bilaga

Kommittédirektiv 2019:93 ... 247

Sammanfattning

Utredningen har i uppdrag att se över förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Syftet med uppdraget är att uppnå en mer jämlik vård som innefattar hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga i hela landet. Syftet är också att genom insatser i den nära vården för barn och unga med psykisk ohälsa avlasta den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin, BUP. Bakgrunden till utredningens uppdrag är framför allt problem med en fragmentiserad barn- och ungdomshälsovård utan tillräcklig koordinering på nationell nivå. Detta leder till att barn och unga inte alltid får sina behov av vård tillgodosedda.

I delbetänkandet föreslår utredningen en hälsoreform

I delbetänkandet Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34) föreslår utredningen en hälsoreform som ska bidra till en mer sammanhållen och likvärdig god och nära vård för barn och unga. I hälsoreformen ingår förslag och bedömningar som ska stärka den nationella styrningen av det hälsofrämjande och förbyggande arbetet inom barn- och ungdomshälsovården och samverkan mellan berörda vårdgivare. Utredningen föreslår bland annat att hälso- och sjukvårdens ansvar för att främja hälsa ska förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen och att ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga ska tas fram som ska gälla för hälsouppföljningen av alla barn och unga från 0–20 år. Programmet ska bygga på föreskrifter om det hälsofrämjande och förebyggande arbetet för barn och unga i hälso- och sjukvården. I hälsoreformen ingår även sex steg som ska driva på utvecklingen av en mer sammanhållen hälso- och sjukvårdsorganisation för barn och unga med psykiska vård-

behov.[1] Utredningens förslag och bedömningar ska säkra god fysisk och psykisk hälsa hos barn och unga, förebygga sjukdom och se till att alla barn och unga får fördjupade insatser av vård och behandling vid behov. Hälsoreformen är därför en investering i en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård och god hälsa i befolkningen.

I slutbetänkandet ska utredningen redovisa insatser för en stärkt uppföljning och informationsdelning

I slutbetänkandet återstår att redovisa hur en samlad uppföljning av barns och ungas fysiska och psykiska hälsa kan utformas som stödjer utvecklingen dels av det hälsofrämjande arbetet för barn och unga både på individuell och nationell nivå, dels av vårdens utformning och innehåll. Dessutom ska utredningen föreslå hur möjligheterna till en god informationsförsörjning för såväl verksamheterna som för den enskilde kan stärkas när det gäller utbyte av information inom och mellan olika verksamheter eller huvudmannagränser. Båda uppdragen bygger på hälsouppgifter om barn och unga som dokumenteras i patientjournalen. Hälsouppgifterna kan sedan användas för olika ändamål, till exempel för att dela uppgifter inom och mellan vårdgivare för vård och behandling, för att lämna uppgifter till den enskilde samt för att följa upp barns och ungas hälsa och säkra verksamheternas kvalitet.

Det förekommer ingen systematisk uppföljning av barns och ungas hälsa eller av barn- och ungdomshälsovården på nationell nivå

Det finns i dag inte någon nationell uppföljning som stödjer utvecklingen av en mer sammanhållen vård och effektiva hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga. Det saknas också uppgifter om barns och ungas hälsoutveckling i befintliga hälsoregister som tar sikte på god hälsa. De uppgifter som samlas in är oftast diagnosbaserade och bygger på en traditionell syn inom hälso- och sjukvården som i huvudsak fokuserar på sjukdomar och behandlingen av dessa. Det pågår vissa insatser som kan bidra till en bättre uppföljning, bland annat Socialstyrelsens arbete med ett utvidgat patient-

[1] SOU 2021:34 *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga*, s. 255 ff.

register. Om det genomförs, innebär det att mödrahälsovården och barnhälsovården kommer att omfattas av uppgiftsskyldigheten till patientregistret. Däremot kommer inte elevhälsans medicinska insatser och ungdomsmottagningarna att omfattas av uppgiftsskyldigheten, och hälsodata om barn och unga ur ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv kommer inte att samlas in.

I dag finns inte heller någon nationell uppföljning av barn- och ungdomshälsovårdens verksamhet och kvalitet. Det försvårar förutsättningarna för att uppnå en mer sammanhållen och likvärdig vård för barn och unga i landet. Det finns kvalitetsregister för mödrahälsovården – Graviditetsregistret, barnhälsovården – Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ) och för elevhälsans medicinska insatser – Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insats (EMQ), men inget kvalitetsregister för ungdomsmottagningarna. Anslutningsgraden till BHVQ och EMQ är låg, delvis på grund av att registren inte längre betraktas som nationella kvalitetsregister och av den anledningen inte längre tilldelas ekonomiskt stöd inom ramen för överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Flera insatser behövs för att uppföljningen ska bidra till en bättre vård för barn och unga

Utredningen bedömer att de insatser som hittills har genomförts för att stärka uppföljningen inte är tillräckliga för att tillgodose de behov som finns av att följa upp barns och ungas hälsoutveckling och för att kvalitetssäkra den hälsofrämjande och förebyggande verksamheten. För att stödja utvecklingen av en mer sammanhållen, likvärdig och effektiv vård för barn och unga föreslår utredningen därför flera olika insatser som sammantaget ska leda till en bättre uppföljning både av barns och ungas hälsa och den hälsofrämjande och förebyggande verksamheten inom barn- och ungdomshälsovården.

Hälsodataregister behöver innehålla uppgifter om barns och ungas hälsa

Utredningen bedömer att det är mycket angeläget att barns och ungas hälsa följs upp, från graviditet till och med 20 års ålder, utifrån ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv. Det är en förutsättning för

att öka kunskapen om vilka faktorer som påverkar hälsa och indikerar sjukdom och för att utveckla insatser som främjar hälsa och förebygger ohälsa. Utredningen föreslår därför att Socialstyrelsen får i uppdrag att utreda om det är möjligt och lämpligt att följa barns och ungas hälsa i hälsodataregister och lämna nödvändiga författningsförslag. För att uppföljningen av barn- och ungdomshälsovårdens verksamhet ska bli mer heltäckande bör Socialstyrelsen även få i uppdrag att utreda om det är möjligt och lämpligt att i ett hälsodataregister behandla uppgifter om barn och unga som fått hälso- och sjukvård inom elevhälsans medicinska insatser och på ungdomsmottagningarna.

Kvalitetsregister för hälsovårdande verksamheter för barn och unga stärker kvaliteten och bidrar till likvärdig vård

Det är även mycket angeläget att följa upp den hälso- och sjukvård som bedrivs inom barn- och ungdomshälsovården för att säkra verksamhetens kvalitet och likvärdighet i landet. Barn- och ungdomshälsovården möter alla barn och unga under deras uppväxttid, och har förutsättningar för att främja hälsa, uppmärksamma behov och sätta in tidiga insatser för att förebygga att ohälsa utvecklas under barndomen och även i vuxen ålder. Verksamheten har därmed betydelse för utvecklingen av jämlik hälsa i befolkningen. Utredningen bedömer att utvecklingen av kvalitetsregister är nödvändig för att säkra kvaliteten i de hälsovårdande verksamheterna. Av den anledningen föreslår utredningen att det ska anges i 7 kap. 1 och 4 §§ patientdatalagen (2008:355) att kvalitetsregisters ändamål är att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra *hälso- och sjukvårdens* kvalitet. Det förtydligar att uppgifter om hälsofrämjande och förebyggande insatser kan registreras i kvalitetsregister.

Uppdrag till myndigheter att stödja, följa och utvärdera hälsoreformen

Utredningen föreslår ett antal uppdrag till Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys för att följa upp, stödja och utvärdera den hälsoreform som utredningen föreslår i delbetänkandet. Utredningen bedömer även att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys behöver få bättre möjligheter att behandla per-

sonuppgifter. Det är en förutsättning för att myndigheten ska kunna utvärdera effekterna av hälsoreformen med så hög kvalitet och på ett så effektivt sätt som möjligt. Socialdataskyddsutredningens förslag till lag om behandling av personuppgifter vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör därför genomföras. Utredningen bedömer dessutom att Inspektionen för vård och omsorg bör genomföra tillsynsinsatser av barn- och ungdomshälsovården. Detta arbete ska driva på utvecklingen av en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga.

Uppdrag till Socialstyrelsen att följa upp omställningen ur ett barnrättsperspektiv

Just nu pågår den största omställningen i hälso- och sjukvården på många år. Omställningen innebär en förflyttning från en sjukhustung vård till en nära och tillgänglig vård där primärvården ska vara navet och samspela med den övriga hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att särskilt följa upp om barns och ungas behov tillgodoses i omställningen till en god och nära vård.

Uppdrag att kartlägga förekomsten av och behov hos gruppen barn och unga med långvariga och stora vård- och omsorgsbehov

Det behövs samlad nationell kunskap och skarpare analyser av sjukdomsuttryck, sjukdomsförekomst och vård- och omsorgsbehov som barn och unga med kroniska sjukdomar och eller långvarig ohälsa uppvisar. Socialstyrelsen bör därför få i uppdrag att tillsammans med några större regioner analysera och kartlägga behov, trender och definitioner gällande barn och unga med långvariga och stora vård- och omsorgsbehov. Syftet är att få ett bättre nationellt kunskapsunderlag om dessa barn och unga och deras samlade behov. Utredningen bedömer att resultatet av kartläggningen kan bli en användbar faktabas för vårdprogram och hälsoprocesser inom det nationella systemet för kunskapsstyrning, för planering och styrning hos huvudmännen, för professionen samt för framtagande och utveckling av riktlinjer inom myndigheten.

Det finns brister i informationsdelningen mellan barn- och ungdomshälsovårdens aktörer

Även när det gäller informationsdelning finns brister som påverkar förutsättningarna för att få till stånd en mer sammanhållen vård. I delbetänkandet redogör utredningen för brister med informationsdelning och hur det påverkar samverkan inom och mellan olika vårdgivare. I detta betänkande redogör utredningen för vissa av de utmaningar som finns med att utveckla ändamålsenliga vårdinformationssystem som kan stödja sådan informationsdelning. Juridiska, tekniska, semantiska och organisatoriska och kulturella faktorer påverkar förutsättningarna för informationsdelning. Utmaningarna som finns på området är väl kända och arbete pågår på nationell, regional och lokal nivå för att komma tillrätta med dem.

Huvudmännen behöver i högre grad ta tillvara de förutsättningar för informationsdelning som finns i dag

Utredningen bedömer att gällande rätt redan i dag möjliggör delning av information. Mellan olika vårdgivare kan information till exempel delas genom tillämpning av bestämmelserna om sammanhållen journalföring. Utredningen bedömer dock att dessa bestämmelser behöver tillämpas i högre grad än i dag för att möjliggöra en mer effektiv informationsdelning. Det är också möjligt att lämna ut uppgifter från en vårdgivare på andra sätt, bland annat med stöd av den enskildes samtycke. Samtidigt har utredningen uppmärksammat behovet av vissa åtgärder för att stärka förutsättningarna för informationsdelning för att uppnå en mer sammanhållen god och nära vård och för att stärka enskildas tillgång till information. Dessa beskrivs nedan.

Informationsdelning mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver stärkas

Utredningen bedömer att informationsdelningen mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver stärkas. Av den anledningen stödjer utredningen förslag till nya bestämmelser om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation från Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01). När det gäller

dokumentation från socialtjänsten omfattar förslaget dock endast dokumentation om insatser för barn och unga med funktionsnedsättningar. Utredningen bedömer att det finns anledning att undersöka om det är möjligt och lämpligt att utvidga de föreslagna bestämmelserna om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation till att omfatta ytterligare grupper av barn och unga inom socialtjänsten.

Utredning om utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn och vårdnadshavare

Utredningen har inom ramen för sitt arbete uppmärksammat att det kan uppstå praktiska svårigheter när hälso- och sjukvården ska avgöra om uppgifter i hälso- och sjukvården om ett barn ska lämnas ut till barnet eller dess vårdnadshavare. Svårigheter uppstår särskilt när det gäller åtkomst till uppgifter som finns digitalt, eftersom det i sådana situationer sällan är praktiskt möjligt att göra enskilda bedömningar av varje barns ålder och mognad. Det är utredningens uppfattning att många barn missgynnas av att deras vårdnadshavare inte har tillgång till relevant information från hälso- och sjukvården och därmed inte kan hantera barnets vårdkontakter. Samtidigt kan det konstateras att dagens ordning innebär ett skydd för vissa barn som är särskilt utsatta, exempelvis för barn som riskerar våld eller förtryck om vissa uppgifter kommer till vårdnadshavarnas kännedom. Utredningen föreslår att regeringen tillsätter en utredning för att utreda om dagens lagstiftning är ändamålsenlig när det gäller utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn respektive vårdnadshavare.

Barn och unga bör kunna ge ombud elektronisk tillgång till patientuppgifter

När barn har uppnått en viss ålder och mognad förväntas barnet i högre grad sköta sina egna vårdkontakter. Men även när ett barn har uppnått sådan ålder och mognad att barnet själv förfogar över uppgifterna kan barnet vilja ta hjälp av vårdnadshavare eller någon annan närstående i sina vårdärenden, och ge någon annan elektronisk tillgång till patientuppgifter. Sådana önskemål kan även finnas hos unga personer som inte längre är barn, det vill säga personer över 18 år.

Utredningen stödjer därför förslaget från Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) om bestämmelser som tillåter att vårdgivare, under vissa förutsättningar, får ge ombud elektronisk tillgång till patientuppgifter.

Utredningens förslag stärker och går i linje med nationell och internationell utveckling på hälsodataområdet

På nationell och internationell nivå pågår för närvarande ett omfattande utvecklingsarbete för att skapa bättre förutsättningar för att behandla hälsodata. Inte minst gäller detta våra nordiska grannländer. Utvecklingen kan vara gynnsam för att uppnå en sammanhållen god och nära vård för barn och unga och går i linje med det som utredningen föreslår i både del- och slutbetänkande. Det förutsätter dock att det hälsofrämjande perspektivet och barns och ungas behov aktivt beaktas i denna utveckling. Det långa tidsperspektivet innan en ändamålsenlig och effektiv nationell infrastruktur kan vara på plats, gör också att utredningens förslag om kvalitetsregister och hälsodataregister behöver genomföras. Slutbetänkandets förslag och bedömningar stärker barnperspektiven i det paradigmskifte som vi ser början av i den globala utvecklingen kring användning av hälsodata inom bland annat hälso- och sjukvården. Utredningen bedömer att Sverige framöver behöver en handlingsplan som är nationellt och regionalt sammanhållen och koordinerad, ett systematiskt arbete med ändamålsenlig lagstiftning, standardiserade tekniska lösningar och interoperabilitet. Dessutom krävs ett tydligt barnfokus i alla delar av arbetet. Utredningen lämnar i linje med detta även följande bedömningar.

Större statligt ansvar för nationell digital infrastruktur

Utredningen anser att det finns behov av att utveckla en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården som kan bidra till mer kompatibla vårdinformationssystem som med större lätthet kan kommunicera med varandra för utbyte av relevant information. Det finns också flera vinster med detta, till exempel bättre förutsättningar för att utveckla nationella e-hälsotjänster och bättre möjligheter att behandla hälsodata för sekundära ändamål. Flera aktuella utredningar pekar på behovet av en mer statlig styrning av en digital infrastruk-

tur. Utredningen bedömer i linje med dessa utredningar, att den statliga styrningen och ansvaret i dessa frågor behöver öka.

Utveckling och användning av nationellt fastställda termer och begrepp behöver öka

Utredningen gör slutligen bedömningen att användningen av nationellt fastställda termer och begrepp för dokumentation i hälso- och sjukvården behöver öka väsentligt. Berörda hälso- och sjukvårdsaktörer behöver i högre grad än i dag se till att så sker. Det är en grundläggande förutsättning för att skapa interoperabilitet mellan olika vårdinformationssystem. Det utvecklingsarbete som sker på nationell nivå behöver också fortsatt anpassas efter kunskapsutvecklingen som sker lokalt och regionalt, så att förutsättningarna för att implementera nationella standarder ökar. Det ökar också möjligheterna till en mer enhetlig dokumentation i vården och därmed mer jämförbara data med bättre kvalitet som kan användas i uppföljning, utvärdering och verksamhetsutveckling.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355)

Härigenom föreskrivs i fråga om patientdatalagen (2008:355) att 7 kap. 1 och 4 §§ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
7 kap.	
1 §	
Med kvalitetsregister avses en automatiserad och strukturerad samling av personuppgifter som inrättats särskilt för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra *vårdens* kvalitet. Kvalitetsregistren ska möjliggöra jämförelse inom hälso- och sjukvården på nationell eller regional nivå. Bestämmelserna i detta kapitel gäller för nationella och regionala kvalitetsregister i vilka personuppgifter samlas in från flera vårdgivare.	Med kvalitetsregister avses en automatiserad och strukturerad samling av personuppgifter som inrättats särskilt för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra *hälso- och sjukvårdens* kvalitet. Kvalitetsregistren ska möjliggöra jämförelse inom hälso- och sjukvården på nationell eller regional nivå. Bestämmelserna i detta kapitel gäller för nationella och regionala kvalitetsregister i vilka personuppgifter samlas in från flera vårdgivare.
4 §	
I stället för vad som anges i 2 kap. 4 och 5 §§ gäller att personuppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister får behand-	I stället för vad som anges i 2 kap. 4 och 5 §§ gäller att personuppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister får behand-

las för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra *vårdens* kvalitet.	las för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra *hälso- och sjukvårdens* kvalitet.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2022.

2 Uppdrag, utgångspunkter och genomförande

2.1 Utredningens uppdrag

Utredningen har i uppdrag att utreda förutsättningarna för en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga (dir. 2019:93). Enligt direktivet syftar utredningens arbete till att uppnå en mer likvärdig vård som innefattar hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga i hela landet. Syftet är också att genom insatser inom den nära vården för barn och unga med psykisk ohälsa avlasta den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin, BUP. I utredningens uppdrag ingår bland annat att:

- utreda förutsättningarna för en sammanhållen och resurseffektiv god och nära vård för barn och unga och föreslå hur en sådan reform ska kunna genomföras på ett ändamålsenligt sätt,
- bedöma hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd i högre utsträckning än vad som sker i dag, till exempel genom att det införs en ny vårdinsats inom primärvården,
- föreslå hur en samlad uppföljning av barns och ungas fysiska och psykiska hälsa kan utformas som stödjer utvecklingen dels av det hälsofrämjande arbetet för barn och unga både på individuell och nationell nivå, dels av vårdens utformning och innehåll,
- i dialog med företrädare för regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga på regional och lokal nivå,
- ta fram underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse som syftar till att uppnå målet om en köfri

barn- och ungdomspsykiatri, med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), och

– lämna nödvändiga författningsförslag och säkerställa att de förslag som lämnas särskilt beaktar lagstiftning som behandlar integritetsaspekter.

2.1.1 Delbetänkande om en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga

Den 4 maj 2021 lämnade utredningen ett delbetänkande till regeringen, Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34). I delbetänkandet föreslår utredningen en hälsoreform i vilken ingår flera förslag och bedömningar som sammantaget ska bidra till en mer sammanhållen och likvärdig god och nära vård för barn och unga. Utredningen föreslår bland annat att hälso- och sjukvårdens ansvar för att främja hälsa ska tydliggöras i hälso- och sjukvårdslagen och ett bemyndigande om att meddela föreskrifter för innehållet i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som riktas till barn och unga. Vidare föreslår utredningen att ett nationellt hälsovårdsprogram för hälsofrämjande och förebyggande insatser till barn och unga under hela uppväxttiden ska utvecklas och implementeras. Förslagen ska bidra till en mer enhetlig nationell styrning av barn- och ungdomshälsovården där samtliga berörda verksamheter arbetar med utgångspunkt från samma mål och uppdrag. Dessutom lämnar utredningen förslag på en bestämmelse som ska göra det lättare för barn och unga att få en fast vårdkontakt. Utredningen bedömer också att samverkan mellan elevhälsans medicinska insatser och hälso- och sjukvården i övrigt behöver stärkas och föreslår därför att regionens ansvar för att samverka med skolhuvudmän vid organiseringen och planeringen av hälso- och sjukvården förtydligas. I delbetänkandet beskriver utredningen också i sex steg hur huvudmännen systematiskt bör utveckla hälso- och sjukvården för att på ett ändamålsenligt sätt möta psykiska vårdbehov hos barn och unga och hur målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri kan uppnås. Sammantaget banar utredningens förslag och bedömningar vägen för en hälsoreform i Sverige som börjar med barnen. Mot bakgrund av utredningens förslag har regeringen i september 2021 beslutat om att ge

Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en förstudie för ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga (dnr 2021/06171).

2.1.2 Uppdrag som redovisas i slutbetänkandet

I detta slutbetänkande kompletteras hälsoreformen med förslag och bedömningar som rör förutsättningarna för att följa upp barns och ungas hälsa, barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter och det hälsofrämjande och förebyggande arbete som riktas till barn och unga. Utredningen bedömer att det är viktigt att följa upp barns och ungas hälsa, det hälsofrämjande arbetet och om barn och unga får god vård på likvärdiga grunder i landet. Det är också viktigt att följa upp hälsoreformen och den omställning till en god och nära vård som nu pågår inom hälso- och sjukvården ur ett barnrättsperspektiv. Sådan uppföljning bidrar till utvecklingen av barn- och ungdomshälsovården och säkerställer likvärdig tillgång till god vård. I slutbetänkandet kompletteras hälsoreformen också med förslag och bedömningar som på sikt ska bidra till en bättre informationsdelning mellan de berörda hälsovårdsverksamheterna. Det är en förutsättning för utvecklingen av en mer sammanhållen vård för barn och unga. Dessutom beskrivs den nationella och internationella utvecklingen på hälsodataområdet. Utredningen bedömer att utredningens förslag stärker och går i linje med denna utveckling.

Enligt direktivet ska utredningen utreda och lämna förslag på hur en samlad uppföljning av barns och ungas fysiska och psykiska hälsa kan utformas som stödjer utvecklingen dels av det hälsofrämjande arbetet för barn och unga både på individuell och nationell nivå, dels av vårdens utformning och innehåll. En central uppgift för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga bör vara att följa barns och ungas hälsoutveckling över tid både individuellt och på aggregerad nivå. Som ett led i detta bör en sammanhållen journalföring övervägas som ska kunna följa barnets individuella hälsoutveckling från dagens mödra- och barnhälsovård till elevhälsan och ungdomsmottagningarna. På så sätt samlas information om barnets eller den unges hälsoutveckling som kan ge ett gott beslutsunderlag för eventuella åtgärder. En sådan uppföljning underlättar också kunskapsutvecklingen om barns och ungas hälsobehov på nationell nivå och kan bidra till att utveckla mer effektiva och tidiga insatser för att förebygga

ohälsa hos barn och unga. I delbetänkandet lämnar utredningen flera förslag och bedömningar som ska leda till en bättre uppföljning av barns hälsa på individuell nivå. I slutbetänkandet fokuserar utredningen därför i första hand på förslag och bedömningar som ska bidra till en bättre uppföljning på aggregerad nivå.

Utredningen ska även föreslå hur möjligheterna till en god informationsförsörjning för såväl verksamheterna som för den enskilde kan stärkas när det gäller utbyte av information inom och mellan olika verksamheter eller huvudmannagränser. Vid genomförandet av uppdraget ska utredaren beakta arbetet med patientkontrakt. I analysen ska även ingå att säkerställa att barn och unga som önskar, och där så bedöms lämpligt, har tillgång till sin egen hälsoinformation. Utredningen tolkar denna del av uppdraget som att frågeställningen i första hand avser delning av information inom och mellan vårdgivare för att uppnå en sammanhållen god och nära vård men att den även omfattar delning av information i förhållande till den enskilde själv. Utredningen har därför valt att använda begreppet informationsdelning i detta betänkande.

Den gemensamma nämnaren för uppdragen om informationsdelning och uppföljning är att de bygger på hälsouppgifter om barn och unga som dokumenteras i patientjournalen. Dessa hälsouppgifter används sedan för olika ändamål, till exempel för att dela uppgifter inom och mellan vårdgivare för vård och behandling, för att lämna uppgifter till den enskilde samt för att följa upp barn och ungas hälsa och säkra verksamheternas kvalitet.

2.2 Utredningens avgränsningar och utgångspunkter

2.2.1 Avgränsningar och utgångspunkter när det gäller uppdrag om uppföljning

Uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsatser och systematisk, kvalitetssäkrad insamling och aggregering av relevanta hälsodata i befolkningen är ett mycket stort och brett område. Det pågår en omfattande utveckling på området och insatser görs både internationellt och nationellt för att utveckla system för behandling av hälsodata för befolkningen i stort. Utredningens förutsättningar för att ta del av det samlade utvecklingsarbetet på området har varit begränsade i förhållande till det breda och omfattande uppdrag som utredningen har som helhet.

Utredningen har mot denna bakgrund behövt avgränsa uppdraget i denna del.

Utredningen har sett över vilka förutsättningar som finns för att följa upp barns och ungas hälsa i en bred bemärkelse som förutom fysisk och psykisk hälsa, inkluderar barnets välbefinnande, utveckling, egna förmågor och motståndskraft. I dag är uppföljningen vanligen diagnosbaserad. Utredningen bedömer dock att det även finns behov av att följa upp hälsoparametrar utan att de är kopplade till en diagnos. Det är en förutsättning för att kunna främja hälsa och förebygga sjukdom och annan ohälsa. Utredningen har även sett över vilka förutsättningar som finns för att följa upp den hälso- och sjukvård som bedrivs inom barn- och ungdomshälsovården, både generellt och med utgångspunkt från den hälsoreform som utredningen föreslår i delbetänkandet.

Utredningen har gjort bedömningen att det i första hand har varit lämpligt att utreda förutsättningarna för att utveckla redan befintliga system och regelverk för uppföljning som tar sikte på hälsa och hälsofrämjande och förebyggande insatser. Utredningen konstaterar dock att den utveckling som nu sker på hälsodataområdet, på sikt sannolikt kommer att öppna upp för helt andra möjligheter för behandling av hälsodata som omfattar hela befolkningen och förmodligen också både vård- och omsorgsdata. I Finland och några andra länder har en sådan utveckling redan skett. I avvaktan på en mer omfattande översyn av den infrastruktur och reglering som styr hälsodatahantering, bedömer utredningen att det finns behov av att se över förutsättningarna för att en mer effektiv och ändamålsenlig nationell uppföljning, baserat på befintliga system. Utredningen bedömer också att de förslag som utredningen lägger fram när det gäller utvecklingen av kvalitetsregister och hälsodataregister kompletterar och förstärker den nationella utvecklingen av och tillgången till hälsodata om barn och unga.

Socialstyrelsens har flera pågående uppdrag som gäller uppföljning, bland annat uppdraget att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården (dnr S2020/03319/FS). I regleringsbrev för 2021 har Socialstyrelsen även fått ett kompletterande uppdrag att lämna förslag på de författningsändringar som krävs för att datainsamlingen till patientregistret ska kunna innehålla data om samtliga patienter som behandlats inom den öppna vården som inte är primärvård. Utredningen lämnar inga författningsförslag

på de områden där Socialstyrelsen har i uppdrag att lämna författningsförslag. Däremot har utredningen, i sina förslag och bedömningar, beaktat att Socialstyrelsen har dessa uppdrag.

Utredningen har även beaktat det arbete som pågår inom Folkhälsomyndigheten med att utveckla ett nytt system för uppföljning av den nationella folkhälsopolitiken.[1] I förhållande till Folkhälsomyndighetens uppdrag har utredningen ett mer avgränsat uppdrag som endast rör den del av hälsan som kan kopplas till hälso- och sjukvårdens ansvar.

Utredningen bedömer att det är särskilt viktigt att det finns system för att kvalitetssäkra den hälso- och sjukvård som bedrivs inom barn- och ungdomshälsovården. Denna verksamhet möter alla barn och unga under uppväxttiden och har ett stort ansvar för att uppmärksamma ohälsa hos barn och unga. En utgångspunkt är att uppföljning av barns hälsa och det hälsofrämjande och förebyggande arbetet är en förutsättning för att utveckla kvaliteten och likvärdigheten i den hälsovård som ges till barn och unga. Det kan också stimulera en utveckling både av mer effektiva och ändamålsenliga insatser för att i ett tidigt skede förebygga ohälsa och behovet av mer fördjupade insatser i vården.

2.2.2 Avgränsningar och utgångspunkter när det gäller uppdrag om informationsdelning

Utredningen har även i uppdrag att föreslå hur möjligheterna till en god informationsförsörjning för såväl verksamheterna som för den enskilde kan stärkas när det gäller utbyte av information inom och mellan olika verksamheter eller huvudmannagränser. Vid genomförandet av uppdraget ingår också att beakta arbetet med patientkontrakt. I analysen ska det även ingå att säkerställa att barn och unga som önskar och där så bedöms lämpligt, ska ha tillgång till sin egen hälsoinformation.

Utredningen bedömer att det inom ramen för uppdraget finns behov av att på ett övergripande sätt beskriva vilka förutsättningar som finns i dag för att dela information inom och mellan berörda hälso- och sjukvårdsverksamheter och huvudmannagränser. Sådana beskriv-

[1] Folkhälsomyndigheten, *På väg mot en god och jämlik hälsa. Stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet* (2020).

ningar lämnas framför allt i kapitel 4, Bakgrund, problembild och analys, och kapitel 3, Gällande rätt. Inom ramen för utredningens arbete har det däremot inte varit möjligt att göra en fullständig kartläggning av vilka hinder och möjligheter som finns för att stärka informationsdelning för verksamheterna och den enskilde. Utredningen har dock gjort vissa iakttagelser och bedömningar av relevans för frågan. Dessa presenteras i kapitel 5, Förslag och bedömningar.

I denna del av uppdraget har utredningen också tagit del av de förslag och bedömningar som Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) har lagt fram. I delbetänkandet Informationsöverföring i vård och omsorg (SOU 2021:4) lämnar utredningen bland annat förslag som innebär att det ska bli möjligt att frivilligt inrätta ett system, kallat sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, som ger verksamheter inom socialtjänsten som avser äldre eller personer med funktionsnedsättningar och hälso- och sjukvården möjlighet att få tillgång till varandras vård- och omsorgsdokumentation genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande. Denna utredning bedömer att det inte finns anledning att utveckla nya förslag och bedömningar i denna del innan de förslag som Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) har lämnat har genomförts och utvärderats. För mer information om detta se kapitel 5, Förslag och bedömningar.

2.2.3 Några centrala begrepp

Med barn- och ungdomshälsovård avses i betänkandet den hälso- och sjukvård som bedrivs inom mödrahälsovården, barnhälsovården, ungdomsmottagningarna och elevhälsans medicinska insatser.

Med barn avses varje människa under 18 år. Enligt artikel 1 i barnkonventionen är varje människa under 18 år ett barn om inte barnet blir myndigt tidigare enligt den lag som gäller för barnet. Eftersom en person blir myndig vid 18 års ålder i Sverige (9 kap. 1 § föräldrabalken) definieras personer i Sverige som är yngre än 18 år som barn enligt barnkonventionen. Begreppet unga är mer svårdefinierat då detta kan omfatta både unga under tiden då personen är ett barn i rättslig bemärkelse och unga vuxna personer.

2.3 Utredningens genomförande

Utredningsarbetet har huvudsakligen bedrivits i dialog med företrädare för berörda myndigheter, SKR och berörda nätverk, huvudmän, professioner och barn och unga.

Till utredningen har en expertgrupp knutits med företrädare för berörda myndigheter, SKR, huvudmän och Bris. Utredningen har hållit tre möten med expertgruppen med anledning av slutbetänkandet. Syftet med dessa möten har varit att diskutera väsentliga teman för utredningen och redovisa och få synpunkter på utredningens förslag och bedömningar.

Därutöver har utredningen knutit två referensgrupper till utredningsarbetet i detta slutbetänkande, en med professionsföreträdare och en med patientföreträdare. Referensgruppen för professionsföreträdare har bestått av representanter för Akademikerförbundet SSR, Svenska Barnläkarföreningen, Svenska Barnmorskeförbundet, Dietisternas riksförbund, Distriktssköterskeföreningen, eHälsoläkarföreningen, Fysioterapeuterna, Riksföreningen för Barnsjuksköterskor, Riksföreningen för skolsköterskor, Svenska skolläkarföreningen, Svensk sjuksköterskeförening, Svensk förening för allmänmedicin, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri, Svenska Logopedförbundet, Sveriges Arbetsterapeuter, Sveriges läkarförbund, Sveriges psykologförbund, Sveriges Tandläkarförbund, Vårdförbundet, NPO Barn och ungas hälsa, NPO Tandvård, NPO Psykisk hälsa och Sveriges Farmaceuter.

Referensgruppen för patientföreträdare har bestått av representanter från Autism- och Aspergerförbundet, Förbundet Unga Rörelsehindrade, Föreningen för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning, Föreningen Tilia, Maskrosbarn, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, Unga reumatiker, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, Svenska prematurförbundet, Attention, Unga allergiker, Unga med synnedsättning, Unga med hörselnedsättning och Synskadades Riksförbund.

Utredningen har träffat referensgrupperna för professions- och patientföreträdare vid ett tillfälle med anledning av slutbetänkandets uppdrag. Vid detta tillfälle har relevanta teman för utredningen diskuterats och synpunkter inhämtats på utredningens förslag och bedömningar.

Dessutom har utredningen genomfört ett stort antal bilaterala möten med berörda intressenter inom olika delar av hälso- och sjukvården inklusive elevhälsans medicinska insatser för att få en ökad inblick och kunskap om förutsättningarna inom barn- och ungdomshälsovården.

Samtliga grupperingar har haft stor betydelse för utvecklingen av utredningens förslag och bedömningar.

2.3.1 Utredningens dialoguppdrag

I enlighet med direktivet har utredningen fört dialog med företrädare för regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän för att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga på regional och lokal nivå. Dessutom har dialog förts med flera företrädare för det civila samhället, SKR, Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, relevanta skolmyndigheter liksom den nationella kunskapsstyrningen för hälso- och sjukvård. Syftet med dialogen har varit att fånga upp svårigheter och framgångsfaktorer samt att diskutera alternativa vägar framåt för att få till stånd en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Ett 50-tal dialogmöten med företrädare för dessa intressenter genomfördes under hösten 2020. För att skapa struktur och systematik har dialogmötena utformats med utgångspunkt från ett antal frågeställningar där en fråga berörde behovet av statistik när det gäller barns mående och hälsa på nationell nivå. Mot bakgrund av de särskilda förhållanden som pandemin inneburit för alla verksamheter och medborgare i Sverige har dialogmötena uteslutande genomförts digitalt.

2.4 Betänkandets disposition

Betänkandet består av 8 kapitel.

I kapitel 1 redogörs för utredningens författningsförslag.

I kapitel 2 redogörs för utredningens uppdrag, utgångspunkter och genomförande.

I kapitel 3 redogör utredningen för gällande rätt som har varit relevant för utredningen att beakta i arbetet med detta slutbetänkande.

I kapitel 4 redogör utredningen för de förutsättningar som i dag finns för uppföljning av barns och ungas hälsa och av barn- och ung-

domshälsovårdens utformning och innehåll samt analyserar brister i uppföljningen. Dessutom redogör utredningen för brister när det gäller informationsdelning inom och mellan barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter och i förhållande till den enskilde.

I kapitel 5 redogör utredningen för förslag och bedömningar som ska leda till en mer sammanhållen uppföljning av barns och ungas hälsa och av barn- och ungdomshälsovårdens utformning och innehåll. Utredningen redogör även för förslag och bedömningar om förutsättningar för en förstärkt informationsdelning.

I kapitel 6 redogör utredningen för ikraftträdande och övergångsbestämmelser.

I kapitel 7 redogör utredningen för konsekvensanalyser av utredningens förslag.

Slutligen i kapitel 8 återfinns utredningens författningskommentarer.

3 Gällande rätt

3.1 Allmänt om kapitlet

I detta kapitel redogörs för några av de bestämmelser som varit relevanta att beakta i utredningens arbete med detta slutbetänkande. Kapitlet utgör inte en uttömmande beskrivning av regelverken kring uppföljning och informationsdelning inom hälso- och sjukvården, utan ger en översiktlig beskrivning av vissa bestämmelser som utredningen har lagt särskild vikt vid i sitt arbete. I utredningens delbetänkande finns bland annat beskrivningar av delar av hälso- och sjukvårdslagstiftningen och av Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

3.2 Generell reglering av personuppgiftsbehandling

3.2.1 Allmänt om regleringen av personuppgiftsbehandling

Den enskildes rätt till skydd för sina personuppgifter är en del av skyddet för den personliga integriteten och rätten till respekt för privatlivet, som regleras genom både internationella regelverk och nationell rätt. Relevanta bestämmelser på internationell nivå finns bland annat i bindande rättsakter som tagits fram och beslutats inom Förenta nationerna (FN), Europarådet och den Europeiska unionen (EU). Det finns också relevanta bestämmelser i nationell rätt, däribland i svensk grundlag. Utredningen redogjorde på ett övergripande sätt för relevanta bestämmelser om skyddet för den personliga integriteten och rätten till respekt för privatlivet i delbetänkandet.[1]

Den generella regleringen av personuppgiftsbehandling inom EU utgörs av Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av

[1] SOU 2021:34 *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn för barn och unga*, s. 82.

den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG, dataskyddsförordningen. På nationell nivå har det införts kompletterande bestämmelser till dataskyddsförordningen i lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning, dataskyddslagen, som alltså också är en generell reglering i fråga om personuppgiftsbehandling.

Den generella regleringen kompletteras av ett stort antal registerförfattningar, som är särskilt anpassade till vissa typer av verksamheter eller till vissa myndigheter. Registerförfattningarna skiljer sig åt i fråga om såväl utformning och struktur som syfte. Ett exempel på en registerförfattning är patientdatalagen (2008:355), PDL, som bland annat reglerar vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. Andra exempel på registerförfattningar är de författningar som rör hälsodataregister.

3.2.2 Dataskyddsförordningen

Dataskyddsförordningens syfte

Dataskyddsförordningen antogs den 27 april 2016. Den började tillämpas inom hela EU den 25 maj 2018. Samtidigt trädde dataskyddslagen i kraft i Sverige. Syftet med dataskyddsförordningen är dels att skydda fysiska personers grundläggande rättigheter och friheter, särskilt deras rätt till skydd av personuppgifter, dels att åstadkomma ett fritt flöde av personuppgifter inom unionen (artikel 1.2 och 1.3).

Dataskyddsförordningens tillämpningsområde

Dataskyddsförordningen ska tillämpas på all behandling av personuppgifter som helt eller delvis företas på automatisk väg. Den ska också tillämpas på annan behandling än automatisk behandling av personuppgifter, det vill säga manuell behandling, som ingår i eller kommer att ingå i ett register (artikel 2.1). Det finns dock vissa undantag från dataskyddsförordningens materiella tillämpningsområde. Dataskyddsförordningen ska exempelvis inte tillämpas på behandlingar som utförs av en fysisk person som ett led i verksamhet av rent privat natur (artikel 2.2 c).

Vad gäller det territoriella tillämpningsområdet är dataskyddsförordningen tillämplig på verksamhet som bedrivs av personuppgiftsansvariga som är etablerade i EU, oavsett om själva behandlingen utförs i EU eller inte (artikel 3.1). Dataskyddsförordningen är även tillämplig på behandlingar som utförs av personuppgiftsansvariga som inte är etablerade i EU under vissa förutsättningar (artikel 3.2 och 3.3).

Definition av personuppgift, registrerad och behandling

Med *personuppgift* avses varje upplysning som avser en identifierad eller identifierbar fysisk person. En identifierbar fysisk person är en person som direkt eller indirekt kan identifieras, särskilt med hänvisning till en identifierare som ett namn, ett identifikationsnummer, en lokaliseringsuppgift eller online-identifikatorer eller en eller flera faktorer som är specifika för den fysiska personens fysiska, fysiologiska, genetiska, psykiska, ekonomiska, kulturella eller sociala identitet (artikel 4.1). Avgörande för om en uppgift är en personuppgift är att uppgiften, enskilt eller i kombination med andra uppgifter, kan knytas till en levande person.

En identifierad eller identifierbar fysisk person enligt ovan kallas för *registrerad* (se artikel 4.1). Det är alltså den person som personuppgifterna avser. Det kan exempelvis vara barn och unga eller andra patienter i hälso- och sjukvården vars personuppgifter dokumenteras i en journal eller personer vars personuppgifter förekommer i olika typer av register eller studier.

Med *behandling* av personuppgift avses varje åtgärd eller kombination av åtgärder beträffande personuppgifter eller uppsättningar av personuppgifter, oberoende av om de utförs automatiserat eller inte. Det kan till exempel vara fråga om insamling, registrering, organisering, strukturering, lagring, bearbetning eller ändring, framtagning, läsning, användning, utlämning genom överföring, spridning eller tillhandahållande på annat sätt, justering eller sammanförande, begränsning, radering eller förstöring (artikel 4.2).

Principer för behandling av personuppgifter

All behandling av personuppgifter måste följa de grundläggande principer som anges i dataskyddsförordningen. Det innebär att följande ska gälla vid behandling av personuppgifter (artikel 5.1):

- Uppgifterna ska behandlas på ett lagligt, korrekt och öppet sätt i förhållande till den registrerade (led a).
- De ska samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål och inte senare behandlas på ett sätt som är oförenligt med dessa ändamål. Ytterligare behandling för arkivändamål av allmänt intresse, vetenskapliga eller historiska forskningsändamål eller statistiska ändamål i enlighet med artikel 89.1 ska inte anses vara oförenlig med de ursprungliga ändamålen (led b).[2]
- De ska vara adekvata, relevanta och inte för omfattande i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas (led c).
- De ska vara korrekta och om nödvändigt uppdaterade. Alla rimliga åtgärder måste vidtas för att säkerställa att personuppgifter som är felaktiga i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas raderas eller rättas utan dröjsmål (led d).
- De får inte förvaras i en form som möjliggör identifiering av den registrerade under en längre tid än vad som är nödvändigt för de ändamål för vilka personuppgifterna behandlas. Personuppgifter får lagras under längre perioder i den mån som personuppgifterna enbart behandlas för arkivändamål av allmänt intresse, vetenskapliga eller historiska forskningsändamål eller statistiska ändamål i enlighet med artikel 89.1, under förutsättning att de lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder som krävs enligt dataskyddsförordningen genomförs för att säkerställa den registrerades rättigheter och friheter (led e).
- De ska behandlas på ett sätt som säkerställer lämplig säkerhet för personuppgifterna, inbegripet skydd mot obehörig eller otillåten behandling och mot förlust, förstöring eller skada genom olyckshändelse, med användning av lämpliga tekniska eller organisatoriska åtgärder (led f).

[2] Artikel 5.1 b ger uttryck för principen om *ändamålsbegränsning*. Att personuppgifter får behandlas för ändamål som inte är oförenliga med de ursprungliga ändamålen brukar också kallas för *finalitetsprincipen*.

Den personuppgiftsansvarige ska ansvara för och kunna visa att de ovannämnda principerna efterlevs (artikel 5.2).

Som framgår ovan är ändamålen för behandlingen avgörande för vilka personuppgifter som får behandlas och hur uppgifterna får behandlas enligt de grundläggande principerna. Ett flertal av artiklarna i dataskyddsförordningen i övrigt hänvisar också till ändamålen för behandlingen, exempelvis artiklarna om rätt till information enligt artikel 13 och 14. Det kan noteras att dataskyddsförordningen inte uttrycker någon begränsning av antalet möjliga ändamål för en viss insamling av personuppgifter. Så länge samtliga ändamål är särskilda, uttryckligt angivna och berättigade och behandlingen i övrigt är förenlig med gällande lagstiftning bör det inte finnas något hinder för att personuppgifter samlas in för flera ändamål.

Att ändamålen ska vara *särskilda* innebär att en alltför allmänt hållen ändamålsangivelse inte godtas. Det har i en kommentar till dataskyddsförordningen uttalats att man när det gäller tolkningen av begreppet ”särskilda” kan få viss ledning av kraven i samma artikel på att de personuppgifter som behandlas ska vara adekvata och relevanta i förhållande till ändamålen för behandlingen och att de inte är för omfattande i förhållande till ändamålen för behandlingen. Ändamålet måste ha en viss grad av precision, annars kan man knappast bedöma om personuppgifterna är adekvata och relevanta eller om för många personuppgifter behandlas.[3]

Rättslig grund för behandling av personuppgifter

För att en behandling av personuppgifter ska vara tillåten måste det finnas en rättslig grund för behandlingen. Det innebär att minst ett av följande villkor måste vara uppfyllt för att personuppgifter ska få behandlas (artikel 6.1):

- Den registrerade har lämnat sitt samtycke till att dennes personuppgifter behandlas för ett eller flera specifika ändamål (led a).
- Behandlingen är nödvändig för att fullgöra ett avtal i vilket den registrerade är part eller för att vidta åtgärder på begäran av den registrerade innan ett sådant avtal ingås (led b).

[3] Sören Öman, *Dataskyddsförordningen (GDPR) m.m. – En kommentar*, version 1A (JUNO, 2020), kommentaren till artikel 5.

- Behandlingen är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar den personuppgiftsansvarige (led c).
- Behandlingen är nödvändig för att skydda intressen som är av grundläggande betydelse för den registrerade eller för en annan fysisk person (led d).
- Behandlingen är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i den personuppgiftsansvariges myndighetsutövning (led e).[4]
- Behandlingen är nödvändig för ändamål som rör den personuppgiftsansvariges eller en tredje parts berättigade intressen, om inte den registrerades intressen eller grundläggande rättigheter och friheter väger tyngre och kräver skydd av personuppgifter, särskilt när den registrerade är ett barn (led f).[5]

Den rättsliga förpliktelsen enligt artikel 6.1 c samt arbetsuppgiften av allmänt intresse och myndighetsutövningen enligt artikel 6.1 e ska ha stöd i EU-rätten eller den nationella rätten (artikel 6.3).

Behandling av känsliga personuppgifter

Vissa typer av personuppgifter är som huvudregel förbjudna att behandla. Det gäller personuppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse eller medlemskap i fackförening och behandling av genetiska uppgifter, biometriska uppgifter för att entydigt identifiera en fysisk person, uppgifter om hälsa eller uppgifter om en fysisk persons sexualliv eller sexuella läggning (artikel 9.1). Dessa kallas i dataskyddsförordningen för särskilda kategorier av personuppgifter. I dataskyddslagen kallas de för känsliga personuppgifter (3 kap. 1 § dataskyddslagen). Utredningen använder här det sistnämnda begreppet.

När det gäller uppgift om *hälsa* definieras det i dataskyddsförordningen som personuppgifter som rör en fysisk persons fysiska eller psykiska hälsa, inbegripet tillhandahållande av hälso- och sjukvårds-

[4] Av skälen till dataskyddsförordningen följer att allmänintresset bland annat inbegriper hälso- och sjukvårdsändamål, folkhälsa, socialt skydd och förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster (skäl 45).
[5] Denna grund ska dock inte gälla för behandling som utförs av offentliga myndigheter när de fullgör sina uppgifter.

tjänster, vilka ger information om dennes hälsostatus (artikel 4.15). Detta inbegriper, enligt dataskyddsförordningens skäl, uppgifter om den registrerade som insamlats i samband med registrering för eller tillhandahållande av hälso- och sjukvårdstjänster (skäl 35). Uppgifter om hälsa kan exempelvis vara ett nummer, en symbol eller ett kännetecken som den registrerade tilldelats för att identifiera denne för hälso- och sjukvårdsändamål (skäl 35). Det kan också vara uppgifter som härrör från tester eller undersökning av en kroppsdel eller kroppssubstans, däribland genetiska uppgifter och biologiska prov (skäl 35). Också uppgifter om exempelvis sjukdom, funktionsnedsättning, sjukdomsrisk, sjukdomshistoria, klinisk behandling eller den registrerades fysiologiska eller biomedicinska tillstånd anges som exempel på uppgifter om hälsa i skälen till dataskyddsförordningen (skäl 35). I skälen nämns även uppgifter i läkarjournaler med till exempel diagnoser, undersökningsresultat, bedömningar av behandlande läkare och eventuella vårdbehandlingar eller interventioner som exempel på uppgifter om hälsa (skäl 63).

Det finns några undantag som möjliggör behandling av känsliga personuppgifter i vissa fall. Förbudet hindrar till exempel inte att känsliga personuppgifter behandlas om behandlingen är nödvändig av hänsyn till ett viktigt allmänt intresse, på grundval av unionsrätten eller medlemsstaternas nationella rätt. Det viktiga allmänna intresset ska stå i proportion till det eftersträvade syftet, vara förenligt med det väsentliga innehållet i rätten till dataskydd och innehålla bestämmelser om lämpliga och särskilda åtgärder för att säkerställa den registrerades grundläggande rättigheter och intressen (artikel 9.2 g).

Känsliga personuppgifter får också behandlas om det är nödvändigt av skäl som hör samman med

- förebyggande hälso- och sjukvård och yrkesmedicin,
- bedömningen av en arbetstagares arbetskapacitet,
- medicinska diagnoser,
- tillhandahållande av hälso- och sjukvård,
- behandling,
- social omsorg, eller
- förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster och social omsorg och av deras system (artikel 9.2 h).

En förutsättning för att behandla personuppgifter om det är nödvändigt av ovanstående skäl är att det sker på grundval av unionsrätten eller medlemsstaternas nationella rätt eller enligt avtal med yrkesverksamma på hälsoområdet. Ytterligare en förutsättning är att uppgifterna behandlas av eller under ansvar av en person som omfattas av tystnadsplikt (artikel 9.2 h samt 9.3). I dataskyddslagen finns en bestämmelse som ger ett rättsligt stöd för att behandla känsliga personuppgifter enligt artikel 9.2 h (3 kap. 5 § dataskyddslagen).

Det finns även vissa undantag utöver de ovannämnda som möjliggör behandling av känsliga personuppgifter (se artikel 9.2).

Den registrerades rättigheter och andra bestämmelser

Den registrerade har ett antal rättigheter enligt dataskyddsförordningen. I dataskyddsförordningen regleras bland annat den registrerades rätt till information (artikel 13 och 14), rätt till tillgång till personuppgifterna som behandlas om honom eller henne (så kallat registerutdrag) (artikel 15), rätt till rättelse (artikel 16), rätt till radering (artikel 17), rätt till begränsning av behandlingen (artikel 18), rätt att få ut och använda sina personuppgifter på annat håll (så kallad dataportabilitet) (artikel 20), rätt att göra invändningar (artikel 21) och rätt att inte bli föremål för ett beslut som enbart grundas på någon form av automatiserat beslutsfattande (artikel 22). I respektive artikel preciseras under vilka förutsättningar de olika rättigheterna gäller.

Dataskyddsförordningen innehåller dessutom ett flertal andra bestämmelser om förutsättningarna för personuppgiftsbehandling, bland annat bestämmelser med krav på informationssäkerhet och bestämmelser om personuppgiftsbiträden, dataskyddsombud och överföringar av personuppgifter till tredje land.

Behandling av personuppgifter om barn

I skälen till dataskyddsförordningen anges att personuppgifter om barn är särskilt skyddsvärda, eftersom barn kan vara mindre medvetna om berörda risker, följder och skyddsåtgärder samt om sina rättigheter när det gäller behandling av personuppgifter (skäl 38). Dataskyddsförordningen innehåller därför vissa särskilda bestämmelser

rörande behandling av personuppgifter om barn. Det finns till exempel ett krav på att anpassa information om personuppgiftsbehandling till barn (artikel 12.1). I skälen anges att all information och kommunikation som riktar sig till barn bör utformas på ett tydligt och enkelt språk som barnet lätt kan förstå, eftersom barn förtjänar särskilt skydd (skäl 58).

3.3 Hälsodataregister

3.3.1 Lagen (1998:543) om hälsodataregister

Enligt lagen (1998:543) om hälsodataregister får en central förvaltningsmyndighet inom hälso- och sjukvården utföra automatiserad behandling av personuppgifter i hälsodataregister. Den centrala förvaltningsmyndighet som utför behandlingen av personuppgifter är personuppgiftsansvarig (1 § lagen om hälsodataregister). Med central förvaltningsmyndighet inom hälso- och sjukvården avses myndighet som enligt sin instruktion har ett ansvar för en eller flera verksamheter inom området.[6] Socialstyrelsen är ett exempel på en sådan myndighet.

Uppgifter i hälsodataregister får endast behandlas för ändamålen; framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård samt forskning och epidemiologiska undersökningar. Ett hälsodataregister får endast innehålla de uppgifter som behövs för dessa ändamål. (3 och 4 §§ lagen om hälsodataregister) Det är av vikt att registerinnehållet anges klart och så avgränsat som möjligt. Uppgifter som inte kan hänföras till registrets ändamål är inte tillåtna.[7] Enskilda hälsodataregister, deras innehåll, med mera regleras i förordningar (12 § lagen om hälsodataregister).

Som sökbegrepp i ett hälsodataregister får användas de uppgifter som får ingå i ett hälsodataregister (7 § lagen om hälsodataregister).

Den som är personuppgiftsansvarig för behandlingen av personuppgifter i ett hälsodataregister får för de tillåtna ändamålen hämta personuppgifter till registret genom samkörning (5 § lagen om hälsodataregister). Det innebär att det är möjligt med överföring av uppgifter från ett annat hälsodataregister samt från vårdregister och andra lokalt eller regionalt förda personregister inom hälso- och sjuk-

[6] Prop. 1997/98:108 *Hälsodata- och vårdregister*, s. 89.
[7] Prop. 1997/98:108, s. 91.

vården. Vidare kan uppgifter hämtas från befolkningsregister förda vid till exempel Statistiska Centralbyrån.[8]

Det är endast den som är personuppgiftsansvarig som får ha direktåtkomst till uppgifter i ett hälsodataregister (8 § lagen om hälsodataregister).

Den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården ska lämna uppgifter till ett hälsodataregister för de tillåtna ändamålen (6 § lagen om hälsodataregister). Uppgiftsskyldigheten gäller för alla som är ansvariga för verksamhet inom den regionala och lokala hälso- och sjukvården, det vill säga regioner, kommuner och privata vårdgivare.[9]

Uppgifterna som finns i hälsodataregistren omfattas av sekretess enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL. Enligt denna bestämmelse är sekretessen absolut, vilket innebär att uppgifterna inte får lämnas ut. Undantag från sekretess finns när det gäller uppgifter som behövs för forskning och statistikändamål. I dessa fall kan uppgifter lämnas ut om det står klart att de kan röjas utan att den enskilde individen som uppgifter rör eller någon närstående lider skada eller men.

3.3.2 Förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen

Socialstyrelsen får föra hälsodataregister i form av ett patientregister (1 § förordningen [2001:707] om patientregister hos Socialstyrelsen). Personuppgifter i patientregistret får behandlas för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom den slutna hälso- och sjukvården och inom den del av den öppna vården som inte är primärvård samt forskning och epidemiologiska undersökningar (3 §). I patientregister får sådana personuppgifter behandlas som rör patienter som vårdats inom den slutna hälso- och sjukvården, behandlats av läkare inom den öppna vården som inte är primärvård, eller behandlats av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare inom den psykiatriska öppenvården (4 § första stycket).

[8] Prop. 1997/98:108, s. 91.
[9] Prop. 1997/98:108, s. 91.

Behandlingen får avse uppgifter om

1. personnummer, kön, födelseår, bosättningsort, vårdenhet, diagnoser, åtgärder, att åtgärder vidtagits av viss kategori hälso- och sjukvårdspersonal, yttre orsaker till sjukdom eller skada, vårdkostnader, grund för psykiatrisk tvångsvård, tidpunkter för åtgärder och händelser, in- och utskrivningssätt, planerad vård, och
2. folkbokföringsort, fastighetskoordinater, födelsehemort eller födelseort, medborgarskap, civilstånd, inflyttning från och utflyttning till utlandet, personnummerförändringar och dödsdatum (4 § andra stycket).

Den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården ska lämna sådana uppgifter som avses i första punkten till patientregistret och Statistiska centralbyrån ska lämna de personuppgifter som avses i andra punkten till patientregistret (6 §).

Socialstyrelsen ska lämna information till den registrerade om innebörden och omfattningen av det sekretess- och säkerhetsskydd som gäller för registret, och vad som gäller i fråga om sökbegrepp, direktåtkomst och utlämnande på medium för automatiserad behandling. Socialstyrelsen ska även informera allmänheten om registret på lämpligt sätt (7 §).

3.4 Kvalitetsregister

Hanteringen av personuppgifter som samlas in från flera vårdgivare och behandlas i nationella eller regionala kvalitetsregister regleras i 7 kap. patientdatalagen (2008:355), PDL.

Med kvalitetsregister avses en automatiserad och strukturerad samling av personuppgifter som inrättats särskilt för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet (7 kap. 1 § PDL). Med vård avses individinriktad patientverksamhet, det vill säga vård, undersökning och behandling inom hälso- och sjukvården. Det handlar således i första hand om att följa upp medicinsk och annan kvalitet i själva vårdinsatserna.[10] Kvalitetsregistren ska möjliggöra jämförelse inom hälso- och sjukvården på nationell eller regional nivå (7 kap. 1 § PDL).

[10] Prop. 2007/08:126 *Patientdatalag m.m.*, s. 179.

För att få registrera uppgifter i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister krävs att patienten inte motsatt sig det (7 kap. 2 § PDL). För personer som inte endast tillfälligt saknar förmåga att ta ställning till om hans eller hennes personuppgifter får behandlas i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister får personuppgifter behandlas i ett kvalitetsregister om

- hans eller hennes inställning till sådan personuppgiftsbehandling så långt som möjligt klarlagts, och
- det inte finns anledning att anta att han eller hon skulle ha motsatt sig personuppgiftsbehandlingen (7 kap. 2 a § PDL).

Innan uppgifterna registreras är den personuppgiftsansvarige skyldig att lämna patienten utförlig information om den hantering av personuppgifter som gäller för det aktuella kvalitetsregistret (7 kap. 3 § och 8 kap. 6 § PDL).

Personuppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister får primärt behandlas för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet (7 kap. 4 § PDL). Det primära ändamålet måste i sin tur brytas ner i mer preciserade ändamål som är anpassade för varje särskilt register och det medicinska specialområde eller motsvarande som avses täckas med registret.[11]

Endast sådana personuppgifter som behövs för det primära ändamålet kvalitetssäkring av vård får tas in i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister. Vidare får den registrerades personnummer eller namn behandlas i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister endast om det för kvalitetssäkringsändamålet inte är tillräckligt att använda kodade personuppgifter eller personuppgifter som endast indirekt kan hänföras till den enskilde. Uppgifter om hälsa får behandlas i nationella och regionala kvalitetsregister. Andra känsliga personuppgifter, så som uppgifter om ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse,[12] får behandlas endast om regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer i enskilda fall medger det. Känsliga personuppgifter får behandlas med stöd av artikel 9.2 h i EU:s dataskyddsförordning under förutsättning att kravet på tystnadsplikt i artikel 9.3 i förordningen är uppfyllt. (7 kap. 8 § PDL)

[11] Prop. 2007/08:126, s. 179.
[12] Prop. 2007/08:126, s. 261.

Tolkningen av vad som behövs för ändamålet kvalitetssäkring av hälso- och sjukvårdsverksamhet kan ske inom ganska vida ramar men personuppgifter som inte direkt behövs för kvalitetssäkringsändamål utan enbart skulle vara bra att ha i framtida forskningsprojekt får inte samlas in.[13]

De personuppgifter som samlats in för det primära ändamålet enligt 7 kap. 4 § patientdatalagen får även behandlas för något av följande, sekundära ändamål (7 kap. 4 § PDL).

- Framställning av statistik,
- forskning inom hälso- och sjukvården,
- utlämnande till den som ska använda uppgifterna för ändamål som anges i 1 och 2 eller i 4 §, och
- fullgörande av någon annan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning än den som anges i 6 kap. 5 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Personuppgifter i kvalitetsregister får inte behandlas för andra än dessa uppräknade primära och sekundära ändamål (7 kap. 6 § PDL). Om den enskilde har lämnat ett särskilt och uttryckligt samtycke till en personuppgiftsbehandling för andra ändamål är sådan behandling dock tillåten (2 kap. 3 § första stycket PDL).

När personuppgifter registreras i ett kvalitetsregister innebär det att uppgifterna lämnas ut från den inrapporterande vårdgivaren till den mottagande aktören. För att möjliggöra detta utlämnande har det införts en bestämmelse i offentlighets- och sekretesslagen (OSL) som bryter sekretessen när uppgifter lämnas till ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister enligt patientdatalagen (25 kap. 11 § 4 OSL).

Personuppgiftsansvaret för behandling i nationella kvalitetsregister kan delas i två nivåer. För den personuppgiftsbehandling som vårdgivare utför när de samlar in och registrerar uppgifter till ett nationellt kvalitetsregister, ansvarar respektive vårdgivare enligt den allmänna principen i 2 kap. 6 § första stycket patientdatalagen. När det gäller ansvaret för att föra kvalitetsregistret som sådant anges att endast myndigheter inom hälso- och sjukvården får vara personuppgiftsansvariga för central behandling av personuppgifter i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister (7 kap. 7 § PDL).

[13] Prop. 2007/08:126, s. 185.

Patientdatalagen medger att en vårdgivare får ha direktåtkomst till de uppgifter som vårdgivaren lämnat till ett regionalt eller nationellt kvalitetsregister. Direktåtkomsten kan användas av den inrapporterande vårdgivaren för att lokalt arbeta med att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet (7 kap. 9 § PDL).

Personuppgifter i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister ska gallras när de inte längre behövs för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet (7 kap. 10 § första stycket PDL). Kravet på gallring är uppfyllt om personuppgifterna avidentifieras så att de inte längre kan knytas till den enskilde.[14] En arkivmyndighet inom en region eller en kommun till vilken den personuppgiftsansvariga myndigheten hör får dock föreskriva att personuppgifter i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister som förs inom regionen eller kommunen får bevaras för arkivändamål av allmänt intresse, vetenskapliga eller historiska forskningsändamål eller statistiska ändamål (7 kap. 10 § andra stycket PDL). Det krävs alltså ett aktivt ställningstagande på central nivå hos en eller flera sjukvårdshuvudmän för att föreskriven gallring ska kunna underlåtas.[15]

För det fall ett kvalitetsregister, efter föreskrift av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämt, förs av någon annan personuppgiftsansvarig än en myndighet i kommun eller region, får regeringen eller myndigheten också föreskriva längre bevarandetid för historiska, statistiska eller vetenskapliga syften (7 kap. 10 § tredje stycket PDL).

3.5 Sammanhållen journalföring

Reglerna om sammanhållen journalföring innebär att olika vårdgivare under vissa förutsättningar kan få direktåtkomst till varandras elektroniska journalhandlingar och andra personuppgifter som behandlas för ändamål som rör vårddokumentation. Genom systemet med sammanhållen journalföring får sjukvårdshuvudmännen och de privata vårdgivarna möjlighet att på frivillig väg bygga upp system för elektroniskt utlämnande i gemensamma databaser eller andra gränsöverskridande informationssystem för vårddokumentation.[16]

[14] Prop. 2007/08:126, s. 262.
[15] Prop. 2007/08:126, s. 194.
[16] Prop. 2007/08:126, s. 105.

Syftet med sammanhållen journalföring är att, med bibehållet integritetsskydd, öka patientsäkerheten genom enkel och snabb tillgång till information. Det handlar om att reducera risker för enskilda patienter i form av till exempel felmedicineringar eller andra felbehandlingar, men även om att inte utsätta patienter för onödiga undersökningar, provtagningar, med mera.[17]

Vid sammanhållen journalföring dokumenterar varje vårdgivare uppgifter i sin egen journal. Det är alltså inte en gemensam journalhandling. Däremot tillåter sammanhållen journalföring vårdgivare att genom direktåtkomst ta del av varandras dokumenterade uppgifter.

Utmärkande för sammanhållen journalföring är att uppgifterna finns potentiellt tillgängliga för den mottagande vårdgivaren utan att den vårdgivare som gjort uppgifterna tillgängliga behöver göra en sekretessprövning i det enskilda fallet. Bestämmelser som bryter sekretessen hos en vårdgivare som gör uppgifter tillgängliga respektive som föreskriver sekretess hos en vårdgivare som tar emot uppgifterna genom sammanhållen journalföring har tagits in i 25 kap. 11 § 3 och 25 kap. 2 § offentlighets- och sekretesslagen.

Hur uppgifterna får behandlas i system med sammanhållen journalföring regleras i 6 kap. patientdatalagen. Patientdatalagen ställer upp ett antal förutsättningar för att vårdgivaren ska få göra patienters uppgifter tillgängliga i system med sammanhållen journalföring (6 kap. 2 § PDL). Enligt huvudregeln gäller att följande förutsättningar ska vara uppfyllda.

- Vårdgivaren är skyldig att informera patienten om vad sammanhållen journalföring innebär. Sådan information ska lämnas innan uppgifterna görs tillgängliga i system med sammanhållen journalföring.
- Patienten har rätt att – efter att ha blivit informerad – motsätta sig att vårddokumentation om honom eller henne görs tillgänglig för andra vårdgivare genom direktåtkomst. Det krävs därmed inte något aktivt samtycke i detta första skede, utan regleringen är uppbyggd som en rätt att motsätta sig.
- Om patienten motsätter sig sammanhållen journalföring ska vårdgivaren spärra uppgifterna så att de inte är tillgängliga för andra vårdgivare genom direktåtkomst.

[17] Prop. 2013/14:202 *Förbättrad informationshantering avseende vissa patienter inom hälso- och sjukvården*, s. 10.

- Om patienten inte motsätter sig detta, får vårddokumentation om honom eller henne göras tillgänglig genom direktåtkomst. Detta kallas ospärrade uppgifter. Dessa uppgifter finns då potentiellt tillgängliga för andra vårdgivare.

Från huvudregeln om att patienten själv styr vilka uppgifter som ska göras tillgängliga för andra vårdgivare har det gjorts undantaget att en vårdnadshavare till ett barn inte har rätt att spärra sitt barns patientuppgifter (6 kap. 2 § fjärde stycket PDL). Denna bestämmelse infördes på grund av risken för att vårdpersonalen inte upptäcker barn som far illa om en vårdnadshavare skulle kunna spärra uppgifter i sina barns journal. Skyddet för barnet ansågs därför väga tyngre än skyddet för den enskildes, i detta fall barnets, integritet. I takt med barnets stigande ålder och mognad får dock barnet själv spärra uppgifterna.[18]

För att en vårdgivare som är ansluten till ett system med sammanhållen journalföring ska få behandla uppgifter som en annan vårdgivare har gjort tillgängliga krävs att

- uppgifterna rör en patient som vårdgivaren har en aktuell patientrelation med,
- uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten inom hälso- och sjukvården, eller för att bedöma behovet av eller utföra insatser enligt lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter, och
- patienten samtycker till det (6 kap. 3 § första stycket PDL).

Vårdgivaren får även behandla sådana uppgifter om

- uppgifterna rör en patient som det finns eller har funnits en patientrelation med,
- uppgifterna kan antas ha betydelse för att utfärda ett vårdintyg, och
- patienten samtycker till det (6 kap. 3 § andra stycket PDL).

Eftersom vårdnadshavare inte får spärra sina barns uppgifter ställs det inte heller något krav på att samtycke ska ges av barnets vårdnadshavare för möjlighet att ta del av andra vårdgivares vårddokumentation.[19]

[18] Prop. 2007/08:126, s. 115.
[19] Prop. 2007/08:126, s. 116.

Vårdgivare har möjlighet att i en akut nödsituation forcera en spärr i journalen vid en situation där patienten själv inte kan ge sitt medgivande, men där de spärrade uppgifterna i journalen behövs för att kunna rädda patientens liv eller om det annars föreligger allvarlig risk för patientens hälsa. Detsamma gäller även för ospärrade uppgifter i fall där det föreligger en akut nödsituation och patientens samtycke inte kan inhämtas. (6 kap. 4 § PDL)

Patientdatalagen innehåller även bestämmelser som reglerar under vilka förutsättningar vårdgivare får behandla uppgifter om patienter som inte endast tillfälligt saknar förmåga att ta ställning till sammanhållen journalföring (se 6 kap. 2 a och 3 a §§ PDL).

3.6 Sekretess och tystnadsplikt inom hälso- och sjukvården

3.6.1 Sekretess

Allmänt om sekretess inom hälso- och sjukvården

Sekretess inom hälso- och sjukvården gäller för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men (25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen [2009:400], OSL). Detsamma gäller i annan medicinsk verksamhet, exempelvis rättsmedicinsk och rättspsykiatrisk undersökning, insemination, befruktning utanför kroppen, fastställande av könstillhörighet, abort, sterilisering, omskärelse och åtgärder mot smittsamma sjukdomar.

Hälso- och sjukvårdssekretessen gäller alltså med ett så kallat omvänt skaderekvisit, det vill säga att det finns en presumtion för att uppgifterna inte ska lämnas ut. Vid en begäran om att få ta del av uppgifterna måste därför en prövning göras utifrån bestämmelsen, en så kallad skade- och menprövning. Vid en sådan ska den utlämnande myndigheten bedöma om uppgiften kan hänföras till en enskild och om det innebär skada och men för den enskilde eller dennes närstående om uppgiften lämnas ut. Vid denna prövning ska samtliga omständigheter i det enskilda fallet beaktas, exempelvis vem mottagaren är och vad han eller hon har för avsikt med uppgifterna.[20]

[20] Prop. 1979/80:2 *med förslag till sekretesslag m.m.*, Del A, s. 82.

Innebörden av sekretessen och vilka den riktar sig till

Att det råder sekretess innebär ett förbud att röja en uppgift, vare sig det sker muntligen eller genom att lämna ut en allmän handling, eller på annat sätt (3 kap. 1 § OSL).

En sekretessbelagd uppgift får inte röjas för enskilda, det vill säga en fysisk eller juridisk person utanför den offentliga sektorn, eller för andra myndigheter, om annat inte sägs i offentlighets- och sekretesslagen eller i lag eller förordning som offentlighets- och sekretesslagen hänvisar till (8 kap. 1 § OSL). En sekretessbelagd uppgift får inte heller röjas mellan olika verksamhetsgrenar inom en myndighet när de är att betrakta som självständiga i förhållande till varandra (8 kap. 2 § OSL).

Förbudet att röja uppgifter riktar sig både till myndigheten som sådan och till dess personal, samt till vissa andra (2 kap. 1–5 §§ OSL). Sekretess gäller alltså som huvudregel för myndigheter och dess personal, det vill säga att den hälso- och sjukvård som berörs är den som är offentligt bedriven. Sekretess gäller dock inte för helt privata vårdgivare eller dess personal, utan i sådan verksamhet gäller i stället tystnadsplikt, se avsnitt 3.6.2.

Otillåtet röjande av en sekretessbelagd uppgift är straffsanktionerat som brott mot tystnadsplikt (20 kap. 3 § brottsbalken).

Vissa sekretessbrytande bestämmelser och undantag

Även fast det finns en presumtion för sekretess, kan uppgifter om en enskild inom hälso- och sjukvården lämnas ut under vissa förutsättningar. Det gäller om någon sekretessbrytande bestämmelse eller bestämmelse om undantag från sekretess lämnar ett sådant utrymme.[21] I 10 kap. offentlighets- och sekretesslagen finns ett antal sekretessbrytande bestämmelser och bestämmelser om undantag från sekretess som kan tillämpas inom hälso- och sjukvården under vissa förutsättningar. Undantag gäller bland annat om den enskilde själv samtycker till utlämnande av uppgifter som omfattas av sekretess till skydd för den enskilde själv (se 10 kap. 1 § och 12 kap. 2 § OSL).

Sekretess hindrar exempelvis inte heller att en uppgift lämnas ut, om det är nödvändigt för att den utlämnande myndigheten ska kunna

[21] Det finns ett flertal sekretessbrytande bestämmelser och bestämmelser om undantag från sekretess, varav endast ett urval redovisas här.

fullgöra sin verksamhet (10 kap. 2 § OSL). Den bestämmelsen ska tillämpas restriktivt, och avsikten är inte att man av rena effektivitetsskäl ska kunna bryta sekretessen med stöd av den bestämmelsen.[22]

Sekretess hindrar inte heller att en uppgift lämnas till en annan myndighet, om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning (10 kap. 28 § OSL). Inom hälso- och sjukvården följer uppgiftsskyldighet av bestämmelser i ett antal lagar och förordningar.[23]

Även 25 kap. offentlighets- och sekretesslagen innehåller sekretessbrytande bestämmelser och bestämmelser om undantag från hälso- och sjukvårdssekretessen. Hälso- och sjukvårdssekretessen hindrar exempelvis inte att uppgift lämnas från en myndighet som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet i en kommun till en annan sådan myndighet i samma kommun eller från en myndighet som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet i en region till en annan sådan myndighet i samma region (25 kap. 11 § 1 och 2 OSL). Dessa undantag från sekretessen gör det möjligt för kommuner och regioner att fritt välja sin organisation utan hänsyn till att sekretess i princip råder mellan myndigheter.

Sekretessbelagda uppgifter får även lämnas ut om det sker i enlighet med bestämmelserna om sammanhållen journalföring i patientdatalagen (25 kap. 11 § 3 OSL).

Hälso- och sjukvårdssekretessen hindrar heller inte att en uppgift om vissa enskilda eller närstående till dessa lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom socialtjänsten, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd (25 kap. 12 § OSL). De enskilda som avses är barn, personer med missbruksproblem, patienter som vårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV, samt väntade barn som behöver skydd under graviditeten.

Om den enskilde på grund av sitt hälsotillstånd eller av andra skäl inte kan samtycka till att en uppgift lämnas ut, hindrar hälso- och sjukvårdssekretessen inte heller att en uppgift om honom eller henne som behövs för att han eller hon ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan myndighet inom hälso- och sjukvården eller inom socialtjänsten eller till en enskild vårdgivare eller en enskild verk-

[22] Prop. 1979/80:2, Del A, s. 465.
[23] Se till exempel 6 § förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen.

samhet på socialtjänstens område (25 kap. 13 § OSL). Denna sekretessbrytande bestämmelse ska endast tillämpas i undantagsfall och inte rutinmässigt. I första hand ska den enskildes samtycke inhämtas om det är möjligt.

Sekretess i förhållande till den enskilde själv

Sekretess till skydd för en enskild gäller inte i förhållande till den enskilde själv, om inte annat anges i offentlighets- och sekretesslagen (12 kap. 1 § OSL). En enskild har därmed som huvudregel rätt att ta del av de uppgifter som gäller denne själv. När det gäller uppgifter om enskild inom hälso- och sjukvård kan dock uppgifter i vissa undantagsfall hemlighållas även för den enskilde själv. Sekretessen enligt 25 kap. 1–5 §§ offentlighets- och sekretesslagen gäller i förhållande till den vård- eller behandlingsbehövande själv för uppgift om hans eller hennes hälsotillstånd, om det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till honom eller henne (25 kap. 6 § OSL).

Särskilt om sekretess i förhållande till barn och deras vårdnadshavare

Ett barn står under vårdnad av båda föräldrarna eller en av dem, om inte rätten har anförtrott vårdnaden åt en eller två särskilt förordnade vårdnadshavare eller åt en tillfällig vårdnadshavare. Vårdnaden om ett barn består till dess att barnet fyller 18 år (6 kap. 2 § föräldrabalken). Huvudregeln är att vårdnadshavaren har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter. Vårdnadshavaren ska dock i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål (6 kap. 11 § föräldrabalken).[24] Om barnet har två vårdnadshavare ska de som huvudregel utöva bestämmanderätten över barnet tillsammans, men bestämmanderätten kan utövas av den ene vårdnadshavaren ensam under vissa förutsättningar. Beslut av ingripande betydelse för barnets framtid får

[24] Det följer också av patientlagen att barnets inställning till sin egen vård så långt som det går ska klarläggas och tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad (4 kap. 3 § patientlagen [2014:821]).

dock inte fattas av den ene vårdnadshavaren ensam, om inte barnets bästa uppenbarligen kräver det (6 kap. 13 § föräldrabalken).

Sekretess till skydd för barnet gäller även i förhållande till dennes vårdnadshavare (12 kap. 3 § OSL). Sekretessen gäller dock inte i förhållande till vårdnadshavaren i den utsträckning denne enligt 6 kap. 11 § föräldrabalken har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter, såvida det inte kan antas att barnet lider betydande men om uppgiften röjs för vårdnadshavaren, eller om det annars anges i offentlighets- och sekretesslagen. Om sekretess inte gäller i förhållande till vårdnadshavaren, förfogar denne ensam eller, beroende på barnets ålder och mognad, tillsammans med barnet över sekretessen till skydd för barnet. Av förarbeten till en motsvarande bestämmelse som gällde enligt den tidigare sekretesslagen framgår att föräldrarnas skyldighet att sörja för och utöva uppsikt över barnen motiverade att föräldrarna gavs tillgång till sekretessbelagda uppgifter om barnen. Det ansågs dock att föräldrarna, när barnet har uppnått en viss mognad och utveckling i övrigt, inte längre kan göra anspråk på att få veta vad barnet har berättat för till exempel en läkare. Någon åldersgräns finns inte angiven till ledning för denna bedömning, utan hänsyn måste tas till barnets mognad och utveckling i övrigt. Det anges också att det kan förekomma fall där det av hänsyn till barnets bästa kan vara befogat att inte lämna ut vissa uppgifter till vårdnadshavarna, även om det är fråga om ganska små barn.[25]

Om ett barn uppnått sådan ålder och mognad att barnet själv förfogar över sekretessen kan barnet själv välja att efterge sekretessen gentemot sina vårdnadshavare eller någon annan (12 kap. 2 § OSL).

Vissa andra sekretessbestämmelser kan vara relevanta

Utöver hälso- och sjukvårdssekretessen enligt 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen, finns ett antal ytterligare sekretessbestämmelser att beakta inom hälso- och sjukvården. Bland annat gäller sekretess för personuppgift, om det kan antas att uppgiften efter ett utlämnande kommer att behandlas i strid med gällande dataskyddsreglering (21 kap. 7 § OSL).

[25] Prop. 1981/82:186 *om ändring i sekretesslagen (1980:100), m.m.*, s. 36.

3.6.2 Tystnadsplikt

Som anges ovan gäller sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen som huvudregel endast för myndigheter och dess personal och under vissa förutsättningar för kommunala företag och vissa andra (2 kap. 1–5 §§ OSL). Privata vårdgivare och dess personal omfattas alltså inte av sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen. Däremot finns bestämmelser om tystnadsplikt för den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen i den enskilda hälso- och sjukvården som i stort sett motsvarar vad som gäller i fråga om sekretess inom den offentligt bedrivna hälso- och sjukvården (6 kap. 12–16 §§ patientsäkerhetslagen [2010:659]). Det har i förarbeten framförts att tystnadsplikten i princip borde vara densamma för all hälso- och sjukvårdspersonal, oavsett om den arbetar inom allmän eller enskild hälso- och sjukvård.[26]

3.6.3 Något om inre sekretess

Ovan beskrivs förbudet att röja sekretessbelagda uppgifter till enskilda, andra myndigheter och andra självständiga verksamhetsgrenar inom samma myndighet. Även reglerna om tystnadsplikt har berörts. I sammanhanget bör det dock nämnas att det även inom ett och samma sekretess- eller tystnadspliktsområde finns vissa begränsningar när det gäller hur uppgifter får delas, genom så kallad inre sekretess. Den inre sekretessen innebär att den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient endast om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården (4 kap. 1 § PDL). Bestämmelsen är teknikoberoende och alltså tillämplig på såväl manuellt som elektroniskt behandlade uppgifter om en patient. Bestämmelsen gäller både inom den offentliga och den enskilt bedrivna hälso- och sjukvården.

[26] Se till exempel prop. 1980/81:28 *om följdlagstiftning till den nya sekretesslagen i fråga om hälso- och sjukvården samt den allmänna försäkringen*, s. 23 och prop. 1981/82:186, s. 26.

4 Bakgrund, problembild och analys

En central förutsättning för att uppnå en sammanhållen, god och nära vård för barn och unga är att relevant information kan delas inom och mellan de verksamheter som vårdar barn och unga. Informationen behöver också kunna användas för uppföljning av barns och ungas hälsa och för att säkra verksamheternas kvalitet. Den information som det i regel handlar om är hälsouppgifter om barnet eller den unge som finns i patientjournalen. Information som dokumenteras i patientjournalen används primärt i vården och behandlingen av patienten, och syftar i första hand till att bidra till en god och säker vård (3 kap. 2 § första stycket patientdatalagen [2008:355]). Patientjournalen är även en informationskälla för till exempel patienten själv, uppföljning och utveckling av verksamheten och forskning (3 kap. 2 § andra stycket patientdatalagen). Hälsouppgifterna i patientjournalen är grundläggande för att på ett effektivt och säkert sätt kunna följa upp barns och ungas hälsa och för att följa upp vårdens utformning och innehåll.

Det pågår en mängd insatser på nationell, regional och lokal nivå för att stärka uppföljningen och informationsdelningen i hälso- och sjukvården. Utredningen har ingen ambition att beskriva allt detta arbete. I detta kapitel redogör utredningen för de huvudsakliga förutsättningarna som finns för informationsdelning inom och mellan de verksamheter som vårdar barn och unga och vilka huvudsakliga förutsättningar som finns för att följa upp barns och ungas hälsa och det hälsofrämjande arbete som bedrivs inom ramen för barn- och ungdomshälsovården.

4.1 Det finns ingen heltäckande nationell uppföljning av barns och ungas hälsa

Begreppet hälsa är inte entydigt och får ofta sin betydelse utifrån sammanhanget

Hälsa som begrepp har en bred betydelse, och används i viss mån olika beroende på sammanhang. Hälsa definieras ofta som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom eller skada, baserat på WHO:s definition. Hälsa kan alltså stå för både ett allmänt positivt välbefinnande och en motsats till sjukdom. Begreppet hälsa kan dock även används i flera andra betydelser, både i det allmänna språket och inom vård och omsorg. Begreppet får ofta sin betydelse utifrån sammanhanget.[1]

Vad som avses med uppgift om hälsa i dataskyddsregleringens mening har beskrivits i kapitel 3, Gällande rätt. Där framgår att uppgifter om hälsa, enligt dataskyddsförordningen[2], avser personuppgifter som rör en fysisk persons fysiska eller psykiska hälsa, vilka ger information om dennes hälsostatus. Uppgifter om hälsa kan exempelvis vara diagnos, sjukdom, funktionsnedsättning, sjukdomsrisk, klinisk behandling eller en symbol som den registrerade tilldelats för att identifiera denne för hälso- och sjukvårdsändamål. Det kan också vara uppgifter som härrör från tester eller undersökning av en kroppsdel eller kroppssubstans, däribland genetiska uppgifter och biologiska prov.

Uppföljning är en förutsättning för att främja hälsa, förebygga sjukdom och att tillgodose barns och ungas vårdbehov

Barn och unga i Sverige har generellt en god hälsa. De flesta barn och unga uppger också själva att de har en bra eller mycket bra hälsa. Det visar till exempel Folkhälsomyndighetens enkätstudie om skolbarns hälsovanor, bland 11-, 13- och 15-åringar.[3] Samtidigt rapporteras även om ojämlikheter i hälsa hos barn och unga, på grund av olika livs-

[1] Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens termbank,* 2016, https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId= 64&SrcLang=sv (hämtad 2021-08-20).
[2] Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG.
[3] Folkhälsomyndigheten, *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport* (2018).

villkor och skilda möjligheter. Det finns också tydliga tecken på att ojämlikheterna ökar.[4]

Många långvariga hälsoproblem, sjukdomar och andra svårigheter i vuxenlivet uppstår under barndomen, och en stor del av dessa sjukdomar och hälsoproblem kan förebyggas och lindras genom tidiga insatser. Uppföljning av barns och ungas hälsoutveckling är en förutsättning för att kunna planera och utveckla hälso- och sjukvårdens och även tandvårdens utformning och innehåll, så att barns och ungas vårdbehov kan tillgodoses. Det krävs både för att kunna främja en god hälsa och för att kunna förebygga att skillnader i hälsa hos barn och unga uppstår. Det handlar om att kunna följa upp om de hälso- och sjukvårdsinsatser som ges är ändamålsenliga och vilken effekt de har för barns och ungas hälsoutveckling. Det förutsätter tillgång till data från den lokala, regionala och nationella nivån. Uppgifter om barns och ungas hälsoutveckling kan också ligga till grund för politiska beslut om styrnings-, inriktnings- och kompetensförsörjningsfrågor i hälso- och sjukvården samt forsknings- och utvecklingsprojekt med mera.

Sverige har på många sätt varit och är världsledande när det gäller utvecklingen och användningen av olika kvalitetsregister, hälsodataregister och andra register. De svenska hälsodataregistren har samlat jämförbara longitudinella och personnummerbaserade data från befolkningen sedan flera decennier tillbaka. Trots detta brister möjligheterna att följa barns och ungas hälsoutveckling.

Det finns till exempel ingen fullt utvecklad datakälla för att följa små barns hälsa i allmänhet på nationell, regional och lokal nivå.[5]

Skoltiden är en stor del av barns och ungas uppväxt, men inte heller för denna period finns någon fullt utvecklad datakälla. När det gäller barn och unga som inte studerar saknas helt systematisk uppföljning av deras hälsa, eftersom elevhälsans medicinska insatser enbart riktar sig till och följer elever i grundskolan och gymnasieskolan och vissa andra skolformer (2 kap. 25 § skollagen [2010:800]).

Information om hur barn och unga mår finns spridd i olika typer av datakällor. Vissa uppgifter om barns och ungas hälsa finns i register av olika slag och genom tillfälliga eller regelbundna undersökningar

[4] Folkhälsomyndigheten, *Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och barnhälsovård. Kartläggning inom uppdraget "Följa och stödja överenskommelsen om ökad tillgänglighet i barnhälsovården"* (2020).
[5] Folkhälsomyndigheten, *Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och barnhälsovård. Kartläggning inom uppdraget "Följa och stödja överenskommelsen om ökad tillgänglighet i barnhälsovården"* (2020).

som enkätundersökningar eller insamling av data från vårdgivare. Det saknas dock möjlighet att på aggregerad nivå följa hälsoutvecklingen under hela uppväxten. Det leder till att det blir svårare att identifiera och förstå samband mellan barns och ungas hälsotillstånd och hälsoutfall senare under uppväxten och i vuxen ålder.

Det krävs personnummerbundna uppgifter som kan länkas från nationella datakällor för att det ska vara möjligt att följa samma barngrupps hälsa från småbarnsåren till skolåldern, och att göra jämförelser ur ett jämlikhetsperspektiv.[6]

Mycket information finns också dold i patientjournaler, och är därmed inte tillgängliggjord för uppföljning. Till exempel innehåller barnhälsovårdens journaler information om barns längd och vikt, kognitiva utveckling, hälsotillstånd, och uppgifter om amning och rökning i hemmet. På motsvarande sätt innehåller elevhälsans journaler information om skolbarns fysiska och psykiska hälsa samt fysisk aktivitet. WHO har konstaterat att barnhälsovårdens och elevhälsans journaler är en outnyttjad resurs i arbetet med att följa upp till exempel övervikt och fetma i Sverige.[7]

Det är också svårt att fullt ut följa upp de folkhälsopolitiska målen för barn och unga, när informationen från hälso- och sjukvården om barns och ungas hälsa inte finns tillgänglig i nationella register. Det folkhälsopolitiska ramverket består av ett övergripande, nationellt folkhälsopolitiskt mål och åtta målområden. Det övergripande målet är att folkhälsopolitiken ska skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Ett av målområdena rör en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Målområdet sätter fokus på behovet av hälsofrämjande och förebyggande arbete och att behandling bör utgå från individens behov och möjligheter, som en förutsättning för god och jämlik vård.[8] Uppföljningen bör kunna användas av regioner och kommuner för att det ska bli ett effektivt folkhälsoarbete. Därför behövs indikatorer som är möjliga att bryta ner ända till lokal

[6] Folkhälsomyndigheten, *Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och barnhälsovård. Kartläggning inom uppdraget "Följa och stödja överenskommelsen om ökad tillgänglighet i barnhälsovården"* (2020).
[7] Folkhälsomyndigheten, *Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och barnhälsovård. Kartläggning inom uppdraget "Följa och stödja överenskommelsen om ökad tillgänglighet i barnhälsovården"* (2020).
[8] Folkhälsomyndigheten, *Nationella folkhälsomål och målområden*, 2021, www.folkhalsomyndigheten.se/en-god-och-jamlik-halsa-pa-alla-nivaer/tema-folkhalsa-lokalt-och-regionalt-stod/vad-styr-folkhalsopolitiken/nationella-mal-och-malomraden (hämtad 2021-05-06).

nivå. Det är datatillgången och kvaliteten på datakällan som avgör om indikatorerna går att bryta ner på regioner och kommuner.[9]

Därutöver bedömer utredningen att barn och unga behöver göras delaktiga i uppföljningen, både av barns och ungas hälsa och verksamheternas kvalitet. Det kan till exempel gälla vid utvecklingen av självrapporterade eller andra mått som avser barns och ungas hälsa och hälsofrämjande insatser. Tillgång till barns och ungas perspektiv, på vad som är värdefullt att följa upp, kan bidra till att mer ändamålsenliga variabler och indikatorer tas fram. Detta överensstämmer med utredningens bedömningar i delbetänkandet (SOU 2021:34) om att barn och unga behöver vara delaktiga vid planeringen och utformningen av hälso- och sjukvården på alla nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet, i enlighet med bland annat barnkonventionens bestämmelser om barnet bästa (artikel 3). Barns och ungas kunskaper och erfarenheter kan tillföra nya perspektiv och bidra till att hälso- och sjukvård i högre grad utformas med utgångspunkt från barns och ungas behov.[10]

4.1.1 Det finns en del information om barns och ungas hälsa i nationella register

Information om barns och ungas hälsa finns i viss utsträckning i hälsodataregister och kvalitetsregister. Registren har olika förutsättningar för vilken information som kan ingå och hur informationen kan användas. Nedan redogörs för möjligheterna att följa barns och ungas hälsa via hälsodataregister och kvalitetsregister.

Möjligheterna att följa barns och ungas hälsa via hälsodataregister

Hälsodataregister med personnummerbundna uppgifter finns för i princip alla barns och ungas tillstånd vid födseln, vaccinationer, läkemedelsbehandlingar, sjukdomar som behandlas vid sjukhusens sluten- och öppenvård och dödsorsaker samt vissa insatser i kommuner. Hälsodataregistren bygger, med undantag från det medicinska födelseregistret, på diagnos och innehåller enbart uppgifter om hälsa som är

[9] Folkhälsomyndigheten, *På väg mot en god och jämlik hälsa. Stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet* (2020).
[10] SOU 2021:34, s. 303 ff.

kopplade till diagnos, vilket har framkommit i dialog med Socialstyrelsen.

De svenska hälsodataregistren är unika då de rymmer många individer och har funnits i många år, vissa sedan 1950-talet. Det är obligatoriskt för den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården att lämna uppgifter till hälsodataregister utifrån registrets ändamål (6 § lagen [1998:543] om hälsodataregister). Det innebär att hälsodataregistren ger en fullständig nationell täckningsgrad. Hälsodataregistren är dock inte heltäckande i den mening att de innehåller uppgifter från alla olika hälso- och sjukvårdsverksamheter. Det finns flera olika hälsodataregister och dess närmare innehåll styrs av olika förordningar (12 § lagen om hälsodataregister). I dag finns till exempel inte uppgifter om patienter som behandlats inom primärvården i patientregistret (4 § förordningen [2001:707] om patientregister hos Socialstyrelsen).

Personuppgifter i hälsodataregistren får användas för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvården samt forskning och epidemiologiska undersökningar (3 § lagen om hälsodataregister). Till skillnad från kvalitetsregistren, som beskrivs närmare under avsnitt 4.3.2, är uppgifterna i hälsodataregistren inte tillgängliga för lokalt och regionalt förbättringsarbete, eftersom uppgifterna i hälsodataregister skyddas av statistiksekretess (24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen [2009:400]).

Eftersom hälsodataregistren får innehålla personnummer finns förutsättning för samkörning mellan olika register när så är tillåtet, för att få en mer heltäckande bild av hälsoläget i befolkningen, både i dagsläget och hur det har utvecklats över tid. Registreringen görs av personal i hälso- och sjukvården, och regionerna rapporterar uppgifterna till den myndighet som förvaltar registren, i de flesta fall Socialstyrelsen.[11]

Nedan beskrivs de hälsodataregister som utredningen bedömer är mest relevanta utifrån utredningens uppdrag. Utöver dessa finns tre hälsodataregister som inte är avgränsade i ålder och därmed också innehåller uppgifter om barn och unga: cancerregistret, läkemedelsregistret och registret för insatser i kommunal hälso- och sjukvård. Dessutom finns ett tandhälsoregister, men detta omfattar inte barn och unga mellan 0 och 23 år.[12]

[11] Socialstyrelsen, *Hälsodataregister – räddar liv och ger bättre vård* (2019).
[12] Socialstyrelsen, *Tandhälsoregistret*, 2019, www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/tandhalsoregistret/ (hämtad 2021-06-10).

Patientregistret

Patientregistret är ett av Sveriges största hälsodataregister och innehåller patientuppgifter om alla läkarbesök i sluten och specialiserad öppen hälso- och sjukvård. Registret över den slutna vården har funnits sedan 1964 men blev rikstäckande 1987, den specialiserade öppenvården tillkom 2001. Syftet med registret är att följa hälsoutvecklingen i befolkningen över lång tid, förbättra möjligheterna att förebygga och behandla sjukdomar, bidra till hälso- och sjukvårdens utveckling och att följa kvaliteten på hälso- och sjukvårdens verksamheter. Här registreras exempelvis diagnos, behandling, kirurgi och yttre orsaker till skador och förgiftningar. Patientregistret omfattar även väntetider på akutmottagningar vid sjukhus samt diagnoser och åtgärder för patienter som vårdats inom den psykiatriska tvångsvården. Uppgifter från primärvården finns i dagsläget inte i patientregistret.[13] För en beskrivning av gällande rätt, se kapitel 3.

Uppgifter från primärvården finns i huvudsak inte heller i de andra hälsodataregistren, vilket innebär att de vårdbehov som finns och vårdinsatser som genomförs i primärvården inte följs upp på nationell nivå.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården (dnr S2020/03319/FS). I uppdraget ingår bland annat att utreda möjligheter till nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. I en delrapportering från uppdraget föreslår Socialstyrelsen att rapportering av uppgifter om vårdkontakter i primärvården ska ske till det befintliga patientregistret, som regleras i förordningen (2001:707) om patientregister. Socialstyrelsen föreslår också att det ska vara möjligt att samla in uppgifter om patienter som behandlas av både läkare och andra yrkeskategorier inom primärvården, eftersom många insatser i primärvården genomförs av andra yrkeskategorier än läkare. Socialstyrelsen föreslår vidare att patientregistret bör omfatta uppgifter om bland annat personnummer och kön, folkbokföringsort, primärvårdskontakt, diagnos, funktionstillstånd, åtgärd och yrkeskategori. Uppgiften om funktionstillstånd är ny jämfört med nuvarande beskrivning, men Socialstyrelsen bedömer att funktionstillstånd omfattas av förordningen redan i dag, eftersom det hör ihop med diagnos. Uppgiftsskyldighet gäller såväl offentliga

[13] Socialstyrelsen, *Patientregistret – kan ge ledtrådar kring stroke och hjärtinfarkt* (2019).

som privata vårdgivare och omfattar både fysiska vårdmöten och digitala vårdtjänster.[14]

Socialstyrelsen menar att utvecklingen av registret bör ske successivt, och börja med de uppgifter som redan finns tillgängliga i regionernas verksamheter i dag.

Enligt Socialstyrelsen skulle ett nationellt patientregister över primärvården skapa ett bredare underlag för statistik och forskning, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring. Det skulle också ge en tydligare bild av primärvårdens innehåll och verksamhet, samt bidra till att vårdgivaren får bättre underlag för systematiskt kvalitetsarbete. Dessutom skulle det kunna bidra till en helhetsbild av hälso- och sjukvården, bland annat utifrån aspekterna jämlik och säker vård. Framför allt är det folkhälsan i stort och den enskilde patienten som gynnas av ökad kunskap av vad som sker i primärvården och efterföljande utvecklingsarbeten.[15]

Utredningen konstaterar att Socialstyrelsens förslag om ett utvidgat patientregister innebär att även uppgifter om barns och ungas vårdkontakter i primärvården kommer att samlas in. Utredningen instämmer med Socialstyrelsen att en sådan insamling ger bättre möjligheter att uppmärksamma och utvärdera den vård som ges till barn och unga inom primärvården. Det är en förutsättning för att till exempel kunna belysa om det finns vissa typer av åtgärder som ges till barn och unga som leder till bättre resultat och hur vårdinsatser fördelar sig över landet och mellan olika grupper av barn och unga. Det är dock inte möjligt att samla in uppgifter om hälsan utan att uppgifterna är kopplade till en kontaktorsak eller diagnos, det framgår av Socialstyrelsens förslag. Det betyder att viktig information för att bedöma barns och ungas hälsotillstånd, till exempel uppgifter om tillväxt, såsom längd och vikt, inte kan registreras i patientregistret.

Hälsofrämjande och förebyggande åtgärder som primärvården genomför utan att individen har en etablerad ohälsa eller diagnos, kan registreras i patientregistret förutsatt att relevanta koder för detta tas fram. De verksamheter inom primärvården som ger vårdinsatser till barn och unga arbetar främst med ett hälsofrämjande förhållningssätt, där det är nödvändigt att följa vissa parametrar för att kunna bedöma barnets eller den unges utveckling, identifiera hälsorisker och

[14] Socialstyrelsen, *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård, Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården* (2021).
[15] Socialstyrelsen, *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård, Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården* (2021).

ge hälsofrämjande och förebyggande insatser. Utredningen bedömer att det är en fördel om dessa uppgifter inkluderas i registret, eftersom en stor del av ohälsan i befolkningen kan förebyggas genom ett hälsofrämjande arbete. Uppgifter om hälsofrämjande och förebyggande åtgärder som ges till barn och unga är av stort värde för att få kunskap om sambanden mellan åtgärderna, till exempel föräldraskapsstöd, och hälsoutfall senare i uppväxten och i vuxen ålder.

Det nationella patientregistret över primärvården skulle dock inte inkludera de besök och vårdinsatser som ges inom ramen för elevhälsans medicinska insatser, eftersom Socialstyrelsen bedömt att sådan verksamhet inte är primärvård. Det har framkommit i utredningens dialog med Socialstyrelsen.[16]

Utredningen bedömer att det är problematiskt att uppgifter om elevhälsans medicinska insatser inte samlas in på nationell nivå, eftersom uppföljningen av barns och ungas hälsa i hög grad sker i denna verksamhet under större delen av barns och ungas uppväxttid. Uppgifter om elevhälsans medicinska insatser är därför en förutsättning för att få ett helhetsperspektiv på barns och ungas hälsa. Uppföljningar av elevhälsans medicinska insatser som har genomförts av Inspektionen för vård och omsorg och Skolinspektionen visar att det finns brister i verksamheten, bland annat när det gäller verksamhetens kvalitet och det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Varierande kvalitet och tillgång till elevhälsans medicinska insatser kan leda till ojämlikheter i hälsa hos barn och unga. För en mer utförlig beskrivning av dessa brister se även utredningens delbetänkande.[17] Mot bakgrund av detta anser utredningen att det finns behov av att kontinuerligt och regelbundet samla in uppgifter även om denna verksamhet. Det är en förutsättning för att utveckla den här verksamheten på lång sikt och för att kunna göra olika studier om effektiviteten i den verksamhet som bedrivs.

I regleringsbrev avseende budgetåret 2021 har Socialstyrelsen fått ett kompletterande uppdrag att lämna förslag på de författningsändringar som krävs för att datainsamlingen till patientregistret ska kunna innehålla data om samtliga patienter som behandlats inom den öppna

[16] Elevhälsans medicinska insatser omfattas inte heller av hälsodataregistret över insatser inom kommunala hälso- och sjukvården, eftersom det registret är avgränsat till hälso- och sjukvård som avses i 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), det vill säga bland annat hälso- och sjukvård i hemmet och på särskilda boenden för äldre personer och personer med funktionshinder (3 § förordningen [2006:94] om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården).

[17] SOU 2021:34 *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga*, s. 220 ff.

vården som inte är primärvård (dnr S2020/09593). Enligt 2 kap. 5 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) definieras öppen vård som annan hälso- och sjukvård än sluten vård. Den hälso- och sjukvård som ges inom ramen för elevhälsans medicinska insatser är därmed öppen vård. Uppdraget bör således omfatta elevhälsans medicinska insatser eftersom elevhälsans medicinska insatser är öppen vård men, enligt Socialstyrelsen, inte primärvård.

Socialstyrelsen vill begränsa omfattningen av känsliga uppgifter i registret och föreslår av den anledningen att uppgifter inte ska samlas in från ungdomsmottagningarna. Socialstyrelsen bedömer att det skulle innebära ett alltför stort intrång i barnets personliga integritet om uppgifter samlas in från ungdomsmottagningarna.[18] Ställningstagandet bygger på att barn ofta söker sig till ungdomsmottagningen utan vårdnadshavares vetskap, och att sökorsakerna ofta rör den sexuella och reproduktiva hälsan som bedöms vara av extra känslig natur.

Utredningen bedömer att det är problematiskt att avgränsa ungdomsmottagningarna som verksamhet från registret. En viktig del av hälso- och sjukvårdens insatser till barn och unga ges på ungdomsmottagningar, men det saknas i dag uppgifter om vilka behov barn och unga har och vilka insatser som ungdomsmottagningarna ger. Det är en brist att dessa vårdbehov och vårdinsatser inte blir belysta på samma sätt som andra vårdbehov och vårdinsatser, eftersom det riskerar att leda till en ojämlik vård utan att det identifieras och att vården inte anpassas efter patienternas behov.

Ett barn kan också söka sig till annan verksamhet i hälso- och sjukvården, till exempel mödravårdscentralen, med sitt problem. Även ett sådant besök kan ske utan vårdnadshavares vetskap, men kommer att registreras eftersom mödravårdscentralen föreslås ingå i det utvidgade patientregistret.

En del ungdomsmottagningar är också i dag förstalinje-verksamheter för psykisk ohälsa. Uppföljning av förekomst av psykisk ohälsa, behov och vårdinsatser kommer därför inte att bli fullständig när besök på ungdomsmottagningar inte registreras, men besök med samma sökorsak registreras på till exempel vårdcentralen.

Känsliga uppgifter kan förekomma i alla hälso- och sjukvårdens verksamheter, och utredningen menar därför att den personliga integriteten inte med säkerhet skyddas genom att specifika verksamheter,

[18] Socialstyrelsen, *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård, Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården* (2021).

som till exempel ungdomsmottagningar, i sin helhet avgränsas från uppföljning.

Sammantaget betyder detta att omfattande delar av hälsan under större delen av barns och ungdomars uppväxt inte kommer att vara möjliga att följa i patientregistret.

Medicinska födelseregistret

Medicinska födelseregistret innehåller information om graviditeten, förlossningen och det nyfödda barnet (4 § förordningen [2001:708] om medicinskt födelseregister hos Socialstyrelsen). Registret startade 1973 och omfattar alla graviditeter som lett till förlossning i Sverige. Syftet med registret är att beskriva händelser och utfall för kvinnor och barn under graviditet, förlossning och nyföddhetsperioden. De uppgifter som ingår är bland annat kvinnans tidigare graviditeter, rökning, förlossningsklinik, graviditetslängd, smärtlindring, förlossningssätt, diagnoser hos moder och barn, operationer, barnets kön, vikt, längd och huvudomfång samt barnets tillstånd vid födelsen. Kopplat till det medicinska födelseregistret finns registret för övervakning av fosterskador och kromosomavvikelser.[19]

Socialstyrelsen har ett pågående uppdrag om att lämna förslag på författningsändringar avseende medicinska födelseregistret för att datainsamlingen ska kunna innehålla data om nikotinprodukter, alkohol samt andra potentiellt skadliga substanser som används under graviditet. Därutöver ingår att lämna författningsförslag som möjliggör utökad datainsamling till medicinska födelseregistret om mödrar som varit gravida och inskrivna i mödrahälsovården men där graviditeten inte lett till förlossning. Uppdraget ska redovisas senast den 30 april 2022.[20]

År 2007 utredde Socialstyrelsen förutsättningarna för en nationell databas för rapportering och uppföljning av bland annat barns längd och vikt, på uppdrag av regeringen. Socialstyrelsen föreslog att ett nationellt hälsodataregister med dessa mätningar som bas skulle skapas genom en utvidgning av det medicinska födelseregistret från nyföddhetsperioden till att omfatta hela barndomen upp till 18 år. Uppgifter om barns längd och vikt i hälsodataregister skulle bland annat göra

[19] Socialstyrelsen, *Medicinska födelseregistret*, 2021, www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/medicinska-fodelseregistret/ (hämtad 2021-05-12).
[20] Regleringsbrev avseende budgetåret 2021 för Socialstyrelsen (S2020/09593).

det möjligt att följa utvecklingen av övervikt och fetma i befolkningen och att få en ökad kunskap om påverkbara mekanismer och förebyggande insatser.[21] Datainspektionen, numera Integritetsskyddsmyndigheten, tillstyrkte dock inte förslaget, med argumentet att ett nationellt insamlande av barns längd och vikt med koppling till personuppgifter utan samtycke kan betraktas som ett betydande intrång i barnets personliga integritet. Datainspektionen framförde också att det krävs starka skäl som väger över nackdelarna, för att införa ett sådant register.[22]

Utredningen bedömer att utfallet möjligen kunde ha blivit ett annat med en mer genomgående integritetsanalys där den medicinska nyttan med personuppgiftsbehandlingen också lyftes.

Vaccinationsregistret

Folkhälsomyndigheten ansvarar för det nationella vaccinationsregistret. Registret regleras i lag (2012:453) om register över nationella vaccinationsprogram m.m. och är ett verktyg för uppföljning och övervakning av nationella vaccinationsprogram vad gäller vaccinationstäckning, skyddseffekt och biverkningar. Sedan 2013 ska alla givna vaccinationer inom det allmänna vaccinationsprogrammet för barn rapporteras till det nationella vaccinationsregistret. Sedan den 1 januari 2021 ska även vaccinationer mot covid-19 rapporteras.[23] Det är obligatoriskt för den vårdgivare som har ansvarat för vaccinationen att rapportera alla vaccinationer inom programmet till registret (7 och 8 §§ lagen om register över nationella vaccinationsprogram m.m.) men underrapportering förekommer, främst av tekniska orsaker.[24]

Vaccination är den mest effektiva förbyggande insatsen för att skydda barn och unga från allvarliga smittsamma sjukdomar. Alla vacciner som erbjuds till barn och unga är gratis och frivilliga i Sverige. Vaccinationstäckningen bland barn är god i landet och som en följd har vi få fall av allvarliga smittsamma barnsjukdomar.[25]

[21] Socialstyrelsen, *En nationell databas för rapportering och uppföljning av barns längd och vikt* (2007).
[22] Datainspektionen, *En nationell databas för rapportering och uppföljning av barns längd och vikt – Socialstyrelsens avrapportering*, Yttrande (2008).
[23] Folkhälsomyndigheten, *Nationella vaccinationsregistret*, 2021, www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/nationella-vaccinationsregistret/ (hämtad 2021-05-12).
[24] SOU 2021:34, s. 391.
[25] Folkhälsomyndigheten, *Bra att veta om vaccinationer*, 2020, www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/b/bra-att-veta-om-vaccinationer/ (hämtad 2020-04-03).

I Folkhälsomyndighetens rapport Barnvaccinationsprogrammet 2019 sammanställdes uppgifter om vaccinationer för barn födda 2016. Sammanlagt var 116 838 barn inskrivna på barnavårdscentraler och jämfört med befolkningsstatistik från Statistiska centralbyrån (SCB) var rapporttäckningen 94,6 procent.[26]

Möjligheterna att följa barns och ungas hälsa via kvalitetsregister

Det primära syftet med kvalitetsregister är att de ska användas för kvalitets- och förbättringsarbeten i vården, men det är även möjligt att använda data från registret för angivna sekundära ändamål så som statistik och forskning (4 och 5 §§ patientdatalagen [2008:355]). De befintliga kvalitetsregistren för mödrahälsovård, barnhälsovård och elevhälsans medicinska insatser innehåller uppgifter om vissa aspekter av barns och ungas hälsa. För den hälso- och sjukvård som bedrivs i ungdomsmottagningarnas verksamhet saknas i nuläget kvalitetsregister. Kvalitetsregister skulle kunna vara en möjlig källa för att följa barns och ungas hälsoutveckling. På grund av regler om gallring av personuppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister (se 7 kap. 10 § första stycket patientdatalagen) finns det dock inte någon garanti för att det är möjligt att använda personuppgifterna för de sekundära ändamålen statistik och forskning över långa tidsperioder. Den i dagsläget låga täckningsgraden till Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ) och Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insats (EMQ) innebär också begränsade möjligheter att följa barns och ungas hälsa på nationell nivå. Utredningen bedömer mot denna bakgrund att kvalitetsregistren inte möjliggör nationell uppföljning av barns och ungas hälsa över tid och på lång sikt. Kvalitetsregister beskrivs närmare under avsnitt 4.3.2.

[26] Folkhälsomyndigheten, *Barnvaccinationsprogrammet 2019 – Årsrapport* (2019).

Exempel på andra nationella register som bidrar till möjligheten att följa barns och ungas hälsa

Registret över insatser till barn och unga hos Socialstyrelsen

Registret över insatser till barn och unga regleras i förordningen (1981:1370) om skyldighet för socialnämnderna att lämna statistiska uppgifter. Registret innehåller uppgifter om placering av barn och unga för vård utanför det egna hemmet. I registret finns uppgifter på individnivå som beskriver de barn och unga som har erhållit heldygnsinsats och andra slags insatser och placeringar. Utöver individregistret finns mängdstatistik som redovisar uppgifter om socialtjänstinsatser till barn och unga. Genom att samköra registret över insatser till barn och unga med andra register, när så är tillåtet, är det möjligt att få fram viss information om placerade barns och ungas hälsa.[27]

Register om hela befolkningen hos SCB

Genom Statistiska Centralbyråns (SCB) register över totalbefolkningen (RTB) kan individbaserade uppgifter om barn kopplas till uppgifter om deras vårdnadshavare, till exempel vårdnadshavarnas utbildning, sysselsättning eller andra socioekonomiska faktorer, för att analysera hälsa ur ett jämlikhetsperspektiv. Registret över totalbefolkningen (RTB) är ett demografiskt register som sträcker sig tillbaka till 1960-talet och är ett utdrag ur folkbokföringsregistret som Skatteverket ansvarar för. Det innehåller uppgifter om födelsedatum, kön och födelseland/födelseförsamling samt folkbokföringsuppgifter såsom civilstånd, in-och utvandring och dödsfall. De flesta uppgifter som finns i RTB är grundläggande för demografisk forskning och efterfrågas som bakgrundsinformation inom medicinsk och beteendevetenskaplig forskning.[28]

[27] Socialstyrelsen, *Registret över insatser till barn och unga*, 2019, www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/barn-och-unga/ (hämtad 2021-08-24).
[28] Statistiska Centralbyrån (SCB), Mikrodata för Registret över totalbefolkningen (RTB), u.å., www.scb.se/vara-tjanster/bestall-data-och-statistik/bestalla-mikrodata/vilka-mikrodata-finns/individregister/registret-over-totalbefolkningen-rtb/ (hämtad 2021-06-10).

4.1.2 Det finns en del information om barns och ungas hälsa i nationella enkäter

Flera myndigheter och organisationer, till exempel Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) genomför regelbundna nationella enkäter för att samla in information om barns och ungas hälsa.

Folkhälsomyndigheten har gjort en översiktlig kartläggning av dessa undersökningar med syftet att ta reda på vilka förutsättningar som finns för att samla in och redovisa statistik om svenska skolbarns individuella hälsovanor, olika aspekter av de miljöer där barn befinner sig och hälsoutfall. Folkhälsomyndigheten konstaterar att flera av undersökningarna har brister som gör att de enskilt inte kan ligga till grund för uppföljning av barns och ungas hälsa. Bristerna handlar i huvudsak om att enkäterna inte är personuppgiftsbaserade, inte täcker in hela målgruppen barn och unga och har förhållandevis låg svarsfrekvens. De har också begränsade möjligheter att visa resultat regionalt och lokalt.[29] Nedan följer en redovisning av enkätundersökningar som innehåller information om barns och ungas fysiska och psykiska hälsa som har relevans ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Enkäter som enbart tar upp levnadsvillkor, miljöaspekter eller liknande ingår därför inte i uppräkningen nedan. Redovisningen gör inte anspråk på att vara heltäckande.

Den nationella miljöhälsoenkäten

Den nationella miljöhälsoenkäten riktar sig till vuxna och barn i åldrarna 8 månader, 4 år och 12 år. Mätningen genomförs vart fjärde år, varannan gång till barn och varannan gång till vuxna. Enkätens huvudfokus är miljöhälsa men den innehåller även frågor om allmänt hälsotillstånd, allergier, längd, vikt, funktionsnedsättning, långvarig sjukdom, fysisk aktivitet samt sol- och kostvanor.[30] Enkäten saknar dock frågor om psykisk hälsa, och svarsfrekvensen är relativt låg, cirka 40 procent. Äldre barn ingår inte i studien. Periodiciteten är

[29] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag avseende Skolbarns hälsovanor*, bilaga 2 (2019).
[30] Folkhälsomyndigheten, *Miljöhälsoenkäten*, 2020, www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/miljohalsoenkaten/ (hämtad 2021-05-21).

förhållandevis lång, åtta år. En pilotstudie har dock genomförts för att öka tidsintervallet och även rikta frågor till äldre barn. Folkhälsomyndigheten ser för närvarande över vilka enkätfrågor och registervariabler i miljöhälsoenkäten som ska användas och för vilka redovisningsgrupper.[31]

Den nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor

Den nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor, är en nationell undersökning om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor. Enkäten skickas till ett slumpmässigt urval av befolkningen i åldrarna 16–84 år. Resultaten från enkäten kan redovisas på regional och i viss mån på lokal nivå.[32] Enkäten täcker in viktiga frågeområden ur ett hälsoperspektiv. Den har behållits intakt under många år, vilket medger jämförelser över tid. Svarsfrekvensen är dock låg, och ännu lägre bland den yngre befolkningen. Den stora nackdelen är att undersökningen inte täcker in barn under 16 år. Folkhälsomyndigheten ser för närvarande över vilka enkätfrågor och registervariabler i nationella folkhälsoenkäten som ska användas och för vilka redovisningsgrupper.[33]

LUPP-enkäten

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor genomför en nationell uppföljning av ungdomspolitiken vart tredje år. Undersökningen riktas till målgruppen 13–25 år. Enkäten innehåller bland annat frågor om fysisk och psykisk hälsa och levnadsvanor. Den regionala täckningsgraden är relativt låg. Enkäten gäller endast ungdomar och unga vuxna.[34]

[31] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag avseende Skolbarns hälsovanor*, bilaga 2 (2019).
[32] Folkhälsomyndigheten, *Nationella folkhälsoenkäten*, 2020, www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/ (hämtad 2021-05-21).
[33] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag avseende Skolbarns hälsovanor*, bilaga 2 (2019).
[34] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag avseende Skolbarns hälsovanor*, bilaga 2 (2019).

Skolbarns hälsovanor

Skolbarns hälsovanor (Health Behaviour in School-aged Children) är en enkätundersökning bland ett slumpmässigt urval av 11-, 13- och 15-åringar som genomförs vart fjärde år. I den senaste datainsamlingen deltog 4 294 skolbarn från 213 skolor, vilket motsvarar cirka 15 procent av alla barn och unga i de tre åldersklasserna. Deltagandet är frivilligt och skolbarnen är anonyma. Urvalet är nationellt och redovisas därför enbart för riket. Folkhälsomyndigheten har kartlagt förutsättningarna för att redovisa skolbarnshälsovanor på regional och lokal nivå. I dialog med Folkhälsomyndigheten har det framkommit att nästa datainsamling som sker åren 2021 och 2022 ska ha ett utökad urval som innebär att resultat kan redovisas även på regional nivå, men inte på lokal nivå.

Undersökningen är internationell och genomförs i ett 50-tal länder i samarbete med Världshälsoorganisationen (WHO). I Sverige ansvarar Folkhälsomyndigheten för att enkäten genomförs. Sverige har deltagit i undersökningen sedan 1980-talet. Undersökningen är skolbaserad och har vanligen en hög svarsfrekvens, men de senaste åren har svarsfrekvensen minskat till 47 procent. Undersökningen följer barns och ungas hälsa, levnadsvanor och skol- och hemmiljö över tid.[35] Folkhälsomyndigheten konstaterar att undersökningen inte är personuppgiftsbaserad, och att den inte följer utvecklingen av de yngre barnens hälsa. Det finns också svårigheter med att påverka enkätinnehållet eftersom den styrs och genomförs av ett internationellt nätverk.[36]

Undersökning av barns och ungas levnadsvanor, Barn-ULF

Statistiska centralbyrån (SCB) genomför årligen undersökningar om levnadsförhållanden hos ett slumpmässigt urval i befolkningen i åldrarna 16 år och äldre. Om barn och unga i åldrarna 12–18 år finns i hushållet kan även de delta i undersökningen. Undersökningen innehåller frågor om bland annat hälsa, skolgång, relationer och trygghet. Hälsofrågorna avser välbefinnande, psykiska besvär, sömnproblem, stress, matvanor, tobak och alkoholvanor. Svarsfrekvensen är relativt

[35] Folkhälsomyndigheten, *Skolbarns hälsovanor*, 2021, www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/skolbarns-halsovanor/ (hämtad 2021-05-21).
[36] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag avseende Skolbarns hälsovanor*, bilaga 2 (2019).

låg, cirka 53 procent. Frågorna har förändrats genom åren, vilket gör det svårt att jämföra barns hälsa över tid. De små barnen ingår inte i undersökningen, och resultatet kan inte redovisas på regional och lokal nivå.[37] I juni 2021 fick SCB i uppdrag att utveckla datainsamlingen för undersökningen av barns levnadsförhållanden (dnr 2021/04974). I uppdraget ingår att utveckla en metod för att samla in information om barns och ungas levnadsförhållande i åldrarna 12–18 år, med inriktningen att undersökningen ska genomföras vart tredje år.

UngKAB

Folkhälsomyndigheten har genomfört undersökningen UngKAB om ungas sexualitet och hälsa i Sverige sedan 2007. Frågorna rör sociala förutsättningar, diskriminering, våld, preventivmedel och preventivmetoder, sexuellt överförda infektioner, oönskade graviditeter samt rätten till kunskap och information. Enkäten utförs i samverkan med regioner, storstadskommuner och det civila samhällets organisationer. Uppföljningen beskriver ungas sexuella hälsa och i vilken utsträckning den är jämlikt och jämställt fördelad. I den senaste undersökningen ingick 29 950 unga och av dessa var det totalt 7 865 personer som besvarade enkäten. Svarsfrekvensen uppgick därmed till 26 procent av det totala antalet tillfrågade personer.[38]

WHO Child Obesity Surveillance Initiative (COSI)

Vart tredje år genomför Folkhälsomyndigheten WHO Child Obesity Surveillance Initiative (COSI) i Sverige. Det är en kartläggning av viktstatus bland barn 6–9 år i Europa. Syftet med COSI är att bidra med information om aktuell vikt och längd, ge en förståelse för utvecklingen av övervikt och fetma och att möjliggöra jämförelser mellan länder. Undersökningen gäller i första hand längd och vikt, och har därför begränsningar när det gäller möjligheten att följa utvecklingen

[37] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag avseende Skolbarns hälsovanor*, bilaga 2 (2019).
[38] Folkhälsomyndigheten, *Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige, ungkab15, en studie om kunskap attityder och beteende bland unga*, u.å., www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/sexualitet-och-halsa-bland-unga-i-sverige-ungkab15-en-studie-om-kunskap-attityder-och-beteende-bland-unga-1629-ar/ (hämtad 2021-05-21).

av barns och ungas hälsa i sin helhet. Undersökningen gäller dessutom endast barn i vissa åldersgrupper.[39]

Skolelevers drogvanor

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) genomför varje år drogvaneenkäter bland skolever i årskurs 9, och från 2004 även i gymnasieskolans år 2 på nationell nivå. Undersökningarna har pågått sedan 1971. CAN genomför även lokala och regionala undersökningar på uppdrag av kommuner och regioner. Undersökningen belyser utvecklingen av ungdomars drogvanor över tid, och möjliggör analyser av konsumtionsmönster och samband mellan droganvändning och risk- och skyddsfaktorer.[40] Enkäten innehåller även ett fåtal frågor om vissa hälsoaspekter som trivsel med familj, trygghet, skola och mobbning med mera. Undersökningen har hög svarsfrekvens med saknar viktiga områden som gäller barns hälsa och levnadsvillkor.[41]

Statistikdatabaser och index för uppföljning av barns och ungas hälsa

Det finns ett antal olika statistikdatabaser som innehåller data om barns och ungas hälsa. De är dock spridda hos flera aktörer och innehåller till viss del överlappande statistik. Det gäller till exempel Barnombudsmannens databas Max18, Folkhälsomyndighetens Folkhälsostudio, Folkhälsodata och Indikatorslabbet och Socialstyrelsens öppna jämförelser om hälso- och sjukvård.

Därutöver finns några få index som innehåller uppgifter om barns hälsa. År 2014 utvecklade Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) ett barnhälsoindex med avsikten att följa barns hälsa och välmående i åldrarna 0–18 år i olika kommuner. Syftet med barnindex var att tillgängliggöra indikatorer om barns hälsa i kommuner och regioner, men också att väcka diskussionen om vilka data som borde följas kontinuerligt för att kunna uttala sig om hälsa och välbefinnande i befolk-

[39] Folkhälsomyndigheten, *Övervikt, fetma 6–9-åringar,* u.å., www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/4b83de69772549f7ac477979bebd55af/20100-overvikt-fetma-6-9-aringar.pdf (hämtad 2021-05-21).
[40] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, *Skolelevers drogvanor*, 2020, www.can.se/undersokningar/skolelevers-drogvanor/ (hämtad 2021-05-21).
[41] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag avseende Skolbarns hälsovanor*, bilaga 2 (2019).

ningen och för att kunna leda och styra verksamheter. Trots att Sverige har många register och att verksamheter samlar in mängder med data saknas goda indikatorer och utfallsmått kring hur barn och unga mår. Brister finns särskilt när det gäller nationellt heltäckande indikatorer.[42] Barnhälsoindex har dock inte använts för återkommande uppföljningar av barns och ungas hälsa.[43]

4.2 Uppföljningen har ofta fokus på ohälsa

Hälso- och sjukvården har ett lagstadgat ansvar att arbeta för att förebygga ohälsa (3 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen [2017:30]). Att medicinskt förebygga sjukdomar och skador ingår dessutom i definitionen av hälso- och sjukvård (2 kap. 1 § första stycket 1 hälso- och sjukvårdslagen). Begreppet *främja hälsa* uttrycks inte i hälso- och sjukvårdslagen i dag, men utredningen bedömer att det av förarbetena kan utläsas att det som i dag brukar kallas för hälsofrämjande arbete var avsett att ingå i hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta för att förebygga ohälsa. Utredningen föreslår också i sitt delbetänkande att hälso- och sjukvårdens ansvar för att främja hälsa ska förtydligas genom ett tillägg i hälso- och sjukvårdslagen.[44]

De flesta variabler som registreras i både hälsodataregister och kvalitetsregister är diagnosrelaterade och handlar om sjukdom eller skada. Få variabler som registreras är relaterade till hälsa och till faktorer som har påverkan på hälsan, som exempelvis skyddsfaktorer eller riskfaktorer. De flesta variabler är i stället kopplade till en etablerad ohälsa av något slag. Utredningen bedömer att detta förhållningssätt grundar sig på traditionella arbetssätt i hälso- och sjukvården, som innebär att hälso- och sjukvården genomför vårdinsatser när en patient har ett problem med sin hälsa. Hälso- och sjukvårdens personal är utbildad och skolad i att upptäcka sjukdom eller skada och om möjligt genomföra insatser med botande eller lindrande åtgärder. Utformningen av både hälsodataregister och kvalitetsregister har i stor utsträckning utgått från samma princip, vilket innebär att det är patientens sökorsak eller diagnos som initierar en registrering i registret.

[42] Lennart Köhler, *Barnhälsoindex för Sveriges kommuner. En uppsättning indikatorer för barns hälsa.* (Sveriges Kommuner och Landsting, 2014).
[43] Folkhälsomyndigheten, *Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och barnhälsovård. Kartläggning inom uppdraget "Följa och stödja överenskommelsen om ökad tillgänglighet i barnhälsovården"* (2020).
[44] SOU 2021:34, s. 257.

Utredningen bedömer att det även är angeläget att följa uppgifter om hälsa och hälsofrämjande och förebyggande insatser som genomförs i hälso- och sjukvården, utan att uppgifterna är kopplade till en redan etablerad ohälsa. En stor del av ohälsan i befolkningen i stort liksom hos barn och unga kan förebyggas, ju tidigare detta sker desto bättre. En viktig del av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet är att identifiera skyddsfaktorer för hälsa och riskfaktorer för ohälsa.

Hälsofrämjande arbete syftar till att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Ett hälsofrämjande förhållningssätt kännetecknas av ambitionen att identifiera, stärka och ta hänsyn till individens egna resurser för att främja sin hälsa och förebygga och hantera sjukdom.[45]

Hälsofrämjande åtgärder tidigt i livet skapar förutsättningar för en god hälsa hos barn och unga, och är också en långsiktig investering i hållbar fysisk, psykisk och social hälsa för den enskilde. Det lägger även grunden för en långsiktigt socialt och ekonomiskt hållbar hälso- och sjukvård. Ytterligare beskrivning av hälsofrämjande och förebyggande arbete finns i utredningens delbetänkande.[46]

Det är framför allt i de verksamheter som utgörs av mödrahälsovården, barnhälsovården, ungdomsmottagningar och elevhälsans medicinska insatser som det hälsofrämjande arbetet för barn och unga utförs. Utredningen bedömer att det är nödvändigt att följa upp variabler för att kunna följa hälsan och utvärdera de hälsofrämjande åtgärder som ges till barn och unga. Det möjliggör en ökad kvalitet och i förlängningen en jämlik vård. Det är också viktigt att följa att de hälsofrämjande åtgärderna har en önskad effekt och att hälsofrämjande åtgärder med god effekt ges till alla.

4.3 Barn- och ungdomshälsovården behöver ges förutsättningar för sitt kvalitetsarbete

Varje vårdgivare ansvarar för att planera, leda och kontrollera sin verksamhet på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls (3 kap. 1 § patientsäkerhetslag [2010:659]). Alla vårdgivare är också skyldiga att ha ett ledningssystem som ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verk-

[45] Socialstyrelsen, *Vägledning för barnhälsovården* (2014).
[46] SOU 2021:34, s. 260.

samhetens kvalitet (3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete [SOSFS 2011:9]).

De verksamheter som utgör barn- och ungdomshälsovården arbetar på olika sätt med sin kvalitetsutveckling, och har olika förutsättningar. De, och andra verksamheter som arbetar hälsofrämjande och förebyggande, behöver förutsättningar för att kontinuerligt följa upp sitt arbete och höja kvaliteten.[47]

Kvalitetsarbete behöver ske med systematik, med uppföljningar och utvärderingar av verksamheternas arbete och ständiga förbättringar. Genom att ta fram kunskap kring effekter av olika arbetssätt och metoder, och förbättra möjligheten att dela kunskap mellan verksamheter, kan kvaliteten öka, liksom förutsättningarna för en mer jämlik vård.[48]

4.3.1 Kort om kvalitetsarbetet i barn- och ungdomshälsovården

Kvalitetsarbete i mödrahälsovården

I delbetänkandet redogör utredningen för det kvalitetsarbete som sker inom mödrahälsovården. I regionerna finns centrala mödrahälsovårdsenheter där mödrahälsovårdsöverläkare och samordningsbarnmorska ingår. Dessa ska utveckla mödrahälsovårdens verksamhetsområden, utarbeta vårdprogram, genomföra fortbildningsinsatser och förankra ny kunskap i verksamheten. Till uppdraget hör även kvalitetsuppföljning inom upptagningsområdet. De regionala mödrahälsovårdsenheterna har varit viktiga för utvecklingen av och förvaltandet av mödrahälsovårdens uppdrag liksom för implementering av mödrahälsovårdens hälsovårdsprogram. Många centrala mödrahälsovårdsenheter har psykolog och socionom knuten till verksamheten som utvecklings- och fortbildningsresurs. I vissa fall finns också en referensgrupp med representanter för primärvård, kvinnoklinik och andra instanser, beroende på den lokala organisationen, där vårdutveckling diskuteras.[49] Det nationella kvalitetsregistret Graviditetsregistret sam-

[47] Folkhälsomyndigheten, *Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och barnhälsovård. Kartläggning inom uppdraget "Följa och stödja överenskommelsen om ökad tillgänglighet i barnhälsovården"* (2020).
[48] SOU 2021:34, s. 251.
[49] Intressegruppen för mödrahälsovård inom SFOG, samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård, *Mödrahälsovård Sexuell och Reproduktiv Hälsa*. Rapport nr 76 (Publicerad 2008 uppdaterad webbversion 2016).

lar och behandlar information hela vägen från tidig graviditet till och med ett par månader efter förlossningen, exempelvis ultraljud, sjukdomshistoria och information om barnets hälsa. Uppgifter från registret sammanställs i Graviditetsregistrets årsrapporter och ger underlag för nationellt, regionalt och lokalt kvalitetsarbete. Registerdata ger exempelvis information om dels insatser under graviditeten, levnadsvanor och erfarenhet av våldsutsatthet, dels faktorer gällande barnet som vikt, mående vid födseln och om amning vid 4 veckors ålder.[50]

Enligt information från företrädare för Nätverket för samordningsbarnmorskor framkommer att Nätverket för samordningsbarnmorskor, mödrahälsovårdsöverläkare och psykologer för mödrahälsovård samlas på årliga konferenser. Aktuella frågor för kvalitetsarbete nationellt och regionalt diskuteras och gemensamma initiativ tas, ett aktuellt exempel är utvecklingsarbete gällande strategier och struktur för föräldrastöd i grupp och individuellt. Ett ytterligare pågående kvalitetssäkringsarbete är att verka för ett nationellt styrdokument för mödrahälsovårdens uppdrag samt en handbok i likhet med barnhälsovårdens rikshandbok.

Kvalitetsarbete i barnhälsovården

I alla regioner finns en barnhälsovårdsöverläkare och en sjuksköterska som arbetar som vårdutvecklare. Ofta tillhör de en central barnhälsovårdsenhet (CBHV-enhet), som ansvarar för att följa upp och utveckla barnhälsovårdens verksamhet. Många centrala barnhälsovårdsenheter har fler professioner inom barnhälsovården knutna till verksamheten som utvecklings- och fortbildningsresurs. De regionala utvecklingsenheterna för barnhälsovård har varit och är viktiga för utvecklingen av och förvaltandet av barnhälsovårdens uppdrag och innehåll, liksom för utveckling och implementering av det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Kvalitetsuppföljningen och förbättringsarbetet baseras på lokalt, regionalt och nationellt insamlad kunskap om verksamheten inom svensk barnhälsovård och drivs sedan länge av de regionala utvecklingsenheterna för barnhälsovård runt om i landet. Därutöver finns kvalitetsregistret Svenska Barnhälsovårdsregistret,

[50] Graviditetsregistret, *Välkommen till Graviditetsregistret*, u.å., www.medscinet.com/gr/default.aspx (hämtad 2021-05-29) och Graviditetsregistret, *Dokumentarkiv*, u.å., www.medscinet.com/gr/dokumentarkiv.aspx (hämtad 2021-05-29).

BHVQ, som följer täckningsgraden i den svenska barnhälsovården och utgör en grund för kontinuerlig kvalitetsförbättring.[51]

Professionen bildade en gemensam organisation för kunskapsinsamling, kvalitetsuppföljning och kvalitetsförbättring inom barnhälsovården nationellt, i samband med att Vägledning för barnhälsovården och det nationella barnhälsovårdprogrammet togs fram. I dialog med företrädare för barnhälsovården framkommer att i det fortsatta uppföljnings- och förbättringsarbetet finns etablerade nationella utvecklingsgrupper (NUG) som har i uppdrag att följa och främja utvecklingen inom olika kunskapsområden inom barnhälsovården. Exempel på områden är barn som far illa eller misstänks fara illa, föräldraskapsstöd enskilt och i grupp, jämlikt föräldraskap, tillväxt, migration samt implementering av barnhälsovårdsprogrammet. Det finns ett samlande så kallat CBHV-råd, med av CBHV-enheterna utvalda professionsföreträdare, som planerar årliga nationella konferenser och håller ihop NUG:s arbete. Nationellt görs det, efter överenskommelse mellan CBHV-enheterna, gemensamma satsningar på att följa indikatorer avseende dels barns hälsa genom insamling av data gällande barns BMI vid 4 års ålder, dels verksamhet som antal orosanmälningar till och samverkansmöten med socialtjänsten samt uppföljning av implementering av barnhälsovårdsprogrammet. Arbetet har nära koppling till kunskapsstyrningen genom den nationella arbetsgruppen för barnhälsovård (NAG BHV).

Samtliga regioner följer, i olika omfattning, upp barnhälsovården utifrån ett antal indikatorer, flera har en direkt koppling till det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Struktur-, process- och resultatindikatorer, ofta kallade kvalitetsindikatorer eller hälsoindikatorer, används i uppföljningen. Barnavårdscentralerna rapporterar uppgifterna till den centrala barnhälsovårdsenheten, som analyserar och sammanställer rapporten. Uppgifterna hämtas från barnens journaler. Regionerna använder inte samma indikatorer och ibland använder de olika definitioner, varför det inte är möjligt att göra jämförelser mellan regionerna, utan enbart mellan barnavårdscentraler inom en och samma region. Uppgifterna om amning och rökning rapporteras till Socialstyrelsen som sammanställer nationell statistik. Insamlingar av övriga

[51] Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ), *Svenska Barnhälsovårdsregistret, BHVQ*, u.å., http://bhvq.se/svenska-barnhalsovardsregistret-bhvq/ (hämtad 2021-04-09).

uppgifter är regionalt beslutade.[52] Uppgifter gällande vaccinationer lämnas till Folkhälsomyndigheten.

Flera centrala barnhälsovårdsenheter sammanställer i olika omfattning uppföljningen i årsrapporter, varav några delas nationellt. En mer omfattande årsrapport kan innehålla en kartläggning av ett antal indikatorer och andra verksamhetsmått, en fördjupad analys och en handlingsplan framåt.[53] Fokusområden när det gäller indikatorer i rapporterna kan se olika ut och någon nationell modell för struktur och innehåll finns inte. Ett exempel på årsrapport är Västra Götalandsregionens interaktiva årsrapport, Barnhälsovården i Västra Götaland, där rapporter från 2017 till 2020 finns samlade. Data relaterat till verksamhet och barns hälsa på region-, kommun- och barnhälsovårdsnivå finns att tillgå som underlag för regionalt och lokalt kvalitetsarbete.[54]

Kvalitetsarbete i elevhälsans medicinska insatser

I delbetänkandet beskriver utredningen att det finns brister i det systematiska elevhälsoarbetet. Skolinspektionens granskningar visar att elevhälsoarbetet inte alltid styrs med utgångspunkt från en tydlig strategi eller ingår i ett systematiskt utvecklingsarbete. Det saknas i vissa fall elevhälsoplaner eller annan dokumentation över elevhälsans verksamhet. Dessutom saknas nyckel- och processtal som kan ligga till grund för uppföljning av verksamhetens kvalitet. Skolor samlar vanligen in information om elevernas hälsotillstånd genom enkäter och hälsosamtal, men informationen ligger inte alltid till grund för planeringen av hälsofrämjande insatser på generell eller individuell nivå.[55] Det finns också exempel i Västra Götaland och Värmland på regionala och kommunala projekt där elevhälsodata aggregeras utifrån standardiserade frågor.[56]

[52] Folkhälsomyndigheten, *Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och barnhälsovård. Kartläggning inom uppdraget "Följa och stödja överenskommelsen om ökad tillgänglighet i barnhälsovården"* (2020).
[53] Region Skåne, *För jämlik mödra- och barnhälsovård i Skåne. En nulägesrapport och underlag för handling* (2019) och Region Stockholm, Vårdgivarguiden, *Årsrapport för Stockholm 2019* (2019).
[54] Vårdgivarwebben, Västra Götalandsregionen, *Interaktiv årsrapport Barnhälsovården i Västra Götaland*, 2021,
https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZjFmOWMyYjgtNjZhYi00ZDY1LTlmNGMtZjUyN2NkYTlmNzBhIiwidCI6ImZjNjJhMjU1LTQyMjAtNDdlNC05YjVhLTQxOGVlZTMxZGE1ZiIsImMiOjh9.
[55] Skolinspektionen, *Elevhälsa – Elevers behov och skolans insatser*, kvalitetsgranskning rapport 2015:5 (2015).
[56] Region Värmland, *Elevhälsodatabsen – Elsa*, 2019, www.regionvarmland.se/utveckling-tillvaxt/nya-perspektiv/barn-och-familj/elevhalsodatabasen-elsa/ (hämtad 2021-09-01).

Skolinspektionen lyfter fram att det är viktigt att följa upp de hälsofrämjande och förebyggande insatserna i skolan och utvärdera insatsernas effekter för elevernas hälsa. Elevernas utbildning omfattar även deras personliga utveckling, hälsa och välmående. Elevernas hälsa behöver därför, på samma sätt som deras kunskapsresultat, få påverka skolans utvecklingsarbete. Skolinspektionen påpekar att det finns risk för att skolan inte uppmärksammar elever med eventuell tendens till att utveckla psykisk ohälsa i de fall där kunskapsresultaten är goda, om skolan bara följer skolresultat och inte inkluderar hälsa.[57] Om skolan och elevhälsan däremot har en systematiskt utformad plan för sina hälsofrämjande och förebyggande insatser, som omfattas av ett bredare perspektiv, finns större förutsättningar att i tid uppmärksamma, och kunna initiera insatser till elever med eventuell ohälsa, oavsett kunskapsresultat.

Arbetet med att utveckla kvaliteten i elevhälsans medicinska insatser sker i dag i första hand lokalt hos respektive skolhuvudman. I detta ingår bland annat att utveckla lednings- och kvalitetssystem med system för egenkontroll och avvikelsehantering.

Skolsköterskornas riksförening och Skolläkarföreningen har sedan några år tillbaka arbetat med att utveckla kvalitetsmått för elevhälsans medicinska insatser. Kvalitetsmåtten ska ses som ett stöd för vårdgivare, verksamhetschefer, skolläkare och skolsköterskor och bidra till en hög patientsäkerhet och ökad kvalitet med utgångspunkt från de krav som ställs i lagstiftningen.[58] Såvitt utredningen känner till finns i dag ingen uppföljning av hur verksamheterna arbetar med utgångspunkt från dessa kvalitetsmått.

För att stödja utvecklingen av den hälso- och sjukvård som bedrivs i elevhälsans medicinska insatser finns även kvalitetsregistret EMQ, se beskrivning nedan under avsnitt 4.3.2. Registret har i dag en låg täckningsgrad, delvis på grund av att registret inte längre betraktas som ett nationellt kvalitetsregister och av den anledningen inte längre tilldelas ekonomiskt stöd inom ramen för överenskommelse mellan staten och SKR.

Det finns i dag inga formella nationella nätverk för kvalitetsutveckling av elevhälsans medicinska insatser på motsvarande sätt som det finns inom barnhälsovården. Däremot förekommer det, enligt företrä-

[57] Skolinspektionen, *Elevhälsa – Elevers behov och skolans insatser*, kvalitetsgranskning rapport 2015:5 (2015).
[58] Riksföreningen för skolsköterskor och Svenska skolläkarföreningen, *Kvalitetsmått för elevhälsans medicinska insatser (EMI)* (2020).

dare för Skolsköterskornas riksförening, att skolsköterskorna träffas på regional nivå för att bland annat utbyta erfarenheter om frågor som rör likvärdighet och vårdens kvalitet. Utredningen har också fått information om att det finns ett nationellt nätverk för hälsosamtalet i skolan. Nätverket vänder sig till regionala alternativt kommunala företrädare som arbetar med samordning av hälsosamtal i skolan på strukturell nivå, samt Folkhälsomyndigheten och SKR. Nätverket syftar till att utbyta kunskap och erfarenheter mellan kommuner och regioner om utmaningar och identifiera behov av stöd inom området samt om rutiner, praxis, avtal och samverkansmodeller. Syftet är också att öka kunskapen om olika metoder för insamlande av regionala data och att utveckla arbetet med analys och omsättning av hälsodata.[59]

Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07) har föreslagit att det ska vara obligatoriskt för skolans huvudmän att redovisa tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator på skolenhetsnivå.[60] Denna utredning bedömer att en sådan redovisning är nödvändigt men inte tillräckligt för att säkerställa kvaliteten i den verksamhet bedrivs inom elevhälsans medicinska insatser.

Kvalitetsarbete i ungdomsmottagningarnas verksamhet

Enligt en kartläggning som SKR har genomfört om ungdomsmottagningarna behöver kvalitetsarbetet förbättras och en systematik i uppföljning och utvärdering av verksamheternas arbete skapas. Kvalitetsarbetet begränsas också av en varierande tillgång till kunskapscentrum och stödmaterial. Genom att ta fram kunskap kring effekter av olika arbetssätt och insatser, och förbättra möjligheten att dela kunskap mellan mottagningar finns en stor potential att kunna göra verksamheterna mer ändamålsenliga. Tillgången till kunskapsstöd behöver öka liksom kunskapsutbytet mellan ungdomsmottagningar.[61]

Även Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ser behov av gemensamma kunskapsstöd för ungdomsmottagningarnas verksamhet och menar att regionerna bör överväga att ta fram kunskapsstöd

[59] Nationellt nätverk för Hälsosamtalet i skolan, *Nationellt nätverk för Hälsosamtalet i skolan – Avsiktsförklaring* (2018)
[60] SOU 2021:11 *Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning*, s. 545 ff.
[61] Sveriges Kommuner och Regioner, *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa* (2020).

för ungdomsmottagningarnas verksamhet, inom ramen för den nationella strukturen för kunskapsstyrning och tillsammans med kommunerna.[62]

Det finns inget kvalitetsregister eller liknande för den hälso- och sjukvård som bedrivs på ungdomsmottagningar.

Kunskapsstyrningens roll i hälso- och sjukvårdens kvalitetsarbete

Sveriges regioners nationella system för kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården har en viktig roll i hälso- och sjukvårdens kvalitetsutveckling.

I kunskapsstyrningens arbete ingår att utforma kunskapsstöd, uppföljning och analys och stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap. Kunskapsstyrning handlar om att använda bästa tillgängliga kunskap i varje patientmöte och att systematiskt utveckla, dela och omsätta ny kunskap. Uppföljning och analys är en central del av detta arbete. Det behövs analyser utifrån jämlikhet, tillgänglighet och effektivitet, för att kunna följa hälso- och sjukvårdens utveckling och kvalitet, och för att fatta väl underbyggda beslut om utvecklingsbehov. Indikatorer för kvalitet och annan data för uppföljning behöver ständigt utvecklas och presenteras på ett tillgängligt sätt för att det ska vara möjligt. Kunskapsstyrningen bidrar till att hälso- och sjukvården kan ta ett samlat grepp kring struktur i rapportering och analys av utveckling och kvalitet.[63]

I inriktningen för överenskommelsen mellan staten och SKR om en sammanhållen, jämlik och säker vård, framgår att regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning och särskilt de nationella programområden som finns inom det systemet ska samverka med de nationella kvalitetsregistrens huvudmän och registerstyrgrupper. Nationella kvalitetsregister ska vara en integrerad del i den samlade kunskapsstyrningen och uppföljningen av svensk hälso- och sjukvård.[64]

[62] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Kostnadsfria preventivmedel till unga. En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa, rapport 2020:13* (2020).
[63] Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, *Uppföljning och analys*, 2021, https://kunskapsstyrningvard.se/uppfoljningochanalys.656.html (hämtad 2021-07-14).
[64] Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om sammanhållen, jämlik och säker vård 2021.

PrimärvårdsKvalitet

PrimärvårdsKvalitet är ett nationellt system för kvalitetsdata inom primärvården. PrimärvårdsKvalitet lanserades 2016 och omfattar kvalitetsindikatorer samt tekniska lösningar som gör det möjligt att automatiskt sammanställa kvalitetsdata om patienter, sjukdomsgrupper och verksamheten. Genom systemet kan verksamheterna följa sina resultat i syfte att analysera och utveckla verksamheten. I juni 2021 hade 19 av 21 regioner tillgång till data i PrimärvårdsKvalitet. Mödrahälsovården och barnhälsovården ingår rent organisatoriskt i primärvården, men i nuläget ingår inga indikatorer om blivande mödrars eller barns hälsa eller vård i PrimärvårdsKvalitet.[65]

SKR samordnar och projektleder PrimärvårdsKvalitet i nära samarbete med några av primärvårdens professionsföreningar. Systemet finansieras gemensamt av regionerna.[66]

Förslag om kvalitetsuppföljning från Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01)

Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) har föreslagit en ny lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning. Den föreslagna lagen innebär bland annat att personuppgifter får lämnas ut för att behandlas för sådan kvalitetsuppföljning som är tillåten enligt den lagen, utan hinder av patientdatalagen och lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten samt anknytande föreskrifter.[67]

Med kvalitetsuppföljning enligt den föreslagna lagen avses uppföljning av kvaliteten på hälso- och sjukvård som en huvudman ansvarar för enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och insatser för äldre och personer med funktionsnedsättningar som en kommun eller region ansvarar för enligt socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. I den före-

[65] PrimärvårdsKvalitet, *PrimärvårdsKvalitet – ett stöd för kvalitetsarbete i primärvården*, 2021, http://primarvardskvalitet.skl.se/ (hämtad 2021-08-20), PrimärvårdsKvalitet, *Anslutningsgrad*, 2021, http://primarvardskvalitet.skl.se/omprimarvardskvalitet/anslutningsgrad.986.html (hämtad 2021-08-20) och PrimärvårdsKvalitet, *Kvalitetsindikatorer*, 2021, http://primarvardskvalitet.skl.se/kvalitetsindikatorer.1091.html (hämtad 2021-08-20).
[66] Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Primärvårdskvalitet, uppföljning*, 2021, https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/primarvardskvalitetuppfoljning.5977.html (hämtad 2021-06-15).
[67] SOU 2021:4 *Informationsöverföring inom vård och omsorg: delbetänkande*, s. 748–749.

slagna lagen preciseras förutsättningarna för kvalitetsuppföljning, bland annat är det bara fullmäktige i den ansvariga regionen eller kommunen som får besluta om sådan uppföljning.[68]

Kvalitetsuppföljningen ska omfatta sådana åtgärder som på olika sätt syftar till och är ägnade att förbättra eller utveckla vården och omsorgen. Kvalitetsuppföljningar ska kunna göras med personuppgifter från både vårdinstanser och omsorgsgivare, till exempel när det gäller vård- och omsorgsprocesser som involverar både hälso- och sjukvård och socialtjänstinsatser för äldre eller personer med funktionsnedsättningar. Kvalitetsuppföljning ska alltså kunna användas för att följa upp hälso- och sjukvård respektive socialtjänst som regionen eller kommunen ansvarar för, med hjälp av personuppgifter från andra vårdinstanser och omsorgsgivare. Ett typexempel är att en region kan använda kvalitetsuppföljning för att följa upp kostnader och resultat för insatser som utförs av privata vårdinstanser. Motsvarande gäller inom socialtjänst, där en kommun kan följa upp insatser av privata utförare inom dess ansvarsområde. Ett annat tillämpningsområde för kvalitetsuppföljning är att följa upp vårdprocesser med flera vårdinstanser inblandade. Detta är något som enligt Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) är svårare att göra med befintliga kvalitetsregister eftersom 7 kap. 9 § patientdatalagen bara ger vårdgivare möjlighet att ta del av de uppgifter vårdgivaren själv registrerat om sina patienter, men inte uppgifter som andra vårdgivare registrerat om samma patienter. Resultatet av bestämmelsen blir i praktiken att bara den som för kvalitetsregistret, men inte den ansvariga regionen eller kommunen, har möjlighet att använda kvalitetsregistret för att säkra och utveckla resultatet av den sammantagna vård som patienterna har fått.[69]

Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) menar att bland annat ovanstående förutsättningar gör att förslaget om kvalitetsuppföljning har ett annat tillämpningsområde än det för kvalitetsregister. Skillnaden mellan kvalitetsregister och kvalitetsuppföljning beskrivs som att kvalitetsregister tillmötesgår professionens behov av uppgifter för analys, medan kvalitetsuppföljning kan användas av sjukvårdshuvudmannen för att genomföra mer allmänna analyser av kvalitet och kostnadseffektivitet. Kvalitetsuppföljning ska enligt Utredningen om sammanhållen information

[68] SOU 2021:4, s. 334 och s. 503–504.
[69] SOU 2021:4, s. 503–504 och s. 523–526.

inom vård och omsorg (S 2019:01) ses som en ytterligare möjlighet att, vid sidan av den existerande ordningen med kvalitetsregister, göra uppföljning av kvaliteten i hälso- och sjukvård och socialtjänst.[70]

4.3.2 Kvalitetsregister syftar till att främja god kvalitet i hälso- och sjukvården

Kvalitetsregister innehåller strukturerade uppgifter från flera vårdgivare om vad som görs inom hälso- och sjukvården och vilka resultat som nås för varje patient.[71] Genom registren möjliggörs jämförelse inom hälso- och sjukvården på nationell eller regional nivå. Kvalitetsregister skapar därmed förutsättningar för ett systematiskt förbättringsarbete i verksamheterna och kan därför bidra till en ökad kvalitet och en mer jämlik hälso- och sjukvård.[72] Registren startas, byggs upp och drivs av professionerna som använder dem för kontinuerligt förbättringsarbete.[73]

Regleringen av vilka personuppgifter som får finnas i kvalitetsregister ser lite annorlunda ut än för hälsodataregister (se 7 kap. 8 och 8 a §§ patientdatalagen). Det innebär att utformningen av kvalitetsregistren är mer flexibel än utformningen av de författningsreglerade hälsodataregistren, och att de kan innehålla många, specifika variabler. Det är också möjligt för patienten att motsätta sig behandling av hans eller hennes personuppgifter i ett kvalitetsregister (7 kap. 2 § patientdatalagen) och det är frivilligt för vårdgivare att rapportera till kvalitetsregister. En fördjupad beskrivning av regleringen av kvalitetsregister lämnas i kapitel 3, Gällande rätt.

Täckningsgraden, det vill säga hur stor andel av den avsedda populationen som återfinns i registret, varierar hos de olika kvalitetsregistren. Täckningsgraden är av central betydelse för trovärdigheten i ett registers utdata, och den påverkar hur olika typer av indikatorer kan

[70] SOU 2021:4, s. 523–526.
[71] Hanna Sjöberg, ”Vad är ett nationellt kvalitetsregister”, I *Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården*, red. Gunilla Jacobsen Ekman, Bertil Lindahl och Annika Nordin (Stockholm: Karolinska Institutet University Press, 2014), s. 11.
[72] Kjell Asplund, ”Kvalitetsmätning inom hälso- och sjukvården”, i *Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården*, red. Gunilla Jacobsen Ekman, Bertil Lindahl och Annika Nordin (Stockholm: Karolinska Institutet University Press, 2014), s. 25.
[73] Hanna Sjöberg, ”Kvalitetsregistrens organisering”, i *Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården*, red. Gunilla Jacobsen Ekman, Bertil Lindahl och Annika Nordin (Stockholm: Karolinska Institutet University Press, 2014), s. 38.

och bör tolkas.[74] Det finns också stora skillnader i anslutningsgrad mellan registren. Anslutningsgrad avser andelen rapporterande verksamheter som registret omfattar.[75] Det är i dagsläget betydande skillnader när det gäller täcknings- och anslutningsgrad i kvalitetsregistren för barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter, detta beskrivs närmare för respektive register nedan. Utredningen bedömer att den låga anslutningsgraden och därmed täckningsgraden i några av de befintliga registren medför begränsade möjligheter att på nationell nivå följa barn- och ungdomshälsovårdens utformning och innehåll genom kvalitetsregistren.

Anslutning till kvalitetsregister kräver ett förberedande arbete från vårdgivaren, bland annat för att tillhandahålla en teknisk infrastruktur som ger åtkomst till information i journalen. För flera kvalitetsregister, däribland kvalitetsregistren för barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter, överförs kvalitetsdata automatiskt, direkt från anslutna journalsystem. Anslutande vårdgivare ansvarar för kostnader som uppkommer gentemot kvalitetsregistrets it-leverantör vid anslutning till registret.

Det primära syftet med kvalitetsregistren är att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet (7 kap. 4 § patientdatalagen). Så länge personuppgifter har tagits in i ett kvalitetsregister för detta primära ändamål är det möjligt att även använda personuppgifterna för angivna sekundära ändamål, bland annat statistikframställning och forskning inom hälso- och sjukvården (7 kap. 5 § patientdatalagen). Personuppgifterna i nationella och regionala kvalitetsregister ska dock gallras när de inte längre behövs för det primära ändamålet (7 kap. 10 § första stycket patientdatalagen). En arkivmyndighet inom en region eller en kommun till vilken den personuppgiftsansvariga myndigheten hör får dock föreskriva att personuppgifter i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister som förs inom regionen eller kommunen får bevaras för arkivändamål av allmänt intresse, vetenskapliga eller historiska forskningsändamål eller statistiska ändamål (7 kap. 10 § andra stycket patientdatalagen). Utredningen bedömer därför att kvalitetsregistren inte möjliggör nationell uppföljning över långa tidsperioder av extern part när det gäller barn- och ungdomshälsovårdens utformning och innehåll.

[74] Nationella Kvalitetsregister, *Beräkning av täckningsgrad*, 2021, https://kvalitetsregister.se/drivaregister/valideringshandbok/berakningavtackningsgrad.1920.html (hämtad 2021-05-29).
[75] Socialstyrelsen, *Täckningsgrader för Nationella kvalitetsregister 2020* (2020).

Nationella kvalitetsregister

I dag finns det omkring 100 nationella kvalitetsregister i landet som finansieras genom gemensamt ekonomiskt stöd från hälso- och sjukvårdshuvudmännen och staten.[76] I september 2011 tecknade staten och SKR en överenskommelse om en gemensam satsning under 2012–2016 för att utveckla de nationella kvalitetsregistren så att deras potential för vårdens utveckling kunde realiseras.[77] Finansieringen regleras fortfarande i årliga överenskommelser mellan staten och SKR. Under 2021 omfattar satsningen cirka 87 miljoner kronor från staten och 100 miljoner kronor från regionerna.[78]

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys slutförde under 2017 en utvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister. Den samlade bedömningen var att registrens kvalitet hade förbättrats, men att flera av de problem som fanns före satsningen kvarstod. Det handlade bland annat om att det krävs omfattande resurser för att rapportera in data och att det är svårt för vårdens medarbetare att analysera och använda information från registren för lokalt förbättringsarbete. Vidare täcker de nationella kvalitetsregistren bara vissa delar av hälso- och sjukvården och omsorgen. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys framhöll att ett framtida arbete bör inriktas mot en mer samlad infrastruktur för information som kan möta olika intressenters behov av information om vårdens kvalitet på ett ändamålsenligt sätt. Myndigheten rekommenderade också att regeringen, fram tills att en ny samlad informationsinfrastruktur finns på plats, bör säkerställa att de befintliga nationella kvalitetsregistrens kvalitet minst bibehålls på nuvarande nivå så den nytta som de har kan tillvaratas.[79] Dessa slutsatser har påverkat inriktningen för parternas fortsatta insatser och finansiering av kvalitetsregistersystemet i överenskommelserna för 2018, 2019, 2020 och 2021.[80] Regeringen bereder för närvarande en promemoria om statsbidrag för kvalitetsregisterverksamhet vid regionala registercentrum och regionala cancercentrum. Det föreslagna

[76] Sveriges Kommuner och Regioner, *Om Nationella Kvalitetsregister*, 2021, https://skr.se/kvalitetsregister/omnationellakvalitetsregister.52218.html (hämtad 2021-06-10).
[77] Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om utvecklingen och finansieringen av Nationella Kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012–2016.
[78] Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om sammanhållen, jämlik och säker vård 2021.
[79] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Lapptäcke med otillräcklig täckning – Slututvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister. Rapport 2017:4* (2017).
[80] *Ett nytt statsbidrag för kvalitetsregisterverksamhet* promemoria från Socialdepartementet (dnr S2020/08974/FS).

statsbidraget är tänkt att finansiera verksamhet vid regionala registercentrum och regionala cancercentrum som ska utveckla och upprätthålla infrastruktur för kvalitetsregister. I förslaget till ny förordning framgår att kvalitetsregister som erbjuds stöd genom de regionala register- och cancercentrumen ska ha hög täckningsgrad och bedriva ett arbete för att göra data tillgänglig för andra aktörer i forsknings- och utvecklingssyfte. Förslaget har varit ute på remiss under våren 2021.[81]

Det finns en nationell ledningsfunktion för Nationella Kvalitetsregister som ska säkra att kvalitetsregistren i så stor utsträckning som möjligt bidrar till att uppfylla den vision och de fastställda mål som finns i överenskommelsen mellan SKR och staten om nationella kvalitetsregister. Ledningsfunktionen är partssammansatt och består av representanter från regionerna, kommunerna, staten och SKR.[82] För att stödja kvalitetsregistren under start, drift, förbättringsarbete och resultatanalys finns en registercentrumorganisation (RCO) i varje sjukvårdsregion. Hos vårdgivarna finns registerhållare och registerstyrgrupp. Den centralt personuppgiftsansvariga myndigheten (CPUA) är ansvarig för lagring av de uppgifter som kvalitetsregistren samlar in och ansvarar därmed för säkerhetsfrågor och för att felaktiga uppgifter i registret rättas.[83]

Kvalitetsregister för hälsovårdande verksamheter för barn och unga

Utredningen har fokuserat på de kvalitetsregister som följer hälsovårdande verksamheter för barn och unga då de är mest relevanta utifrån utredningens uppdrag. Det är främst barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter, men även tandvården som har ett omfattande hälsofrämjande och förebyggande uppdrag för barn och unga. Dessa kvalitetsregister beskrivs närmare nedan. Det finns även andra kvali-

[81] *Ett nytt statsbidrag för kvalitetsregisterverksamhet* promemoria från Socialdepartementet (dnr S2020/08974/FS).
[82] Nationella Kvalitetsregister, *Aktörer med nationella uppdrag inom kvalitetsregisterorganisationen*, 2021, https://skr.se/kvalitetsregister/drivaregister/utbildningomnationellakvalitetsregister/2organisationochroller/aktorermednationellauppdraginomkvalitetsregisterorganisationen.44662.html (hämtad 2021-06-15).
[83] Nationella Kvalitetsregister, *Centralt personuppgiftsansvar (CPUA)*, u.å., https://skr.se/kvalitetsregister/drivaregister/utbildningomnationellakvalitetsregister/3juridikochetik/centraltpersonuppgiftsansvarcpua.44700.html (hämtad 2021-06-15) och prop. 2007/08:126 *Patientdatalag m.m.*, s. 183.

tetsregister som omfattar barn, bland annat Neonatalregistret (SNQ), Barnobesitasregister i Sverige (BORIS), Svenska barnreumaregistret och Nationellt kvalitetsregister för barn- och ungdomspsykiatri (Q-bup).

Graviditetsregistret

Graviditetsregistret är ett nationellt kvalitetsregister som består av arbetsgrupperna för mödrahälsovård, fosterdiagnostik och förlossning. Graviditetsregistret är en sammanslagning av kvalitetsregistren för mödrahälsovård, fosterdiagnostik och förlossningsvård. Mödrahälsovårdsregistret har funnits sedan 1999 och registret för fosterdiagnostik sedan 2010. Karolinska universitetssjukhuset är personuppgiftsansvarig och ansvarig myndighet för registret.

I Graviditetsregistret samlas information från tidig graviditet till och med ett par månader efter förlossningen. Uppgifter som ingår är till exempel ultraljud, sjukdomshistoria, självskattad hälsa och information om barnets tidiga tillstånd. Data till registret hämtas från standardiserade, elektroniska journalsystem vilka omfattar de flesta gravida som skrivs in på mödrahälsovården och har därmed en hög täckningsgrad. 2019 registrerades ungefär 91 procent av alla förlossningar i registret från journalsystemen. Data överförs varje dag. Genom snabb återkoppling av data och resultat via Graviditetsregistret skapas förutsättningar för förbättringsarbeten i verksamheterna. Registret är också källa för forskning inom området graviditet och förlossning.[84]

Graviditetsregistret har under de senaste åren arbetat fram Graviditetsenkäten tillsammans med SKR, Nationell Patientenkät, Bristningsregistret, Svenska Barnmorskeförbundet och SFOG- Svenska föreningen för obstetrik och gynekologi. Enkäten finns på sju språk och undersöker kvinnors hälsa och upplevelser av vården under graviditet, förlossning och eftervård. Den skickas sedan december 2020 ut via 1177 från graviditetsregistret vid tre tillfällen, i graviditetsvecka 25, åtta veckor efter förlossning och ett år efter förlossning. SKR har tagit fram två rapporter som redovisar de övergripande,

[84] Graviditetsregistret, *Detta är Graviditetsregistret*, u.å., www.medscinet.com/gr/omregistret.aspx (hämtad 2021-08-20).

nationella resultaten.[85] Graviditetsregistret kartlägger också årligen mödrahälsovårdens struktur genom en nationell enkät, med frågor om organisationstillhörighet, fördelning av antal barnmorsketjänster per mottagning och antal inskrivna per heltids barnmorsketjänst.[86]

Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ)

Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ) startade 2011 och samlar personuppgifter under de år som barn har kontakt med barnhälsovården, från födseln och upp till 5 års ålder. Registret utgör en grund för ett kontinuerligt förbättringsarbete inom barnhälsovården och ger möjlighet att följa utvecklingen av hälsoläget bland barn nationellt, regionalt och på lokal nivå samt att mäta föräldrarnas och barnens uppfattning om barnhälsovården via så kallad PREM-data. I registret samlas uppgifter in till exempel om amning, tobaksrökning, vaccinationer, besök, längd, vikt, undersökningar av språkutveckling, hörsel- och synförmåga och skickade remisser. Region Östergötland är centralt personuppgiftsansvarig myndighet för BHVQ.[87]

Arbetet med att utveckla kvalitetsmått inom BHVQ kan enligt företrädare för registret inte jämföras med de kvalitetsregistersystem som finns för övrigt inom sjukvården. Barnhälsovårdens mått grundar sig på antaganden om långsiktiga allmänna hälsoeffekter baserat på insatser i barnhälsovårdsprogrammet men också på antaganden om att tillgång till vissa resurser ger förutsättningar för hög kvalitet, till exempel genomförande av screening för postnatal depression hos mödrar, eller tillgång till personal med rätt utbildning. Genom nationella jämförelser skapas incitament för verksamheterna att tillhandahålla en jämlik barnhälsovård över hela landet.[88]

Registret utgår från principen i barnkonventionen om barnets rättigheter som innebär att konventionsstaterna ska säkerställa att föräldrar och barn får undervisning om barnhälsovård. Det är därför en viktig uppgift för BHVQ att följa täckningsgraden, hur stor andel

[85] Sveriges Kommuner och Regioner, *Graviditetsenkäten. Resultat 1 december 2020 – 31 mars 2021*, 2021, https://rapporter.skr.se/graviditetsenkaten.html (hämtad 2021-06-15).
[86] Graviditetsregistret, *Graviditetsregistrets årsrapport 2019*, (2020).
[87] Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ), *Svenska Barnhälsovårdsregistret, BHVQ*, u.å., http://bhvq.se/svenska-barnhalsovardsregistret-bhvq/ (hämtad 2021-06-16).
[88] Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ), *Svenska Barnhälsovårdsregistret, BHVQ*, u.å., http://bhvq.se/svenska-barnhalsovardsregistret-bhvq/ (hämtad 2021-06-16).

av barnpopulationen som får tillgång till den generella barnhälsovården.[89]

Målpopulationen för BHVQ är alla folkbokförda barn 0–5 år i Sverige. Anslutningsgraden för registret är enligt BHVQ:s årsrapport 2019 7,5 procent av samtliga barnhälsovårdsenheter i Sverige och består av regionerna Dalarna och Jönköping. Sedan oktober 2020 registrerar också Region Sörmland data till BHVQ.[90] Anslutningsprojekt pågår i ytterligare sju regioner och planeras i ytterligare åtta regioner.[91] Enligt uppgift från företrädare för BHVQ är många regioner intresserade av att ansluta sig men väntar på att finansieringen ska vara säkrad. Detta beskrivs närmare under egen rubrik lite längre ned.

BHVQ är utvecklat för automatiserad datainsamling direkt från digitala journalsystem till registret, enligt nationellt överenskommen informationsstruktur. På så sätt kan dubbeldokumentation undvikas, vilket underlättar administreringen av dessa uppgifter. Registret tillåter också ett webbaserat registerformulär som tillfällig lösning, förutsatt att regionen har för avsikt att övergå till automatiserad datainsamling i framtiden.

Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insats (EMQ)

Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insats (EMQ) har funnits sedan 2015. Registret följer och utvärderar barns och ungas hälsa och utveckling i skolåldrarna, genom automatiserad överföring av data från journal till EMQ. Registret möjliggör öppna jämförelser av elevhälsans medicinska insatser för att utvärdera om tillgång till sådana insatser är likvärdig på nationell nivå. Region Östergötland är centralt personuppgiftsansvarig myndighet för EMQ.[92]

Uppgifter om hälsa samlas in för barn och unga i förskoleklass och årskurs 1, 2, 4, 7 eller 8 i grundskolan och år 1 i gymnasieskolan. Avsikten är att alla skolformer ska komma att ingå, men arbetet har ännu inte kommit så långt enligt företrädare för kvalitetsregistret. Tanken är att ett utbyggt register ska täcka hela populationen skolbarn upp

[89] Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ), *Om BHVQ*, u.å., http://bhvq.se/om-bhvq/ (hämtad 2021-05-17).
[90] Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ), *Årsrapport 2019* (2020).
[91] Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ), *Svenska Barnhälsovårdsregistret*, u.å., http://bhvq.se/ (hämtad 2021-05-21).
[92] Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insats (EMQ), *Registerbeskrivning* (u.å.).

till 18 år, vilket motsvarar 1,4 miljoner skolbarn. Registret kan presentera utfallsdata för riket, län, kommun och per skolenhet.[93]

Variabler som registreras i EMQ är längd, vikt och resultat från rygg-, syn- och hörselundersökningar. Dessutom registreras vaccinationer och remisser för identifierade avvikelser för den fysiska hälsan vid givna åldrar.[94] Mot bakgrund av den ökande psykiska ohälsan hos barn och unga har EMQ tillsammans med professionen därutöver tagit fram variabler som rör den psykosociala hälsan. Variablerna bygger på frågor inom tio hälsoområden. Dessa är sömn, magont, huvudvärk, allmänt mående, frukostvanor, nedstämdhet, fysisk aktivitet, trivsel i skolan, någon att prata med och stress.[95] EMQ arbetar löpande med att kvalitetssäkra och utveckla frågorna och variablerna.

Socialstyrelsen har under 2020 haft regeringens uppdrag att lämna förslag om och hur data som samlas in till EMQ skulle kunna samlas in av Socialstyrelsen. I uppdraget ingår att analysera förutsättningarna för datainsamlingen, samt lämna förslag på lösning i de fall det finns juridiska, tekniska eller praktiska hinder för datainsamlingen.[96] I dialog med Socialstyrelsen har framkommit att myndigheten bedömer att data som samlas in av EMQ inte kan hanteras inom ramen för hälsodataregister. Det beror bland annat på att elevhälsans medicinska insatser inte är regional hälso- och sjukvård och därmed inte inryms inom patientregistret. Dessutom innehåller EMQ uppgifter om hälsa som inte är kopplad till diagnos, till exempel tillväxt och mående, vilket inte inryms i förordningen när det gäller vilka uppgifter som får samlas in. Vissa av uppgifterna lämnas av eleverna själva, bland annat genom en enkät om psykosocial hälsa. Denna typ av uppgifter lämpar sig enligt Socialstyrelsen inte heller för ett hälsodataregister som bygger på uppgiftsskyldighet i stället för samtycke.

I maj 2021 var sex kommuner anslutna och cirka 45–50 kommuner var klara att ansluta sig till EMQ. Det finns även många regioner är intresserade av att ansluta sig till registret.[97] I avvaktan på besked om finansiering har styrgruppen för EMQ beslutat att inga nya an-

[93] Folkhälsomyndigheten, *Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och barnhälsovård. Kartläggning inom uppdraget "Följa och stödja överenskommelsen om ökad tillgänglighet i barnhälsovården"* (2020).
[94] Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insats (EMQ), *Variabellista* (u.å.).
[95] Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insats (EMQ), *Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insats – Årsrapport EMQ 2018,* (2019).
[96] Regleringsbrev avseende budgetåret 2020 för Socialstyrelsen (S2020/03087/RS).
[97] Nationella kvalitetsregistret för elevhälsans medicinska insats (EMQ), *Verksamhetsberättelse 2020* (2021).

slutningar kommer att genomföras. Oklarheterna kring finansieringen beskrivs närmare nedan.

Det har gjorts olika bedömningar av om BHVQ och EMQ kan vara nationella kvalitetsregister

Kvalitetsregistren BHVQ och EMQ har sedan 2013 respektive 2015 finansierats inom överenskommelsen om stöd till nationella kvalitetsregister.[98] I oktober 2019 antog Ledningsfunktionen för Nationella Kvalitetsregister en promemoria om vilka kriterier som gäller för att ett kvalitetsregister ska kunna definieras som ett nationellt kvalitetsregister inom ramen för överenskommelsen.[99] Till dessa kriterier hör att kvalitetsregister ska följa upp vård och behandling för specifika och enstaka diagnoser, avse en avgränsad population, inte innehålla generella inklusionskriterier för patienter och inte ha andra primära intressenter för återkoppling av resultat eller för insamling av uppgifter än anslutna vårdgivare.[100] Vid samma tillfälle beslutade Ledningsfunktionen för Nationella Kvalitetsregister att BHVQ och EMQ inte utgör nationella kvalitetsregister enligt kriterierna i promemorian.[101] Av en promemoria från oktober 2020 framgår att Stödfunktionen för Nationella Kvalitetsregister inte utesluter att hälsovård och andra förebyggande åtgärder kan rymmas inom begreppet kvalitetsregister och där själva åtgärden kan utgöra ett mått på individuella förebyggande insatser. Enligt Stödfunktionen för Nationella Kvalitetsregister måste det dock alltjämt röra sig om en specifik diagnos som ska förebyggas genom individuella insatser.[102]

Region Östergötland, som är centralt personuppgiftsansvarig för EMQ och BHVQ, har i skrivelser till ledningsfunktionen lyft fram att de ändamål som är satta för EMQ och BHVQ handlar om utveckling och förbättring av elevhälsovården respektive barnhälsovården i Sverige. Region Östergötland anser därmed att både EMQ och BHVQ följer patientdatalagens bestämmelse om att regionala och nationella

[98] Folkhälsomyndigheten, *Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och barnhälsovård. Kartläggning inom uppdraget "Följa och stödja överenskommelsen om ökad tillgänglighet i barnhälsovården"* (2020).
[99] Ledningsfunktionen för Nationella Kvalitetsregister, *Protokoll Ledningsfunktionens möte 2019-10-17.*
[100] Stödfunktionen för Nationella Kvalitetsregister, *Överväganden om kriterier för kvalitetsregister enligt 7 kap. patientdatalagen* (2019) och *Svenska Barnhälsovårdsregistret (*2020).
[101] Ledningsfunktionen för Nationella Kvalitetsregister, 2019-10-17.
[102] Stödfunktionen för Nationella Kvalitetsregister, 2020.

kvalitetsregister ska ha ändamålet att utveckla och säkra vårdens kvalitet.[103]

Folkhälsomyndigheten gör en liknande bedömning. Enligt Folkhälsomyndigheten behöver verksamheter som arbetar hälsofrämjande och förebyggande med barn och elever uppgifter för kvalitetsuppföljning och verksamhetsutveckling, och BHVQ och EMQ har byggts upp för detta ändamål.[104] Enligt Folkhälsomyndigheten har Ledningsfunktionen för Nationella Kvalitetsregisters beslut om att BHVQ och EMQ inte uppfyller kriterierna för nationella kvalitetsregister skapat otydlighet och osäkerhet om registrens juridiska status. Folkhälsomyndighetens bedömning är att beslutet medför att regioner och kommuner inte kommer att fortsätta ansluta sig till registren och att omfattande och kostsamma pilot- och anslutningsprojekt kommer att avstanna.[105] I samtal med utredningen har företrädare för EMQ och BVHQ bekräftat att ledningsfunktionens beslut har fått betydande konsekvenser för registren, särskilt när det gäller anslutningsgraden. Det är många vårdgivare som är intresserade av att ansluta sig till registren men som avstår i avvaktan på att finansieringen av registren ska vara säkrad.

I utredningens dialoger med företrädare för andra kvalitetsregister har det framkommit att ledningsfunktionens beslut och stödfunktionens promemoria även har fått avgörande betydelse för deras uppfattning om möjligheterna att behandla personuppgifter om hälsofrämjande och förebyggande insatser i kvalitetsregister. Enligt utredningen framstår det därför som angeläget att frågan utreds och att möjligheterna förtydligas.

Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPa)

Som beskrivs i utredningens delbetänkande är tandvården en verksamhet som möter de allra flesta barn och unga i Sverige. Inom tandvården bedrivs ett omfattande hälsofrämjande arbete. Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPa) bildades 2008 och är Sveriges

[103] Region Östergötland, *Rättsutredning av Nationellt Kvalitetsregister för Elevhälsans medicinska insats (EMQ)* (2019) och *Rättsutredning av Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ)* (2019).
[104] Folkhälsomyndigheten, *Nationella kvalitetsregister för barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser (*2019-12-05).
[105] Folkhälsomyndigheten, *Nationella kvalitetsregister för barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser* (2019-12-05).

enda kvalitetsregister för tandvård. SKaPas syfte är att förbättra och utveckla vårdens kvalitet och behandlingsresultat för såväl sjukdomsförebyggande som sjukdomsbehandlande åtgärder avseende tandsjukdomarna karies och parodontit (samlingsnamnet för tandköttsinflammationer). Kvalitetsregistret innehåller uppgifter om barns och vuxnas tandhälsa med betoning på kariesförekomst och behandling samt parodontit. Registret avser att omfatta alla tandvårdspatienter, alla besök, alla tillståndskoder och alla åtgärder. I nuläget rapporterar alla folktandvårdsorganisationer till registret och runt 150 privatmottagningar inom Praktikertjänst. Det går inte att använda begreppet täckningsgrad på samma sätt som för kvalitetsregister för övrig hälso- och sjukvård, eftersom tandvårdens verksamhet är organiserad och uppbyggd på ett annat sätt än övrig hälso- och sjukvård. Om man beräknar andelen barn och ungdomar i relation till befolkningsdata blir täckningsgraden cirka 90 procent.[106]

4.4 Informationsdelning inom hälso- och sjukvården och mellan vård- och omsorgsverksamheter brister

Införandet av vårdinformationssystem har effektiviserat informationshanteringen i hälso- och sjukvården och bidragit till att förenkla informationsutbytet inom och mellan olika vårdgivare. I dag är i stort sett alla delar av hälso- och sjukvårdens verksamheter digitaliserade i betydelsen att man har elektronisk journalföring och samtliga huvudmän har en etablerad informationsstruktur. Samtidigt finns ett antal utmaningar som påverkar förutsättningarna för informationsdelning i hälso- och sjukvården. Sammanfattningsvis brukar dessa utmaningar beskrivas i termer av juridiska, tekniska, semantiska samt organisatoriska och kulturella frågor.[107]

De *juridiska* frågorna handlar om vilka rättsliga förutsättningar som styr hur vårdinformation får delas inom och mellan olika vårdgivare och skyddet för den enskildes integritet.[108]

[106] Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit (SkaPa), *Verksamhetsberättelse för 2020 – Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit* (2021).
[107] Socialstyrelsen, *Att kunna följa patientens väg genom vården – Sätt att koppla samman vårdhändelser i patientens vårdprocess, rapport februari 2019* (2019), SOU 2016:2 *Effektiv vård*, s. 288 ff. och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Ändamålsenliga journalsystem i primärvården – lärdomar från läkarnas perspektiv*, PM 2016:7 (2016).
[108] Socialstyrelsen, *Att kunna följa patientens väg genom vården – Sätt att koppla samman vårdhändelser i patientens vårdprocess, rapport februari 2019* (2019) och SOU 2016:2, s. 288 ff.

De *tekniska* frågorna handlar bland annat om vårdinformationssystemens funktionalitet, överskådlighet, struktur, användarvänlighet och förutsättningarna för olika system inom hälso- och sjukvården och omsorgen att kommunicera med varandra både inom en vårdgivare och över vårdgivargränser. Det finns en mångfald av vårdinformationssystem för dokumentation inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten som inte kommunicerar med varandra.[109]

Det är också kostsamt att koppla samman olika vårdinformationssystem. Inera drar slutsatsen att alla regioner måste tillföra ytterligare medel för att uppnå målen i Vision e-hälsa 2025 som beskrivs närmare under avsnitt 4.5.1 i detta kapitel. Inera redovisar att it-kostnaderna hos regionerna i relativa tal har varit stabila sedan 2004 på cirka 2,8–2,9 procent av omsättningen. År 2019 var andelen 2,98 procent.[110] Motsvarande aggregerade siffror för kommunens it-investeringar saknas.

De *semantiska* frågorna handlar om utvecklingen och användningen av standardiserade termer och begrepp med bakomliggande kodverk i de olika vårdinformationssystemen. Detta inbegriper både informationsstruktur och dokumentationsstruktur för vårdinformationssystemen.[111]

De *organisatoriska och kulturella* frågorna handlar både om verksamheternas processer och arbetssätt och enhetlig och korrekt dokumentation. För en ändamålsenlig samverkan krävs gemensamma mål och förmåga att samordna sina processer över verksamhetsgränser, både inom och mellan hälso- och sjukvården och omsorgen. Den låga personkontinuiteten i dagens hälso- och sjukvård ställer också höga krav på informationssystemen.

Sverige var tidigt ute med att digitalisera vården. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har tidigare lyft fram det som en möjlig förklaring till att systemen inte alltid fungerar ändamålsenligt. Dessutom använder regioner olika system, och även inom deras respektive verksamheter används i vissa fall olika system, vilket försvårar kommunikationen och överföringen av vårdinformation mellan dem.[112]

För att utveckla ändamålsenliga vårdinformationssystem som är anpassade till de behov som finns i dagens hälso- och sjukvård, och där

[109] Socialstyrelsen, *Att kunna följa patientens väg genom vården – Sätt att koppla samman vårdhändelser i patientens vårdprocess, rapport februari 2019* (2019) och SOU 2016:2, s. 288 ff.
[110] Lars Jerlvall och Thomas Pehrsson, *eHälsa och IT i regionerna, maj 2020* (2020).
[111] Socialstyrelsen, *Att kunna följa patientens väg genom vården – Sätt att koppla samman vårdhändelser i patientens vårdprocess, rapport februari 2019* (2019) och SOU 2016:2, s. 288 ff.
[112] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Ändamålsenliga journalsystem i primärvården – lärdomar från läkarnas perspektiv*, PM 2016:7 (2016).

information kan tolkas och delas mellan vård- och omsorgsgivare, krävs ett helhetsperspektiv på de tekniska, juridiska, semantiska och kulturella frågorna och gemensamma investeringar från berörda aktörer.[113] Olika processer i verksamheterna och olika system behöver utgå från samma förutsättningar för att kunna fungera tillsammans och kommunicera med varandra, detta kallas interoperabilitet.

4.4.1 Juridiska möjligheter till informationsdelning finns redan i dag

Som huvudregel gäller sekretess och tystnadsplikt i hälso- och sjukvården för uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden (25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen [2009:400], OSL, och 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen [2010:659]). Inom en vårdgivare kan personal dock ta del av information om patienten, om personalen deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården (4 kap. 1 § patientdatalagen [2008:355]). Möjligheterna att dela personuppgifter om patienter mellan olika vårdgivare, exempelvis mellan verksamhet i regionens regi och vårdgivare som finansieras av regionen men drivs i privat regi, är alltså mer begränsade än möjligheterna att dela personuppgifter mellan personal inom en och samma vårdgivare. Utredningen konstaterar därmed att förutsättningar för informationsdelning i en region påverkas av hur stor del av verksamheten som bedrivs i regionens egen regi. Det är också något som framhållits av andra utredningar.[114]

Vissa möjligheter att dela uppgifter mellan vårdgivare finns dock, exempelvis kan reglerna om sammanhållen journalföring tillämpas (se 6 kap. patientdatalagen). Det krävs för att uppgifterna ska få vara tillgängliga mellan olika vårdgivare genom direktåtkomst. Mellan olika vårdgivare kan information delas även på andra sätt, exempelvis om patienten har gett sitt samtycke till det (10 kap. 1 § OSL). Beskrivningar om sekretess, tystnadsplikt, sekretessbrytande bestämmelser och undantag finns i kapitel 3, Gällande rätt.

När det gäller informationsdelning mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården måste det som huvudregel föregås av en utlämnandeprövning. På motsvarande sätt som hälso- och sjukvårdssekretessen,

[113] SOU 2016:2 *Effektiv vård: slutbetänkande*, s. 288 ff.
[114] SOU 2014:23 *Rätt information på rätt plats i rätt tid*, s. 297–299.

gäller sekretess inom socialtjänsten för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men (26 kap. 1 § OSL). Några av de sekretessbrytande bestämmelser och undantag som beskrivs i kapitel 3, Gällande rätt, gäller också för den sekretess som gäller i socialtjänsten. Exempelvis kan uppgifter som utgångspunkt lämnas mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården med stöd av den enskildes samtycke. Det finns dock inte någon möjlighet som motsvarar sammanhållen journalföring inom socialtjänsten eller mellan hälso- och sjukvården och socialtjänstens verksamheter. Lagförslag om att möjliggöra det i vissa avseenden har däremot nyligen presenterats av Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01).[115]

4.4.2 Tekniska förutsättningar för informationsdelning

Utveckling av e-hälsospecifikationer bidrar till tekniska lösningar

För att underlätta informationsutbyte inom och mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst har E-hälsomyndigheten regeringens uppdrag att sammanställa, tillgängliggöra och förvalta gemensamma nationella e-hälsospecifikationer.[116] E-hälsospecifikationerna ger förutsättningar för olika vårdinformationssystem att kommunicera med varandra.[117]

I E-hälsomyndighetens arbete ingår att bygga en teknisk lösning som tillhandahåller e-hälsospecifikationer på ett användarvänligt sätt och att utarbeta ett förslag till hur denna funktion kan förvaltas långsiktigt. Dessutom ingår att definiera gemensamma begrepp inom området, som behövs för att tillsammans med andra kriterier fungera som stöd för bedömning av när och varför en specifikation ska räknas som nationell och gemensam.[118]

På uppdrag av regeringen har E-hälsomyndigheten gjort en fördjupad analys av vilka områden och stödstrukturer som behöver ut-

[115] SOU 2021:4 *Informationsöverföring inom vård och omsorg,* s. 43 ff.
[116] Regeringsuppdrag till E-hälsomyndigheten, *Uppdrag att tillgängliggöra och förvalta gemensamma nationella specifikationer* (dnr S2019/01521/FS).
[117] E-hälsomyndigheten, *Sammanställa gemensamma e-hälsospecifikationer och definiera begrepp,* 2021, www.ehalsomyndigheten.se/om-e-halsa/nationella_gemensamma_specifikationer/sammanstalla/ (hämtad 2021-06-09).
[118] E-hälsomyndigheten, *Sammanställa gemensamma e-hälsospecifikationer och definiera begrepp,* 2021, www.ehalsomyndigheten.se/om-e-halsa/nationella_gemensamma_specifikationer/sammanstalla/ (hämtad 2021-06-09).

vecklas ytterligare, för att underlätta det dagliga arbetet med specifikationer i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Analysen visar att det finns stödstrukturer men att det saknas en samordning av dem och att det finns brister när det gäller stöd, styrning, utveckling och användning av e-hälsospecifikationer. E-hälsomyndigheten förordar en nationell aktör som får mandat att driva på utvecklingen, prioritera och fatta nödvändiga beslut samt finansiera utvecklingen av e-hälsospecifikationer. E-hälsomyndigheten lyfter fram att det behöver utredas vidare hur en sådan nationell styrning ska gå till. Vid en internationell utblick konstaterar E-hälsomyndigheten att flera länder har en tydligare reglering när det gäller informationsutbyte än vad Sverige har. I flera länder finns en utpekad nationell aktör för att främja eller styra arbetet med specifikationer och standarder utifrån nationella regelverk.[119] Pågående internationellt arbete inom hälsodataområdet beskrivs närmare under avsnitt 4.7 i detta kapitel.

Tekniska förutsättningar för att tillämpa reglerna om sammanhållen journalföring

Genom reglerna om sammanhållen journalföring i patientdatalagen är det möjligt för olika vårdgivare att under vissa förutsättningar få direktåtkomst till varandras elektroniska journalhandlingar och andra personuppgifter som behandlas för ändamål som rör vårddokumentation. Syftet är att öka patientsäkerheten genom enkel och snabb tillgång till information, med bibehållet integritetsskydd. Reglerna om sammanhållen journalföring beskrivs närmare i kapitel 3, Gällande rätt.

Utifrån dagens tekniska förutsättningar finns det framför allt två sätt att praktiskt använda sammanhållen journalföring. Det kan ske genom nationell patientöversikt eller att olika vårdgivare använder samma journalsystem och arrangerar det på ett sådant sätt att utbyte genom direktåtkomst blir möjligt.[120]

Nationell patientöversikt, som ofta kallas NPÖ, är ett webbaserat verktyg för sammanhållen journalföring som gör det möjligt för vård-

[119] E-hälsomyndigheten, *Uppdrag att tillgängliggöra och förvalta gemensamma nationella specifikationer Delrapport 2, regeringsuppdrag S2019/01521/FS: Fördjupad analys av befintlig ansvarsfördelning kring e-hälsospecifikationer samt kostnadsberäkning för E-hälsomyndighetens tillhörande förvaltning* (2020).
[120] E-hälsomyndigheten, *Sammanhållen journalföring*, 2021, www.ehalsomyndigheten.se/om-e-halsa/sammanhallen-journalforing/ (hämtad 2021-08-26).

givare att dela journalinformation från hälso- och sjukvården med varandra. Vårdpersonal kan ta del av journalinformation som finns hos andra vårdgivare, om patienten har gett sitt samtycke till det. Tjänsten förvaltas av Inera och erbjuds till offentligt finansierade vårdgivare. NPÖ finansieras av regioner och kommuner. Den första versionen av NPÖ kom 2009. De system som gör information synlig i NPÖ ansluts till Nationella tjänsteplattformen som är navet mellan de system som behöver kommunicera med varandra. När vårdpersonal söker information om en patient i NPÖ sammanställer plattformen uppgifter från alla system som har information om den patienten.[121]

Alla regioner har anslutit sig för att både läsa och visa information i NPÖ. Vilken information som en region visar i NPÖ varierar från region till region. Det finns tekniska möjligheter att visa mer information i NPÖ än vad som i dag produceras av regionerna. Tillväxtkurvor och mödrahälsovård är exempel på information som är möjlig att visa men som i dagsläget inte produceras av någon region. Sammanlagt producerar Sveriges regioner bara hälften av den information som är tekniskt möjlig att visa i NPÖ.

Nästan alla kommuner har också anslutit sig så att de kan läsa information i NPÖ. Det återstår dock mycket arbete innan all relevant journalinformation blir tillgänglig i NPÖ. I dagsläget är det bara ett fåtal kommuner som gjort sin information tillgänglig. Det finns stor potentiell nytta i att fler kommuner visar sin information så att regionens personal kan ta del av den.[122] Information som dokumenteras i elevhälsans medicinska insatser skulle därmed kunna tillgängliggöras för regionens personal och kommunikationen med regionens hälso- och sjukvård, som exempelvis BUP, skulle kunna förbättras.

Den samlade nyttan med NPÖ blir större ju mer information som finns tillgänglig. För att uppnå den potentiella nyttan krävs därför ett fortsatt arbete från regioner, kommuner och privata vårdgivare för att visa mer information i NPÖ än vad som finns i dag.[123] Användargränssnitt och den tekniska utformningen av systemet har också en avgörande betydelse för användbarhet och därmed påverkan på informationsdelningens kvalitet. Utredningen uppfattar att det finns vissa praktiska begränsningar med NPÖ i dagsläget. Ett sådant exem-

[121] Inera, Nationell patientöversikt – NPÖ, 2021, www.inera.se/tjanster/alla-tjanster-a-o/npo---nationell-patientoversikt/ (hämtad 2021-08-30).
[122] Inera, *Nyttorna med Nationell patientöversikt*, 2019.
[123] Inera, *Om NPÖ*, 2021, www.inera.se/tjanster/alla-tjanster-a-o/npo---nationell-patientoversikt/#section-3228 (hämtad 2021-06-10).

pel är att NPÖ endast visar information för innevarande år och 3 år bakåt i tiden. För bland annat läkemedelsinformation visas information för 5 år bakåt i tiden.[124] Detta innebär till exempel att journaluppgifter från barnavårdscentraler om de första levnadsåren inte är tillgängliga när barnet börjar skolan, en tidpunkt då de kan vara särskilt betydelsefulla för elevhälsans medicinska insatser.

Regeringen har i april 2021 gett E-hälsomyndigheten i uppdrag att analysera och föreslå hur de legala möjligheterna till sammanhållen journalföring kan användas i så stor utsträckning som möjligt i vården och omsorgen, i hela landet och av alla vårdgivare. Myndigheten ska överväga både befintliga, till exempel NPÖ, och alternativa tekniska lösningar. I uppdraget ingår att redogöra för hur eventuella nya förslag kan utformas eller hur befintliga lösningar bör vidareutvecklas. Därutöver ska myndigheten redogöra för vilken eller vilka aktörer som bör vara ansvariga för utveckling, förvaltning och implementering. Det ska även framgå vilka informationsmängder som bör prioriteras i första hand och vidare i det fortsatta arbetet. Uppdraget ska slutredovisas senast den 15 februari 2022.[125]

4.4.3 Standardiserade termer och begrepp underlättar informationsdelning

För att underlätta tolkningen och förståelsen av information i vårdinformationsystemen behövs ett gemensamt språk eller gemensam terminologi. Socialstyrelsen har i uppdrag att skapa och tillhandahålla enhetliga begrepp, termer och klassifikationer inom sitt verksamhetsområde (4 § 8 förordning [2015:284] med instruktion för Socialstyrelsen). I uppdraget ingår att förse hälso- och sjukvården och socialtjänsten med begrepp och termer om vård- och omsorgsdokumentation, uppföljning, forskning och kunskapsutveckling för datoriserade system. Arbetet ska bidra till gemensam begreppsanvändning, ökad informationssäkerhet och säkerhet för patienter, samt till att kunna genomföra pålitliga uppföljningar och jämförelser av vård- och omsorgsinsatser.[126]

[124] Inera, *Gränssnittsbeskrivning – Nationell patientöversikt version 3.12* (2017, uppdaterad 2018).
[125] Regeringsuppdrag till E-hälsomyndigheten, *Uppdrag att föreslå hur sammanhållen journalföring kan nyttjas i större utsträckning* (dnr S2021/03119).
[126] Socialstyrelsen, *Terminologi*, 2019, www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/terminologi/ (hämtad 2021-06-09).

Det finns olika verktyg för att strukturera och koda information som dokumenteras om patienters vårdprocesser i patientjournaler, som kan användas oberoende av tekniska lösningar i regioner eller kommuner. Till dessa verktyg hör nationell informationsstruktur (NI) och de fackspråkliga resurserna begreppssystemet Snomed CT, hälsorelaterade klassifikationer och Socialstyrelsens termbank. Tillsammans benämns verktygen Gemensam informationsstruktur.[127]

Nationell informationsstruktur är ett ramverk för strukturerad dokumentation inom vård och omsorg. NI består av process-, begrepps- och informationsmodeller som används som referensmodeller för att utveckla strukturerad dokumentation kring patienter och brukare. Förvaltningen och vidareutvecklingen av NI fokuserar på det innehåll som har störst betydelse för verksamheterna inom vård och omsorg, utifrån behovet av en strukturerad dokumentation. Vidareutvecklingen innefattar bland annat begreppsutredning och juridisk utredning, och genomförs i ett nära samarbete mellan informatiker, terminologer, jurister och verksamhetsrepresentanter.[128]

Snomed CT är ett internationellt begreppssystem som är utvecklat för att användas i elektroniska informationssystem. Snomed CT syftar till att göra dokumentationen inom hälso- och sjukvård enhetlig, entydig och ändamålsenlig. Snomed CT ger förutsättningar för att information som dokumenteras kan kommuniceras och överföras mellan olika system med bibehållen betydelse och att informationen är entydig, säker och jämförbar. Socialstyrelsen arbetar för att Snomed CT ska komma i användning inom svensk hälso- och sjukvård. Dessutom arbetar Socialstyrelsen med att utöka, förvalta och förbättra begreppssystemet så att det är anpassat till de behov som finns i nya eller uppdaterade journalsystem inom hälso- och sjukvården.[129]

Socialstyrelsen har ansvaret för flera nationella och internationella hälsorelaterade klassifikationer, till exempel ICD-10-SE (diagnoskoder), KVÅ (åtgärdskoder) och ICF (koder för funktionstillstånd). Med klassifikationer kan personal i vård och omsorg dokumentera information om patienter och brukare på ett systematiskt och enhetligt sätt. Klassifikationerna behövs för att man ska kunna följa orsa-

[127] Socialstyrelsen, *E-hälsa*, 2021, www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/ (hämtad 2021-06-09).
[128] Socialstyrelsen, *Nationell informationsstruktur*, 2021, www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/nationell-informationsstruktur/ (hämtad 2021-06-09).
[129] Socialstyrelsen, *Snomed-ct*, 2021, www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/snomed-ct/ (hämtad 2021-06-09).

kerna till att människor kontaktar vården eller socialtjänsten, vilka åtgärder som vidtas och vilka resultat de ger samt hur spridda olika sjukdomar är. Målet är att olika professioner och verksamheter i vård och omsorg ska använda gemensamma klassifikationer, begrepp och termer så långt det är möjligt.[130]

Socialstyrelsen ansvarar även för samordning och utveckling av en gemensam terminologi inom vård- och omsorgsarbete som innefattar hälso- och sjukvård och socialtjänst. Målet är att enhetliga termer och begrepp ska användas i det praktiska vård- och omsorgsarbetet, i den officiella statistiken samt i forskning och utveckling. Det är en förutsättning för att kunna jämföra olika verksamheters kvalitet, effektivitet och kostnader. Termer och begrepp sammanställs i Socialstyrelsens termbank. Begreppen är analyserade i samarbete med sakkunniga på området och förankrade hos kommuner, regioner, myndigheter och andra organisationer.[131] Utredningen erfar att nationella termer och begrepp inte tillämpas i tillräcklig utsträckning i hälso- och sjukvården. Det försvårar möjligheterna att dela information, både inom och mellan vårdgivare och i uppföljningssyfte. Det är också viktigt att termer och begrepp utvecklas och anpassas till hälso- och sjukvårdens behov.

4.4.4 Organisation och kultur är centrala faktorer för informationsdelningen

Organisatoriska hinder föreligger för informationsdelning, inte minst genom ökad privatisering och mångfald av vårdgivare, införande av vårdvalssystem och olika huvudmän för vård och omsorg.

Utredningen konstaterar i delbetänkandet att det inte finns några enkla lösningar på en sammanhållen vård i det fragmentiserade och komplexa systemet med fler huvudmän och vårdverksamheter som råder. Denna komplexitet bidrar även till svårigheter att samordna processer och arbetssätt.[132]

Det krävs också en kultur i hälso- och sjukvården som bidrar till och stödjer en gemensam utveckling av ändamålsenliga vårdinformationssystem, gemensamma arbetssätt, och en enhetlig användning av

[130] Socialstyrelsen, *Klassificering och koder*, 2019, www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/ (hämtad 2021-06-09).
[131] Socialstyrelsen, *Terminologi*, 2021, www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/terminologi/ (hämtad 2021-06-09).
[132] SOU 2021:34, s. 253.

standardiserade termer och begrepp. Det ställer krav på vilja och förmåga till förändring i den egna verksamheten. I utredningens dialoger har det framkommit att framför allt de kulturella och semantiska frågorna är centrala för att informationsdelning ska komma till stånd. Det pågår en mängd insatser nationellt, regionalt och lokalt och arbetet inkluderar myndigheter, regioner och kommuner. Det finns uppbyggda strukturer för att stödja samverkan inom detta område, men trots det sker för många initiativ parallellt utan tillräckligt bra samordning.

Det finns i dag ingen tydlig koordinering av dessa insatser, vilket försvårar förutsättningarna för att få till stånd en god informationsdelning. Det behövs också stärkta insatser från huvudmän och statliga myndigheter för ett nationellt samordnat vårdinformationsarbete i syfte att utveckla sammanhållna digitala stöd för patienter, vårdpersonal och vårdgivare.

4.5 Insatser för att främja en god informationsdelning

4.5.1 Vision e-hälsa 2025 innehåller gemensamma utgångspunkter för digitalisering inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten

På nationell nivå görs insatser som ska bidra till en bättre infrastruktur och som stödjer en god informationsdelning i hälso- och sjukvården. Regeringen och SKR har tagit initiativ till bland annat Vision e-hälsa 2025. Enligt visionen ska Sverige år 2025 vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet. En ökad digitalisering ska ge ändamålsenliga verksamhetsstöd för att säkra en socialtjänst, hälso- och sjukvård och tandvård av god kvalitet.[133]

Inom visionen för e-hälsa 2025 finns tre prioriterade insatsområden. Dessa är regelverk, enhetlig begreppsanvändning och standardiseringsfrågor. Insatsområdena ska stödja utvecklingen av mer ända-

[133] Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting, *Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitaliseringen i socialtjänst och hälso- och sjukvård* (2016).

målsenliga vårdinformationssystem och informationsutbyte mellan vård- och omsorgsgivare och uppföljning av vårdens resultat.[134]

Utgångspunkten för insatsområdet *regelverk* är att balansera frågor om den personliga integriteten med frågor om kvalitet, effektivitet och säkerhet i vård och omsorg och att regelverken ska vara anpassade till och möjliggöra den tekniska utvecklingen. Inom detta område har staten det normgivande ansvaret och SKR ska verka för huvudmännens följsamhet till befintlig lagstiftning.[135]

Insatsområdet *enhetlig begreppsanvändning* syftar till att utveckla giltiga och användbara termer, begrepp, koder och informationsstrukturer som ska möjliggöra informationsutbyte i hälso- och sjukvården och omsorgen. Informationsstrukturen ska ge förutsättningar för att analysera och utvärdera hälso- och sjukvårdens och omsorgsinsatsers resultat över tid, mellan olika aktörer och olika processer och behandlingsformer. Inom detta område ska regeringen verka för att huvudmännen får nationellt stöd och SKR ska verka för ett ökat samarbete mellan huvudmännen och statliga aktörer när det gäller utvecklingen av gemensamma termer och begrepp.[136]

Insatsområdet *standarder* handlar om att utveckla tekniska förutsättningar för att utbyta information, till exempel gemensamma nationella specifikationer och tjänster för säker behörighet och processer och för att möjliggöra för olika vårdinformationssystem i vård och omsorg att kommunicera med varandra. Inom detta område ska regeringen verka för ett internationellt och nationellt standardiseringsarbete och SKR ska verka för att huvudmännen inför överenskomna standarder i sina system.[137]

Regeringens och SKR:s gemensamma arbete med Vision e-hälsa 2025 har fastställts i en handlingsplan för åren 2020–2022. Strategin bryts i sin tur ner i flera genomförandeplaner som beskriver de insatser som ska genomföras inom strategins prioriterade områden och uppföljning av insatserna. I de prioriterade områdena ingår insatser för att till exempel skapa trygg och säker informationshantering så att medarbetarna ska ha tillgång till relevant information i vårdmötet

[134] Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting, *Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitaliseringen i socialtjänst och hälso- och sjukvård* (2016).
[135] Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting, *Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitaliseringen i socialtjänst och hälso- och sjukvård* (2016).
[136] Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting, *Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitaliseringen i socialtjänst och hälso- och sjukvård* (2016.
[137] Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting, *Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitaliseringen i socialtjänst och hälso- och sjukvård* (2016).

och stöd för utvecklingen av digital kompetens på alla nivåer i hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Arbetet med att nå visionen kräver insatser från flera olika aktörer såsom statliga myndigheter, regioner, kommuner, högskolor, näringsliv och idéburna verksamheter. Andra centrala parter i arbetet är patient-, brukar- och anhörigorganisationer liksom professions- och personalföreträdare.[138]

Insatser inom ramen för Vision e-hälsa 2025 är ett av fyra övergripande utvecklingsområden inom överenskommelsen mellan staten och SKR om en God och nära vård 2021. För utvecklingsområdet avsätts 200 miljoner kronor 2021 till regionerna varav 100 miljoner kronor för vidare utbetalning till SKR för utveckling och modernisering av 1177 Vårdguiden och 100 miljoner kronor för insatser inom områdena strukturerad vårdinformation och standardisering samt trygg och säker informationshantering. För att få ta del av medlen ska regionerna fortsatt arbeta för gemensam tillämpning av standarder. Det handlar bland annat om att identifiera vilken information som bör dokumenteras på ett enhetligt sätt, vad som behöver göras i vårdinformationssystem för att möjliggöra dokumentation av informationen samt hur informationen ska kunna fångas och delas på ett enkelt och tryggt sätt i vårdens processer och av patientens olika vårdgivare, oberoende av driftsform eller lokalisering.[139]

E-hälsomyndigheten har i uppdrag att följa utvecklingen av digitalisering inom hälso- och sjukvård och socialtjänst och årligen lämna en uppföljningsrapport till regeringen. I uppföljningen för 2020 av visionen för e-hälsa konstaterar myndigheten att internationell jämförelse är svår då det till stor del saknas jämförbara internationella indikatorer. Vidare konstateras att det sker snabba förändringar inom e-hälsolandskapet och i vården och omsorgen som gör att vissa indikatorer för uppföljning blir föråldrade. Det saknas också i dagsläget indikatorer för adekvat uppföljning inom många områden. Existerande indikatorer behöver därför kontinuerligt utvärderas och uppdateras, samt nya indikatorer skapas. E-hälsomyndigheten bedömer slutligen att det finns en potential till ökad digitalisering på nationell nivå genom att enbart öka användningsgraden av existerande lösningar.[140]

[138] Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner om en strategi för genomförande av Vision e-hälsa 20205 – Nästa steg på vägen.
[139] Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner: God och nära vård 2021, En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav.
[140] E-hälsomyndigheten, *Uppföljning Vision e-hälsa 2025 – Rapport avseende 2020* (2021).

Nationell samverkansgrupp för strukturerad vårdinformation

Inom den nationella kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården finns en nationell samverkansgrupp för strukturerad vårdinformation. Samverkansgruppen har i uppdrag att samordna regionernas arbete för en mer enhetlig informationsstruktur inom och över system- och vårdgivargränser. Det övergripande syftet med samverkansgruppens arbete är att säkra följsamhet till överenskomna tillämpningar av till exempel standarder och kodverk. Samverkansgruppen ska också utreda förutsättningar och möjligheter till enhetlig och strukturerad dokumentation samt principer och metoder för arbetet framåt. Det pågår också ett arbete med att ta fram en effektivare informationsförsörjning mellan vårdinformationssystem och nationella kvalitetsregister.

Genom att samordna och samarbeta kring frågor som rör informationsstruktur kan regionerna minska mängden dubbelarbete och skapa förutsättningar för bättre tillgång till vårdinformation och kunskap över system- och vårdgivargränser. Samverkansgruppen har också fått ett mandat att fatta gemensamma beslut, för att ge regionerna bättre förutsättningar att samlat och mer effektivt möta de möjligheter och utmaningar som utvecklingen av framtidens vårdinformationsmiljöer medför.[141]

Utredningen bedömer att det för den fortsatta utvecklingen av e-hälsa är viktigt att få ordning på användningen av begrepp, termer, kodverk, klassifikationer, informationsstruktur, modeller och standarder inom hälso- och sjukvården. Detta är en förutsättning för att informationen ska kunna återanvändas i olika syften, utan att förlora sitt sammanhang eller sin betydelse. Det är också en förutsättning för att uppgifter ska kunna föras över mellan system och tolkas på samma sätt oavsett i vilket system de hamnar.

[141] Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, *NSG Strukturerad vårdinformation*, u.å., https://kunskapsstyrningvard.se/programomradenochsamverkansgrupper/nationellasamverkansgruppernsg/nsgstruktureradvardinformation.731.html (hämtad 2021-07-01).

4.5.2 På regional och lokal nivå pågår ett omfattande arbete för att främja en god informationsdelning

Samtliga regioner i Sverige bedriver eller planerar i nuläget någon form av utvecklingsarbete av sina vårdinformationssystem.[142] Några har valt att upphandla nya system medan de övriga utvecklar sitt befintliga system.[143] Till de största regionala och multiregionala it-projekten hör Sussa-samverkan[144] och Framtidens Vårdinformationsstöd (FVIS) där nio regioner ingått avtal, Skånes digitala vårdsystem (SDV) och Framtidens vårdinformationsmiljö (FVM) i Västra Götalandsregionen. Även Region Stockholm, som satsar på att flera olika system ska fungera tillsammans, behöver bygga upp en gemensam plattform och databas för hälsodata i regionen. I vissa fall har även kommunerna option på deltagande, till exempel när det gäller elevhälsans medicinska insatser och vissa delar av vården och omsorgen om äldre personer. Dessa projekt är mycket omfattande och resurskrävande och innebär stora investeringskostnader för regionerna. Det gäller inte minst för systemens drift och underhåll, projektledning och en inre omställning från kanske tusentals lokala it-system med egna databaser som ska ersättas av ett modersystem och en gemensam hälsodatabas. De beskrivs ofta av regionerna själva som paradigmskiften i vården där medarbetarna behöver ställa om och ompröva sina arbetssätt och sin syn på både patienter, sitt eget arbete och vården i stort. Ett konkret exempel på en sådan omställning är utvecklingen från en traditionell och ibland omfattande fritext i journal, som ofta är svår att överblicka och medför patientrisker vid nya vårdkontakter eller i akuta situationer, till checklistor med förifyllda parametrar som bockas av utifrån evidens och bästa kliniska praxis. Det ställer frågor om tillitsbaserad styrning och professionens fria yrkesutövning och ledningen av en kunskapstung verksamhet på sin spets.

Utvecklingsarbetet berör också ett av de mest omtalade problemen i dagens hälso- och sjukvård, administrativ överbelastning, där dessa system bär på möjliga lösningar men även på risker. Att skapa framtidens vårdinformationssystem för tiotusentals medarbetare och hundratals verksamheter, samtidigt som vården ska drivas patient-

[142] Lars Jerlvall och Thomas Pehrsson, *eHälsa och IT i regionerna*, *maj 2020* (2020).
[143] Socialstyrelsen, *Att kunna följa patientens väg genom vården – Sätt att koppla samman vårdhändelser i patientens vårdprocess* (2019).
[144] Sussa står för strategisk utveckling av sjukvårdsstödjande applikationer. I SUSSA-gruppen ingår regionerna Blekinge, Sörmland, Västerbotten, Västernorrland och Örebro. Regionerna Dalarna, Gävleborg, Halland och Norrbotten ingår som optionspartners.

säkert, har visat sig komplext och förenat med stora utmaningar. Inte desto mindre har utvecklingen gått framåt, både globalt och nationellt och vissa regioner har kommit långt. Utredningen noterar att det i dag finns ett fåtal större system i Sverige, vilket är en förbättring från en tidigare situation med mångfald av olika mindre lokala och separerade system.

Givet allt detta och eftersom den digitala utvecklingen går fort framåt i samhället i stort, liksom i den medicintekniska världen, är det många som menar att Sverige borde haft en gemensam styrning mot ett nationellt system.[145] Detta behöver ses i förhållande till den grundlagsskyddade kommunala självstyrelsen i Sverige som innebär att kommuner och regioner sköter lokala eller regionala frågor med en stor handlingsfrihet. Svårigheterna kommer alltjämt att vara att förena olika aktörer och medarbetare i samsyn kring innehållet i vården, att skapa en ändamålsenlig och fungerande infrastruktur samt att få med professionen och den kliniska verksamheten i utvecklingen av systemen.[146]

4.6 Brister i dokumentation och informationsdelning drabbar patienten

Informationen om ett barns eller en ung persons fysiska och psykiska hälsa och utveckling hålls inte samman mellan de olika vårdaktörerna, till exempel inom barn- och ungdomshälsovården och inte heller mellan andra verksamheter inom hälso- och sjukvården. Det beror på en kombination av olika faktorer som påverkar förutsättningarna, som beskrivits ovan. Det är svårt för hälso- och sjukvårdspersonalen att bedöma barnets eller den unges hälsoutveckling, när det inte finns tillgång till information om tidigare hälsotillstånd och vårdåtgärder. Det kan leda till att behov missas, när barnet eller den unge signalerar ohälsa på olika sätt eller om riskfaktorer för ohälsa inte identifieras.

När de olika aktörerna finns inom samma vårdgivare, är förutsättningarna för en sammanhållen information ofta bättre än när det gäller delning av information mellan olika vårdgivare, eftersom personal som deltar i vården av barnet eller den unge inom samma vårdgivare kan ta del av informationen. Aktörerna inom barn- och ungdomshälsovården hör dock till olika vårdgivare, eftersom elevhälsans medicinska

[145] SOU 2019:42 *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*, s. 516.
[146] Lars Jerlvall och Thomas Pehrsson, *eHälsa och IT i regionerna, maj 2020 (*2020).

insatser oftast inte bedrivs av samma vårdgivare som bedriver andra verksamheter inom barn- och ungdomshälsovården. Därtill kan även mödrahälsovård och barnhälsovård utföras av olika vårdgivare. När aktörerna hör till olika vårdgivare krävs för en sammanhållen informationskedja att sammanhållen journalföring tillämpas mellan de olika vårdgivarna eller att utlämnande av uppgifter sker på annat sätt, exempelvis med stöd av den enskildes samtycke. I vissa regioner där andelen privata vårdgivare är hög, kan dock förutsättningarna för en sammanhållen vårdkedja vara sämre än i regioner där aktörerna i hög utsträckning hör till samma vårdgivare. Det blir särskilt påtagligt om de olika vårdgivarna i en region dessutom har olika vårdinformationssystem.

Utredningen skriver i delbetänkandet om det komplexa och fragmentiserade systemet, som delvis är en konsekvens av det decentraliserade ansvaret att organisera, planera och finansiera hälso- och sjukvård inklusive elevhälsans medicinska insatser och delvis en konsekvens av införandet av vård- och skolval, och mängden aktörer som detta har medfört.[147] Det komplexa och fragmentiserade systemet får också konsekvenser för informationsdelningen.

Informationsbrist om patienten märks särskilt i verksamheter som har stora flöden av patienter, och där det ofta är kort om tid för att bedöma behoven och fatta beslut om vårdåtgärder, som till exempel i primärvården. Bristen på information märks också särskilt i vården av patienter med komplexa behov som ofta har många kontakter i både den specialiserade vården och i omsorgen. Vårdnadshavare blir ofta bärare av barnets sjukdomshistoria, och tvingas upprepa denna gång på gång i mötet med hälso- och sjukvården. Många vårdnadshavare vittnar om att detta är en av de största stressfaktorerna när man har ett barn med långvarig sjukdom.[148]

Patientens möjlighet till att vara delaktig i sin egen vård minskar, liksom vårdnadshavares möjlighet att ta ansvar för och vara delaktiga i beslut om barnets vård och behandling, när informationen inte hålls samman. Även om vårdnadshavare och barnet eller den unge själv ofta bär information om sjukhistorik görs det utifrån deras perspektiv. Det kan inte ersätta information från medicinska möten och diskussioner, remiss- och röntgensvar, olika kliniska hypoteser med mera som inte finns tillgänglig vid det aktuella vårdmötet. När denna informa-

[147] SOU 2021:34, s. 253 ff.
[148] SOU 2021:34, s. 205.

tion inte finns tillgänglig är det inte heller möjligt att delge barnet och vårdnadshavaren eller den unge personen informationen.

Brister i dokumentation eller tillgång till rätt information i vården är en patientsäkerhetsrisk och en av de vanligaste orsakerna till lex Maria-anmälningar. Tillsyn inom området visar att patienter med många vårdkontakter löper stor risk att drabbas av en bruten informationskedja och att viktiga hälsodata såsom aktuella läkemedel eller underliggande sjukdomar saknas i vårdmötet eller för den som ska samordna vården och omsorgen.[149] Dessa brister får också effekter på hälso- och sjukvårdens kvalitet. Det blir svårt att följa patientens resa genom hälso- och sjukvården, och därmed skapa effektiva vårdflöden som är trygga för patienter och anhöriga.[150]

Den enskilda faktor som visat starkast koppling till primärvårdsläkares nöjdhet med journalsystemen är om det finns tillgång till patientens hela journal med relevant klinisk information vid patientbesöket.[151] Även de flesta patienter är positivt inställda till en sammanhållen journalföring. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har genomfört intervjuer som visar att många förväntar sig att vårdpersonal ska ha tillgång till dokumenterad information, även från andra kliniker och vårdgivare. Samtidigt framkommer det att den tillgängliga journalinformationen inte får vara avgörande, utan att själva mötet och samtalen mellan patient och personal är det centrala för ställningstaganden om vård och behandling.[152]

Utredningen erfar att e-tjänsterna i hälso- och sjukvården ofta upplevs ligga efter samhällets övriga digitaliseringsutveckling och sällan är kompatibla med medborgarnas, inte minst barns och ungas, digitala plattformar och höga digitala kompetens. Det är också en brist i dag att vården inte kan ta hand om till exempel data från unga patienter som informationsskapare när det gäller så kallade wearables, chattverktyg och olika hälsoapplikationer. Behovet av ökad kunskap, ledning och styrning i fråga om möjligheterna att hantera och utbyta information är därför fortsatt centralt för en framtida sammanhållen god och nära vård för barn och unga.

[149] Inspektionen för vård och omsorg, *Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019* (2020).
[150] Socialstyrelsen, *Att kunna följa patientens väg genom vården – Sätt att koppla samman vårdhändelser i patientens vårdprocess, rapport februari 2019* (2019).
[151] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Ändamålsenliga journalsystem i primärvården – lärdomar från läkarnas perspektiv.* PM 2016:7 (2016).
[152] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *För säkerhets skull. Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter*, rapport 2017:10 (2017).

4.6.1 Brister i informationsdelning försvårar för samverkan

I delbetänkandet redogör utredningen för brister som finns när det gäller informationsdelning och hur det påverkar samverkan inom och mellan olika vårdgivare. I dialoger med företrädare för professionsföreningar har det framkommit att det förekommer brister i samverkan och när det gäller informationsdelning i hela vårdkedjan från graviditet till förlossning, eftervård och överlämningar till barnhälsovården och till elevhälsans medicinska insatser. Professionsföreningarna uppger också att det ofta saknas styrdokument med gemensamma mål och strategier för kontinuitet och informationsdelning i vårdkedjan.

I utredningens dialoger framkommer också att informationsdelning inte alltid utgår från vårdkedjor, och att barnmorskor, BHV-sjuksköterskor och skolsköterskor i hög grad lämnas att själva navigera i olika situationer och hantera patientinformation utifrån de lokala förutsättningarna och rutinerna och det enskilda ansvaret.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bekräftar i sin tillsyn bilden av att det förekommer brister när det gäller samverkan inom förlossningsvården och att det finns utrymme för förbättringar, särskilt när det gäller informationsöverföringen[153] om avvikelser eller komplikationer under förlossningen och riskbedömning av patienten vid inskrivningen. Dessa brister kan enligt IVO i förlängningen leda till försenad eller missad diagnos och skador hos den blivande mamman och barnet.[154]

I Socialstyrelsens kartläggning av barnhälsovården från 2020 anger 8 av 10 barnavårdscentraler (BVC) att informationsöverföringen[155] fungerar väl, men det förekommer regionala skillnader. Bland de BVC som inte är samlokaliserade med mödrahälsovården fungerar informationsöverföringen sämre. I storstadsregionerna anger 22 procent av de BVC som inte är samlokaliserade med mödrahälsovården att informationsöverföringen fungerar dåligt eller mycket dåligt. Motsvarande andel är 7 procent i landsbygdskommuner och 13 procent i större kommuner. Brister i informationsöverföringen leder till att BVC saknar viktig information om familjen vid den första kontakten

[153] Informationsöverföring används här liktydigt med informationsdelning. IVO använder dock begreppet informationsöverföring i sin rapport.
[154] Inspektionen för vård och omsorg, *Samverkan i förlossningsvården och mellan BUP och elevhälsan* (2015).
[155] Informationsöverföring används här liktydigt med informationsdelning. Socialstyrelsen använder dock begreppet informationsöverföring i sin rapport.

eller att den första kontakten med familjen försenas. Det förekommer också brister när det gäller informationsöverföringen om familjer i behov av särskilt stöd. Informationsöverföringen kan försvåras när verksamheterna har olika journalsystem eller när information inte kan överföras digitalt.[156] När det gäller samverkan mellan barnhälsovården och socialtjänsten anger ungefär hälften av barnavårdscentralerna att samverkan fungerar bra eller mycket bra. Bristerna rör i hög grad återkoppling och informationsöverföring. Det förekommer också att samverkan med socialtjänsten inte fungerar alls och företrädare för barnavårdscentralerna anser att detta påverkar förutsättningarna för att tillhandahålla tidiga insatser.[157]

4.6.2 Patientperspektiv på stärkt informationsdelning

Hälso- och sjukvårdens behov av digitala uppgifter om patienters hälsa och vård är centralt för utvecklingen av en mer effektiv vård och för förutsättningarna att följa upp patienters hälsa. I utvecklingen av sådana uppgifter behöver nyttan vägas mot den personliga integriteten. Av det skälet har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ett mångårigt arbete på temat personlig integritet i den digitaliserade världen, och inom ramen för detta arbete bland annat genomfört en undersökning om befolkningens inställning till sådana digitala uppgifter. Undersökningen visar att de flesta är villiga att acceptera eller till och med förväntar sig att digitala uppgifter om den egna vården och hälsan används för att utveckla vården och beforska olika områden. Den positiva inställningen rör enligt myndigheten, genomgående digitala hälsouppgifter vid delning av journaler mellan vårdenheter, registrering av uppgifter för forskning och en samlad läkemedelslista. Undersökningen visar också ett högt förtroende för hälso- och sjukvårdens hantering och skydd av patientinformation. En majoritet av respondenterna i undersökningen önskar att deras uppgifter kan användas för olika ändamål men vill samtidigt se ett tillfredsställande integritetsskydd.[158]

---

[156] Socialstyrelsen, *Nationell kartläggning av barnhälsovården – En jämlik och tillgänglig barnhälsovård. Kartläggning inom uppdraget "Följa och stödja överenskommelsen om ökad tillgänglighet i barnhälsovården"* (2020).
[157] SOU 2021:34, s. 233 ff.
[158] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *För säkerhets skull. Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter*, rapport 2017:10 (2017).

Det är också viktigt för patienterna att uppgifterna är korrekta och att de skyddas från obehörig läsning av andra inom hälso- och sjukvården, försäkringsbolag eller arbetsgivare. Om en persons digitala hälsouppgifter upplevs innehålla fel kan det påverka villigheten att tillåta användningen av uppgifterna. Av det skälet framgår också att patienter vill få information om vilka uppgifter om den egna personen och hälsan som registreras, var de finns och hur de används. Frågor som rör användningen av digitala hälsouppgifter är svåra och komplexa och av det skälet bedömer Myndigheten för vård och omsorgsanalys att patienter behöver stöd för att kunna ta ställning till hur hälsouppgifter ska användas och att det bör vara möjligt att avstå från att ta ställning.[159] Utredningen bedömer att det senare i hög grad kan vara aktuellt för barn och unga, då barn och unga på grund av ålder och mognad kan ha mer eller mindre kunskap om de regler som gäller och möjligheter att överblicka konsekvenser av sina beslut. I dessa sammanhang kan barn och unga behöva stöd från vården men också från vårdnadshavare och föräldrar.

4.6.3 Vissa bedömningar när det gäller barns respektive vårdnadshavares tillgång till information är svåra

Alla patienter ska ges viss information rörande hälso- och sjukvården, bland annat om sitt hälsotillstånd, de metoder som finns för undersökning, vård och behandling och det förväntade vård- och behandlingsförloppet (3 kap. 1 och 2 §§ patientlagen [2014:821]). När patienten är ett barn ska även barnets vårdnadshavare få information (3 kap. 3 § patientlagen). Under vissa förutsättningar ska närstående lämnas information (3 kap. 4 § patientlagen). Informationen får dock inte lämnas till patienten eller någon närstående om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta (3 kap. 5 § patientlagen). Den information som lämnas ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar, och den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen (3 kap. 6 och 7 §§ patientlagen).

Även i barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa enligt artikel 24 i FN:s konvention om barnets rättigheter ingår en rätt till hälsoinfor-

[159] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *För säkerhets skull. Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter*, rapport 2017:10 (2017).

mation och stöd vid användandet av den informationen. FN:s kommitté för barnets rättigheter har uttalat att hälsorelaterad information bör vara fysiskt tillgänglig, begriplig och anpassad till barnets ålder och utbildningsnivå.[160]

Patientjournaler i den offentliga hälso- och sjukvården utgör allmänna handlingar och den enskilde har som huvudregel rätt att ta del av uppgifter om sig själv som skyddas av hälso- och sjukvårdssekretess (se 2 kap. 15 och 16 §§ tryckfrihetsförordningen och 6 kap. 4 och 5 §§ och 12 kap. 1 § offentlighet- och sekretesslagen [2009:400], OSL). Även inom den enskilda hälso- och sjukvården ska en journalhandling som huvudregel tillhandahållas den enskilde så snart som möjligt om patienten eller en närstående begär det (8 kap. 2 § patientdatalagen).

I samband med att hälso- och sjukvården tillgängliggör information om barn behöver en bedömning göras av huruvida uppgifter om barnet ska lämnas ut till barnet eller dess vårdnadshavare. Utredningen har uppfattat att det kan vara svårt för hälso- och sjukvårdspersonalen att göra en sådan bedömning, oavsett sättet för utlämnande. Såsom beskrivits i kapitel 3, Gällande rätt, gäller sekretess i förhållande till barnets vårdnadshavare. Sekretessen gäller dock inte i förhållande till vårdnadshavaren i den utsträckning denne enligt 6 kap. 11 § föräldrabalken har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter, såvida det inte kan antas att barnet lider betydande men om uppgiften röjs för vårdnadshavaren, eller om det annars anges i offentlighets- och sekretesslagen (12 kap. 3 § OSL). En bedömning av barnets ålder och mognad är alltså många gånger central för att kunna avgöra vem som ska ges tillgång till uppgifter om barnet. Sådana bedömningar är dock inte alltid enkla att göra. Svårigheter uppstår särskilt när det gäller att ge åtkomst till uppgifter som finns digitalt, eftersom det i sådana situationer sällan är praktiskt möjligt att göra enskilda bedömningar av varje barns ålder och mognad.

Ett exempel, där det har uppstått vissa svårigheter, gäller den digitala tjänsten, Journalen, som Inera har utvecklat för att det ska vara möjligt att läsa delar av den egna patientjournalen via 1177 Vårdguiden. Tjänsten ska bidra till att patienter får ökad kunskap om sin hälsosituation, ökad kontroll över sin vårdsituation och en ökad upp-

[160] FN:s kommitté för barnets rättigheter, *Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 15 (2013) om Barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa (art. 24)*, CRC/C/GC/15, p. 58.

levelse av delaktighet. Regionerna har kommit överens om ett gemensamt ramverk för invånares åtkomst till Journalen. Av ramverket framgår bland annat att all digital journalinformation i regionfinansierad hälso- och sjukvård och tandvård ska lämnas ut till alla invånare som fyllt 16 år och göras tillgänglig genom direktåtkomst.[161] Det innebär att alla invånare som fyllt 16 år till exempel kan se anteckningar från vårdbesök, information om vaccinationer, remisser, diagnoser, tandvård, läkemedel och provresultat.[162] Vidare framgår att invånare själva ska kunna välja vilken information de vill ha åtkomst till och om närstående ska kunna ta del av informationen. Vårdnadshavare ska ha tillgång till barns uppgifter för barn 0–12 år. Beroende på barnets situation kan vårdnadshavares direktåtkomst till barnets journal förlängas eller förkortas.[163] Om vårdnadshavare och barn vill att åtkomsten ska förlängas behöver de ansöka om detta tillsammans med vårdpersonal. Det kan till exempel vara aktuellt när barnet har en kronisk sjukdom, en funktionsnedsättning eller om det finns andra särskilda skäl.[164] Under vissa omständigheter kan patienter också nekas åtkomst till anteckningar i Journalen. Det gäller bland annat uppgifter om patienten själv, om det är av synnerlig vikt med hänsyn till ändamålet med pågående vård och behandling att uppgiften inte lämnas ut till patienten.[165]

Ramverket innebär att vare sig barn i åldrarna 13 till och med 15 år eller deras vårdnadshavare som huvudregel har åtkomst till informationen i Journalen. I undantagsfall kan vårdnadshavare dock få tillgång till hela eller delar av barnets journal när barnet är 13 år eller äldre. Det är verksamhetschefen på den aktuella mottagningen som ska godkänna det tillsammans med barnet. Läkaren kan även godkänna det själv om det finns medicinska hinder som gör att barnet inte kan fatta beslut.[166]

---

[161] Inera och Sveriges Kommuner och Landsting, *Ramverk för invånares åtkomst till journalen – Målbild och gemensamma principer för enskilds direktåtkomst till sin egen journalinformation via e-tjänster* (2016).
[162] Inera, *Journalen*, 2021, www.inera.se/tjänster/alla-tjänster-a-o/journalen (hämtad 2021-06-24).
[163] Inera och Sveriges Kommuner och Landsting, *Principer för enskilds direktåtkomst till sin egen journalinformation via e-tjänster* (2016).
[164] 1177 Vårdguiden, *Barns och vårdnadshavares rättigheter i vården,* (2019). www.1177.se/Stockholm/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/barns-och-vardnadshavares-rattigheter-i-varden/ (hämtad 21-06-24).
[165] Inera och Sveriges Kommuner och Landsting, *Principer för enskilds direktåtkomst till sin egen journalinformation via e-tjänster* (2016).
[166] 1177 Vårdguiden, *Logga in på 1177 för dig som är mellan 13–17 år*, 2021, www.1177.se/Stockholm/om-1177-vardguiden/e-tjanster-pa-1177-vardguiden/sa-loggar-du-in-pa-1177.se/logga-in-pa-1177.se-for-dig-som-ar-mellan-13-17-ar/ (hämtad 2021-06-24).

Dessutom kan både vårdnadshavare och barn vid alla åldrar begära att få papperskopior på journalen. En prövning av om barnet eller vårdnadshavaren ska få ta del av uppgifterna behöver även i sådana situationer göras enligt ovan beskrivna 12 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen. När barnet blir äldre och mer moget kan han eller hon välja att samtycka till att journalkopior lämnas ut, till exempel till en vårdnadshavare (12 kap. 2 § OSL).[167]

I utredningens dialoger har det framkommit att det inte alltid är enkelt att avgöra vad som är barnets bästa i dessa situationer. De allra flesta behöver stöd av vårdnadshavare under uppväxten med olika kontakter med myndigheter eller andra organisationer, det gäller inte minst i kontakterna med hälso- och sjukvården. Undersökningar visar att barn upplever att vårdens språk är svårt och att det kan utgöra ett hinder för att lära sig mer om den egna sjukdomen och att vara delaktig.[168] Det finns också barn som av olika skäl behöver kunna söka vård utan vårdnadshavares vetskap och det måste därför också finns förutsättningar för barn att ta sådana kontakter. Det kan till exempel vara fallet när barnet utsätts för våld, förtryck eller andra övergrepp i hemmet. Utredningen ser därför behov av att denna fråga utreds vidare och ytterligare resonemang om detta utvecklas i kapitel 5, Förslag och bedömningar.

Även i situationer där det står klart att uppgifter kan lämnas till ett barn utifrån bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt, är utredningens bild att det är viktigt att det finns en möjlighet för barn och unga att medge att ett ombud ges elektronisk tillgång till uppgifterna.

4.6.4 Vårdplanen som verktyg för informationsdelning

Vårdplaner är ett sätt för den enskilde att ta del av viss information från hälso- och sjukvården. Utredningen bedömer att vårdplaner kan vara ett värdefullt verktyg för att göra barn och unga mer delaktiga i sin egen vård. Genom en vårdplan kan den enskilde få överblick över sina vårdkontakter och planerade vårdinsatser. Vårdplaner är också

[167] 1177 Vårdguiden, *Barns och vårdnadshavares rättigheter i vården*, 2019, www.1177.se/Stockholm/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/barns-och-vardnadshavares-rattigheter-i-varden/ (hämtad 21-06-24).
[168] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Förberedd och sedd. Förutsättningar vid övergången från barn- till vuxensjukvården*, rapport 2019:6 (2019).

ett verktyg för att samordna patientens vårdinsatser och kan bidra till en mer sammanhållen vård.

Utredningen konstaterar att det inom ramen för överenskommelsen mellan regeringen och SKR om God och nära vård pågår ett arbete med att utveckla så kallade patientkontrakt. På sikt ska patientkontraktet vara en sammanhållen överenskommelse över patientens samtliga vård- och omsorgsinsatser som ska visualiseras via 1177 Vårdguiden.[169] Utredningen bedömer att sådana patientkontrakt kan utgöra ett viktigt verktyg för att samordna barns och ungas vård- och omsorgsinsatser. Utredningen uppmärksammar dock i sitt delbetänkande att det finns behov av att anpassa patientkontrakt till barns och ungas behov. I detta ingår bland annat att utveckla den digitala vårdplaneringen för barn och unga och att utveckla former för hur elevhälsans medicinska insatser kan inkluderas i patientkontrakten. Vidare bör användandet av patientkontrakt särskilt utökas och prövas för barn och unga med långvariga och stora behov.[170]

Utredningen ser dock vissa begränsningar i det förslag till reglering om patientkontrakt som lämnats av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) i betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19). I förslaget är individuell plan en central del. Samtidigt bedömer denna utredning att huvudmännen och vårdgivarna för elevhälsans medicinska insatser varken omfattas av dagens bestämmelser om individuell plan eller av det förslag som lämnats av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

I dag gäller att regionen tillsammans med kommunen ska upprätta en individuell plan, när den enskilde har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten (16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL). Motsvarande ansvar finns för kommunen (2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:30), SoL). Den individuella planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att det behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det.

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vårds föreslagna förändringar av 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen innebär att ansvaret enligt paragrafen utvidgas till att omfatta den kommunala hälso- och sjukvården, som i dag inte omfattas av planeringsansvaret

[169] Prop. 2020/21:1 *Budgetpropositionen för 2021*, s. 16.
[170] SOU 2021:34, s. 296 och 302.

enligt 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen. Förslaget innebär också att det ska upprättas en individuell plan för patienter som har behov av insatser från flera olika vårdgivare, även om det inte finns behov av insatser från socialtjänsten. Det är representanter för de verksamheter eller enheter i regionen eller kommunen som ansvarar för insatserna som tillsammans ska upprätta den individuella planen enligt förslaget.[171]

Denna utredning bedömer sammanfattningsvis att elevhälsans medicinska insatser inte omfattas av 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen, varken enligt dagens lydelse eller den lydelse som utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård föreslår. Detta eftersom hälso- och sjukvårdslagens sextonde kapitel handlar om samverkan *mellan huvudmännen*. Med huvudman avses i hälso- och sjukvårdslagen den region eller den kommun som *enligt lagen* ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård (2 kap. 2 § HSL). Eftersom kommuners och regioners ansvar att erbjuda elevhälsans medicinska insatser inte framgår av hälso- och sjukvårdslagen, utan av skollagen (2010:800), är utredningens bedömning att 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen inte avser sådan elevhälsa som kommuner och regioner ansvarar för. Inte heller sådan elevhälsa som staten eller enskilda huvudmän för skolväsendet ansvarar för enligt skollagen berörs av 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen.

Trots ovannämnda brist lämnar denna utredning inga författningsförslag rörande patientkontrakt eller individuell plan, eftersom det nyligen lämnats författningsförslag på detta område som bereds i Regeringskansliet. Arbetet med patientkontrakt och individuell plan är också bredare än frågorna i utredningens direktiv och berör ett antal andra grupper än barn och unga. För att kunna lämna författningsförslag på området behöver alltså ett annat helhetsperspektiv på frågorna om patientkontrakt och individuell plan antas än vad som ryms inom denna utrednings uppdrag. Syftet med att kommentera bestämmelserna om individuell plan ovan och i delbetänkandet är att bidra med underlag till det pågående arbetet och den fortsatta beredningen av de nyligen lämnade författningsförslagen på området.[172]

[171] SOU 2020:19 *God och nära vård En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*, s. 37–38.
[172] SOU 2021:34, s. 296 och 302.

4.7 Omfattande insatser pågår internationellt på hälsodataområdet

På internationell nivå pågår omfattande insatser för att skapa förutsättningar för att hantera och tillgängliggöra hälsodata för sekundär användning, inte minst i våra nordiska grannländer och EU. De övergripande målen med denna utveckling är att skapa förutsättningar för en mer personcentrerad vård, bättre hälsa och en mer resurseffektiv hälso- och sjukvård. Ökad forskning och innovation, skärpt uppföljning, analys och bättre styrning av vård och omsorg är ytterligare mål för utvecklingen. Både nationellt och internationellt bedöms hälsodata ha en stor potential för att driva utvecklingen framåt för vård- och omsorgens olika behov. Flera länder pekar ut strategisk användning av hälsodata som en hävstång i omställningen till en mer hälsofrämjande och förebyggande vård och omsorg.

Med hälsodata avses i det här sammanhanget de uppgifter som rör en persons fysiska och psykiska hälsa samt vissa andra uppgifter. Det kan handla om ålder, kön, genuppsättning, provsvar, diagnoser, behandlingar, egenupplevd hälsa, levnadsvanor samt socioekonomiska faktorer med mera. Utöver hälsodata integrerar flera länder också omsorgen så att det blir en helhet kring vård- och omsorgsdata. Hälsodata kan skapas som primärdata i journalsystem där de används för ändamål som vård och behandling, men kan också komma från exempelvis enkäter och egenrapporterade data i olika applikationer för hemmonitorering och egenvård, något som förväntas öka i framtiden. Med sekundär användning av hälsouppgifter avses användning av hälsodata, som till exempel patientuppgifter, för något annat än det primära ändamål som de ursprungligen samlats in för. Sekundär användning kan till exempel vara att använda uppgifter i forskning eller för att fatta beslut och skapa innovationer.[173] Interoperabilitet eller förmågan hos olika system att fungera tillsammans och kunna kommunicera med varandra, utgör en direkt framgångsfaktor i frågor som rör hälsodata och dess användningsområden.[174] Det är också viktigt att hälsodata är sökbara, tillgängliga, kompatibla och återanvändbara. FAIR-principerna, som innebär att forskningsdata ska vara Findable

[173] Sitra, *Användningen av hälsodata behöver särskild EU-lagstiftning*, 2020, www.sitra.fi/sv/artiklar/anvandningen-av-halsodata-behover-sarskild-eu-lagstiftning/ (hämtad 2021-08-16).
[174] Jenny Söderberg, *Omvärldsanalys – Life science området i Sverige*, (Stockholm: Helidor Consulting AB, 2018).

(sökbara), Accessible (tillgängliga), Interoperable (interoperabla), och Reusable (återanvändningsbara), har de senaste åren fått starkt genomslag internationellt och blivit ledord för god datahantering och öppen tillgång till forskningsdata, inte minst inom EU.[175]

Nedan beskrivs våra grannländers arbete och de insatser som ur utredningens perspektiv är de viktigaste på området. Slutligen görs en bedömning av hur Sverige påverkas och agerar utifrån den pågående utvecklingen mot nya internationella och nationella system för hälsodata samt kopplingen till direktivets frågeställningar och utredningens uppdrag. Utredningen gör inte anspråk på att lämna en heltäckande bild av pågående arbeten eftersom det inte inryms i utredningens uppdrag.

4.7.1 EU-projektet TEHDAS bidrar till gemensamma europeiska principer för sekundär användning av hälsodata

Inom EU är hälsodata ett prioriterat område och arbete pågår för att främja bättre utbyte och tillgång till olika typer av hälsouppgifter både för primär och sekundär användning.[176]

Joint Action Toward the European Health Data Space, förkortat TEHDAS, är ett omfattande EU-projekt som har som mål att bidra till gemensamma principer för användningen av hälsodata i Europa. I projekt ingår att dela redan insamlade hälsodata, inom EU, för olika lagreglerade ändamål. Arbetet omfattar 25 länder och Sverige företräds av E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen.[177] Det finns också andra Joint Actions inom hälsodataområdet, till exempel Joint Action on Health Information (InfAct) som handlar att bygga en kraftfull infrastruktur för ett europeiskt informationssystem för hälsodata.[178]

TEHDAS ska lägga grunden till European Health Data Space (EHDS), på svenska kallat hälsodataområde, som ska främja gräns-

[175] Vetenskapsrådet, *Kriterier för FAIR forskningsdata – redovisning av regeringsuppdrag att ta fram bedömningskriterier för att följa vägen mot ett öppet vetenskapssystem* (2018).
[176] Europeiska kommissionen, *Ett europeiskt hälsodataområde*, u.å., https://ec.europa.eu/health/ehealth/dataspace_sv (hämtad 2021-08-13).
[177] TEHDAS, *Project, 2021.* https://tehdas.eu/project/ (hämtad 2021-08-13) och E-hälsomyndigheten, *Sekundäranvändning av hälsodata – ett EU-perspektiv (2021-03-24)*, 2021, www.ehalsomyndigheten.se/om-e-halsa/sa-jobbar-vi-med-e-halsa/sekundaranvandning-av-halsodata--for-forskning-innovation-och-beslutsfattande/eu-perspektiv/ (hämtad 2021-08-16).
[178] Joint Action on Health Information (InfAct), *The Project*, u.å., www.inf-act.eu/project (hämtad 2021-08-25).

överskridande användning av hälsodata inom forskning, innovation eller för att skapa nya regelverk och ny lagstiftning inom området. Målet med det så kallade hälsodataområdet är att medborgare, organisationer och företag ska gynnas av en datasäker och sömlös tillgång till hälsodata oavsett var de befinner sig inom EU. Projektet startade i februari 2021 och pågår till och med augusti 2023.[179]

4.7.2 Det pågår nordiska samarbeten inom området hälsodata

På hälsodataområdet pågår också samarbeten mellan de nordiska grannländerna. Nordiska Ministerrådet publicerade 2019 visionen för en nordisk e-infrastruktur för hälsodata. Ett nordiskt utvecklingsarbete pågår med målsättning att den nordiska regionen ska vara en ledande region när det gäller sekundäranvändning av hälsodata, *The Nordic Commons – en vision om en nordisk säker digital struktur för hälsodata*. Utvecklingsarbetet syftar till att tillgängliggöra hälsodata i framför allt nationella register och biobanker.[180] Redan 2014 presenterades ett förslag om att skapa ett nordiskt virtuellt center för registerbaserad forskning i rapporten Det framtida nordiska hälsosamarbetet. Rapporten togs fram på uppdrag av nordiska ministerrådet och de nordiska hälso- och sjukvårdsministrarna, med syfte att stärka samarbetet mellan de nordiska länderna genom att underlätta tillgången till datakällor för forskning.[181]

De nordiska länderna har liknande grundförutsättningar för registerbaserad forskning, bland annat genom tillgången till lagrade individdata i personregister som samlats in under lång tid och ofta täcker hela befolkningen. Dessa förutsättningar är unika ur ett globalt perspektiv. Länderna har därmed möjligheter att tillsammans driva utvecklingsarbeten inom området.[182]

[179] Sitra, *Samarbetsprojektet TEHDAS*, u.å., www.sitra.fi/sv/projekt/samarbetsprojektet-tehdas/#vad-handlar-det-om (hämtad 2021-08-12).
[180] Nordiska ministerrådet, NordForsk, *A vision of a Nordic secure digital infrastructure for health data: The Nordic Commons* (2019).
[181] Bo Könberg, *Det framtida nordiska hälsoarbetet* (Nordiska ministerrådet, 2014).
[182] E-hälsomyndigheten, *Sekundäranvändning av hälsodata – ett EU-perspektiv (2021-03-24)*, 2021, www.ehalsomyndigheten.se/om-e-halsa/sa-jobbar-vi-med-e-halsa/sekundaranvandning-av-halsodata--for-forskning-innovation-och-beslutsfattande/eu-perspektiv/ (hämtad 2021-08-10).

4.7.3 Norges hälsodataprogram ska bidra till bättre nyttjande av hälsodata för sekundära ändamål

I Norge pågår ett omfattande arbete inom hälsodataområdet sedan flera år tillbaka. År 2012 fastställdes en inriktning för den nationella styrningen och samordningen av it-utvecklingen inom hälso- och omsorgssektorn genom visionen Én inbygger – én journal. Tillgängliggörande av hälsodata ingår som ett av de övergripande målen för it-utvecklingen inom hälso- och omsorgssektorn. Visionens mål är att:

- Hälso- och sjukvårdspersonal ska ha enkel och säker tillgång till patientuppgifter.
- Invånare ska ha tillgång till enkla och säkra digitala tjänster.
- Data ska vara tillgänglig för kvalitetsförbättring, hälsoövervakning, styrning och forskning.[183]

Norge har i likhet med Sverige ett flertal hälsoregister som tillsammans ger kunskap om befolkningens hälsa och kvaliteten inom verksamheter för vård och omsorg. Tillgången på data har varit präglad av en decentraliserad organisering av hälsoregistren och en lagstiftning som lett till svårigheter att få tillgång till data. Norge antog 2009 en nationell hälsoregisterstrategi 2010–2020 för att modernisera de nationella hälsoregistren och höja registrens kvalitet och användbarhet. Strategins övergripande mål är att främja utvecklingen av hälsoregister med hög kvalitet som bidrar till bättre hälsa för alla.[184] För att stärka genomförandet av denna strategi etablerades 2017 ett hälsodataprogram av Norges motsvarighet till E-hälsomyndigheten, Direktoratet för e-helse. Programmet genomförs i samarbete med Norges forskningsråd, Folkheleseinstituttet, Helsedirektoratet, regional hälso- och sjukvård, kommunsektorn och näringslivet. Målsättningen är att en gemensam nationell förvaltningstjänst för hälsodata och forskning ska finnas när programmet är avslutat. Dessutom ska en gemensam nationell infrastruktur skapas med möjlighet till teknisk interoperabilitet mellan hälsoregister och andra centrala datakällor, standardiserade hälsodata med bättre kvalitet, samt ett anpassat juridiskt ram-

[183] Det kongelige helse- og omsorgsdepartement [Norge], *Meld.St.9 – Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren* (2012).
[184] Folkehelseinstituttet [Norge], *Gode helseregistre – bedre helse. Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre 2010–2020. Hovedrapport fra forprosjektet Nasjonalt helseregisterprosjekt* (2009).

verk och överenskommen tolkning av regelverket. Programmet syftar till att ge bättre förutsättningar för sekundär användning av hälsodata för att möta de ökande kraven på kunskap i hälso- och sjukvårdssektorn. Målet är att data ska vara tillgänglig för kvalitetsförbättring, uppföljning av befolkningens hälsotillstånd, styrning och forskning.[185]

Som ett led i hälsodataprogrammet har den norska regeringen 2018 beslutat om att skapa en nationell hälsoanalysplattform för hälsodata och en tillhörande förvaltningsorganisation. Detta ska bidra till att förenkla och effektivisera tillgängliggörandet av hälsodata för statistik, hälsoanalyser och forskning.[186] Genom hälsoanalysplattformen ska det finnas tillgång till ett brett urval av hälsodata, ett genomarbetat juridiskt underlag, samarbete med offentliga verksamheter och goda tekniska lösningar och standarder. Tekniska lösningar ska möjliggöra medborgartjänster, data- och analystjänster, sök- och vägledningstjänster och förvaltningstjänster. Utvecklingsarbete pågår och plattformen beräknas tas i bruk under 2022. En servicetjänst för brukare av hälsodata ska också skapas kopplat till plattformen.[187]

4.7.4 I Finland pågår genomgripande förändringar av sekundär användning av personuppgifter inom social- och hälsovården

I Finland sker genomgripande förändringar som avser sekundär användning av personuppgifter inom det som i Finland kallas social- och hälsovården. Det förberedande arbetet går tillbaka till början av tjugohundratalet då det bland annat gjordes en översyn av de finska registren och lagstiftningen inom området.

År 2019 uppdaterades lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008), som ursprungligen trädde i kraft 2008. Institutet för hälsa och välfärd, på finska förkortad THL, har i uppdrag att vara statistik-

[185] Direktoratet for e-helse, *Bakgrunn for Helsedataprogrammet*, 2021, www.ehelse.no/programmer/helsedataprogrammet/bakgrunn-for-helsedataprogrammet (hämtad 2021-08-10) och Direktoratet for e-helse, *Hva skal Helsedataprogrammet levere*, 2021, www.ehelse.no/programmer/helsedataprogrammet/hva-skal-helsedataprogrammet-levere (hämtad 2021-08-10).
[186] Direktoratet for e-helse [Norge], *Nasjonal e-helsestrategi 2017–2022 E-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren (2019) och Diktoratet for e-helse, Helseanalyseplattformen*, www.ehelse.no/programmer/helsedataprogrammet/helseanalyseplattformen , 2021, (hämtad 2021-08-12).
[187] Direktoratet for e-helse, *Helseanalyseplattformen*, 2021, www.ehelse.no/programmer/helsedataprogrammet/helseanalyseplattformen (hämtad 2021-08-12).

myndighet och föra statistik och register inom sitt verksamhetsområde, undersöka och följa upp befolkningens välfärd och hälsa samt utveckla hälsofrämjande åtgärder som ska bidra till en bättre hälsa i befolkningen. I lagen framgår att THL, har rätt att få tillgång till nödvändiga uppgifter om befolkningen som myndigheten behöver för att fullgöra sina uppdrag. I lagen beskrivs också att myndigheter och privata aktörer som producerar social- och hälsovårdstjänster är skyldiga att lämna dessa uppgifter. THL ansvarar också för att utveckla och uppdatera centrala termer, definitioner och klassificeringar inom social- och hälsovården.[188]

I Finland ingår mödra-, barn- och skolhälsovård i den nationella uppföljningen av primärvården

THL samlar in uppgifterna genom ett nationellt datainsamlings- och rapporteringssystem för social- och hälsovården, Hilmo. Uppgifterna sparas i THL:s register. Överföringen av data sker automatiserat och dagligen ur patientjournalerna. Fram till 2011 saknades uppgifter om den öppna primärvården. År 2011 skapades ett primärvårdsregister, Avohilmo, som bygger på data från alla besök i primärvården. Utöver diagnos och åtgärder innehåller registret även uppgifter om faktorer som påverkar hälsan såsom tandhälsa, rökning, BMI och alkoholbruk. Data överförs dagligen till registret. Inrättandet av registret föregicks av en pilotstudie med 20 regioner som ledde fram till den nuvarande strukturen. Mödra- och barnhälsovård och skolhälsovård ingår i primärvårdsregistret. Uppgifter som samlas in från dessa verksamheter är exempelvis längd och vikt hos barn och unga under hela uppväxten.

Genom enkäten Hälsa i skolan samlar THL in information vartannat år och i hela landet om de ungas levnadsförhållanden, skolförhållanden, upplevd hälsa, hälsovanor och om skolhälsovård. I enkäten deltar elever i grundskolans årskurs 4, 5, 8 och 9, gymnasieelever i årskurs 1 och 2 och studerande vid yrkesläroanstalterna[189] i årskurs 1 och 2. Informationen har samlats in i grundskolans årskurs 8 och 9 sedan 1996, i gymnasieskolan sedan 1999 och vid yrkesläroanstalterna sedan 2008. Eleverna i de lägre klasserna i grundskolan har deltagit

[188] Institutet för hälsa och välfärd (THL), *Vad är THL*?, 2017, https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/thl/vad-ar-thl- (hämtad 2021-08-25) och Finlex, *Lag om Institutet för hälsa och välfärd*, 2021, https://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2008/20080668 (hämtad 2021-08-25).
[189] Vid yrkesläroanstalterna deltar studerande under 21 år som går på en utbildning som leder till en läroplansbaserad yrkesinriktad grundexamen.

sedan början av 2017.[190] År 2019 var svarsfrekvensen 82 procent av alla elever i årskurs 4 och 5, 73 procent av eleverna i årskurs 8 och 9 och uppskattningsvis 70 procent av första och andra årets studerande i gymnasieskolan.[191]

Enligt uppgift från företrädare för THL används också primärvårdsregistret för att följa efterlevnaden av den finska lagstiftningen för barn- och ungdomshälsovården som bland annat reglerar hur många hälsobesök som barn och unga har rätt till under uppväxten. Utöver dessa hälsobesök registreras även ytterligare besök.

Utveckling av kvalitetsregister ska bidra till att tillgängliggöra data för förbättringsarbete

Efter ovan nämnda lagändring 2019 har THL i uppgift att föra kvalitetsregister inom social- och hälsovården. I Finland pågår ett arbete med att skapa fler kvalitetsregister än de cirka 10 nationella kvalitetsregister som är prioriterade i dag. Kvalitetsregistren definieras som en del av THL:s permanenta verksamhet och bedöms ha en stor betydelse för att tillgängliggöra data för verksamheterna som kan användas för förbättringsarbetet inom verksamheterna och för utveckling av vårdens kvalitet. Genom kvalitetsregister kan vårdens verksamheter få tillgång till statistik som kan användas för att jämföra och utveckla vårdpraxis, undersöka olika behandlingars effektivitet och säkerhet och öppet redovisa vårdresultaten för invånarna.[192]

Finland har en ny lagstiftning om sekundär användning av personuppgifter inom social- och hälsovården

Finland införde 2019 en lag om sekundär användning av personuppgifter inom social- och hälsovården (552/2019). Lagen syftar till en effektiv och informationssäker behandling av personuppgifter som

[190] Institutet för hälsa och välfärd (THL), *Enkäten Hälsa i skolan*, 2021, https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/forskning-och-utveckling/undersokningar-och-projekt/enkaten-halsa-i-skolan (hämtad 2021-08-24).
[191] Institutet för hälsa och välfärd (THL), *Välbefinnandet bland barn och unga – Enkäten Hälsa i skolan,* 2021, https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik-och-data/material-och-tjanster/statistikens-kvalitet-och-principer/kvalitetsbeskrivningar/valbefinnandet-bland-barn-och-unga-enkaten-halsa-i-skolan (hämtad 2021-08-26).
[192] Institutet för hälsa och välfärd (THL), *Nationella kvalitetsregister för hälso- och sjukvården,* 2021, https://thl.fi/sv/web/vardreformen/utvardering-och-informationsunderlaget/nationella-kvalitetsregister-for-halso-och-sjukvarden (hämtad 2021-08-24).

har registrerats i social- och hälsovårdsverksamhet. Tidigare kunde uppgifter användas för forsknings- och statistikändamål, men den nya lagen innebär att uppgifterna också kan användas för styrnings-, undervisnings- och tillsynsändamål inom social- och hälsovården. Syftet är dessutom att säkra individens integritet vid behandlingen av personuppgifter. (1 kap. 1 § lagen om sekundär användning av personuppgifter inom social- och hälsovården [552/2019]) Lagen innebär bland annat att de riksomfattande register som THL ansvarar för samt institutets rätt att få information har anpassats till kraven i dataskyddsförordningen[193].

I lagen om sekundär användning av social- och hälsodata definieras de myndigheter och organisationer som svarar för tjänsterna och begränsningar av datamaterial för sekundär användning. En nyinrättad tillståndsmyndighet, Findata, beviljar dataanvändningstillstånd för sekundär användning av social- och hälsouppgifter. För att få tillgång till material krävs en plan för användning av uppgifterna. Findata ställer därefter materialet till förfogande för en viss tid till en sluten plattform för distansanvändning. Materialet är anonymiserat eller pseudonymiserat, det vill säga personuppgifterna kan inte längre kopplas till en viss person utan kompletterande uppgifter.[194] Enligt uppgift från företrädare för THL fanns det vid inrättandet av Findata en tydlig ambition om att det skulle vara korta ledtider, cirka 3 månader, för att få tillgång till data. Detta har dock hittills inte uppnåtts. Ledtiderna för att få tillgång till data är i dagsläget 6–12 månader.

4.7.5 Danmarks sundhedsdataprogram ska förbättra tillgången till hälsodata med fokus på bättre kvalitet

Den danska regeringen avsatte 2015 medel för att verkställa hälsostrategin Jo før – jo bedre, Tidlig diagnose, bedre behandling og flere gode leveår for alle. Strategin ska bidra till en långsiktig omställning av hela hälso- och sjukvården.[195] Användning av hälsodata kopplat till hälso- och sjukvårdens kvalitet är ett utpekat område i strategin. För att understödja det arbetet, pågår ett nationellt utvecklingsarbete med ett

[193] Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG.
[194] Findata: *Vad är Findata?*, u.å., https://findata.fi/sv/vad-ar-findata/ (hämtad 2021-07-01).
[195] Regeringen [Danmark], *Jo før – jo bedre, Tidlig diagnose, bedre behandling og flere gode leveår for alle* (2014).

hälsodataprogram, Sundhedsdataprogrammet. Programmet ska bidra till att lyfta kvaliteten inom hälso- och sjukvården genom bättre användning av hälsodata. Sundhedsdataprogrammet har fokus på utveckling av it-infrastruktur och samarbete kring användning av hälsodata mellan staten, regioner och kommuner. Programmet ska förbättra åtkomsten och användarmöjligheterna till relevanta danska hälsodata för både invånare, kliniker och beslutsfattare. Genom systematisk användning av hälsodata ska kvalitet och styrning utvecklas i framtidens hälso- och sjukvård. Programmets målsättning är att uppnå en bättre användning av hälsodata i hälso- och sjukvården. Detta ska bland annat bidra till systematisk uppföljning av insatser, ökad kunskap om bästa praxis inom ett område, tidiga och effektiva förebyggande insatser, att säkra samverkan mellan vårdverksamheter och att ge invånare och patienter information om vårdens kvalitet.[196]

I Danmark pågår också ett samarbete mellan den danska regeringen och landets regioner med att bygga upp en gemensam ingång, en webbsida, med hälsodata för forskningsändamål. Webbsidan ska ge en överblick över tillgängliga data och innehålla vägledning och information om ansökningsprocessen för åtkomst till hälsodata.[197]

4.7.6 Sveriges väg mot en mer ändamålsenlig infrastruktur för behandling av hälsodata

Sverige tar i dagsläget flera steg i samma riktning som övriga nordiska länder och Europa när det gäller att bättre kontrollera och att nyttja sina hälsodata för olika ändamål. Det handlar både om tillgång till aggregerade data och förutsättningarna för att dela data inom och mellan olika datakällor. Regeringen, flera myndigheter och många andra svenska aktörer deltar också aktivt i de nordiska och europeiska samarbetena som nämns ovan.

Sverige har internationellt sett en framstående position när det gäller hälsodata, inte minst genom sin långa historik av personuppgiftsbaserade register. Sverige har också instanser och strukturer för att kunna samla in, kvalitetssäkra, aggregera och tillgängliggöra hälsodata för sekundära ändamål. Detta sker dagligen i forsknings-, statistik- och

[196] Sundhedsdatastyrelsen [Danmark], *Sundhedsdataprogrammet (*2015).
[197] Sundhetsministeriet, *Fælles indgang til sundhedsdata skal styrke forskning og udvikling*, 2021, https://sum.dk/nyheder/2021/marts/faelles-indgang-til-sundhedsdata-skal-styrke-forskning-og-udvikling (hämtad 2021-07-01).

kvalitetsuppföljningssammanhang. Finland, vars reformarbete beskrivs ovan, försöker nu aktivt att stärka och utveckla landets relativt få kvalitetsregister, eftersom de anses ge ett värdefullt tillskott när det gäller kvalitetsuppföljning på verksamhetsnivå. Kvalitetsregister är mer verksamhetsnära och kan mäta insatsernas effekter, ge möjlighet till öppna jämförelser men också att kunna utveckla vårdprocesser. Sverige har här en internationellt sett stark position och många väl utbyggda kvalitetsregister. Samtidigt kan det konstateras att bland annat Finland och Norge har kommit betydligt längre, framför allt i policy-, styrnings- och samordningsfrågor. Utredningen konstaterar även att det i Finland finns lagstiftning som möjliggör en mer ändamålsenlig och effektiv sekundär användning av hälsodata.

Flera rapporter inom hälsodataområdet pekar ut vissa strategier och områden som centrala för att lyckas nå målet att skapa en ändamålsenlig nationell infrastruktur för hantering av hälsodata. Här kan nämnas tydligare nationellt och regionalt ledarskap i utvecklingsarbetet tillika politisk samsyn, vilja och handling, samordning av *en* ansvarig instans för identifiering av hinder i lagstiftning och för hantering av nödvändiga författningsförslag samt en nationell funktion, en organisation, med ansvar för infrastruktur för vård- och omsorgsdata på motsvarande sätt som i de övriga nordiska länderna.[198] I dialog med arbetsgruppen för hälsodata under samverkansprogrammet för Life Science, har flera av dessa områden kunnat verifieras som viktiga för Sveriges möjligheter att nå målen i enligt med En nationell strategi för life science (prop. 2020/21:60).

Mängden strategiska områden som ska koordineras för en framgångsrik hantering av hälsodata för alla önskade syften visar hur komplex situationen är och hur många intressenter och aktörer som är inblandade. Utifrån utredningens kunskapsinsamling och dialoger är det troligtvis en lång tidshorisont på närmare 10 till 15 år eller längre innan ett nytt paradigm och en fungerande nationell infrastruktur för hälsodata för alla önskade ändamål är på plats.[199] Detta inte minst för att lagstiftning och myndighetsuppdrag kan behöva ändras i grunden samt för att det kommunala självstyret gör det svårt att snabbt få till stånd exempelvis en gemensam teknisk standard eller terminologi.

[198] NordForsk, *A vision of a nordic secure digital infrastructure for health data: The Nordic Commons* (2019) och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Lapptäcke med otillräcklig täckning. Slututvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister* rapport 2017:4 (2017).
[199] Läkemedelsindustrins förening (LIF), *Åtgärder för att förbättra tillgången till och analys av hälsodata* (2019).

Som beskrivs ovan i detta kapitel är dagens datakällor skilda åt, har olika karaktär och innehåller olika typer av data. De är dessutom sällan automatiserade och kan svårligen aggregeras. Enligt vissa bedömare är Sverige inte ensamma om denna problematik, det är många saker som ska falla på plats innan en effektiv och säker organisation levererar hälsodata från befolkningen för olika ändamål. Till och med Finland, som bedöms ha gjort mest genomgripande förändringar och har en etablerad struktur, erfar till exempel långa ledtider för aggregerade utdata.

Det finns tydliga tecken på att Sverige styr mot det som också sker i omvärlden. Ett stort antal myndigheter och aktörer är involverade i arbetet med att tillgängliggöra nationellt aggregerade hälsodata, bland annat E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Vetenskapsrådet, Vinnova och SKR. Dessutom har regeringen i forsknings- och innovationspropositionen samt i Life Science-strategin, formulerat målet att bättre nyttja hälsodata som en strategisk resurs. Detta inte bara för att stärka Sveriges roll som ledande inom medicinsk forskning och innovation, utan också för att möjliggöra förebyggande insatser mot ohälsa och sjukdom samt införa nya arbetssätt, tekniker och behandlingar för ökad effektivitet och kvalitet i vården och omsorgen.[200] I Vision e-hälsa 2025, som beskrivs i avsnitt 4.5.1, framhålls vikten av tillgång till och utbyte av grunddata i vård- och omsorg. För detta krävs en nationell standard när det gäller termer och begrepp, interoperabilitet mellan och inom journalsystem och verksamheter samt nationell infrastruktur för informationsutbyte. Regeringen gav 2019 Myndigheten för digital förvaltning (DIGG) i uppdrag att i samverkan med flera andra myndigheter etablera en förvaltningsgemensam digital infrastruktur för informationsutbyte och tillgång till grunddata inom offentlig sektor.[201] Här bör dock noteras att ingen myndighet med koppling till vård och omsorg nämns i uppdraget.

Kommittén för teknologisk innovation och etik (N 2018:04), Komet, har nyligen föreslagit att regeringen skyndsamt ska tillsätta en utredning för att se över den lagstiftning som styr insamling och delning av hälsodata. Utredningen ska ha särskilt fokus på organisa-

[200] Prop. 2020/21:60 *Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige* och Regeringskansliet, *En nationell strategi för life science* (2019).
[201] Regeringsuppdrag till Myndigheten för digital förvaltning, *Uppdrag att etablera ett nationellt ramverk för grunddata inom den offentliga förvaltningen* (dnr I2019/03307/DF).

tion och tillämpningsområde för sekundäranvändning av hälsodata.[202] Vetenskapsrådet lämnade i en rapport från 2020 tydliga rekommendationer om en stärkt nationell e-infrastruktur för bland annat hälsodata.[203] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys lämnar i sin utvärdering och analys av kvalitetsregister tydliga rekommendationer till regeringen som avser en ny nationell infrastruktur för hälsodata.[204] I september 2021 beslutade regeringen om ett uppdrag till E-hälsomyndigheten om att göra en förstudie om skapandet av en digital infrastruktur för nationella kvalitetsregister (dnr S2021/06170). I slutbetänkandet Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur (SOU 2021:65) pekas också på behovet av en ny myndighet med ansvar för den digitala infrastrukturen för forskning.[205] Regeringen har även gett Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet. I uppdraget ingår att titta brett på olika syften och användningsområden samt förutsättningar och hinder för datainsamling på nationellt aggregerad nivå.[206] Det finns mängder av andra initiativ och strategier med kopplingar till aggregering och delning av hälsodata, till exempel utredning om framtidens biobanker och nationell databas för bilddiagnostik.[207]

En sammanfattande analys av den nationella och internationella utvecklingen på hälsodataområdet kopplat till utredningens uppdrag pekar på att det finns potential att lösa ut många av de komplicerade problemställningarna när det gäller behandling av hälsodata för vård- och omsorgens olika behov. Tillgång till och användning av bredare hälsodata har möjlighet att påskynda omställningen av hälso- och sjukvården till att vara mer personcentrerad, hälsofrämjande och förebyggande. Den medicinska nyttan är uppenbar, vilket utredningen beskriver både i delbetänkandet och i detta betänkande, men den behöver vägas mot integritetsaspekter. Det kommer ta lång tid innan en fungerande struktur och organisation är på plats och det är svårt för utredningen att bedöma hur den nationella strategin ska utformas

[202] Kommittén för teknologisk innovation och etik, skrivelse till regeringen (okt 2020).
[203] Vetenskapsrådet och Sveriges universitets och högskoleförbund, *Inriktningsförslag för organisering av svensk e-infrastruktur för forskning* (2020).
[204] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Lapptäcke med otillräcklig täckning. Slututvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister*, rapport 2017:4 (2017).
[205] SOU 2021:65 *Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur*.
[206] Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen, *Uppdrag att kartlägga datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet* (dnr S2021/05369).
[207] SOU 2018:04 *Framtidens biobanker* och Regeringsuppdrag till E-hälsomyndigheten, *Uppdrag att genomföra en förstudie om ett statligt, nationellt datautrymme för bilddiagnostik,* (dnr S2021/05259).

och vilka steg som ska tas, härtill är det för många olika intressenter och värden samt en hög grad av komplexitet. Befintliga lagrum och strukturer måste under tiden modifieras och användas för att kunna följa barns och ungas hälsa samt kvaliteten och effektiviteten i de hälsofrämjande och förebyggande insatserna. Slutligen gör utredningen analysen att de förändringar som behöver göras i befintligt system är gynnsamma för den fortsatta utvecklingen av en stärkt nationell infrastruktur för hälsodata i stort.

5 Förslag och bedömningar

En central förutsättning för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga är att information kan delas mellan de aktörer som vårdar barn och unga och användas för uppföljning. Både informationsdelning och uppföljning bygger på hälsouppgifter om barn och unga som dokumenteras i patientjournalen. Dessa hälsouppgifter används för olika ändamål, till exempel för att dela uppgifter inom och mellan vårdgivare för vård och behandling och för att följa upp barn och ungas hälsa och säkra verksamheternas kvalitet.

Utredningen konstaterar dock att information om ett barns eller ung persons hälsa som dokumenterats i patientjournalen, inte delas i tillräcklig utsträckning inom och mellan de verksamheter som vårdar barn och unga. Orsakerna är flera, bland annat saknas en heltäckande nationell informationsstruktur som tillämpas på samma sätt av alla vårdgivare. Organisatoriska, kulturella och juridiska faktorer påverkar också förutsättningarna för en ändamålsenlig informationsdelning. Brister i dokumentation eller i tillgång till rätt information i vården leder till att viktiga hälsodata saknas i vårdmötet eller för den som ska samordna vården och omsorgen. Bristerna gör också att patientens möjlighet till att vara delaktig i sin egen vård minskar, liksom vårdnadshavares möjlighet att ta ansvar för och vara delaktiga i beslut om barnets vård och behandling.

De uppgifter som dokumenterats i patientjournalen utgör förutom underlag till vård och behandling också en grund för uppföljning av hälsa på aggregerad nivå och uppföljning av hälso- och sjukvårdens insatser. Dessa hälsouppgifter används dock i låg utsträckning i dag för uppföljningssyfte. Det saknas en nationell uppföljning av barns och ungas hälsa som förutom fysisk och psykisk hälsa inkluderar utveckling som till exempel tillväxt och språk, egna förmågor och motståndskraft.

Genom hälsodataregister finns förutsättningar att följa barns och ungas hälsa, men innehållet i hälsodataregister är i dag i hög utsträckning relaterat till diagnoser. I skrivande stund saknas också uppgifter om primärvårdens verksamhet i hälsodataregistren, men Socialstyrelsen har föreslagit att patientregistret ska utvidgas till att bland annat även omfatta primärvården, inklusive mödrahälsovård och barnhälsovård. Den föreslagna utvidgningen omfattar dock varken elevhälsans medicinska insatser eller ungdomsmottagningarnas verksamhet. Det innebär att det fortsatt kommer att saknas nationell uppföljning av den hälsovård som erbjuds barn och unga mellan 6–20 år.

Det saknas också en samlad nationell uppföljning av de verksamheter som utgör barn- och ungdomshälsovård, det vill säga mödrahälsovården, barnhälsovården, elevhälsans medicinska insatser och ungdomsmottagningarna. I delbetänkandet (SOU 2021:34) föreslår utredningen att ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga i åldrarna 0–20 år ska tas fram. Programmet ska förtydliga hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga, och utgöra en sammanhållande bas för de ingående verksamheterna att arbeta utifrån samma mål och uppdrag. Regeringen har i september 2021 beslutat om att ge Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en förstudie för ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga (dnr 2021/06171). Det nationella programmet bör ligga till grund för uppföljningen av den hälso- och sjukvård som bedrivs inom barn- och ungdomshälsovården, för att säkerställa att barn och unga får hälsofrämjande och förebyggande insatser med god kvalitet och på ett likvärdigt sätt i landet.

Det finns nationella kvalitetsregister för mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser. Anslutningsgraden till kvalitetsregistren för barnhälsovård och elevhälsans medicinska insatser är dock låg, delvis på grund av att registren inte längre betraktas som nationella kvalitetsregister och av den anledningen inte längre tilldelas ekonomiskt stöd inom ramen för en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).[1] För ungdomsmottagningarnas verksamhet saknas kvalitetsregister på nationell nivå. Möjligheterna att följa barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter och hälsofrämjande och förebyggande insatser i nationella kvalitetsregister är därmed begränsade.

[1] Överenskommelse om sammanhållen, jämlik och säker vård 2021, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

Utredningen bedömer sammantaget att denna brist på övergripande nationell uppföljning av barns och ungas hälsa och hälsofrämjande och förebyggande insatser som ges till barn och unga, är problematisk. Bristande uppföljning leder till att information om barns och ungas hälsa inte används för att ta fram kunskap som bidrar till medicinsk nytta och utveckling. Bristande uppföljning leder också till svårigheter att komma tillrätta med brister i likvärdigheten i barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter, vilket beskrivs närmare i utredningens delbetänkande.

Det pågår omfattande insatser för att skapa förutsättningar för en mer ändamålsenlig hantering och användning av hälsouppgifter, inte minst i våra nordiska grannländer. Det handlar både om tillgång till aggregerade data och förutsättningarna för att dela data inom och mellan olika datakällor. Utredningen bedömer att en sådan utveckling gynnar möjligheterna till uppföljning av barns och ungas hälsa, att följa effekter av hälsofrämjande och förebyggande insatser och kvaliteten i vården. Det förutsätter dock att barns och ungas behov särskilt beaktas i denna utveckling. Möjligheten att tillgängliggöra hälsodata utifrån ny struktur ligger dessutom förmodligen ett antal år framåt i tiden, eftersom de frågor som behöver bearbetas är breda och komplexa.

Utredningen har övervägt flera alternativ för att följa upp barns och ungas hälsa, barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter och det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Alternativen har var för sig både för- och nackdelar men tillsammans kompletterar de varandra och skapar förutsättningar för en sammanhållen nationell uppföljning. Utredningen har därför kommit fram till att det är relevant att både utveckla förutsättningarna för nationella kvalitetsregister och hälsodataregister samtidigt som ett mer omfattande arbete med att utveckla en nationell infrastruktur för tillgången till aggregerade hälsodata behöver ske. I detta kapitel presenteras utredningens förslag och bedömningar för att stärka möjligheterna till en god informationsdelning och hur en samlad uppföljning av barns och ungas hälsa kan utformas.

5.1 Uppföljning av barns och ungas hälsa

Bedömning: Det är nödvändigt att följa olika aspekter av barns och ungas hälsa, från graviditet till och med 20 års ålder, utifrån ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv.

Förslag: Socialstyrelsen ska få i uppdrag att utreda om det är möjligt och lämpligt att följa barns och ungas hälsa i hälsodataregister, och lämna de författningsförslag som är nödvändiga för att det ska kunna ske.

Skälen för utredningens förslag: Uppföljning via hälsodataregister säkrar tillgång till information på nationell nivå om vissa hälsodata i befolkningen stabilt och långsiktigt. Hälsodataregister innehåller få och väl valda variabler som inte förändras så mycket över tid. Detta möjliggör jämförelser och medicinsk forskning över långa tidsperioder.

I propositionen Hälsodata- och vårdregister (prop. 1997/98:108) som ligger till grund för lagen (1998:543) om hälsodataregister, framhålls att det behövs kunskap om orsakssambanden mellan ohälsa och riskfaktorer, för att förebygga ohälsa och sjukdom. Hälsodataregister och andra register med personuppgifter kan innehålla uppgifter om medicinska och andra förhållanden som är nödvändiga för att ta fram dessa kunskaper. Hälsodataregister behövs också för att bland annat kunna följa och studera hälsotillståndet hos hela befolkningsgrupper utifrån kön, ålder, social bakgrund och regionala skillnader.[2]

För att det ska vara möjligt att förebygga ohälsa i begreppets grundläggande mening, det vill säga förhindra att ohälsa uppkommer, krävs en hälsouppföljning där alla barns hälsa följs upp så att ohälsa eller risk för ohälsa kan upptäckas. Det krävs också hälsofrämjande insatser som stärker välbefinnande och motverkar ohälsa. Hälsofrämjande åtgärder tidigt i livet lägger grunden för en god hälsa och välmående, och är en långsiktig investering i hållbar fysisk, psykisk och social hälsa och välbefinnande för den enskilde. Det lägger också grunden för en långsiktigt socialt och ekonomiskt hållbar hälso- och sjukvård. För att stärka hälso- och sjukvårdens arbete med hälsofrämjande insatser föreslår utredningen i delbetänkandet en ändring i hälso- och sjukvårdslagen som innebär ett förtydligande av att hälso- och sjuk-

[2] Prop. 1997/98:108 *Hälsodata- och vårdregister*, s. 41.

vården har en skyldighet att arbeta för att främja hälsa. Utredningen föreslår också ett bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga.[3] Mot bakgrund av utredningens förslag har regeringen i september 2021 beslutat om att ge Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en förstudie för ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga (dnr 2021/06171). Detta innebär att hälso- och sjukvården kommer att behöva utveckla sitt hälsofrämjande arbete. Uppföljningen av barns och ungas hälsa är en förutsättning för denna utveckling.

Uppgifter om barns och ungas hälsotillstånd finns framför allt i de verksamheter som utgör barn- och ungdomshälsovården. Mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser identifierar ohälsa eller risk för ohälsa hos barn och unga genom den hälsouppföljning som verksamheterna bedriver. Hälsofrämjande och förebyggande åtgärder erbjuds barn, unga och vårdnadshavare utifrån behov, med målsättning att förebygga ohälsa. Ungdomsmottagningarnas hälso- och sjukvårdsverksamhet identifierar ohälsa eller risk för ohälsa och förebygger ohälsa vid besök som genomförs på ungdomarnas egna initiativ.

Utredningen bedömer att uppgifter om hälsotillståndet hos barn och unga och hälsofrämjande och förebyggande åtgärder för barn och unga, skulle vara värdefulla komponenter i den nationella uppföljningen via hälsodataregister. Uppgifterna skulle göra det möjligt att följa barns och ungas hälsoutveckling genom hela uppväxten till vuxen ålder, förutsatt att uppgifter om hälsa och uppgifter om hälsofrämjande och förebyggande insatser kan samlas in från alla verksamheter i barn- och ungdomshälsovården. Uppgifterna skulle också kunna bidra till kunskap om orsakssamband mellan ohälsa och riskfaktorer, och utgöra värdefull information för utvecklingen av hälsofrämjande och förebyggande åtgärder, som främjar barns och ungas fysiska, psykiska och sociala hälsa. Utredningen preciserar inte vilka specifika uppgifter som bör följas i hälsodataregister. Det kan lämpligen tas fram tidigast i samband med att detta förslag genomförs. Det är också en rimlig förutsättning att hälsovårdsprogrammet, som utredningen föreslår i delbetänkandet, ligger till grund för beslut om vilka uppgifter som bör ingå i hälsodataregistret.

[3] SOU 2021:34 *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga*, s. 257–264.

I dag samlas vissa hälsouppgifter in om nyfödda barn i hälsodataregister. Det medicinska födelseregistret behandlar uppgifter om till exempel barnets kön, vikt, längd, huvudomfång och tillstånd vid födelsen. I övrigt saknas sådana uppgifter i hälsodataregister om barns och ungas hälsa, och det är inte möjligt att följa tillväxten eller annan hälsoutveckling i deras uppväxt. Utredningen bedömer att uppgifterna i det medicinska födelseregistret utgör en start på uppföljningen av barns och ungas hälsa, men att det finns behov av att komplettera med motsvarande uppgifter under barnets uppväxt. Det skulle till exempel kunna handla om uppgifter om tillväxt, rökning eller utsatthet för rökning, men också om hälsofrämjande åtgärder som till exempel föräldraskapsstöd. Det skulle ge goda förutsättningar att följa hälsotillståndet hos barn och unga under deras uppväxt på en aggregerad nivå, och möjliggöra forskning på området. På så sätt kan kunskapen öka om samband och behov av insatser, för att förbättra hälsan för barn och unga och styrningen mot en mer jämlik vård.

Uppgifter om barns och ungas hälsa har stor medicinsk nytta

Utredningen vill särskilt lyfta fram den medicinska nyttan med att följa barns och ungas hälsa i hälsodataregister. Det kan ge stöd för behandlingsmetoder och hälsofrämjande och förebyggande insatser som minskar förekomst av ohälsa och sjukdom hos barn och unga, men även senare i livet. För att kunna se dessa samband behöver personnummerbaserade uppgifter kopplas till hälsodata, faktorer av betydelse för hälsa, skydds- och riskfaktorer, insatser och behandling, och följas över tid genom framställning av statistik. Personuppgifter i ett hälsodataregister får behandlas för ändamålet att framställa statistik (3 § lagen om hälsodataregister [1998:543]).

En central hälsoparameter är tillväxt, som vikt och längd. Barns tillväxt mäts i dag från födseln genom hela uppväxten, eftersom det är viktigt för att kunna bedöma barnets utveckling och hälsa. Barnets tillväxtkurva från födsel till vuxen ålder är en färdskrivare för hälsan på flera olika sätt. Undervikt vid födseln eller under uppväxten kan vara en indikation på underliggande kronisk sjukdom, olika bristtillstånd, social omsorgssvikt, skadlig stress eller psykisk ohälsa. Övervikt och fetma, som är allt vanligare hos barn och unga och som ofta kvarstår upp i vuxen ålder, kan ses tydligt och tidigt i en avvikande

tillväxtkurva. Avvikande tillväxtmönster kan också vara tecken på störningar i puberteten eller andra hormonella tillstånd såsom brist på tillväxthormon. Fetma ökar risken för en mängd stora folksjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdomar, åldersdiabetes och cancer. En stor del av dessa tillstånd, även vissa kroniska sjukdomar, kan förebyggas genom tidiga och ändamålsenliga insatser. Faktorer som rör levnadsvanor är lättare att påverka och ändra i barndomen. Det är också lättare att behandla ohälsa i barndomen innan komplikationer eller samsjuklighet uppstår.

Gemensamt för ovanstående exemplifierade ohälsotillstånd är att de ofta syns först i tillväxtmönstret eller i annan metodisk hälsouppföljning såsom utredningen beskriver i delbetänkandet.[4] Först långt senare uppstår symtom på ohälsa som leder till besvär för individen, och som kan föranleda besök på akutmottagningar eller i den planerade vården. Det är dock inte alltid så att besvären är tillräckligt uppenbara för att leda till diagnos, eftersom kunskapen om orsakssambanden kan vara bristfälliga. Besvären kan trots detta utgöra betydande svårigheter och lidande för de barn och unga som drabbats.

Socialstyrelsen har ett pågående uppdrag om att lämna förslag på författningsändringar för att bland annat möjliggöra insamling av uppgifter till medicinska födelseregistret om moderns intag av nikotinprodukter, alkohol och andra potentiellt farliga substanser under graviditet.[5] Insamlingen av uppgifterna avser att öka kunskapen om vilka konsekvenser dessa substanser har för fostret och den blivande modern.

Utredningen ser positivt på att dessa uppgifter samlas in till hälsodataregister. Utredningen ser samtidigt att avsaknaden av uppgifter om barns och ungas hälsa under resterande del av uppväxten, minskar möjligheten att öka kunskapen om vilka konsekvenser moderns intag av dessa substanser under graviditeten får på barnets hälsa. I de fall konsekvensen blir diagnos kommer det att synas, eftersom diagnoser registreras i patientregistret, men tidiga tecken och symtom på ohälsa och sjukdom registreras inte. Det finns alltså en risk för att konsekvenser av dessa substanser som inte leder till någon diagnos, i så fall skulle missas. Det skulle till exempel kunna vara skadliga effekter av alkohol som inte är så allvarliga att de leder till diagnosen fetalt alkoholsyndrom, men ändå utgör betydande påverkan för individen som

[4] SOU 2021:34, s. 110–111 och 168.
[5] Regleringsbrev avseende budgetåret 2021 för Socialstyrelsen (dnr S2020/09593).

till exempel svag begåvning, koncentrationssvårigheter eller motorisk utvecklingsförsening.

Utredningen menar att uppgifter om barns och ungas tillväxt i hälsodataregister skulle möjliggöra en ökad och värdefull kunskap om samband mellan ohälsofaktorer, tecken på begynnande ohälsa som yttrar sig som tillväxtavvikelser och senare manifesteras i ohälsa eller sjukdom. Denna ökade kunskap skulle i sin tur kunna leda till förbättrade metoder för att främja hälsa och förebygga ohälsa i befolkningen. Andra parametrar som förespår framtida hälsa är motorisk utveckling, kommunikation och mognad, sociala färdigheter, kognitiv förmåga, förmåga att reglera sina känslor och sitt beteende, självrapporterat mående och trygghetskänsla samt fysisk och psykisk motståndskraft. Utifrån dagens kunskap om hälsans bestämningsfaktorer skulle även parametrar som föräldraskap, lärande och uppväxtvillkor kunna ge viktigt underlag till hur det hälsofrämjande och förebyggande arbetet ska utformas. Tillgång till sådana data, och samkörning med relevanta register, gör det möjligt att upptäcka kopplingar mellan hälsovårdande insatser och förekomst av ohälsa på gruppnivå. Det skulle ge ett bra underlag för vilka insatser som är effektiva för att minska förekomst av ohälsa, exempelvis i särskilt utsatta grupper eller områden där hälso- och sjukvården ofta behöver ge förstärkt stöd och fördjupade insatser.

Ytterligare fördelar gäller möjligheten att upptäcka viktiga orsakssamband mellan riskfaktorer som inte är så vanligt förekommande, till exempel utebliven amning, ohälsofaktorer i miljön eller kosttillskott under graviditeten, och sjukdomar. Det kan också gälla nya fynd i mindre studier som behöver verifieras genom registerdata på många fler individer. Simuleringsmodeller eller verkliga projekt som rör breda hälsofrämjande eller förebyggande insatser mot exempelvis barnfetma eller psykisk ohälsa, kan lättare riggas och utvärderas.

Hälsofrämjande och förebyggande insatser behöver följas upp

Hälso- och sjukvårdens insatser för att behandla sjukdom följs i dag nationellt via hälsodataregister, som till exempel i patientregistret och cancerregistret. Utredningen bedömer att hälso- och sjukvårdens insatser för att främja hälsa och förebygga ohälsa i befolkningen behöver synliggöras på motsvarande sätt via nationell uppföljning. Det

skulle också bidra till kunskap som kan stödja utvecklingen av en mer hälsofrämjande och jämlik hälso- och sjukvård för barn och unga. Det skulle bland annat underlätta jämförelser av hälsoutfall utifrån ett socioekonomiskt perspektiv. Nationell uppföljning möjliggör också jämförelse av hälso- och sjukvård i landet och är därmed en av flera viktiga förutsättningar för att barn och unga ska få vård på likvärdiga grunder.

Utredningen bedömer att efterfrågan på uppgifter om hälsotillstånd och hälsofrämjande och förebyggande arbete kommer att aktualiseras i takt med det förändringsarbete som nu pågår inom hälso- och sjukvården, från sjukvårdsinriktad hälso- och sjukvård som i hög utsträckning bedrivs på sjukhus, till en nära vård som arbetar mer med att främja hälsa. En sådan utveckling är nödvändig för att anpassa hälso- och sjukvården till ett förändrat hälso- och sjukdomspanorama, där arbete med att förebygga kroniska och långvariga sjukdomar dominerar. Kunskapen om vilka insatser som är mest effektiva för att tidigt förebygga sjukdom hos barn och unga behöver utvecklas. Det är därför rimligt att sådana uppgifter är möjliga att följa på nationell nivå, och särskilt när det gäller barn och unga.

Utredningen bedömer att data om barns och ungas hälsa under uppväxten måste behandlas för att en mer resurseffektiv hälso- och sjukvård, med tonvikt på det hälsofrämjande och förebyggande arbetet, ska kunna utvecklas. För att detta ska ske är det nödvändigt med uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvården. Personuppgifter får behandlas i hälsodataregister bland annat för dessa ändamål (3 § lagen om hälsodataregister).

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården (dnr S2020/03319/FS). Socialstyrelsen har utrett förutsättningarna för nationell insamling av registeruppgifter från primärvården och föreslagit en förändring i förordningen (2001:707) om patientregister. Förändringen innebär en utvidgning av de uppgifter som kan samlas in till registret så att även primärvårdens verksamheter omfattas.[6]

Utredningen ser mycket positivt på förslaget som innebär att fler uppgifter om barn och unga kommer att behandlas i hälsodataregister. En stor del av den vård och behandling som gäller barn och unga sker i primärvårdens verksamheter, dels på vård- eller hälsocentralen, dels

[6] Socialstyrelsen, *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård. Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården* (2021).

i mödrahälsovården, barnhälsovården och på ungdomsmottagningarna. Uppgifter från ungdomsmottagningarnas hälso- och sjukvårdsverksamhet kommer dock inte att samlas in, trots att de ingår i primärvården.

Elevhälsans medicinska insatser kommer inte heller att följas, eftersom Socialstyrelsen i sitt arbete bedömt att den verksamheten inte är primärvård. Det har framkommit i utredningens dialog med Socialstyrelsen. Det innebär att en stor del av hälsan hos barn och unga mellan 6 och 20 år inte kommer att följas. Utredningen bedömer att hälsodataregister behöver samla in uppgifter från alla ingående hälsovårdande verksamheter inom barn- och ungdomshälsovården för att det ska vara möjligt att följa barns och ungas hälsa och hälsofrämjande och förebyggande åtgärder som barn och unga får under hela uppväxten.

Uppgifter om barns och ungas hälsotillstånd som inte är relaterade till diagnos eller någon av övriga uppgiftstyper som listas i Socialstyrelsens förslag, kan inte samlas in i patientregistret. Det innebär i praktiken att det i första hand är besök och inkommande remisser från mödrahälsovården och barnhälsovården, som är aktuella att ingå i patientregistret. I utredningens dialog med Socialstyrelsen framkommer dock att det finns en möjlighet att med hjälp av KVÅ-koder[7] registrera hälsofrämjande och förebyggande åtgärder. Lämpliga KVÅ-koder behöver i så fall tas fram.

Utredningen bedömer att det är positivt att hälsofrämjande och förebyggande åtgärder kan registreras utan att åtgärderna måste vara knutna till en diagnos. Den vård som de hälsovårdande verksamheterna erbjuder utgår inte från diagnos eller sökorsak. Den handlar om att stödja och stärka det friska, identifiera avvikelser och behov och tillhandahålla stöd efter behov. Det är därför avgörande att KVÅ-koder tas fram så att det blir möjligt att följa upp hälsofrämjande och förebyggande åtgärder.

Socialstyrelsen har i juli 2021 fått i uppdrag att kartlägga datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet (dnr S2021/05369). Enligt uppdraget ska myndigheten i första hand fokusera på data som i dag inte finns tillgänglig på nationell nivå, men som kan vara av nationellt intresse. De ska beakta att insamlad data ska vara tillgänglig för myndigheter, kommuner och regioner och andra relevanta aktörer. Uppdraget ska inte begränsas till att omfatta hälsodata som i första

[7] KVÅ står för klassifikation av vårdåtgärder.

hand berör Socialstyrelsens område utan även hälsodatamängder som andra aktörer kan ha behov av.

Det finns ännu ingen planering av uppdragets genomförande att tillgå, och det framgår därför ännu inte om och hur barns och ungas hälsa kommer att omfattas av uppdraget.

Utredningen ser en möjlighet att komplettera uppdraget om att kartlägga datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet, med utredningens förslag om uppdrag att utreda om det är möjligt och lämpligt att följa barns och ungas hälsa i hälsodataregister, och lämna de författningsförslag som är nödvändiga för att det ska kunna ske.

Att inkludera elevhälsans medicinska insatser i hälsodataregister är ett nödvändigt steg på vägen

Förslag: Socialstyrelsen ska få i uppdrag att utreda om det är möjligt och lämpligt att i ett hälsodataregister behandla uppgifter om barn och unga som fått hälso- och sjukvård inom elevhälsans medicinska insatser och lämna nödvändiga författningsförslag.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen menar att det är mycket angeläget att uppgifter från elevhälsans medicinska insatser inkluderas i hälsodataregister, på samma sätt som uppgifter från mödrahälsovården och barnhälsovården enligt Socialstyrelsens förslag om ett utvidgat patientregister. Den hälso- och sjukvård som elevhälsans medicinska insatser utför motsvarar sådan hälsouppföljning och åtgärder som mödrahälsovården och barnhälsovården ger, men för barn och unga som går i skolan. Uppgifter från elevhälsans medicinska insatser är därför en förutsättning för att få ett helhetsperspektiv på barns och ungas hälsa.

Att elevhälsans medicinska insatser exkluderas från patientregistret innebär att det kommer att saknas uppgifter från hälsovården för barn och unga under större delen av deras uppväxt, det vill säga åldrarna 6–20 år. Utredningen konstaterar att Finland har tagit ett helhetsgrepp där hälsouppgifter från deras mödra-, barn- och skolhälsovård ingår i primärvårdsregistret.

Det finns dessutom brister i elevhälsan som behöver följas upp och säkras på nationell nivå. Tillgång till, och genomförande av elevhälsa har stor variation inom och mellan skolhuvudmän och skol-

enheter. Skolinspektionens regelbundna tillsyn visar på återkommande brister när det gäller tillgången till elevhälsans personal och i vilken mån de motsvarar elevernas behov. Det finns också variationer när det gäller elevhälsans arbetssätt, hur mycket resurser rektorn avsätter, kompetensutveckling och stöd till rektorer, svårigheter att rekrytera särskilt i glesbygden samt kombinationen av små skolenheter och stora geografiska avstånd som bidrar till att likvärdigheten brister.[8]

Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) lyfter också i sin tillsyn fram att personalen i elevhälsans medicinska insatser inte alltid arbetar i enlighet med fastställda rutiner och processer. Konsekvenserna kan enligt IVO bli en patientsäkerhetsrisk för eleverna med bristfälliga hälsobesök och felaktiga vaccinationer.[9]

Utredningen bedömer därför att det även utifrån ett kvalitets- och jämlikhetsperspektiv är angeläget att behandla uppgifter från den hälso- och sjukvård som elevhälsans medicinska insatser bedriver för barn och unga. Det är en förutsättning för att utveckla verksamheten på lång sikt och för att kunna göra olika studier om effektiviteten i den verksamhet som bedrivs.

I regleringsbrev avseende budgetåret 2021 har Socialstyrelsen fått ett kompletterande uppdrag att lämna förslag på de författningsändringar som krävs för att datainsamlingen till patientregistret ska kunna innehålla data om samtliga patienter som behandlats inom den öppna vården som inte är primärvård (dnr S2020/09593). Enligt 2 kap. 5 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) definieras öppen vård som annan hälso- och sjukvård än sluten vård. Den hälso- och sjukvård som ges inom ramen för elevhälsans medicinska insatser är därmed öppen vård. Utredningen bedömer att uppdraget bör kompletteras för att tydliggöra att även elevhälsans medicinska insatser omfattas. Ett alternativ är att ge ett särskilt uppdrag om detta till Socialstyrelsen.

[8] SOU 2021:34, s. 220 ff.
[9] Inspektionen för vård och omsorg, *Skolan – både huvudman och vårdgivare. Styrning och ledning för elevhälsans medicinska del* (2016).

Att inkludera den hälso- och sjukvård som bedrivs på ungdomsmottagningarna i hälsodataregister är en angelägen men svår fråga

Förslag: Socialstyrelsen ska få i uppdrag att utreda om det är möjligt och lämpligt att i ett hälsodataregister behandla uppgifter om barn och unga som fått hälso- och sjukvård vid ungdomsmottagningarna, och lämna nödvändiga författningsförslag.

Om det visar sig att det inte är möjligt eller lämpligt ska Socialstyrelsen överväga uppföljning baserad på data som inte innehåller personuppgifter.

Skälen för utredningens förslag: Som tidigare nämnts kommer inte uppgifter från den hälso- och sjukvård som bedrivs på ungdomsmottagningar att behandlas i patientregistret trots att de ungdomsmottagningar som erbjuder hälso- och sjukvård ingår i primärvården. Socialstyrelsen menar att en insamling av uppgifter från ungdomsmottagningar skulle omfatta ytterst känsliga personuppgifter, avseende exempelvis barns och ungas sexuella respektive psykiska hälsa. Det främsta argumentet för att ungdomsmottagningarna exkluderas från den föreslagna insamlingen av uppgifter är att barn, det vill säga personer under 18 år, kan besöka ungdomsmottagningar utan vårdnadshavares vetskap. Insamling av den aktuella typen av uppgifter, och det faktum att besök kan ske på barnets eget initiativ, anses därför alltför känslig att ta med i ett hälsodataregister för primärvården. Ett annat skäl är att mottagningarna ser olika ut i sin utformning och sitt uppdrag, varför det kan vara svårt att jämföra och utvärdera verksamheterna nationellt.[10]

Utredningen bedömer att det är en brist att ungdomsmottagningar exkluderas från hälsodataregistret, bland annat eftersom en stor del av barns och ungas behov av hälso- och sjukvård, och de hälso- och sjukvårdsåtgärder som de får, inte kommer att synliggöras. Det riskerar att leda till att det inte kommer vara möjligt att inhämta kunskap om orsakssamband mellan ohälsa och riskfaktorer, och att styra mot en jämlik vård inom detta område.

Det är inte heller alltid säkert att barn och unga söker just ungdomsmottagningen för sina hälso- och sjukvårdsbehov, och barn kan

[10] Socialstyrelsen, *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård. Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården* (2021).

dessutom söka och få hälso- och sjukvård utan vårdnadshavares vetskap vid andra hälso- och sjukvårdsverksamheter än ungdomsmottagningen. Till exempel kan ett barn söka sig till barnmorskemottagningen eller vårdcentralen med motsvarande behov, och eftersom de verksamheterna enligt förslaget kommer att ingå i patientregistret, kommer besöken i så fall att registreras.

Utredningen instämmer i att ungdomsmottagningarna ser olika ut i sin utformning och uppdrag, men menar att det är ett skäl som stärker motiven till att det skulle vara värdefullt att behandla vissa uppgifter från dessa verksamheter. Även den hälso- och sjukvård som bedrivs vid ungdomsmottagningar bör styras mot en jämlik vård för barn och unga.

Sammantaget är det alltså utredningens bedömning att det kan finnas stor nytta med att i hälsodataregister behandla vissa uppgifter om barn och unga som fått hälso- och sjukvård inom ungdomsmottagningars verksamhet. Samtidigt måste nyttan vägas mot andra faktorer, såsom skyddet för den enskildes personliga integritet och den enskildes fri- och rättigheter i övrigt.

Utredningen bedömer att det skulle vara värdefullt om Socialstyrelsen ser över mer specifikt om det finns några uppgifter från den hälso- och sjukvård som bedrivs vid ungdomsmottagningarnas verksamheter som ändå kan vara möjliga och lämpliga att behandla. En utförlig beskrivning av avvägningen av alla relevanta faktorer behöver tas fram för att kunna ta ställning till detta. Om det inte bedöms möjligt och lämpligt att några uppgifter alls behandlas, så kan det också vara relevant att överväga uppföljning baserat på data som inte innehåller personuppgifter. Det skulle till exempel kunna handla om avidentifierad statistik från ungdomsmottagningar om till exempel antal besök, vanliga besöksorsaker och åtgärder.

Nyttan med uppgifter om barns och ungas hälsa i hälsodataregister måste vägas mot risker för den personliga integriteten

Utredningen menar att det finns ett uppenbart stort värde i att samla in och behandla uppgifter om individers vård och hälsa. Det skapar stor nytta för befolkningen i form av ökad kunskap och förbättrade metoder i hälso- och sjukvården, som ytterst bidrar till en bättre hälsa. Särskilt uppgifter om barns och ungas hälsa har en potential att bidra till ett bättre hälsoutfall för barn och unga på kort sikt och för be-

folkningen i stort på längre sikt, det framkommer i utredningens dialoger. En ökad kunskap om orsakssamband och verksamma tidiga insatser kan minska och förhindra ohälsa för barn och unga, men också i deras framtida liv som vuxna.

Samtidigt medför insamlandet, hanteringen och användandet av sådan information risker ur ett integritetsperspektiv. Det ställer höga krav på att dessa uppgifter skyddas, så att de exempelvis inte kan nås av obehöriga. Det är också angeläget att nyttan med att behandla uppgifterna överväger de eventuella risker som behandlingen kan medföra.

En sådan analys är dock inte enkel. Det finns inga givna svar på när nyttan överstiger riskerna. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterar att det saknas kunskap om faktiska konsekvenser av att uppgifter inte är tillgängliga och hur stora riskerna för integritetsintrång av olika slag är. Det råder även en brist på samsyn kring viktiga begrepp, inte minst vad personlig integritet är. Myndigheten lyfter vidare fram att debatten ofta är endimensionell, där aktörerna fokuserar antingen på nyttan eller på integritetsskyddet av användningen av digitala hälsouppgifter.[11]

I Myndigheten för vård- och omsorgsanalys undersökning om befolkningens inställning till behandling av digitala vårduppgifter, konstateras att majoriteten av de tillfrågade överlag har en positiv inställning till att ingå i hälsorelaterade register. Många är positiva till forskning som kan leda till bättre liv och hälsa för kommande generationer. En majoritet uppger att de skulle acceptera obligatorisk registrering av vissa uppgifter i ett specifikt register om man vet att detta kommer att bidra till snabb medicinsk utveckling.[12]

Undersökningen visar också att de flesta anser att det är av central betydelse att uppgifterna skyddas från obehöriga och inte hamnar i orätta händer. Det framgår också att personer med högt förtroende för att hälso- och sjukvården kan hantera och skydda digitala hälsouppgifter på ett säkert sätt föredrar ett obligatoriskt register, medan personer med lågt förtroende föredrar ett frivilligt register.[13]

Vissa hälsouppgifter anses som mer integritetskänsliga än andra. Det finns dock inte någon entydig bedömning av vilka dessa är och

[11] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vad står på spel? Om nyttan med digitala hälsouppgifter och risker ur ett integritetsperspektiv* (2016).
[12] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *För säkerhets skull. Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter* (2017).
[13] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *För säkerhets skull. Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter* (2017).

varför. I Myndigheten för vård- och omsorgsanalys undersökning anger de tillfrågade till exempel att uppgifter om psykisk ohälsa, smittsamma sjukdomar, missbruk och beroendesjukdomar, intimhälsa och abort är särskilt integritetskänsliga. Därtill nämns uppgifter som rör erfarenheter eller sociala förhållanden som till exempel våldtäkt eller misshandel inom familjen. Samtidigt betonas också det principiella värdet av att alla uppgifter skyddas, oberoende av karaktär.[14] Utredningen noterar att de tillfrågade i undersökningen inte lyft uppgifter om till exempel vikt och längd eller hälsofrämjande insatser som mer integritetskänsliga än andra uppgifter om hälsa. Det kan möjligen ge en indikation på en allmän acceptans för att sådana uppgifter behandlas i register, och kan i så fall eventuellt motivera en annan bedömning av behandlingen av uppgifter om barns vikt och längd än vad dåvarande Datainspektionen gjorde 2009. För ytterligare beskrivning av detta se kapitel 4, Bakgrund, problembild och analys.

En ytterligare indikation på att en annan bedömning om möjligheten att samla in uppgifter om barns och ungas vikt och längd eventuellt skulle göras i dag, är det faktum att andra länder som till exempel Finland, har gjort bedömningen att sådana uppgifter får samlas in i hälsodataregister, se även kapitel 4, Bakgrund, problembild och analys. Från att tidigare ha haft ytterst få nationella och regionala sammanställningar av dessa data, är det nu automatiserat och aggregerat på nationell nivå. Detta gör det möjligt att se hur till exempel övervikt och fetma utvecklas och varierar inom landet. Det anses nödvändigt att aktuella och heltäckande längd- och viktuppgifter rapporteras in från alla som har uppgiftsskyldighet i deras motsvarighet till barn- och ungdomshälsovården.[15]

I utredningens dialoger har patientrepresentanter lyft fram att de ser en risk att vissa symtom, tillstånd och patientgrupper osynliggörs när uppgifter exkluderas från register på grund av att de bedömts som extra känsliga. Det kan förstärka eventuella stigman, vilket inte gynnar de som är drabbade. Det minskar också möjligheterna till ökad kunskap och därmed förbättrad vård och behandling, inklusive möjliga förebyggande insatser.

Personuppgifter om barn anses särskilt skyddsvärda i dataskyddsförordningen eftersom barn kan vara mindre medvetna om berörda

[14] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *För säkerhets skull. Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter* (2017).
[15] Institutet för hälsa och välfärd (THL) [Finland], *Övervikt och fetma bland barn och unga 2019*, statistikrapport 31/2020 (2020).

risker, följder, skyddsåtgärder och om sina rättigheter när det gäller behandling av personuppgifter.[16] Barn är, bland annat utifrån barnkonventionen, särskilt skyddsvärda personer som ofta behöver hjälp och stöd av professionella eller andra vuxna för att kunna ta del av sina rättigheter. Utredningen menar att ställningstagandet att barn är extra skyddsvärda inte enbart kan tolkas ur ett integritetsperspektiv, utan även ur perspektivet att barn behöver extra stöd för god utveckling och skydd mot ohälsa. Uppgifter som ger förutsättningar till ökad kunskap för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn, till exempel uppgifter om barns hälsa i hälsodataregister, är därför värdefulla.

Utredningen anser att det är angeläget att både möjliga nyttoaspekter för barns och ungas hälsa å ena sidan och integritetsaspekter med risker för den personliga integriteten å andra sidan, ges likvärdigt utrymme i diskussionen och analysen. Vid resonemang om risker och farhågor kring att behandla olika uppgifter om barns och ungas hälsa, behöver uppmärksamheten samtidigt vara riktad mot de problem som är tänkta att minska med hjälp av behandlingen av uppgifterna. En förtrogenhet med båda aspekterna krävs för en väl avvägd analys.

Socialstyrelsen är en lämplig myndighet för uppdragen

Utredningen bedömer slutligen att Socialstyrelsen är en lämplig myndighet för uppdragen. Enligt myndighetens instruktion ska Socialstyrelsen följa, analysera och rapportera om bland annat hälsa och hälso- och sjukvård genom statistikframställning, uppföljning, utvärdering och epidemiologiska studier (4 § 6 förordningen [2015:284] med instruktion för Socialstyrelsen). Socialstyrelsen är dessutom statistikansvarig myndighet inom bland annat områdena hälsa och sjukdom och hälso- och sjukvård (bilagan till förordningen [2001:100] om den officiella statistiken).

Socialstyrelsen har också, som beskrivits ovan, flera andra pågående och närliggande uppdrag som har beröringspunkter med utredningens förslag. Det är därför lämpligt att Socialstyrelsen ges möjlighet att samordna dessa uppdrag med de uppdrag som utredningen föreslår.

[16] Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG, dataskyddsförordningen, skäl 38.

Uppdragen bör ske i samverkan med Folkhälsomyndigheten, SKR, Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, professionsföreningar, och andra relevanta organisationer.

5.2 Förtydligande om uppgifter om hälsovård i kvalitetsregister

Bedömning: Det är nödvändigt att följa upp hälsovårdande verksamheter, särskilt de som riktar sig till barn och unga. Uppgifter om hälsofrämjande och förebyggande insatser behöver därför registreras i kvalitetsregister så att vården kan kvalitetssäkras.

Förslag: Det ska anges i 7 kap. 1 och 4 §§ patientdatalagen (2008:355) att kvalitetsregisters ändamål är att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra hälso- och sjukvårdens kvalitet.

Skälen för utredningens förslag: Kvaliteten i hälso- och sjukvårdsverksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen [2017:30]). Utredningen bedömer att lokalt och regionalt förbättringsarbete är en förutsättning för en mer jämlik och likvärdig barn- och ungdomshälsovård som ändamålsenligt kan möta alla barn och unga utifrån deras behov. Kvalitetsregistren skapar goda förutsättningar för det systematiska förbättringsarbetet på lokal, regional och nationell nivå. Kvalitetsregistren kan på så sätt ge ökade möjligheter till en hälso- och sjukvård som är kunskapsbaserad, ändamålsenlig och jämlik. När kvalitetsregistren är nationella är det möjligt att göra rättvisande jämförelser mellan regioner och vårdenheter.[17] Det faktum att kvalitetsregistren drivs av professionen, som själva har nytta av registren i sin yrkesvardag, innebär också att det finns ett engagemang hos professionen när det gäller registerutvecklingen.

Som beskrivs i delbetänkandet gör utredningen bedömningen att det hälsofrämjande arbetet är en grundläggande förutsättning för att åstadkomma en bättre hälso- och sjukvård för barn och unga. Utredningen föreslår därför i delbetänkandet att det uttryckligen ska anges

[17] Kjell Asplund, ”Kvalitetsmätning inom hälso- och sjukvården”, i *Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården*, red. Gunilla Jacobsen Ekman, Bertil Lindahl och Annika Nordin (Stockholm: Karolinska Institutet University Press, 2014), s. 25.

i 3 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa. Dessutom föreslår utredningen att föreskrifter ska tas fram för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet för barn och unga och att ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga 0–20 år ska utvecklas och implementeras i barn- och ungdomshälsovården. Förslagen syftar till att stärka styrningen mot ett hälsofrämjande och förebyggande arbete som riktas till barn och unga, med en tydlig målsättning att skapa en sammanhållen och kontinuerlig hälsouppföljning genom hela uppväxten. I linje med detta ser utredningen behov av att hälsofrämjande och förebyggande åtgärder följs upp och kvalitetssäkras.

Personuppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister får primärt behandlas för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet (7 kap. 4 § patientdatalagen). Så länge personuppgifter tagits in i ett kvalitetsregister för detta primära ändamål är det möjligt att även använda personuppgifterna för sekundära ändamål, bland annat statistikframställning och forskning inom hälso- och sjukvården (7 kap. 5 § patientdatalagen).

Av propositionen till patientdatalagen framgår att det inte ansågs vara möjligt att på lagstiftningsnivå i detalj precisera vilka personuppgifter som får behandlas i alla de sinsemellan olika nationella kvalitetsregistren. För att värna den enskildes personliga integritet infördes bland annat begränsningen att endast sådana personuppgifter som behövs för det primära ändamålet, det vill säga kvalitetssäkring av vård, får tas in i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister (se 7 kap. 8 § patientdatalagen). Tolkningen av vad som behövs för detta ändamål kan ske inom ganska vida ramar.[18]

Barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter arbetar i huvudsak med det hälsovårdande uppdraget, genom hälsofrämjande och förebyggande insatser. Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet förutsätter kunskap om de faktorer som påverkar hälsan. Personuppgifter om hälsa behöver därmed behandlas för att dessa verksamheter systematiskt och fortlöpande ska kunna utvecklas och kvalitetssäkras. Utredningen gör mot denna bakgrund bedömningen att gällande rätt tillåter att personuppgifter behandlas i nationella och regionala kvalitetsregister för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och kvalitetssäkra även hälsofrämjande och förebyggande åtgärder inom exempelvis barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser.

[18] Prop. 2007/08:126 *Patientdatalag m.m.*, s. 185.

Som beskrivits i kapitel 4, Bakgrund, problembild och analys har det gjorts olika bedömningar när det gäller frågan om kvalitetsregister som avser barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser kan betecknas som nationella kvalitetsregister, bland annat utifrån att uppgifterna som tas in i registren inte baseras på diagnos. Ledningsfunktionen för Nationella Kvalitetsregisters beslut om att BHVQ och EMQ inte uppfyller de kriterier ledningsfunktionen ställt upp för nationella kvalitetsregister grundar sig på en promemoria från Stödfunktionen för Nationella Kvalitetsregister. Promemorian innehåller en tolkning av gällande rätt som enligt utredningen, förutom relevanta rättskällor, bygger på andra perspektiv och underlag än de som framkommer i patientdatalagens förarbeten. Som framgår ovan gör utredningen med utgångspunkt i lagtext och förarbeten en annan bedömning av rättsläget. Ledningsfunktionens beslut har skapat otydlighet och osäkerhet om möjligheten att behandla personuppgifter om hälsofrämjande och förebyggande insatser i nationella och regionala kvalitetsregister. Utredningen bedömer därför att lagtexten behöver förtydligas.

För att tydliggöra att det är möjligt att behandla personuppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och kvalitetssäkra även hälsofrämjande och förebyggande åtgärder föreslår utredningen att ändamålsbestämmelsen i 7 kap. 4 § patientdatalagen ändras. Utredningen föreslår därmed att det ska anges i 7 kap. och 4 § patientdatalagen att kvalitetsregisters ändamål är att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra *hälso- och sjukvårdens* kvalitet i stället för *vårdens* kvalitet, vilket anges i nuvarande lydelse. På detta sätt tydliggörs att bestämmelsen omfattar hela hälso- och sjukvården. För att ändamålsbestämmelsen ska överensstämma med definitionen av kvalitetsregister i 7 kap. 1 § patientdatalagen föreslås att även 1 § ändras.

Utredningen har noterat att kvalitetsregistrens ändamål diskuteras av olika aktörer. Utredningen vill här framhålla att ändamålet är centralt för hur personuppgifter får behandlas. Personuppgifter får enbart samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål (artikel 5.1 b dataskyddsförordningen[19]). Det framgår även av förarbetena till patientdatalagen att det primära ändamålet, det vill

[19] Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG.

säga utveckling och kvalitetssäkring av vården, måste brytas ner i mer preciserade ändamål som är anpassade för varje särskilt register och det medicinska specialområde eller motsvarande som avses täckas med registret.[20] För att ändamålet för kvalitetsregister som främst behandlar hälsovård inte ska bli för generellt och vidlyftigt behöver det alltså specificeras. Enligt utredningen innebär detta inte att det preciserade ändamålet måste begränsas till en viss diagnos. Ett preciserat ändamål skulle till exempel kunna vara att följa upp och utvärdera särskilt angivna hälsofrämjande insatser och effekten av dem. Som beskrivits i kapitel 3, Gällande rätt, innehåller dataskyddsförordningen inte några begränsningar om antalet särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål. Så länge samtliga ändamål är särskilda, uttryckligt angivna och berättigade och behandlingen i övrigt är förenlig med gällande lagstiftning bör det inte finnas något hinder mot att personuppgifter samlas in för flera ändamål. Det medför att ett kvalitetsregister kan ha flera specifika och särskilda ändamål som ryms inom det primära ändamålet kvalitetssäkring. På det sättet kan ändamålen anpassas till det särskilda kvalitetsregistret. Utredningen vill i detta sammanhang påpeka att det även är viktigt att kvalitetsregistren behandlar relevanta variabler och utvecklar indikatorer av god kvalitet för att det ska vara möjligt att utvärdera effekterna av hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Kvalitetsregister för barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser skiljer sig från många andra kvalitetsregister då den potentiella populationen omfattar alla barn och unga i Sverige. I patientdatalagen eller dess förarbeten ställs det inte upp några krav på att populationen i registret ska begränsas. Ett preciserat ändamål medför emellertid att personuppgifterna i registret begränsas, vilket skyddar den enskildes personliga integritet.

Samordnad uppföljning för att följa effekten av hälsofrämjande och förebyggande insatser

Utredningen bedömer att kvalitetssäkring behöver ske i hela hälsouppföljningsprocessen från graviditeten till vuxen ålder, genom de verksamheter som utgör barn- och ungdomshälsovården, och inte enbart i respektive verksamhet var för sig. Kunskapen om vilka insat-

[20] Prop. 2007/08:126, s. 179.

ser som är mest effektiva för att främja hälsa och tidigt förebygga sjukdom hos barn och unga behöver utvecklas. Utredningen bedömer att det är värdefullt att även barn och unga görs delaktiga i relevanta delar av denna process. Med hjälp av nationellt överenskomna och samordnade variabler för insatser och hälsoutfall under uppväxten kan det vara möjligt att följa effekten av hälsofrämjande och förebyggande insatser över tid. Det kan till exempel handla om variabler som mäter vikt och längd, psykosocial hälsa, rökning i hemmet och föräldraskapsstöd.

Det finns, som tidigare nämnts, i nuläget tre kvalitetsregister som följer barn- och ungdomshälsovården på nationell nivå. Dessa är Graviditetsregistret, BHVQ och EMQ. Fullt utbyggda skulle dessa register tillsammans fånga centrala uppgifter om hälsofrämjande och förebyggande åtgärder som ges till barn och unga i Sverige under hela uppväxttiden. Dessutom finns beröringspunkter med Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPa) som följer upp kvaliteten i de insatser som ges till barn och unga inom tandvården för att förebygga karies och främja god tandhälsa. Som utredningen konstaterar i delbetänkandet är tandvården en viktig samverkanspart för barn- och ungdomshälsovården.[21]

I utredningens dialoger med representanter för Graviditetsregistret, BHVQ och EMQ har det framkommit att det i nuläget endast finns några få gemensamma variabler, men att det finns både en stor potential och en vilja att utveckla detta arbete. Ett sådant arbete kan också bidra till att öka samverkan mellan verksamheterna, framför allt på lokal och regional nivå. Förutsättningarna för detta arbete är rimligen goda, eftersom det finns en etablerad samverkan mellan BHVQ och EMQ genom adjungerad representation till respektive registers styrgrupp. I styrgruppen för BHVQ finns även en adjungerad representant från Graviditetsregistret. Sammanfattningsvis ser utredningen det som en önskvärd utveckling att de kvalitetsregister som följer barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter samordnar sina variabler.

[21] SOU 2021:34, s. 172 ff.

Kvalitetsregister är viktiga för det systematiska förbättringsarbetet inom barn- och ungdomshälsovården

Bedömning: Statligt stöd bör utgå till kvalitetsregister för hälsovårdande verksamheter för barn och unga under en uppbyggnadsfas. Det är en förutsättning för att registren ska kunna utvecklas och uppnå full täckningsgrad.

Skälen för utredningens bedömning: Det är i första hand huvudmännen som ansvarar för finansieringen av kvalitetsregistren. Utredningen bedömer dock att utvecklingen av kvalitetsregister inom de hälsovårdande verksamheterna även behöver stimuleras genom statligt stöd. I kapitel 7, Konsekvensanalys, utvecklar utredningen resonemang om de kostnader som fullt utbyggda kvalitetsregister kan komma att innebära.

Regionerna och skolhuvudmännen har i egenskap av vårdgivare en skyldighet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheterna (5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen). Utredningen bedömer att kvalitetsregister som omfattar uppföljning av barn- och ungdomshälsovården kan utgöra ett viktigt verktyg för verksamheternas systematiska förbättringsarbete. Utredningen gör vidare bedömningen att det är värdefullt att det finns kvalitetsregister som följer de verksamheter som arbetar hälsofrämjande och förebyggande med barn och unga. Fullt utbyggda kan sådana register utgöra en unik källa för information om insatser och dess effekter som är centrala för barns och ungas hälsoutveckling under hela uppväxten. De skapar också förutsättningar för verksamheterna att arbeta proaktivt med hälsofrämjande och förebyggande insatser utifrån barnens och de ungas behov. Genom att följa barns och ungas hälsoutveckling och de insatser som ges, kan kunskapen öka om samband och behov av insatser för att arbeta mer ändamålsenligt utifrån barns och ungas behov. Fullt utbyggda skulle kvalitetsregistren också skapa möjligheter att följa genomförandet av det nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga som föreslås i utredningens delbetänkande. Centralt i det nationella hälsovårdsprogrammet är hälsofrämjande och förebyggande insatser som riktas till barn och unga under hela uppväxttiden. Programmet ska bygga på föreskrifter om det hälsofrämjande och förebyggande arbetet för barn och unga i hälso- och sjukvården.

I förslaget till ny förordning om statsbidrag för kvalitetsregisterverksamhet vid regionala registercentrum och regionala cancercentrum som beskrivs närmare i kapitel 4 föreslås att kvalitetsregister som erbjuds stöd ska ha hög täckningsgrad och bedriva ett arbete för att göra data tillgänglig för andra aktörer i forsknings- och utvecklingssyfte.[22] För att kvalitetsregister inom det hälsovårdande området ska kunna utvecklas och uppnå en hög täckningsgrad bedömer utredningen att det är viktigt att dessa kvalitetsregister ska kunna ta del av ett sådant statsbidrag även under en uppbyggnadsfas.

5.3 Hälsoreformen för barn och unga bör följas, stödjas, utvärderas och tillses

I delbetänkandet lägger utredningen fram flera förslag och bedömningar som ska leda till en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga med fokus på hälsofrämjande och förebyggande åtgärder. Sammantaget utgör förslagen och bedömningarna en hälsoreform som ska leda till bättre fysisk och psykisk hälsa för barn och unga.

Dagens barn- och ungdomshälsovård är fragmentiserad och uppdelad på flera huvudmän och vårdgivare som arbetar utifrån olika lagstöd, uppdrag och förutsättningar i övrigt. Utredningen bedömer att det därför behövs en tydligare och mer enhetlig nationell styrning av denna verksamhet. Utgångspunkten ska vara ett helhetsperspektiv på hälsa där alla barns och ungas behov av hälsofrämjande och förebyggande insatser ska säkras under hela uppväxttiden oavsett bostadsort, val av skola eller vårdenhet.

Utredningen föreslår i delbetänkandet att hälso- och sjukvårdens ansvar för att främja hälsa bör förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen och att ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga 0–20 år ska utvecklas och implementeras i de berörda verksamheterna. Programmet ska bygga på föreskrifter om det hälsofrämjande och förebyggande arbetet för barn och unga i hälso- och sjukvården.[23]

I ett fragmentiserat system med många aktörer inblandade är samverkan en central förutsättning för att barn och unga ska få en mer sammanhållen vård. Utredningen bedömer att krav på samverkan i

[22] *Ett nytt statsbidrag för kvalitetsregisterverksamhet*, promemoria från Socialdepartementet (2021).
[23] SOU 2021:34, s. 257 ff.

huvudsak finns i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och socialtjänstlagen (2001:453). Utredningen bedömer dock att regionens ansvar för att samverka med skolhuvudmän behöver förtydligas. Utredningen föreslår därför i delbetänkandet en bestämmelse med denna inriktning.[24] Utredningen föreslår dessutom att rätten till fast vårdkontakt ska skärpas för barn och unga med syftet att fler barn ska få tillgång till denna funktion. Det är en förutsättning för kontinuitet och samordning i vårdprocessen.[25]

I delbetänkandet presenterar utredningen även ett antal steg som behöver vidtas för att barn och unga med psykisk ohälsa ska få sina vårdbehov tillgodosedda. I dessa steg ingår bland annat att utveckla primärvården som en naturlig väg in i hälso- och sjukvården för barn och unga med psykiska vårdbehov. Primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården och samspela med övrig hälso- och sjukvård och socialtjänst även när det gäller psykiska vårdbehov för barn och unga. Utredningen bedömer att det är en förutsättning för att skapa en tydlig och långsiktigt hållbar vårdorganisation för barn och unga. I stegen ingår också att den specialiserade vården bör utveckla och stärka sin konsultativa roll och vara mer tillgänglig för primärvården och elevhälsan med stöd och hjälp. En central förutsättning för en sådan utveckling är den fortsatta omställningen till en god och nära vård och att primärvården förstärks med resurser och kompetens.[26] Med utgångspunkt från dessa steg lämnar utredningen i delbetänkandet ett underlag till en överenskommelse om insatser som ska bidra till en köfri barn- och ungdomspsykiatri.[27]

Därutöver lyfter utredningen fram ett antal bedömningar som syftar till att barnrättsperspektivet systematiskt ska utvecklas i hälso- och sjukvården. Det gäller för omställningen av den nära vården och när regionen planerar och organiserar hälso- och sjukvården i sin region. Det gäller också i vårdsituationen, där vårdtjänster behöver bli mer anpassade efter barns och ungas behov, och där barn och unga ska ses som subjekt och göras mer delaktiga i sin egen vård- och behandlingssituation.[28]

För att hälsoreformen ska genomföras krävs ett omfattande arbete på nationell, regional och lokal nivå. Det handlar om att utforma och

[24] SOU 2021:34, s. 291 ff.
[25] SOU 2021:34, s. 310 ff.
[26] SOU 2021:34, s. 334 ff.
[27] SOU 2021:34, bilaga 5, s. 663 ff.
[28] SOU 2021:34, s. 303 ff.

genomföra det nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga och att bygga upp hållbara strukturer för samverkan mellan berörda vårdgivare på regional och lokal nivå. Utredningen bedömer att det dessutom behövs flera insatser för att stödja genomförandet av hälsoreformen och för att följa upp, utvärdera och tillse att det arbete som genomförs leder till en mer sammanhållen och likvärdig vård för barn och unga. Nedan lämnar utredningen förslag och bedömningar med denna inriktning.

5.3.1 Uppdrag till Socialstyrelsen att stödja genomförandet av den nationella hälsovårdsreformen

Förslag: Socialstyrelsen ska få i uppdrag att stödja genomförandet av den nationella hälsoreformen för barn och unga, med särskild fokus på det nationella hälsovårdsprogrammet. I uppdraget ska även ingå att föreslå indikatorer för att kunna följa utvecklingen av barn- och ungdomshälsovården.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen ser behov av att Socialstyrelsen stödjer huvudmän och vårdgivare i genomförandet av den hälsoreform för barn och unga som utredningen föreslår i delbetänkandet.[29] Utredningen bedömer att det är en förutsättning för att hälsoreformen ska genomföras på ett likvärdigt sätt i landet oavsett huvudman eller vårdgivare. Socialstyrelsen bör fokusera på att stödja genomförandet av det nationella hälsovårdsprogrammet i barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter, eftersom programmet är en central del i hälsoreformen. Särskild fokus bör läggas på att stödja programmets genomförande i elevhälsans medicinska insatser och ungdomsmottagningarnas hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Det nationella hälsovårdsprogrammet ska gälla för alla barn och unga under hela uppväxttiden. I programmet ska hälsouppföljningen i form av hälsobesök och hälsofrämjande och förebyggande insatser på olika nivåer ingå, på universell nivå för alla barn och unga och på selektiv och indikerad nivå för barn och familjer med behov av mer fördjupade insatser. Föräldraskapsstöd ska vara en självklar del i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Syftet med programmet är att bidra till en nationellt enhetlig styrning av det hälsofrämjande

[29] SOU 2021:34, s. 255.

och förebyggande arbetet som riktas till barn och unga, så att alla barn och unga kan få insatser på likvärdiga grunder i landet oavsett bostadsort, val av skola eller vårdgivare. Målet är att alla barn och unga ska uppnå bästa möjliga fysiska, psykiska, sociala och sexuella och reproduktiva hälsa. Programmet ska tas fram av Socialstyrelsen i samarbete med företrädare för berörda huvudmän, SKR, professions- och patientorganisationer.[30]

För att målen med programmet ska kunna uppnås behöver samverkan stärkas både mellan barn- och ungdomshälsovårdens aktörer och mellan dessa aktörer och den övriga hälso- och sjukvården, socialtjänsten och tandvården. Vidare behöver informationsdelningen inom och mellan berörda vårdverksamheter effektiviseras och barns och ungas vårdinsatser samordnas mellan de olika verksamheterna. Socialstyrelsen bör därför stödja utvecklingen av samverkan och samordning av vårdinsatser och vårdinformation mellan elevhälsans medicinska insatser och hälso- och sjukvården i övrigt. Dessutom behöver Socialstyrelsen stödja utvecklingen av en mer personcentrerad vård för barn och unga. Hälso- och sjukvården behöver i högre grad än i dag anpassas och utvecklas till barns och ungas behov, förutsättningar och preferenser. Barn och unga behöver göras delaktiga i sin egen vård och behandling.

I uppdraget bör även ingå att föreslå indikatorer för att följa utvecklingen av en mer sammanhållen barn- och ungdomshälsovård och hur dessa indikatorer kontinuerligt kan redovisas. Detta arbete bör ske samordnat med Socialstyrelsens uppdrag att utforma hälsovårdsprogrammet för barn och unga och genomföras i nära samverkan med företrädare för berörda huvudmän, kvalitetsregister och systemet för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård. Utredningen bedömer att det finns vissa synergieffekter mellan denna del av uppdraget och utredningens förslag att Socialstyrelsen bör utreda om det är möjligt och lämpligt att följa barns och ungas hälsa i hälsodataregister, och behandla uppgifter om barn och unga som fått hälso- och sjukvård inom elevhälsans medicinska insatser och ungdomsmottagningarna samt lämna nödvändiga författningsförslag för att så kan ske.

[30] SOU 2021:34, s. 271 ff.

Stödja och följa upp insatser för att utveckla vården för barn och unga med psykisk ohälsa

I uppdraget till Socialstyrelsen bör dessutom ingå att stödja och följa utvecklingen av de prioriterade områdena som utredningen föreslår i delbetänkandet, för att uppnå en köfri barn- och ungdomspsykiatri (BUP).[31] I denna del av uppdraget finns beröringspunkter och synergieffekter med Socialstyrelsens och Folkhälsomyndighetens befintliga uppdrag gällande statens insatser inom området psykisk hälsa (dnr S2020/01044/FS). De prioriterade områdena är:

Insatser för att utveckla en mer sammanhållen barn- och ungdomshälsovård. I detta bör ingå att huvudmännen deltar i utformningen och genomförandet av det nationella hälsovårdsprogrammet i hälso- och sjukvårdens verksamheter inklusive elevhälsans medicinska insatser. Huvudmännen bör också skapa olika former för samverkan mellan berörda aktörer inklusive socialtjänsten och tandvården. I uppföljningen bör särskilt fokus läggas på samverkansprojekt mellan primärvården och elevhälsans medicinska insatser.

Insatser för att stödja utvecklingen av primärvården som första vägen in för barn och unga med psykiska vårdbehov och för att stärka barn- och ungdomskompetensen i primärvården. Regionerna bör tillsammans med professionen och kunskapsorganisationen samt med stöd av SKR uppnå nationell konsensus om vilka vanligt förekommande psykiska vårdbehov hos barn och unga som kan mötas i primärvården och vilka kompetenser som behövs i primärvården för att kunna tillgodose barn och unga med psykiska vårdbehov. I detta bör ingå att regionerna organiserar och planerar sin vård så att första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa kan integreras i primärvårdsuppdraget. Det skapar en väg in och ett långsiktigt hållbart hälso- och sjukvårdssystem för barn och unga. Dessutom behöver regionerna se över och revidera sina förfrågningsunderlag för att kunna styra primärvårdens verksamhet mot vanligt förekommande vårdbehov hos barn och unga.

I uppföljningen bör fokus läggas på om huvudmännen skapar en tydligare hälso- och sjukvårdsorganisation, med primärvården som första vägen in i hälso- och sjukvården för barn och unga. Särskild vikt bör läggas vid om regionerna har kommit överens om vilka vård-

[31] SOU 2021:34, bilaga 5, s. 663 ff.

behov som ska hanteras i primärvården och vilka kompetenser som är nödvändiga att tillgängliggöra i primärvården för att barns och ungas psykiska vårdbehov ska kunna tillgodoses. Särskild vikt bör även läggas vid att följa upp att regionerna inkorporerar uppdrag om psykiska vårdbehov i sina förfrågningsunderlag för vårdval inom primärvården.

Insatser för att stärka en nära och konsultativ specialiserad vård. I detta ingår att utveckla strukturer, rutiner och arbetssätt för att den specialiserade vården ska kunna finnas nära och tillgänglig för konsultation och annat stöd till primärvårdens verksamheter och elevhälsans medicinska insatser. Den framtida nära vården utvecklas och bygger på ett ömsesidigt lärande och en samverkan mellan den specialiserade vården och primärvården. I uppföljningen bör särskild vikt läggas vid om regionerna har utformat en tydlig konsultationsmodell där primärvården och elevhälsans medicinska insatser har uppbyggda relationer och vid behov interagerar med BUP och annan relevant specialiserad vård såsom barnmedicin och barnhabilitering, för stöd i bedömningen och prioriteringen av vårdbehov och handledning. Det ger en effektivare bedömning av vilka barn och unga som behöver insatser i den specialiserade vården och vilka som kan få hjälp och stöd på primärvårdsnivån, vilket är grunden för en fungerande stegvis vård. Bryggor för ömsesidig kunskaps- och kompetensöverföring främjar relationerna mellan vårdens aktörer, så att kontaktvägar och samarbete gynnas. Den specialiserade vården och sjukhusen har stor nytta av ett starkare generalistperspektiv, vilket också ligger i omställningens syfte.

5.3.2 Uppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att utvärdera hälsoreformen för barn och unga

Förslag: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ska få i uppdrag att utvärdera effekterna av den nationella hälsoreformen för barn och unga. I uppdraget ska initialt ingå att utvärdera hur reformen implementeras. Särskild vikt ska läggas vid förutsättningarna för huvudmän och vårdgivare för elevhälsans medicinska insatser och ungdomsmottagningar att implementera programmet.

Bedömning: Myndighetens utvärdering bör utgöra ett underlag för regeringens överväganden om huruvida det är lämpligt att införa en sammanhållen hälsouppföljning för barn och unga med regionen som huvudman.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen ser behov av att den hälsoreform för barn och unga som föreslås i delbetänkandet utvärderas ur ett patient- och medborgarperspektiv av en oberoende myndighet. Det övergripande syftet bör vara att utvärdera effekterna av hälsoreformen. Delaktighet, kontinuitet, samordning och trygghet för barn och unga bör vara centrala delar av utvärderingen liksom om hälso- och sjukvården utvecklas och anpassas till barns och ungas behov, förutsättningar och preferenser. Utredningen bedömer att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys är den myndighet som är mest lämpad att göra en sådan utvärdering. Myndigheten har i enlighet med sin instruktion till uppgift att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg (1 § förordningen [2010:1385] med instruktion för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys). Myndigheten ska bland annat följa upp vårdens och omsorgens funktionssätt, effektivitetsgranska statliga åtaganden och inom sitt verksamhetsområde bistå regeringen med underlag och rekommendationer för effektivisering av statliga verksamhet och styrning (2 § förordningen med instruktion för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys).

Utredningen bedömer dock att det kan komma att ta lång tid innan det är möjligt att utläsa några effekter av satsningen. Det tar tid att bygga upp nya system och förändrande arbetssätt. Utredningen föreslår därför att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys initialt får i uppdrag att utvärdera implementeringen av den föreslagna hälsoreformen för barn och unga. I detta ingår att följa upp och utvärdera om det nationella hälsovårdsprogrammet implementeras på ett likvärdigt sätt i landet oavsett huvudman eller vårdgivare. Särskild vikt bör läggas vid förutsättningarna för elevhälsans medicinska insatser och ungdomsmottagningarna att implementera programmet.

Vidare bör utvecklingen av systematisk samverkan mellan berörda vårdgivare och samordning i vårdprocesser för barn och unga följas upp och analyseras. Det gäller både samverkan mellan de verksamheter som utgör barn- och ungdomshälsovården och samverkan mellan dessa

verksamheter och hälso- och sjukvården i övrigt, tandvården och socialtjänsten. Dessutom bör utvecklingen av primärvårdens roll som navet i hälso- och sjukvården för barn och ungas psykiska vårdbehov följas upp och analyseras. I denna del bör särskild vikt läggas vid att första linjeverksamheterna för barns och ungas psykiska hälsa integreras i primärvårdsuppdraget för att på så sätt skapa en tydlig hälso- och sjukvårdsorganisation för barn och unga. Dessutom bör vikt läggas vid utvecklingen av den specialiserade vårdens konsultativa roll gentemot primärvården och elevhälsans medicinska insatser.

På sikt bör hela hälsoreformen utvärderas, och om barn och unga får tillgång till likvärdig vård enligt programmet oavsett bostadsort, val av skola eller vårdgivare. Utredningen bedömer att en sådan utvärdering inte är aktuell förrän hälsoreformen är implementerad i verksamheterna.

Utvärderingen kan utgöra ett underlag till regeringens övervägande i fråga om sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman

I delbetänkandet redovisar utredningen förutsättningar för att införa en sammanhållen hälsouppföljning av barn och unga med regionen som huvudman. En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle innebära att den regionala hälso- och sjukvårdshuvudmannen ansvarar för hälsouppföljning under barns och ungas hela uppväxttid från tillblivande till vuxen ålder. Med hälsouppföljning avses sådan hälsouppföljning som i dag utförs i mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser. Utredningen bedömer att det skulle kunna skapa bättre förutsättningar för en mer sammanhållen och kontinuerlig och likvärdig hälsouppföljning oavsett bostadsort, val av skola eller vårdgivare, vilket skulle gynna utvecklingen av barns och ungas hälsa och välmående. Regionerna skulle också få en överblick över barns och ungas hälsoutveckling under hela uppväxttiden och kunna planera och samordna hälsouppföljningen med vård- och behandlingsinsatser med utgångspunkt från barns och ungas behov, på ett mer effektivt sätt. En sammanhållen hälsouppföljning med regionen som huvudman skulle dessutom underlätta uppföljningen av hälsan på såväl individuell som aggregerad nivå på ett systematiskt sätt. Skolan skulle i högre grad kunna fokusera på elevernas utveckling mot utbildningens mål, att skapa goda lärandemiljöer och andra förutsättningar för lärande.

I delbetänkandet bedömer utredningen dock att tiden inte är mogen för att genomföra en sådan förändring. Det beror bland annat på att primärvården ännu inte är tillräckligt resurssatt för ett sådant uppdrag. Utredningen bedömer även att elevhälsans resurser behöver säkras och de medicinska insatsernas roll i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet stärkas, för att kunna stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål.

Utredningens huvudförslag är i stället att det nationella hälsovårdsprogrammet först ska utvecklas och implementeras. Programmet ska bidra till en nationellt enhetlig styrning av den hälso- och sjukvård som bedrivs inom barn- och ungdomshälsovården. Men om arbetet med det nationella hälsovårdsprogrammet inte skulle ge önskat resultat i form av effektiva samverkansstrukturer och likvärdig tillgång till programmets insatser oavsett huvudman eller vårdverksamhet, bedömer utredningen att regeringen kan överväga möjligheten att införa en samlad hälsouppföljning med regionen som huvudman.[32]

Utredningen bedömer att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys utvärdering av implementeringen av hälsoreformen bör utgöra ett underlag vid regeringens ställningstagande i denna fråga. Det bör ingå i myndighetens uppdrag att avgöra när en sådan utvärdering är lämplig. Utredningen bedömer dock att en sådan utvärdering rimligen inte kan göras förrän två till tre år efter att hälsovårdsprogrammet har tagits fram och kan användas i verksamheterna.

5.3.3 Förslag till lag om behandling av personuppgifter vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör genomföras

Bedömning: Socialdataskyddsutredningens (S 2016:05) förslag till lag om behandling av personuppgifter vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör genomföras.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att det finns ett behov av mer ändamålsenliga förutsättningar för behandling av personuppgifter vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Det krävs för att det uppdrag som utredningen föreslår i avsnitt 5.3.2 ska kunna genomföras med så hög kvalitet och på ett så effektivt sätt

[32] SOU 2021:34, s. 380 ff.

som möjligt. Det är också relevant för myndighetens förutsättningar att följa upp och utvärdera hälso- och sjukvården och omsorgen för barn och unga i övrigt.

Socialdataskyddsutredningen (S 2016:05) utredde behovet av en särskild författning med bestämmelser om personuppgiftsbehandling vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Utredningen bedömde att ett sådant behov finns och lämnade därför förslag till en lag om behandling av personuppgifter vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Lagen föreslås bli tillämplig vid behandling av personuppgifter i verksamhet vid myndigheten som avser uppföljning och analys av verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv, när det gäller sådan behandling av personuppgifter som är helt eller delvis automatiserad samt behandling av personuppgifter som ingår eller är avsedda att ingå i ett register. Förslaget innefattar bland annat ett krav på extern etisk prövning av vissa typer av personuppgiftsbehandlingar. Förslaget innehåller också bestämmelser om ändamålsbestämning, skyddsåtgärder och gallring.[33]

Denna utredning bedömer att den registerförfattning som Socialdataskyddsutredningen har föreslagit påtagligt skulle förbättra Myndigheten för vård- och omsorgsanalys möjligheter att följa upp och analysera effekterna av reformen. Den föreslagna registerförfattningen skulle också förbättra myndighetens förutsättningar att följa upp och analysera hälso- och sjukvården och omsorgen för barn och unga i övrigt, det vill säga även i andra sammanhang än inom ramen för en uppföljning av reformen.

Om förslagen till registerförfattning genomförs skulle det bland annat möjliggöra en ökad kunskap om barns och ungas egen uppfattning om hälso- och sjukvårdens och omsorgens utformning och kvalitet, genom att information på ett mer ändamålsenligt sätt skulle kunna inhämtas direkt från barn och unga. Det finns i dag stora utmaningar med att inhämta kunskap på det sättet på nationell nivå. För Myndigheten för vård- och omsorgsanalys del ligger utmaningen främst i att myndighetens enda möjlighet att behandla vissa typer av personuppgifter är att inhämta ett uttryckligt samtycke. Detta är särskilt komplext när det gäller behandling av personuppgifter om barn. Behovet av att kunna inhämta sådan kunskap är alltså ett viktigt skäl till att

[33] SOU 2018:52 *Behandling av personuppgifter vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*, s. 145 ff.

utredningen bedömer att det är angeläget att genomföra förslaget till registerförfattning. Även förutsättningarna för behandling av uppgifter från andra källor än från barn och unga själva skulle på olika sätt kunna förbättras genom förslaget. Genom att skapa förutsättningar för myndigheten att behandla personuppgifter från exempelvis kvalitetsregister och hälsodataregister skulle myndigheten kunna genomföra uppföljningar och analyser av högre kvalitet och på ett mer effektivt sätt än i dag.

Uppföljningar och utvärderingar inom hälso- och sjukvården adresserar sällan frågor om barns och ungas behov, förutsättningar och preferenser på ett fullständigt sätt. Utredningen bedömer att kunskapen om dessa perspektiv behöver öka och att sådan kunskap är en förutsättning för att vården ska kunna utvecklas och i högre grad utformas med utgångspunkt från ett barnrättsperspektiv och från ungas perspektiv. Genom att skapa bättre förutsättningar för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att behandla personuppgifter, och därmed bättre förutsättningar att genomföra uppföljningar och utvärderingar utifrån bland annat barns och ungas behov, förutsättningar och preferenser, kan barnrättsperspektivet och ungas perspektiv tillvaratas i utvecklingen av hälso- och sjukvården och omsorgen på ett bättre sätt än i dag.

5.3.4 Inspektionen för vård och omsorg bör granska barn- och ungdomshälsovårdens verksamhet

Bedömning: Inspektionen för vård och omsorg bör granska att barn och unga får relevanta insatser från barn- och ungdomshälsovården på likvärdiga grunder i landet oavsett bostadsort, val av vårdgivare eller skola. Granskningen behöver utgå ifrån det nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga.

Skälen för utredningens bedömning: I delbetänkandet redogör utredningen för brister när det gäller tillgången till likvärdig barn- och ungdomshälsovård i landet. Bristerna beror i hög grad på att vården är fragmentiserad och uppdelad på många olika huvudmän och vårdaktörer. Likvärdigheten är särskilt problematisk när det gäller elevhälsans medicinska insatser och dess förutsättningar att erbjuda

hälsofrämjande och förebyggande insatser.[34] Problem med likvärdighet finns också när det gäller ungdomsmottagningarnas verksamhet. Dessutom förekommer brister när det gäller samverkan mellan de berörda vårdverksamheterna, informationsöverföring och samordning av barns och ungas vårdinsatser i alla led mellan de olika vårdverksamheterna under barnets och den unges hela uppväxttid. Särskilt bristfällig är samverkan mellan elevhälsan, primärvård och barn- och ungdomspsykiatrin. Det finns även brister i samverkan mellan barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter och socialtjänsten respektive tandvården. Denna bild har bekräftats vid utredningens dialoger med företrädare för verksamheter, professioner och barn och unga.[35] I delbetänkandet lyfter utredningen vidare fram att hälso- och sjukvårdens arbete med delaktighet för barn och unga behöver förstärkas. Hälso- och sjukvården för barn och unga behöver bli mer personcentrerad och anpassad till barns och ungas behov och preferenser. Barn och unga behöver också ges förutsättningar att vara delaktiga i sin egen vård och behandling.[36]

För att komma tillrätta med dessa brister föreslår utredningen flera insatser i delbetänkandet som ska leda till en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Utredningen bedömer att det också behövs särskilda tillsynsinsatser av den hälso- och sjukvård som bedrivs inom barn- och ungdomshälsovården. Tillsynen är ett viktigt verktyg för att granska att barn och unga får vård som är säker, har god kvalitet och uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Enligt Inspektionen för vård och omsorgs instruktion ska tillsynen planeras och genomföras med utgångspunkt från riskanalyser om var behovet av tillsyn är som störst (2 § förordning [2013:176] om instruktion för Inspektionen för vård och omsorg).

Mot bakgrund av de brister som redovisas ovan bedömer utredningen att det finns ett stort behov av att granska barn- och ungdomshälsovården. Utredningen anser därför att Inspektionen för vård och omsorg bör ta initiativ till en mer systematisk granskning av barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter och om barn och unga får hälsofrämjande och förebyggande insatser på likvärdiga grunder i landet i enlighet med det nationella hälsovårdsprogrammet för barn

[34] SOU 2021:34, s. 220 ff.
[35] SOU 2021:34, s. 233 ff.
[36] SOU 2021:34, s. 303 ff.

och unga. Det behöver också granskas om vårdinsatser för barn och unga är samordnade och om vård ges på ett kontinuerligt sätt. Dessutom behöver det granskas om barn och unga ges förutsättningar att vara delaktiga i sin egen vård och behandling. Sådan tillsyn kan bidra till att barn och unga får sina rättigheter tillgodosedda i hälso- och sjukvården. Utredningen bedömer att tillsyn av barn- och ungdomshälsovården också kan bidra i arbetet med att förebygga köer till BUP. Om inspektionen granskar att barn och unga med psykiska besvär fångas upp redan i barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter, kan en allvarligare utveckling och behov av specialiserad vård inom BUP förebyggas.

De förslag som utredningen lägger fram i delbetänkandet angående hälso- och sjukvårdens ansvar att främja hälsa, föreskrifter för hälsofrämjande och förebyggande arbetet och det nationella hälsovårdsprogrammet kommer att tydliggöra vilka krav som kan ställas på vårdverksamheter inom barn- och ungdomshälsovården. Utredningen ser därför genomförandet av dessa förslag som en viktig förutsättning för att tillsynen på detta område ska kunna bli mer effektiv.

5.3.5 Det behöver följas upp om barns och ungas behov tillgodoses i omställningsprocessen

Förslag: Socialstyrelsens uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården med fokus på primärvård (dnr S2020/03319/FS) bör kompletteras med ett uppdrag att följa upp om barns och ungas behov tillgodoses i omställningen.

Skälen för utredningen förslag: Just nu pågår den största omställningen i hälso- och sjukvården på många år. Omställningen innebär en förflyttning från en sjukhustung vård till en nära och tillgänglig vård där primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården och samspela med den övriga hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Målet med omställningen är att patienten får en god, nära och samordnad vård och omsorg som stärker hälsan. Målet är också att patienter och närstående ska kunna vara delaktiga i vård och behandling utifrån deras förutsättningar och behov.[37]

[37] Prop. 2019/20:164 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 32.

Riksdagen har också antagit ett förslag till nytt grunduppdrag för primärvården som trädde i kraft den 1 juli 2021.[38] Grunduppdraget innebär att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård bland annat ska svara för vanligt förekommande vårdbehov, se till att vården är tillgänglig, tillhandahålla förebyggande insatser och samordna patienters vårdinsatser i de fall det är mest ändamålsenligt.[39] Samtidigt som detta grunduppdrag trädde i kraft förändrades även definitionen av primärvård i hälso- och sjukvårdslagen (se 2 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen).

I delbetänkandet gör utredningen bedömningen att det är viktigt att denna omställning förstärks och utvecklas med utgångspunkt från ett barnrättsperspektiv. Det är en förutsättning för att barns och ungas behov ska beaktas i utformningen av hälso- och sjukvården.[40] Utredningen bedömer att genomförandet av det nationella hälsovårdprogrammet för barn och unga som utredningen föreslår i sitt delbetänkande är en central del av det omställningsarbete som behöver ske i vården för att barn och unga ska få en nära, tillgänglig vård och samordnad vård som stärker hälsa.

För att säkerställa att barnrättsperspektivet beaktas i omställningsprocessen behövs också en uppföljning av detta. Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården med fokus på primärvård (dnr S2020/03319/FS). I uppdraget ingår att analysera möjligheterna att inhämta resultat på aggregerad nivå från regioner och kommuner i syfte att följa omställningen samt att ge förslag på indikatorer anpassade för att kunna följa upp omställningen till en god och nära vård. Dessutom ingår att följa och stödja regioners och kommuners omställningsarbete. Socialstyrelsen har i rapporterna Uppföljning av omställningen till en mer nära vård – Ett förslag på indikatorer från 2020 och Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020 – Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer från 2021 redovisat resultat från det pågående omställningsarbetet i kommuner och regioner och förslag på indikatorer som kan ligga till grund för uppföljningen av omställningen i hälso- och sjukvården.

Utredningen bedömer att det i detta uppdrag är viktigt att särskilt följa upp om barns och ungas behov tillgodoses i omställningen till en

[38] Prop. 2019/20:164, s. 32 ff.
[39] Prop. 2019/20:164, s. 73 ff.
[40] SOU 2021:34, s. 307 ff.

god och nära vård. Utredningen föreslår därför att Socialstyrelsens uppdrag kompletteras med en sådan inriktning. I uppdraget bör ingå att föreslå indikatorer och att redovisa resultat på aggregerad nivå om hur omställningsprocessen påverkar hälso- och sjukvården för barn och unga. Utredningen bedömer också att det finns synergieffekter mellan detta uppdrag och uppdraget att föreslå indikatorer för uppföljningen av hälsovårdsprogrammet.

5.4 Kartlägga förekomsten av och behov hos barn och unga med långvariga och stora vård- och omsorgsbehov

Förslag: Socialstyrelsen ska få i uppdrag att leda ett arbete med att kartlägga förekomsten av och behov hos barn- och unga med långvariga och stora vård- och omsorgsbehov.

Socialstyrelsen behöver först undersöka vilka regioner som kan och vill delta och andra förutsättningar för kartläggningen.

Skälen till utredningens förslag: Det behövs samlad nationell kunskap och skarpare analyser av sjukdomsuttryck, sjukdomsförekomst och vård- och omsorgsbehov som barn och unga med kroniska sjukdomar eller annan långvarig ohälsa uppvisar. Sådan kunskap saknas i dag. Det är mer utrett och kartlagt när det gäller den äldre populationen med kroniska sjukdomar och sammansatta behov.[41] Barn och unga med lika stora behov riskerar därför att missas i planering, organisering, prioritering och uppföljning av hälso- och sjukvården. En orsak till detta kan vara svårigheten att mäta barns och ungas kroniska sjukdomar och vårdbehov eftersom de skiljer sig på flera sätt i förhållande till vuxnas sjukdomsbild.

Barns och ungas ohälsa kan i många fall få konsekvenser i ett livsperspektiv, och deras behov av insatser av olika slag kan vara lika stora som hos äldre personer. Det finns särskilt stor anledning att fokusera på barns och ungas hälsa om vården ska förflyttas uppströms mot tidiga hälsofrämjande och förebyggande insatser. Ett tydligt exempel på det är fetma, en vanligt förekommande kronisk sjukdom

[41] Myndigheten för vård och omsorgsanalys, *VIP i vården – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*, rapport 2014:2 (2014) och Socialstyrelsen, *Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre* (2013).

hos barn och unga, där tidiga hälsofrämjande och förebyggande insatser är avgörande. Övervikt och fetma i barn- och ungdomsåren kvarstår ofta i vuxen ålder. Fetma medför ett lidande hos individen och ökar risken för en rad andra sjukdomar och kroniska tillstånd i vuxen ålder, till exempel hjärt- och kärlsjukdom, åldersdiabetes samt cancer.

Hälso- och sjukvården är i hög grad fragmentiserad och subspecialiserad, vilket utredningen beskriver i delbetänkandet. Det drabbar särskilt barn och unga med långvariga och stora vård- och omsorgsbehov. Olika systembrister leder till helt eller delvis otillfredsställda vård- och omsorgsbehov hos många barn och unga och barns vårdnadshavare. Familjens hela behov av vård och omsorg efterfrågas och möts sällan, trots avancerade och utvecklade behandlingsmöjligheter. Hälso- och sjukvården kommer alltid att behöva anpassas efter befolkningens behov av vård. I takt med en bättre välfärd och den medicintekniska utvecklingen, ändras både vårderbjudandet och behoven i allt större utsträckning. Det kan till exempel gälla stöd i skolan, vardagsanpassningar, föräldrastöd, psykosociala insatser eller koordinering av olika vårdinsatser.

Den specialiserade vården, socialtjänsten, förskola och skola behöver samordna sig i större utsträckning kring barn och unga med långvariga och stora behov, vilket utredningen beskriver i delbetänkandet som steg sex för ett bättre stöd till barn och unga med psykisk ohälsa.[42] Primärvården tilldelas också i framtiden ett allt större ansvar för samordning och ska utgöra det framtida navet i vården kring fler patienter med kroniska sjukdomar.

Det är nödvändigt att vården och omsorgen samarbetar och breddar sina bedömningar, insatser och uppföljning till barn och unga med samsjuklighet, komplexitet och breda behov under lång tid. För att möjliggöra en sådan samordning behöver det finnas fakta om samsjuklighet, trender, sjukdomsuttryck och behov hos barn och unga med långvariga och stora behov.

[42] SOU 2021:34, s. 359–362.

Ökad kunskap om barn och unga med långvariga och stora vård och omsorgsbehov ger bättre förutsättningar för en ändamålsenlig och likvärdig vård

Syftet med uppdraget är att synliggöra gruppen barn och unga med långvariga och stora behov och deras gemensamma nämnare, så att vården kan samordna sina insatser mer ändamålsenligt och effektivt. Kartläggningen kan bli ett underlag för huvudmännens planering, organisering och styrning av hälso- och sjukvården. Det kan bli ett viktigt kunskapsstöd i kompetensförsörjningsfrågor, inte minst den kompetensutveckling som behöver ske kring barn och unga i omställningen till en god och nära vård. Syftet är också att så långt det är möjligt få en bild av nuläge och trender på nationellt aggregerad nivå. Utredningen bedömer att resultatet av kartläggningen kan bli ett användbart kunskapsunderlag för att senare ta fram vårdprogram och processer som stödjer dessa barns och ungas behov av insatser.

Uppföljningsprogram i hälso- och sjukvården fokuserar oftast på diagnos, men det finns nu en trend att uppföljning omfattar mer än enbart medicinska behov. Det kan gälla nationella uppföljningsprogram efter intensivvård i nyföddhetsperioden, efter genomgången cancerbehandling eller efter operation av hjärtfel. I dessa program lyfts även andra insatser fram såsom samverkan med andra subspecialister och team, stöd och anpassningar i skola, kontakt med myndigheter, stöd till anhöriga, föräldraskapsstöd, vardagsanpassningar eller psykosocialt stöd och andra hälsofrämjande och förebyggande insatser. Utredningen bedömer att detta är en positiv utveckling.

Utredningen bedömer att det är särskilt viktigt att erbjuda barn och unga med långvariga och stora behov skärpt hälsouppföljning. Den hälsoreform som utredningen föreslår i delbetänkandet innefattar också hälsouppföljning i kontexten att upptäcka ohälsa och sjukdom samt ge fördjupade vård och stödinsatser till dessa barn och unga. I detta arbete behöver hälso- och sjukvård och omsorg samspela tätt och ändamålsenligt för en resurseffektiv god och nära vård för barn och unga.

Det saknas en vedertagen definition av gruppen barn och unga med långvariga och stora vård- och omsorgsbehov

Gruppen barn och unga med långvariga och stora vård och omsorgsbehov kommer att variera utifrån definitioner, och det saknas i dag en vedertagen definition, såväl nationellt som internationellt. Enligt de regionala, nationella och delvis internationella data som utredningen redogör för i delbetänkandet, utgör barn och unga med kroniska sjukdomar ungefär en femtedel av barnpopulationen. Regionala data visar att barns och ungas sökstatistik i vården innefattar 20 skilda diagnosområden (ICD-10) när det gäller kroniska sjukdomar, och att dessa ofta hanteras i den specialiserade vården.[43]

Exempel på barn och unga med långvariga och stora behov är barn med funktionsnedsättning, kroniska sjukdomar eller barn i familjer med behov av sociala insatser, till exempel med missbruk eller placerade barn. Andra grupper är barn och unga med odiagnostiserade tillstånd eller sökorsaker som efterfrågar vård- och omsorgsinsatser under längre tid och i större omfattning. Exempel på sådana tillstånd kan vara kronisk smärta, ångest eller psykosomatiska symtom som föranleder många besök under lång tid i vården.

De barn och unga som ibland kallas nya överlevare, såsom barn som behandlats för cancer eller barn som fötts extremt mycket för tidigt, har också behov av hälso- och sjukvård och andra stödinsatser under lång tid.

Det finns också anledning att kartlägga individer med långvariga och stora behov i ett bredare perspektiv än det rent medicinska. Barn och unga och deras vårdnadshavare rapporterar återkommande om stuprör i vård och omsorg, och behovet av helhetssyn på barnets problematik och insatser. En behovsanalys och ett definitionsarbete som är bredare än enbart diagnoser och som även spänner över vård, skola och omsorg, skulle skapa förutsättningar för en gemensam terminologi och gemensamt språk, vilket kan underlätta samverkan och samordning och bidra till ökad resurseffektivitet. Särskilt barn och unga som är socialt utsatta eller får olika stödinsatser från socialtjänsten bör i mesta möjliga mån inkluderas i kartläggningen. Detta kan kräva samkörning av register och registerstudier.

[43] Västra Götalandsregionen, *Barn och unga – komplexa behov och vägar framåt*. Dnr HS 2018-00358 (2018).

En gemensam och kvalitetssäkrad metod ger ett så jämförbart och nationellt täckande resultat som möjligt

Uppdraget ska ses som ett komplement till befintliga kartläggningar och analyser som görs inom området psykisk hälsa och andra epidemiologiska studier som myndigheten sammanställer. Vissa uppgifter om barns och ungas ohälsa och sjukdom finns i hälsodataregister. Kompletterande, och för uppdraget nödvändiga, uppgifter om ohälsa, sjukdom, åtgärder och besök i hälso- och sjukvården finns i vissa regionala databaser. Särskilt relevanta för uppdraget blir de regioner som har en stor barnpopulation och samtidig tillgång till primärvårdsdata. Exempel på sådana regioner är Region Stockholm, Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Västra Götalandsregionen har 2018 genomfört en sådan studie i egen regi som kan utgöra vägledande underlag för arbetet.

5.5 Möjligheter att dela information inom och mellan vårdgivare finns redan i dag

Bedömning: Informationsdelning inom och mellan vårdgivare behöver ske i högre grad. Enligt gällande rätt finns det redan i dag möjligheter att dela information som behövs för vården av patienter, i detta fall barn och unga. Samtidigt har utredningen uppmärksammat vissa behov av åtgärder för att stärka förutsättningarna för informationsdelning.

Skälen för utredningens bedömning

Sammanhållen journalföring

Av redogörelsen i kapitel 3, Gällande rätt, framgår att det inom ramen för gällande rätt finns möjligheter när det gäller att dela information som behövs för vården av patienter, såväl mellan olika vårdgivare som mellan personal inom en och samma vårdgivare. En möjlighet, när det gäller att dela uppgifter mellan olika vårdgivare, är att tillämpa bestämmelserna om sammanhållen journalföring. Som utredningen beskriver i kapitel 3, Gällande rätt, ger de bestämmelserna vårdgivare möjlighet att få direktåtkomst till personuppgifter om patienter som behandlas

av andra vårdgivare under vissa förutsättningar. Bestämmelserna kan tillämpas av vårdgivare som bedriver verksamhet som omfattas av definitionen av hälso- och sjukvård i 1 kap. 3 § patientdatalagen (2008:355), inklusive vårdgivare inom barnhälsovården och elevhälsan.

Utredningen bedömer att sammanhållen journalföring behöver användas vid vård av barn och unga. Det ger förutsättningar för berörd hälso- och sjukvårdspersonal att följa barnets eller den unges vårdförlopp över tid och få en samlad bild av hälsosituationen. En kontinuerlig hälsouppföljning ger möjlighet att sätta in samordnade insatser till barn och unga med debuterande ogynnsam hälsoutveckling i ett tidigt skede. Sammanhållen journalföring är också viktigt eftersom det skapar goda förutsättningar för att fatta beslut om rätt vård och behandling, genom att berörd hälso- och sjukvårdspersonal har tillgång till relevant journalinformation. Det kan till exempel gälla information om röntgenundersökningar eller svar på blodprov, bedömningar som gjorts på akuten, eller information om allvarligare tillstånd som överkänslighet för läkemedel eller underliggande kroniska sjukdomar som har bäring på vården.

I de allra flesta fall anser vårdnadshavare att det är självklart att information delas mellan vårdgivare och att det snarast är förvånande att man i dagens digitaliserade samhälle inte från vårdens sida har mer samlad information om patienternas vård. Att behöva förmedla barnets sjukdomshistoria vid varje besök i vården är både tröttsamt för vårdnadshavare och riskerar att skada förtroendet för hälso- och sjukvården. Det kan också medföra patientsäkerhetsrisker när vårdnadshavare eller barnet ansvarar för att föra informationen vidare till nästa vårdgivare. Tillsyn inom området visar att patienter med många vårdkontakter löper stor risk att drabbas av en bruten informationskedja och att viktiga uppgifter, såsom uppgifter om aktuella läkemedel eller underliggande sjukdomar saknas i vårdmötet eller för den som ska samordna vården och omsorgen.[44] Barns och ungas möjlighet till delaktighet i sin egen vård minskar, liksom vårdnadshavares möjlighet att ta ansvar och vara delaktiga i beslut om barnets vård och behandling.

Alla vårdgivare tillämpar dock inte bestämmelserna om sammanhållen journalföring. Det har framkommit i utredningens dialoger. Det är utredningens bild att det finns flera anledningar till det. En anledning är att vårdgivares olika vårdinformationssystem inte är kom-

[44] Inspektionen för vård och omsorg, *Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019* (2020).

patibla med varandra. Det kan i sin tur bero på de i bakgrunden beskrivna tekniska, semantiska och organisatoriska faktorerna. I delbetänkandet föreslår utredningen att sammanhållen journalföring mellan barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter bör främjas inom ramen för en överenskommelse mellan staten och SKR. Det är särskilt viktigt att få till stånd en sammanhållen journalföring mellan den regionala primärvården och elevhälsans medicinska insatser.[45]

Ytterligare möjligheter till delning av information inom och mellan vårdgivare

När det gäller delning av information mellan olika vårdgivare, finns även vissa möjligheter utöver de möjligheter som ges inom ramen för sammanhållen journalföring. Uppgifter kan alltså under vissa förutsättningar lämnas ut från en vårdgivare till en annan på andra sätt än genom direktåtkomst. Som framgår av kapitel 3, Gällande rätt, är exempelvis utlämnande av hälsouppgifter om enskilda från en vårdgivare som utgångspunkt möjligt med stöd av den enskildes samtycke. I kapitel 3 redogörs för ytterligare möjligheter att lämna ut uppgifter inom ramen för gällande bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt.

När det gäller informationsdelning mellan personal hos en och samma vårdgivare, konstaterar utredningen att det finns förutsättningar för personal att få del av relevanta uppgifter om patienter som han eller hon deltar i vården av eller av annat skäl behöver för sitt arbete inom hälso- och sjukvården (4 kap. 1 § patientdatalagen).

Sammantagen bedömning

Utredningen bedömer sammantaget att det redan i dag finns möjligheter att dela information som behövs för vården av barn och unga, såväl mellan olika vårdgivare som mellan personal inom samma vårdgivare. Samtidigt har utredningen uppmärksammat vissa behov av åtgärder för att stärka förutsättningarna för informationsdelning mellan olika aktörer när det gäller information som behövs för vården av barn och unga. Sådana behov ligger också till grund för det regeringsuppdrag som E-hälsomyndigheten fått om att analysera och föreslå

[45] SOU 2021:34, bilaga 5, s. 663 ff.

hur de juridiska möjligheterna till sammanhållen journalföring kan nyttjas i så stor utsträckning som möjligt i vården och omsorgen, i hela landet och av alla vårdgivare. Regeringsuppdraget beskrivs närmare i kapitel 4, Bakgrund, problembild och analys.

Inom ramen för utredningens arbete har det inte varit möjligt att göra en fullständig kartläggning av vilka hinder och möjligheter som finns för en stärkt informationsdelning inom och mellan olika verksamheter och i förhållande till den enskilde. Utredningen har dock gjort vissa iakttagelser och bedömningar av relevans för frågor om informationsdelning inom och mellan vårdgivare, mellan hälso- och sjukvården och omsorgen samt i förhållande till den enskilde själv. Dessa presenteras nedan i avsnitt 5.6 till och med 5.9.

5.6 Förslag till bestämmelser om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation bör genomföras och en utvidgning bör övervägas

Bedömning: Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorgs (S 2019:01) förslag till bestämmelser om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation bör genomföras.

Bedömning: Regeringen bör tillsätta en utredning med uppdrag att undersöka om det är möjligt och lämpligt att utvidga de föreslagna bestämmelserna om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation till att omfatta ytterligare grupper av barn och unga inom socialtjänsten.

Skälen för utredningens bedömningar: Utredningen uppmärksammar i sitt delbetänkande behovet av en stärkt samverkan mellan olika aktörer som har kontakt med barn och unga inom hälso- och sjukvården inklusive tandvården, men också inom socialtjänsten och skolan. Samverkan behöver stärkas på flera nivåer och olika insatser för barn och unga behöver till stora delar samordnas på ett mer ändamålsenligt sätt än i dag, för att säkerställa en hög kvalitet i barns och ungas vård och omsorg.[46] Sådan samverkan och samordning kräver många gånger att berörda aktörer har tillgång till relevant informa-

[46] SOU 2021:34, s. 242 ff.

tion om det aktuella barnet eller den unga personen. Inom hälso- och sjukvården kan, som nämnts ovan, sammanhållen journalföring vara ett sätt att säkerställa tillgången till sådan relevant information. Motsvarande möjligheter finns dock inte mellan hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens olika verksamheter (och inte heller mellan olika delar av socialtjänsten). Det ser utredningen som ett problem, samtidigt som det kan konstateras att det nu finns förslag som syftar till att komma till rätta med delar av problemet.

Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) lämnade i sitt delbetänkande Informationsöverföring i vård och omsorg (SOU 2021:4) bland annat förslag som innebär att det ska bli möjligt att frivilligt inrätta ett system, kallat sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, som ger verksamheter inom socialtjänsten som avser äldre eller personer med funktionsnedsättningar och hälso- och sjukvården möjlighet att få tillgång till varandras vård- och omsorgsdokumentation genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande. Utredningen föreslog att de förutsättningar som ska gälla för vård- och omsorgsgivares tillgång till personuppgifter genom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, i princip ska motsvara de som gäller för vårdgivares tillgång till personuppgifter genom sammanhållen journalföring enligt patientdatalagen. Se kapitel 3, Gällande rätt, för en beskrivning av bestämmelserna om sammanhållen journalföring. Det föreslogs att förutsättningarna ska regleras i ny lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning. När det gäller förutsättningarna för omsorgsgivare att behandla uppgifter som en annan vård- eller omsorgsgivare gjort tillgängliga får det, enligt förslaget, endast ske om uppgifterna rör en enskild som får omsorgsgivarens insatser eller är föremål för en utredning om att få sådana insatser, uppgifterna kan antas ha betydelse för omsorgsgivarens insatser för den enskilde eller utredning om insatser och den enskilde samtycker till det. För att en vårdgivare ska få behandla uppgifter som andra vård- och omsorgsgivare gjort tillgängliga föreslås samma förutsättningar gälla som i dag gäller för sammanhållen journalföring. Det får alltså bara ske om uppgifterna rör en patient som det finns en aktuell patientrelation med. Uppgifterna ska också kunna antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten inom hälso- och sjukvården, eller för att bedöma behovet av eller utföra insatser enligt lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter. Det krävs också

att patienten samtycker till det. Den föreslagna lagen innehåller också ett antal ytterligare förutsättningar och integritetshöjande bestämmelser, bland annat när det gäller information till den enskilde som en av flera förutsättningar för att tillgängliggöra uppgifter i systemet.[47]

Det är denna utrednings bedömning att de föreslagna bestämmelserna om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation sannolikt kan främja sådant samarbete mellan verksamheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten som utredningen, i sitt delbetänkande, bedömt vara viktigt. Förslaget om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation är dock, när det gäller sådan dokumentation inom socialtjänsten som omfattas, avgränsat till dokumentation om insatser som rör äldre personer och personer med funktionsnedsättningar. Socialtjänstens dokumentation om insatser för barn och unga omfattas alltså endast av förslaget i fråga om barn och unga med funktionsnedsättningar. Utredningen bedömer att delning av information mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården är viktig när det gäller den målgruppen och att målgruppen sannolikt kommer gynnas av förslaget.

Samtidigt är denna utrednings bild att det kan vara relevant att överväga att inkludera dokumentation från socialtjänsten om insatser för andra grupper av barn och unga i ett regelverk om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Förslagets lagtekniska utformning bör innebära att de föreslagna bestämmelserna om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation kan utgöra en grundstruktur för en sådan utvidgning. Utredningen bedömer att en sådan utvidgning egentligen skulle kunna vara relevant för dokumentation av insatser för de flesta barn och unga som har mer långvariga och samtidiga insatser från socialtjänst och hälso- och sjukvård. Det kan till exempel handla om barn som är placerade utanför det egna hemmet. Placerade barn har ofta sämre fysisk och psykisk hälsa och bristande tillgång till hälso- och sjukvård som till delar beror på bristande kommunikation och informationsdelning mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.[48] Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) har också beskrivit att det kan finnas behov av utbyte av information mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård i fråga om barn och ungdomar som kan ha behov av råd och stöd från socialtjänst och samtalsbehandling från barn- och ungdomspsykiatrin samtidigt.

[47] SOU 2021:34, s. 43 ff.
[48] Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen *Uppdrag att genomföra utvecklingsinsatser för att stärka förutsättningarna för att placerade barn och unga får tillgång till god hälso- och sjukvård, tandvård och en obruten skolgång* (dnr S 2020/07505).

Även grupperna personer med missbruksproblematik och psykisk sjukdom nämns i sammanhanget.[49] Denna utredning håller med om att detta kan vara högst relevanta grupper.

Det kan även övervägas att utvidga den föreslagna regleringen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation till att omfatta eventuell relevant dokumentation rörande insatser inom sådan övrig socialtjänst som vanligtvis samlokaliseras med eller på annat sätt har ett nära samarbete med hälso- och sjukvård, såsom insatser som socialtjänsten ger inom ramen för verksamhet vid ungdomsmottagningar och familjecentraler.

Informationen om hälso- och sjukvårdens insatser kan ha betydelse för avvägningar och bedömningar av olika slag inom socialtjänsten och tvärtom. Det förekommer att barn och unga har haft pågående insatser hos både socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatrin i flera år utan att insatserna har samplanerats eller att verksamheterna känner till varandras arbete och bedömningar.[50] Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation skulle sannolikt underlätta sådan samplanering av insatser.

Utredningen lämnar dock inga författningsförslag i denna fråga. Utredningen förordar i stället att regeringen tillsätter en utredning med uppdrag att undersöka om det är möjligt och lämpligt med en utvidgning av den föreslagna regleringen. En sådan utredning bör genomföra sitt arbete efter att den föreslagna regleringen, om den genomförs, följts upp och utvärderats. Detta eftersom en utredning av om det är möjligt och lämpligt att utvidga den föreslagna regleringen behöver bygga på avvägningar om bland annat nyttan och behovet av utvidgningen. Det är en stor fördel om en utvärdering av den nu föreslagna regleringen kan ligga till grund för sådana nödvändiga avvägningar. Inom ramen för frågan om det är möjligt och lämpligt med en utvidgning av den föreslagna regleringen blir det också relevant att på ett tydligt sätt definiera och avgränsa de ytterligare grupper vars dokumentation inom socialtjänsten ska ingå i regleringen. I det sammanhanget kan en utvärdering av den definition och avgränsning av grupper inom socialtjänsten som omfattas av det nu lämnade förslaget ge viktig vägledning.

[49] SOU 2021:39 *Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården*, s. 333.
[50] Inspektionen för vård och omsorg, *De tar inte hand om hela mig* (2021).

5.7 Utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn och vårdnadshavare bör utredas

Förslag: Regeringen ska tillsätta en utredning för att utreda om dagens lagstiftning är ändamålsenlig när det gäller utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn respektive vårdnadshavare. Utredningen ska få i uppdrag att lämna nödvändiga författningsförslag för att åstadkomma en mer ändamålsenlig ordning.

Skälen för utredningens förslag: Som beskrivs i kapitel 4, Bakgrund, problembild och analys, är det inte alltid enkelt att avgöra om uppgifter om barn i hälso- och sjukvården ska lämnas ut till barnet själv eller till dennes vårdnadshavare, exempelvis inför muntligt, skriftligt eller digitalt utlämnande av uppgifter som finns i journaler, vårdplaner, patientkontakt och annan typ av vårddokumentation. Det kan vara särskilt svårt när det gäller äldre barn. Svårigheter uppstår också särskilt när det gäller åtkomst till uppgifter som finns digitalt, eftersom det i sådana situationer sällan är praktiskt möjligt att göra enskilda bedömningar av varje barns ålder och mognad.

Det finns inga självklara svar på vad som är en ändamålsenlig ordning när det gäller utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn respektive vårdnadshavare. Den frågan skulle behöva utredas noggrant ur flera perspektiv. Därför föreslår utredningen att regeringen tillsätter en utredning för att utreda om den ordning som gäller i dag i fråga om utlämnande av uppgifter till barn respektive vårdnadshavare är ändamålsenlig. Om så inte är fallet bör utredningen lämna förslag på hur en mer ändamålsenlig ordning skulle kunna åstadkommas. Olika alternativ skulle kunna övervägas, exempelvis om det är möjligt och lämpligt med en reglering som innebär att barn efter en viss preciserad ålder får ges tillgång till uppgifter, eller vissa typer av uppgifter, om sig själva och förfoga över sekretessen till skydd för barnet. Ett annat alternativ läggs fram av Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) i ett utredningsuppslag. Det handlar om att införa en sekretessbrytande bestämmelse som innebär att vårdnadshavare utan hinder av hälso- och sjukvårdssekretess får ta del av barnets uppgifter till dess barnet fyller 18 år. Det skulle förenas med en rätt för barnet att motsätta sig att vårdnads-

havare tar del av dess uppgifter, samt en skyldighet för vårdgivare att informera barnet om rätten att motsätta sig detta (så kallat opt-out).[51]

Det är den här utredningens uppfattning att de flesta barn missgynnas av att deras vårdnadshavare inte har tillgång till relevant information om sina barn från hälso- och sjukvården och därmed inte kan hantera barnets vårdkontakter. Samtidigt kan det konstateras att dagens ordning innebär ett skydd för vissa barn som är särskilt utsatta, exempelvis för barn som riskerar våld eller förtryck om vissa uppgifter kommer till vårdnadshavarnas kännedom. En utredning om hur en förändrad reglering skulle kunna utformas behöver beakta att vissa grupper av barn och unga alltjämt är i behov av ett starkt skydd för de uppgifter som behandlas om dem i hälso- och sjukvården.

5.8 Förslag om ombuds tillgång till uppgifter bör genomföras

Bedömning: Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorgs (S 2019:01) förslag till bestämmelser som tillåter att vårdgivare, under vissa förutsättningar, får ge ombud elektronisk tillgång till patientuppgifter bör genomföras.

Skäl till utredningens bedömning: En vårdgivare får medge en enskild direktåtkomst till sådana uppgifter om den enskilde själv som får lämnas ut till honom eller henne och som behandlas för ändamål som anges i 2 kap. 4 § första stycket 1 och 2 patientdatalagen, det vill säga för vårddokumentation (5 kap. 5 § patientdatalagen). Den enskilde får under samma förutsättningar medges direktåtkomst till dokumentation som avses i 4 kap. 3 § första stycket första meningen patientdatalagen, det vill säga uppgifter om den åtkomst som förekommit till uppgifter om patienten (logglistor). Bestämmelsen är inte tvingande och innebär ingen rättighet för den enskilde, utan ger en möjlighet för vårdgivare att ge patienter direktåtkomst till uppgifter om sig själva. Enligt Högsta förvaltningsdomstolens dom HFD 2017 ref. 67 får en vårdgivare som behandlar personuppgifter med stöd av patientdatalagen dock inte ge ett ombud för en enskild direktåtkomst till vårdgivarens uppgifter om den enskilde.

[51] SOU 2021:39, s. 341 ff.

När barn har uppnått en viss ålder och mognad förväntas barnet i högre grad sköta sina egna vårdkontakter. Men även när ett barn har uppnått sådan ålder och mognad att barnet själv förfogar över uppgifterna kan barnet vilja ta hjälp av vårdnadshavare eller någon annan närstående i sina vårdärenden och därför ge någon annan tillgång till patientuppgifter. Det kan till exempel gälla barn med långvariga och stora vård- och omsorgsbehov eller barn med vissa typer av insatser från socialtjänsten, såsom familjehemsplacerade barn. Att kunna ge nära viktiga vuxna, inklusive vuxna som inte är barnets vårdnadshavare, tillgång till uppgifter från hälso- och sjukvården kan vara angeläget ur ett barnrättsperspektiv. Sådana önskemål kan även finnas hos unga personer som inte längre är barn, det vill säga personer över 18 år. Det skulle i sådana situationer många gånger vara av stor nytta om det var möjligt för en vårdgivare att ge någon annan än den enskilde själv, till exempel en vårdnadshavare eller annan närstående, elektronisk åtkomst till patientuppgifter.

Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) har i sitt slutbetänkande lämnat förslag som syftar till att möjliggöra att ge ombud elektronisk tillgång till uppgifter om den enskilde. Den utredningen föreslår bland annat en bestämmelse i patientdatalagen som gör det möjligt för vårdgivare att, i enlighet med patientens medgivande, ge någon utanför hälso- och sjukvården (ett ombud) elektronisk tillgång till patientuppgifter som behandlas för vårddokumentation och till så kallade logglistor. Bestämmelsen ska enligt förslaget vara frivilligt för vårdgivare att använda. Ett antal villkor ska gälla enligt förslaget. Den elektroniska tillgången, genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, får enligt förslaget ges till en annan fysisk person som patienten uppger sig känna personligen och tillgången får som mest omfatta de patientuppgifter som patienten själv får ha elektronisk tillgång till. Den elektroniska tillgången ska, enligt förslaget, på patientens begäran kunna begränsas till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vårdenhet. Om någon inom hälso- och sjukvårdspersonalen får anledning att misstänka att patientens medgivande inte ger uttryck för patientens fria vilja eller att den enskilde varaktigt inte längre är i stånd att lämna ett sådant medgivande, ska denne vara skyldig att genast anmäla detta till den vårdgivare som gett tillgången varpå vårdgivaren har att utreda om det finns skäl att avsluta den elektroniska tillgången.

Detsamma föreslås gälla om misstanken avser att patienten inte känner den som fått elektronisk tillgång personligen.[52]

En bestämmelse som motsvarar den ovan beskrivna föreslås också gälla i fråga om omsorgsgivares möjlighet att ge elektronisk tillgång till sådan sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation som den utredningen föreslog i sitt delbetänkande.[53]

Mot bakgrund av vad som gäller i fråga om vårdnadshavares rättigheter och skyldigheter enligt föräldrabalken och i fråga om sekretess gentemot vårdnadshavare enligt 12 kap. offentlighets- och sekretesslagen, gör Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) bedömningen att ett barn som är tillräckligt moget för att förstå vad saken gäller, och som har rätt att själv disponera sina patientuppgifter, kan lämna sitt medgivande till att en annan fysisk person som barnet uppger sig känna personligen får elektronisk tillgång till barnets patientuppgifter genom det ovan beskrivna förslaget.[54]

5.9 Utredningens förslag stärker och går i linje med nationell och internationell utveckling på hälsodataområdet

Bedömning: Den utveckling som nu pågår nationellt och internationellt som gäller behandling av hälsodata, kan vara gynnsam för barn och unga. Det förutsätter dock att barns och ungas perspektiv och det hälsofrämjande perspektivet beaktas i detta arbete.

Utredningens förslag om hälsodataregister och kvalitetsregister stärker och går i linje med denna utveckling. De är nödvändiga steg på väg mot en mer ändamålsenlig nationell infrastruktur för behandling av hälsodata.

Skälen för utredningens bedömning: Som beskrivits i kapitel 4, Bakgrund, problembild och analys pågår nationellt och internationellt, inte minst i våra nordiska grannländer och EU, ett omfattande utvecklingsarbete för att skapa bättre förutsättningar för att behandla hälsodata. Utredningen bedömer att utvecklingen är positiv för barn och unga om barns och ungas hälsa, det hälsofrämjande perspektivet samt

[52] SOU 2021:39, s. 177 ff.
[53] SOU 2021:39, s. 143 ff.
[54] SOU 2021:39, s. 133 ff.

värden som leder till en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga beaktas i detta arbete. I flera länder har tillgången till primärvårdsdata varit en bas och ett nödvändigt första steg i denna utveckling. Förutsättningarna för att följa upp kvaliteten och likvärdigheten i den hälso- och sjukvård som bedrivs inom barn- och ungdomshälsovården behöver också säkras. Det gäller särskilt den hälso- och sjukvård som bedrivs inom elevhälsans medicinska insatser och ungdomsmottagningarna, som i dag inte följs upp på nationell nivå. Det finns många intressenter och andra, ibland konkurrerande, värden som riskerar att leda till att barns och ungas perspektiv kommer i skymundan.

Utredningen bedömer vidare att det finns en ömsesidig nytta och synergieffekter mellan pågående omvärldsförändringar på hälsodataområdet och de förslag och bedömningar som lämnas i detta betänkande liksom i utredningens delbetänkande. I delbetänkandet föreslår utredningen en hälsoreform som ska bidra till tydligare nationell styrning av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som riktas till barn och unga. En sammanhållen barn- och ungdomshälsovård och ett nationellt hälsovårdsprogram säkrar en kontinuerlig hälsouppföljning på individuell nivå genom hela uppväxten och tidiga och ändamålsenliga insatser i samverkan mellan olika vårdgivare. I detta betänkande lämnas förslag om en stärkt uppföljning av barns och ungas hälsa på aggregerad nivå och kvalitetssäkring av det hälsovårdande arbetet i hälso- och sjukvården som kompletterar de förslag som lämnas i delbetänkandet. Utredningen pekar också på vikten av god informationsdelning inom och mellan verksamheterna för att uppnå bättre samverkan, samordning och en sammanhållen vård och omsorg. Allt detta kan utläsas som tydliga intentioner i den omvärldsutvecklingen som nu pågår och dess breda syn på hälsodata som en förutsättning för att främja hälsa och bidra till en resurseffektiv, personcentrerad, hälsofrämjande och förebyggande hälso- och sjukvård. Den internationella utvecklingen pekar, precis som utredningen, på tillgången till mer och bredare hälsodata för att kunna analysera viktiga orsakssamband mellan riskfaktorer och sjukdom på aggregerad nivå. Enhetliga, adekvata och delbara data inom och mellan verksamheter och vårdgivare kan samtidigt skapa bättre förutsättningar för att följa individens väg genom hälso- och sjukvården och omsorgen och genom aktiv hälsouppföljning tidigt uppmärksamma de barn och unga som behöver insatser. I en personcentrerad vård där data i större ut-

sträckning delas även med den enskilde, ökar också möjligheten till delaktighet för barn och unga. Samverkan och samordning förenklas liksom sammanhållna hälso- och sjukvårdprocesser över verksamhets- och huvudmannagränser. Utredningen vill dock understryka att barns och ungas perspektiv behöver synliggöras och beaktas i denna process. Det är en förutsättning för att utvecklingen ska kunna bli gynnsam även för barn och unga.

Den medicinska nyttan och de hälsoekonomiska vinsterna med tidiga hälsofrämjande och förebyggande insatser, som utredningen redogjort för i båda sina betänkanden, måste även här lyftas upp bredvid den nytta som kan kopplas till sjukvård och behandling i mer traditionell mening. I delbetänkandet utvecklas resonemang kring värdet av tidiga samordnade insatser i barndomen för att förhindra en ogynnsam hälsoutveckling och kronisk sjukdom. I detta betänkande framhålls vikten av att hitta och arbeta med orsakssamband mellan ohälsa och riskfaktorer, vilket utgör värdefull information för utvecklingen av hälsofrämjande och förebyggande åtgärder.

De övergripande målen med utvecklingen på hälsodataområdet är att skapa förutsättningar för en bättre hälsa, mer personcentrerad vård och en mer resurseffektiv hälso- och sjukvård. Bättre och enklare tillgång till rätt data ger ökade forskningsmöjligheter och innovationskraft. Skärpt uppföljning, analys och bättre styrning av vård och omsorg är ytterligare mål.

För att uppnå målen arbetar flera länder med ett antal strategiska områden. Till dessa strategiska områden hör arbete med mer ändamålsenliga regelverk för sekundäranvändning av hälsodata, det vill säga användning av hälsodata som till exempel patientuppgifter, för något annat än det primära ändamål som de ursprungligen samlats in för. Andra strategiska områden är uppbyggnad av nationell infrastruktur med en förvaltande myndighet, kvalitetssäkring samt service och rådgivning gentemot användarna av data. I arbetet ingår även att skapa tekniska förutsättningar för datalagring och delning, förmågan hos olika system att fungera tillsammans och kunna kommunicera med varandra (interoperabilitet), standardiserade digitala lösningar såsom journalsystem med automatiserad överföring. Arbetet förutsätter en tydlig politisk styrning och samordning på nationell och regional nivå samt avsatta resurser. Arbetet är genomgripande och inkluderar många sektorer samt berör alla medborgare i alla åldrar, inte enbart barn och unga.

Sverige tar inom flera av dessa områden steg åt samma håll som Europa och de nordiska länderna men av många myndighetsrapporter framgår att utvecklingen inte är tillräckligt koordinerad och att tidshorisonten för fungerande lösningar ligger långt fram i tiden. Hinder för en fortsatt utveckling finns inom flera av de strategiska områdena som nämnts ovan. Det handlar bland annat om avsaknad av en tydlig samordnad nationell och regional handlingsplan för behandling av hälsodata enligt intentionerna i de nationella och internationella projekten, en lagstiftning som inte alltid är ändamålsenlig för insamling av och sekundäranvändning av data, och avsaknad av en tydlig myndighetsreglering med ansvar för en effektiv nationell vård- och omsorgsdatastruktur. Den decentraliserade styrningen av hälso- och sjukvården innebär bland annat att varje region utvecklat och implementerat system som tillgodosett de regionala behoven utan att det har funnits några krav på effektiv kommunikation mellan vårdinformationssystem inom samma region och inte heller övergripande mellan regionerna eller på nationell nivå.[55] I detta återfinns hinder i form av bristande interoperabilitet, till exempel gemensamma kodverk och standardiserade begrepp, och tekniska lösningar för datalagring och säker datahantering.

Utvecklingen kan komma att förändra vilka personuppgifter som registreras, till exempel riskfaktorer för ohälsa, genuppsättning, levnadsvanor, hälsofaktorer, personliga förutsättningar och behov, självrapporterade mått med mera. Det kan också påverka hur hälsodata kan behandlas så att forskning, utveckling, uppföljning, analys och utvärdering sker mer integrerat för fler användare. Snabbare ledtider, kanske till och med i realtid, och delvis automatiserad behandling av hälsodata kan utvecklas med de möjligheter som artificiell intelligens medför. Detta skapar förutsättningar för en kunskapsstyrd hälso- och sjukvård som kan skräddarsys och anpassas efter individen. Utvecklingen på området har alltså potential att påtagligt förändra hälso- och sjukvårdens utformning och innehåll.

Utredningen bedömer dock att de pågående omvärldsförändringarna, i nuläget inte är tillräckliga för att tillgodose de behov av hälsodata som finns när det gäller barn och unga och för att kunna följa upp den hälso- och sjukvård som bedrivs inom barn- och ungdomshälsovården. Detta beror huvudsakligen på att det är ett komplext arbete och en förmodat lång tidshorisont innan en fungerande ända-

[55] Jenny Söderberg, *Omvärldsanalys Life science området i Sverige* (2018).

målsenlig nationell infrastruktur är på plats. Det är därför mycket angeläget att utredningens förslag kring kvalitets- och hälsodataregister genomförs.

Utredningens förslag om hälsodataregister och kvalitetsregister kommer troligen också att vara viktiga och värdefulla beståndsdelar i den fortsatta utvecklingen inom hälsodataområdet. Förutom att det skapar bättre förutsättningar för uppföljning av både hälsan hos barn och unga och de hälsovårdande verksamheternas kvalitet, bedömer utredningen att det är både nödvändigt och viktigt för att kunna fasa in Sverige i en framtida modern internationell och nationell vård- och omsorgsdatainformationsstruktur. Slutligen bedömer utredningen att Sverige framöver behöver en nationellt sammanhållen och koordinerad handlingsplan, ett systematiskt arbete med ändamålsenlig lagstiftning, standardiserade tekniska lösningar och interoperabilitet. I detta behövs ett tydligt fokus på barn och unga och det hälsofrämjande perspektivet. Det är en förutsättning för att hälsodata ska kunna utvecklas och användas för att främja hälsa och förebygga sjukdom hos barn och unga och utvecklingen av en mer jämlik hälsa i befolkningen. Nedan presenterar utredningen ytterligare två steg som bör tas redan nu i syfte att bland annat förbättra interoperabiliteten mellan vårdinformationssystemen samt att standardisera och strukturera de uppgifter som registreras i vård och omsorg.

5.9.1 Större statligt ansvar för nationell digital infrastruktur

Bedömning: Staten behöver ta ett större ansvar för utformning och reglering av en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården och omsorgen. Flera olika förslag från andra utredningar pekar i denna riktning.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen anser att det finns behov av att utveckla en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården och omsorgen som kan bidra till mer kompatibla vårdinformationssystem som med större lätthet kan kommunicera med varandra för utbyte av relevant information. I detta bör även ingå att främja användningen av gemensamma, termer, begrepp och koder för dokumentationen. Utredningen har i kapitel 4 Bakgrund, problembild och analys redogjort för de faktorer som påverkar utveck-

lingen av ändamålsenliga vårdinformationssystem i hälso- och sjukvården. Sammanfattningsvis handlar det om juridiska, tekniska, semantiska, organisatoriska och kulturella frågor. Utredningen bedömer att befintliga hinder behöver undanröjas så att informationsdelningen inom och mellan vård- och omsorgsgivare kan underlättas. Det är en förutsättning för en mer sammanhållen vård för barn och unga där hälso- och sjukvården tar det huvudsakliga ansvaret för att samordna barnets eller den unges vårdinsatser. En nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården och omsorgen bör skapa förutsättningar för en ökad användning av sammanhållen journalföring men också för andra sätt att utbyta information. Det kan också skapa förutsättningar för utvecklingen av digitala vårdtjänster av olika slag som är anpassade efter barns och ungas förutsättningar, behov och preferenser, och som underlättar och stödjer hälso- och sjukvårdens arbete.

Frågor om en mer sammanhållen digital infrastruktur och en högre grad av interoperabilitet mellan olika system har berörts av flera utredningar. E-hälsokommittén (S 2013:17) lämnade i sitt betänkande Nästa fas i e-hälsoarbetet (SOU 2015:32) ett antal förslag som syftade till att skapa förutsättningar för en ändamålsenlig och säker informationshantering i hälso- och sjukvården, på öppenvårdsapoteken och i socialtjänsten. Utredningen föreslog bland annat att det skulle inrättas en samverkansorganisation för det fortsatta utvecklingsarbetet inom e-hälsoområdet. Utredningen föreslog även att en ny nämnd skulle inrättas, Samverkansnämnden, med E-hälsomyndigheten som värdmyndighet. Samverkansnämnden skulle enligt förslaget, med stöd av en ny förordning, besluta om krav på interoperabilitet vid behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, på öppenvårdsapoteken och i socialtjänsten. Vårdgivare, tillståndshavare för öppenvårdsapotek och de som bedriver socialtjänst skulle enligt utredningens förslag bli skyldiga att följa nämndens beslut. Utredningen föreslog vidare förändringar i patientdatalagen för att förtydliga att huvudmännen för hälso- och sjukvård har ett ansvar att se till att vårdgivare, som är verksamma med huvudmannens finansiering, använder informationssystem som är ändamålsenliga och säkra vid utbyte av personuppgifter.[56]

Även andra utredningar har på olika sätt adresserat frågor på området. Till exempel Utredningen Styrning för en mer jämlik vård (S 2017:08) som föreslog att en utredning bör tillsättas med uppdrag

[56] SOU 2015:32 *Nästa fas i e-hälsoarbetet*, s. 189 ff., 198 ff. och 220 ff.

att utreda om det är ändamålsenligt att staten tar över ansvaret för infrastrukturen när det gäller information i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Den utredningen menade att frågan om att utbyta patientinformation mellan huvudmän och verksamheter i samband med utomlänsvård inte har behandlats tillräckligt, även om informations- och it-frågor utretts tidigare. I sammanhanget angavs också att det kunde ifrågasättas om det är rimligt och kostnadseffektivt med 21 olika sätt att organisera it-infrastruktur i regionerna.[57]

Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S 2020:12), med kortnamnet Tillgänglighetsdelegationen, beskriver i sitt delbetänkande att det behövs en nationell digital infrastruktur där olika system som används i olika delar av landet och i olika delar av hälso- och sjukvården är kompatibla med varandra och kan kommunicera med varandra. Tillgänglighetsdelegationen föreslår i linje med detta att regeringen tillsätter en utredning med uppdrag att lämna förslag på hur en nationell digital infrastruktur inom hälso- och sjukvården kan utformas och regleras.[58]

Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård (S 2019:03) lämnar i sitt betänkande Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur (SOU 2021:71) bland annat ett förslag om en lag om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet. Nämnda utredning anger specifikt att riksintressen kopplade till området digital infrastruktur bör införas. Ett riksintresse på detta område bör till exempel vara tillämpning av gemensamma standarder som säkerställer digital kommunikation och interoperabilitet inom hela hälso- och sjukvårdssystemet och möjliggör effektivt tillgängliggörande av realtidsdata.[59]

Föreliggande utredning har genomgående betonat det stora behovet av samverkan mellan olika aktörer inom hälso- och sjukvårdens olika delar, socialtjänst och elevhälsan avseende vården av barn och unga. En av grundstenarna i samverkan är möjligheten till informationsdelning inom hälso- och sjukvården och omsorgen. Ju fler aktörer, desto större komplexitet och behov av informationsdelning. Som tidigare framhållits av utredningen består hälso- och sjukvården för

[57] SOU 2019:42 *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*, s. 518–519.
[58] SOU 2021:59 *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*, s. 323.
[59] SOU 2021:71 *Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur*, s. 250 och 257.

barn och unga av många aktörer, ofta fler aktörer i jämförelse med hälso- och sjukvården för vuxna. Komplexiteten i vården för barn och unga är därför ett mycket starkt skäl för att snarast påbörja arbetet med att få till stånd en nationell informationsstruktur som gör det möjligt att dela information över organisatoriska gränser. Det bidrar till att hälso- och sjukvården kan nå målet om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga som är hälsoinriktad, högkvalitativ och jämlik.

5.9.2 Tydligare styrning mot nationell informationsstruktur och gemensam terminologi

Bedömning: Utvecklingen och användningen av nationellt fastställda termer och begrepp för dokumentation i hälso- och sjukvården behöver öka väsentligt. Berörda hälso- och sjukvårdsaktörer behöver se till att så sker.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att regionerna i högre grad än i dag behöver se till att de gemensamma termer och begrepp som tas fram på nationell nivå används i vård och omsorg. Det är en grundläggande förutsättning för att skapa interoperabilitet mellan olika vårdinformationssystem. Det ger också ökad kvalitet och effektivitet i framtida behandling av hälsodata för sekundära ändamål som beskrivits ovan.

Nationellt standardiserad semantik bidrar till en mer sammanhållen vård och underlättar kommunikationen mellan vårdgivare och leder till en mer effektiv och patientsäker hälso- och sjukvård. Det är vidare en förutsättning för att kunna jämföra olika verksamheters kvalitet, effektivitet och kostnader. Det bidrar till att data i journaler blir mer strukturerade, nationellt harmoniserade och sökbara. Det underlättar också automatiserade uttag av hälsodata från journalsystem till register av olika slag. Regioner och kommuner sparar värdefull tid genom att direkt implementera nationella standarder när det gäller semantik, kodverk, termer och begrepp. Det utvecklingsarbete som sker på nationell nivå behöver också fortsatt anpassas efter kunskapsutvecklingen som sker lokalt och regionalt, så att förutsättningarna för att implementera nationella standarder ökar.

I detta sammanhang är det också viktigt att lyfta fram behovet av att utveckla gemensamma termer och begrepp för barns och ungas vårdbehov för elevhälsans medicinska insatser och hälso- och sjukvården i övrigt. Sådana gemensamma termer och begrepp behöver ta hänsyn till och grunda sig på det gemensamma nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga som utredningen föreslår i sitt delbetänkande. I det pågående nationella arbetet med gemensam informationsstruktur och terminologi, sker ett nära samarbete med verksamheterna och det finns starka kopplingar till framtagandet av personcentrerade sammanhållna vårdförlopp. Därmed blir det nationella hälsovårdsprogrammet en viktig utgångspunkt för process-, begrepps- och informationsmodeller som handlar om hälso- och sjukvårdsprocesser runt barn och unga.

Som framgår av kapitel 4, Bakgrund, problembild och analys, har regeringen och SKR kommit överens om Vision e-hälsa 2025 och en strategi för hur visionen ska genomföras. Standardiserade termer och begrepp är ett prioriterat område inom ramen för detta arbete. Som också beskrivs i bakgrundskapitlet ansvarar Socialstyrelsen sedan många år för samordning och utveckling av en gemensam terminologi inom vård- och omsorgsarbete som innefattar hälso- och sjukvård och socialtjänst. Målet är att enhetliga termer och begrepp ska användas i det praktiska vård- och omsorgsarbetet, i den officiella statistiken samt i forskning och utveckling. Inom det nationella systemet för kunskapsstyrning som stöttas av SKR, finns också en nationell samordningsgrupp (NSG) som ska verka för att nationella termer och begrepp används inom hälso- och sjukvården.

Sammantaget är det utredningens bedömning att tillämpningen av gemensamma termer och begrepp har varit avsevärt lägre än önskat trots dessa strategiska och operativa initiativ. Det finns ett stort glapp mellan den terminologi som till exempel används i nya vårdinformationssystem regionalt och visionen om en nationell standardiserad vårdinformationsstruktur. Utredningen ser det som angeläget att berörda aktörer, bland andra regionerna och SKR, i sitt fortsatta arbete med dokumentation, i högre grad än i dag använder sig av nationellt fastställda termer och begrepp. På samma sätt som i bedömningen ovan om en tydligare nationell styrning och enhetlig digital infrastruktur, behövs även en högre grad av nationell styrning mot enhetlig och tillämpad vårdinformationsstruktur. Detta skulle avsevärt förbättra möjligheterna för ett informationsutbyte mellan vårdens olika delar

och därmed bidra till en mer jämlik och sammanhållen vård för barn och unga.

6 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Förslag: Lagändringarna ska träda i kraft 1 juli 2022.

Bedömning: Det behövs inga särskilda övergångsbestämmelser.

Skälen för förslaget och bedömningen: Utredningen bedömer det angeläget att de föreslagna lagändringarna träder i kraft så snart som möjligt för att skapa tydlighet när det gäller möjligheten att behandla personuppgifter kopplade till hälsofrämjande och förebyggande åtgärder.

Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) har lämnat förslag som innebär att bestämmelserna om nationella och regionala kvalitetsregister i 7 kap. patientdatalagen förs över till en föreslagen ny lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning.[1] Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg föreslår att den nya lagen ska träda i kraft den 1 juli 2022.[2] Med hänsyn till att det i detta betänkande föreslås lagändringar som rör bestämmelser i 7 kap. patientdatalagen framstår det som lämpligt att förslagen bereds samordnat med de förslag som Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg har lämnat. Det förefaller även lämpligt att de olika utredningarnas lagförslag träder i kraft vid samma tidpunkt, det vill säga den 1 juli 2022.

Utredningen bedömer att förslagen inte innebär något särskilt omfattande förberedelsearbete för berörda aktörer som kan påverka tidpunkten för ikraftträdande.

[1] SOU 2021:4 *Informationsöverföring inom vård och omsorg: delbetänkande*, s. 336 och 588.
[2] SOU 2021:4, s. 727.

De föreslagna lagändringarna är inte av den arten att de kräver några särskilda övergångsbestämmelser.

7 Konsekvensanalys

Nedan redovisas kostnadsberäkningar och andra konsekvenser av utredningens förslag i enlighet med 14–15 a §§ kommittéförordningen (1998:1447) och utredningens direktiv (dir. 2019:93).

7.1 Utredningens uppdrag och problembeskrivning

Enligt direktivet ska utredningen se över förutsättningarna för en mer sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Syftet med uppdraget är att uppnå en mer jämlik vård som innefattar hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga i hela landet. Syftet är också att genom insatser i den nära vården för barn och unga med psykisk ohälsa avlasta den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin, BUP.

I delbetänkandet Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34) föreslår utredningen en hälsoreform i vilken ingår flera förslag och bedömningar som sammantaget ska bidra till en mer sammanhållen och likvärdig god och nära vård för barn och unga.[1]

I slutbetänkandet återstår att redovisa hur en samlad uppföljning av barns och ungas fysiska och psykiska hälsa kan utformas som stödjer utvecklingen dels av det hälsofrämjande arbetet för barn och unga både på individuell och nationell nivå, dels av vårdens utformning och innehåll. Dessutom ska utredningen föreslå hur möjligheterna till en god informationsförsörjning för såväl verksamheterna som för den enskilde kan stärkas när det gäller utbyte av information inom och mellan olika verksamheter eller huvudmannagränser.

Bakgrunden till utredningens uppdrag som helhet är problemen med en fragmentiserad barn- och ungdomshälsovård utan tillräcklig

[1] SOU 2021:34 *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga*, s. 255 ff.

koordinering på nationell nivå. Detta leder till att barn och unga inte alltid får sina behov av vård tillgodosedda. För mer information om utredningens analyser och bedömningar i denna del se även delbetänkandet.[2]

Det finns i dag inte någon nationell uppföljning som stödjer utvecklingen av en mer sammanhållen vård och effektiva hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga. Det saknas uppgifter om barns och ungas hälsoutveckling i befintliga hälsoregister som tar sikte på god hälsa. De uppgifter som samlas in är oftast diagnosbaserade och bygger på en traditionell syn inom hälso- och sjukvården som i huvudsak fokuserar på sjukdomar och behandlingen av dessa. Det pågår vissa insatser som kan bidra till en bättre uppföljning, bland annat Socialstyrelsens arbete med ett utvidgat patientregister. Om det genomförs, innebär det att åtminstone mödrahälsovården och barnhälsovården kommer att omfattas av uppgiftsskyldigheten till patientregistret. Däremot kommer inte elevhälsans medicinska insatser och ungdomsmottagningarna att omfattas av uppgiftsskyldigheten och hälsodata om barn och unga ur ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv kommer inte att samlas in.

I dag finns inte heller någon nationell uppföljning av barn- och ungdomshälsovårdens verksamhet och kvalitet. Det försvårar förutsättningarna för att uppnå en mer sammanhållen och likvärdig vård i landet för barn och unga. Det finns kvalitetsregister för mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser. Anslutningsgraden till kvalitetsregister för barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser är dock låg, delvis på grund av att registren inte längre betraktas som nationella kvalitetsregister och av den anledningen inte längre tilldelas ekonomiskt stöd inom ramen för överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Utredningen bedömer att de insatser som hittills har genomförts för att stärka uppföljningen inte är tillräckliga för att tillgodose de behov som finns av att följa upp barns och ungas hälsoutveckling och för att kvalitetssäkra den hälsofrämjande och förebyggande verksamheten. Utredningen har därför övervägt flera olika alternativa insatser som kan bidra till en bättre uppföljning. Till dessa insatser hör utvecklingen av hälsodataregister för uppföljning av barns och ungas hälsa, utveckling av kvalitetsregister för uppföljning av hälsovården och en nationell infrastruktur för att samla in och tillgängliggöra hälsodata

[2] SOU 2021:34, s. 193 ff.

på en mer aggregerad nivå. Utredningen bedömer dock att ingen av dessa insatser var för sig är tillräckliga för att komma till rätta med problemen. För att stödja utvecklingen av en mer sammanhållen, likvärdig och effektiv vård för barn och unga föreslår utredningen därför flera olika insatser som sammantaget ska leda till en bättre uppföljning både av barns och ungas hälsa och den hälsofrämjande och förebyggande verksamheten inom barn- och ungdomshälsovården.

När det gäller möjligheterna att dela information inom och mellan olika vårdgivare och med den enskilde finns brister som påverkar förutsättningarna för att få till stånd en mer sammanhållen vård. I delbetänkandet redogör utredningen för brister i informationsdelning och hur de påverkar samverkan inom och mellan olika vårdgivare.[3] I detta slutbetänkande redogör utredningen för några av de utmaningar som finns med att utveckla ändamålsenliga vårdinformationssystem som kan stödja informationsdelningen. Juridiska, tekniska, semantiska, organisatoriska och kulturella faktorer påverkar förutsättningarna för informationsdelning. För mer utvecklade resonemang om problembilden, se kapitel 4, Bakgrund, problembild och analys.

Mot bakgrund av problembild och analys lämnar utredningen följande förslag:

– Uppdrag till Socialstyrelsen att utreda om det är möjligt och lämpligt att följa barns och ungas hälsa i hälsodataregister, och lämna nödvändiga författningsförslag för att så kan ske.

– Uppdrag till Socialstyrelsen att utreda om det är möjligt och lämpligt att i ett hälsodataregister behandla uppgifter om barn och unga som fått hälso- och sjukvård inom elevhälsans medicinska insatser och lämna nödvändiga författningsförslag.

– Uppdrag till Socialstyrelsen att utreda om det är möjligt och lämpligt att i ett hälsodataregister behandla uppgifter om barn och unga som fått hälso- och sjukvård på ungdomsmottagningar och lämna nödvändiga författningsförslag.

– Ändring i patientdatalagen (2008:355) som innebär att det ska anges i 7 kap. 1 och 4 §§ patientdatalagen (2008:355) att kvalitetsregisters ändamål är att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra hälso- och sjukvårdens kvalitet.

[3] SOU 2021:34, s. 233 ff.

– Uppdrag till Socialstyrelsen att stödja genomförandet av den nationella hälsoreformen för barn och unga, med särskild fokus på det nationella hälsovårdsprogrammet, och att utveckla indikatorer för att följa utvecklingen av barn- och ungdomshälsovården.
– Uppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att utvärdera genomförandet av hälsoreform och på längre sikt utvärdera effekterna av reformen för barn och unga.
– Uppdrag till Socialstyrelsen att följa upp om barns och ungas behov tillgodoses i omställningen till en god och nära vård.
– Uppdrag till Socialstyrelsen att leda ett arbete med att kartlägga förekomsten av och behov hos barn- och unga med långvariga och stora vård- och omsorgsbehov.
– Tillsättande av en utredning med uppdrag att undersöka om dagens lagstiftning är ändamålsenlig när det gäller utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn respektive vårdnadshavare.

För utförligare beskrivningar av dessa förslag och kompletterande konsekvensbedömningar se även kapitel 5, Förslag och bedömningar.

7.2 Konsekvenser för barn och unga

7.2.1 Konsekvenser för barn

Bedömning: Utredningens förslag får positiva konsekvenser för barn. Barnets rättigheter enligt barnkonventionen stärks.

Skälen för utredningens bedömning: Av utredningens direktiv framgår att barnrättsperspektivet och ungdomsperspektivet ska beaktas i utredningen och att konsekvenser för barn och unga särskilt ska belysas. Att anlägga ett barnrättsperspektiv i frågor som berör barn innebär att ha Förenta nationernas konvention den 20 november 1989 om barnets rättigheter (barnkonventionen) som utgångspunkt. I det ingår att belysa en fråga utifrån alla de rättigheter varje barn har i konventionen och hur dessa har tolkats av FN:s barnrättskommitté i dess rekommendationer och allmänna kommentarer. Rättigheterna i barnkonventionen ska tillförsäkra barn medborgerliga, politiska, ekono-

miska och sociala rättigheter men också rättigheter som ger barnet särskilt skydd mot våld, övergrepp och olika former av utnyttjande. För att säkerställa ett barnrättsperspektiv har utredningen låtit barnkonventionens fyra grundprinciper genomsyra arbetet, såväl i genomförande som i de förslag och bedömningar som utredningen lägger fram. De fyra grundprinciperna är artikel 2 om lika rättigheter och icke-diskriminering, artikel 3 om barnets bästa, artikel 6 om rätt till liv, överlevnad och utveckling och artikel 12 om rätten att göra sin röst hörd och till delaktighet och inflytande. För utredningen har även artikel 24 om barns rätt till hälsa och sjukvård varit vägledande i arbetet. I och med att utredningens författningsförslag berör den personliga integriteten har hänsyn även tagits till artikel 16 om att barn har rätt till lagens skydd mot godtyckliga eller olagliga ingripanden i sitt privat och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens samt mot olagliga angrepp på sin heder och sitt anseende.

Här redogörs kortfattat för hur barns rättigheter enligt barnkonventionen säkerställs genom de förslag utredningen lägger fram. I kapitel 5, Förslag och bedömningar, finns mer utvecklade resonemang.

Flera av utredningens bedömningar syftar till att det ska vara möjligt att följa barns hälsa. Uppföljning av barns hälsa möjliggör bland annat att insatser kan sättas in i rätt tid, vilket ökar förutsättningarna för goda resultat. Detta är särskilt bra för barn med olika typer av ohälsa eftersom deras behov behöver identifieras för att de ska få sina behov tillgodosedda. Uppföljningen tillvaratar barnets rätt till hälsa och utveckling. När barns hälsa följs upp kan även ojämlikheter identifieras och åtgärdas. Det skapar goda förutsättningar för att säkerställa likabehandling i hälso- och sjukvården för barn och att motverka diskriminering.

Utredningens förslag om att det ska förtydligas att även uppgifter om hälsofrämjande och förebyggande åtgärder får behandlas i nationella och regionala kvalitetsregister innebär att barn tillförsäkras insatser av hög kvalitet. Förslaget bedöms leda till att de hälsofrämjande och förebyggande insatserna kan utvärderas och jämföras i högre grad än i dag. Det medför bland annat att barn- och ungdomshälsovården kan bli mer jämlik. Förslaget gynnar alla barn men det är särskilt gynnsamt att kvalitetssäkra de hälsofrämjande och förebyggande insatserna för de späda barnen eftersom tidiga insatser av god kvalitet är avgörande för barns hälsa och utveckling.

Förslaget om ett förtydligande av att personuppgifter får behandlas i nationella och regionala kvalitetsregister för att fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten av även hälsofrämjande och förebyggande åtgärder kan innebära att fler personuppgifter om barns hälsa behandlas. Detta är något som medför risker för barns personliga integritet. I avsnitt 7.3, Konsekvenser för den personliga integriteten, redovisas utredningens överväganden när det gäller integritetsrisker för den enskilde individen. Utredningen gör bedömningen att behoven och vinsterna med förslaget överväger integritetsriskerna och att befintliga bestämmelser i patientdatalagen ger ett fullgott skydd för den enskildes personliga integritet.

Utredningen har lämnat flera förslag om tillsyn och uppföljning. Utredningen gör bedömningen att den tillsyn och uppföljning som föreslås är viktiga verktyg för att granska att barn och unga får vård som är säker, har god kvalitet och uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Genom att följa upp och utvärdera genomförandet av hälsoreformen tillses att barns rätt till hälsa och sjukvård samt lika rättigheter tillvaratas.

Utredningen lämnar också bedömningar som syftar till att stärka förutsättningarna att dela information mellan olika aktörer som vårdar barn och unga. Det handlar om att vårdgivare i högre grad bör tillämpa bestämmelserna om sammanhållen journalföring och att Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorgs (S 2019:01) förslag rörande sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation bör genomföras. Stärkta förutsättningar att dela information på dessa sätt bör leda till en bättre och mer sammanhållen vård och omsorg för barn, vilket ligger i linje med barnets bästa enligt artikel 3 barnkonventionen och barnets rätt till hälsa och sjukvård. Genom att hälso- och sjukvården och omsorgen får bättre förutsättningar att dela information minskar också behovet av att barnet själv eller dennes vårdnadshavare förmedlar information mellan olika vårdenheter, vårdgivare och omsorgsgivare. Det främjar en mer likvärdig vård för alla barn, eftersom informationsöverföringen, och ytterst vårdens kvalitet, inte i lika hög grad som i dag riskerar bli beroende av barnets eller vårdnadshavares förmåga att förmedla information.

Utredningen lämnar förslag och bedömningar som syftar till att främja barns rätt att göra sin röst hörd och till delaktighet och inflytande i sin vård. Mot bakgrund av att utredningen har uppmärksam-

mat att det i vissa situationer kan vara svårt för hälso- och sjukvårdspersonalen att göra en bedömning av om information ska lämnas ut till barnet eller dess vårdnadshavare, föreslås att det tillsätts en utredning för att utreda frågan om utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn respektive vårdnadshavare. Det är viktigt att barnet i den mån det är möjligt och lämpligt får information om sin hälso- och sjukvård, men det är också viktigt att information är tillgänglig för barnets vårdnadshavare när det är ändamålsenligt, till exempel när barnet själv inte vill eller har möjlighet att hantera informationen. Utredningen har fått indikationer på att dagens ordning kan innebära vissa svårigheter och hinder, vilket bland annat kan påverka barns delaktighet och möjlighet till insyn. Utredningen gör bedömningen att det krävs en särskild utredning av om dagens lagstiftning är ändamålsenlig eftersom frågan är av stor vikt ur ett barnrättsperspektiv.

Utredningen lämnar också bedömningen att Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorgs (S 2019:01) förslag till bestämmelser som tillåter att vårdgivare, under vissa förutsättningar, ger ombud elektronisk tillgång till patientuppgifter bör genomföras. Detta bör stärka barns rätt till hälsa och sjukvård, eftersom det möjliggör för barn att få hjälp och stöd i hanteringen av sina vårdärenden under vissa förutsättningar.

Utredningens förslag och bedömningar är bra för alla barn men gynnar särskilt späda barn, barn och unga med psykisk ohälsa, funktionsnedsättningar, kroniska sjukdomar, samsjuklighet och barn och unga som av olika skäl har behov av samordnande insatser från olika aktörer. Utredningens förslag att Socialstyrelsen får i uppdrag att kartlägga behov hos gruppen barn och unga med långvariga och stora vård- och omsorgsbehov riktar särskilt ljus på dessa barn och unga. Uppdraget förväntas leda till ett bättre kunskapsunderlag för myndigheter och vård- och omsorgsgivare som till exempel kan användas i planering, utformning, prioriteringar och i kompetensutveckling och kompetensförsörjningsfrågor. Barn och unga med kroniska sjukdomar eller social utsatthet, har ofta sammansatta och breda behov som vård och omsorg sällan kan möta fullt ut. Ett bättre kunskapsunderlag skulle medföra att dessa barn och unga och deras familjer kan få en mer koordinerad vård och omsorg, ett bättre psykosocialt stöd och mer ändamålsenliga insatser.

Utredningens samtliga förslag och bedömningar syftar till att skapa förutsättningar för att barn ska få en så bra hälso- och sjukvård som

möjligt och på så sätt utvecklas optimalt. Förslagen och bedömningarna kan bidra till att barn tillförsäkras hälsofrämjande och förebyggande insatser som är kunskapsbaserade, ändamålsenliga och jämlika. Sammantaget bidrar utredningens förslag och bedömningar således till att säkerställa barnets rättigheter enligt barnkonventionen.

7.2.2 Konsekvenser för unga personer över 18 år

Bedömning: Utredningens förslag får positiva effekter för unga personer över 18 år.

Skälen för utredningens bedömning: Ovan har utredningen beskrivit hur utredningens förslag och bedömningar gagnar barn. Av samma skäl får förslagen och bedömningarna positiva konsekvenser även för unga personer över 18 år.

7.3 Konsekvenser för den personliga integriteten

Bedömning: Utredningens förslag om ändring i patientdatalagen medför konsekvenser för den personliga integriteten. Behoven och vinsterna med förslaget till lag om ändring i patientdatalagen överväger integritetsriskerna. Befintliga bestämmelser i patientdatalagen ger ett fullgott skydd för den enskildes personliga integritet.

Skälen för utredningens bedömning: Som redovisats i kapitel 5, Förslag och bedömningar, innebär utredningens förslag ett förtydligande av att personuppgifter får behandlas i nationella och regionala kvalitetsregister för att fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten även av de hälsofrämjande och förebyggande åtgärderna inom hälso- och sjukvården. Detta är något som inte tydligt framgår av nuvarande reglering. Även om lagförslaget är ett förtydligande av gällande rätt kan det i praktiken innebära att fler personuppgifter om hälsa, det vill säga känsliga personuppgifter, kopplade till förebyggande och hälsofrämjande åtgärder behandlas. Lagförslaget skulle även kunna innebära att antalet registrerade individer ökar eftersom det finns personer som endast kommer i kontakt med hälso- och sjukvården vid före-

byggande och hälsofrämjande insatser. Generellt kan sägas att ju större informationsmängder som finns samlade så att personuppgifter kan sökas och sammanställas på ett enkelt sätt, desto mer ökar möjligheterna till kontroll över och kartläggning av individer. Det ska vidare noteras att, i den mån det rör sig om barn, förtjänar deras personuppgifter ett särskilt skydd, eftersom barn kan vara mindre medvetna om berörda risker, följder och skyddsåtgärder samt om sina rättigheter.[4] Det ökade antalet registrerade och det ökade antalet personuppgifter innebär således en integritetsrisk. Eftersom utredningens författningsförslag utgör ett förtydligande av gällande rätt och inte innebär ytterligare möjligheter att behandla personuppgifter än vad dagens lagstiftning ger utrymme för är utredningens bedömning att patientdatalagens sjunde kapitel ger ett fullgott skydd för den personliga integriteten. Enligt utredningens bedömning innehåller patientdatalagen redan effektiva integritetsstärkande bestämmelser, vilka infördes just för att skydda den enskildes personliga integritet.[5] Vid införandet av patientdatalagen gjordes även en integritetsanalys.

Enligt dataskyddsförordningen[6] får personuppgifter enbart samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål (artikel 5.1 b dataskyddsförordningen). Av hänsyn till enskildas personliga integritet får personuppgifter i kvalitetsregister inte behandlas för andra ändamål än de ändamål som anges i patientdatalagen. Det innebär att det inte är tillåtet att behandla personuppgifterna för andra ändamål även om dessa inte är oförenliga med det ändamål för vilket uppgifterna har samlats in, det vill säga kvalitetssäkring.[7] Dataskyddsförordningens finalitetsprincip, det vill säga att personuppgifter senare får behandlas för andra ändamål om de inte är oförenliga med det ursprungliga ändamålet, gäller alltså inte vid behandling av personuppgifter i nationella eller regionala kvalitetsregister.

Av förarbetena till patientdatalagen framgår att det primära ändamålet, det vill säga utveckling och kvalitetssäkring av vården, måste brytas ner i mer preciserade ändamål som är anpassade för varje särskilt register och det medicinska specialområde eller motsvarande som

[4] Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG, dataskyddsförordningen, skäl 38.
[5] Prop. 2007/08:126 *Patientdatalag m.m.*, s. 177.
[6] Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG.
[7] Prop. 2007/08:126, s. 180.

avses täckas med registret.[8] För att ändamålet för kvalitetsregister som främst behandlar hälsovård inte ska bli för generellt och vidlyftigt behöver det alltså specificeras. Ett preciserat ändamål medför att personuppgifterna i registret begränsas, vilket skyddar den enskildes personliga integritet.

För att få registrera uppgifter i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister krävs att patienten inte motsatt sig det. Att den enskilde själv har möjlighet att bestämma över tillgången till och behandlingen av hans eller hennes personuppgifter är en viktig del av skyddet för den personliga integriteten. Vidare är den personuppgiftsansvarige skyldig att lämna patienten utförlig information om den hantering av personuppgifter som gäller för det aktuella kvalitetsregistret innan uppgifterna registreras. Konsekvensen av detta är att den enskilde kan göra ett informerat val. Av regleringen framgår även vem som är personuppgiftsansvarig och vem som får ha åtkomst till uppgifterna.

Av patientdatalagen framgår tydligt när uppgifter, som är insamlade för kvalitetssäkring, kan lämnas ut till tredje man. Det får ske endast om mottagaren ska använda uppgifterna för att själv bedriva kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård, för forskning inom hälso- och sjukvårdsområdet eller för att framställa statistik. Modellen att specifikt beskriva tillåtna utlämnanden medför enligt motiven till patientdatalagen ett starkt integritetsskydd för den enskilde.[9]

Personuppgifter i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister ska dessutom gallras när de inte längre behövs för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. Enligt motiven till patientdatalagen balanserar denna bestämmelse önskemålet om att skydda den enskildes integritet gentemot behovet av att kunna genomföra långsiktig uppföljning.[10]

Utredningen bedömer att det hälsofrämjande arbetet är en grundläggande förutsättning för att åstadkomma en bättre hälso- och sjukvård för barn och unga. Det lägger även grunden för en långsiktigt socialt och ekonomiskt hållbar hälso- och sjukvård. Hälsofrämjande åtgärder tidigt i livet skapar dessutom förutsättningar för en god hälsa för barn och unga och är en långsiktig investering i hållbar fysisk, psykisk och social hälsa för den enskilde. Hälsofrämjande och förebyggande arbete förutsätter kunskap om de faktorer som påverkar

[8] Prop. 2007/08:126, s. 179.
[9] Prop. 2007/08:126, s. 180.
[10] Prop. 2007/08:126, s. 194.

hälsan, det vill säga de skydds- och riskfaktorer som främjar god hälsa och som ökar risk för ohälsa. Behandling av personuppgifter kopplade till förebyggande och hälsofrämjande åtgärder i kvalitetsregister skapar förutsättningar för sådan kunskap. Av dessa skäl är behandlingen av personuppgifter om hälsofrämjande och förebyggande åtgärder till fördel både för hälso- och sjukvården och för den enskilde patienten. Med beaktande av de befintliga integritetsstärkande bestämmelserna i patientdatalagen och vikten av att personuppgifter om hälsofrämjande och förebyggande åtgärder behandlas bedömer utredningen att behoven och vinsterna med förslaget överväger integritetsriskerna.

Inför att dataskyddsförordningen skulle börja tillämpas i Sverige gjorde Socialdataskyddsutredningen (S 2016:05) en översyn av registerförfattningarna inom Socialdepartementets verksamhetsområde. Socialdataskyddsutredningens slutsats var att bestämmelsen om kvalitetsregisters ändamål i 7 kap. 4 § patientdatalagen var förenlig med dataskyddsförordningen. Detta då behandlingen i registren kan anses nödvändig för att utföra en arbetsuppgift av allmänt intresse enligt artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen.[11] De förslagna ändringarna i 7 kap. 1 och 4 §§ patientdatalagen innebär inte någon förändring i detta avseende. Utredningen gör därför bedömningen att förslaget är förenligt med dataskyddsförordningen.

7.4 Samhällsekonomiska konsekvenser

Bedömning: Utredningens förslag bidrar till utvecklingen av mer effektiva vårdprocesser och kunskaper om vilka insatser som leder till bättre hälsa för barn och unga. På sikt bidrar det till en bättre hälsa i befolkningen vilket får positiva konsekvenser för samhällsekonomin.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen redogör i delbetänkandet för de samhällsekonomiska vinsterna med tidiga insatser.[12] De kompletterande förslagen om uppföljning och informationsdelning som utredningen lämnar i detta slutbetänkande bidrar också till

[11] SOU 2017:66 *Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde – en anpassning till EU:s dataskyddsförordning*, s. 355.
[12] SOU 2021:34, s. 421 ff. och bilaga 4, s. 569.

de samhällsekonomiska vinsterna. Utredningens förslag när det gäller uppföljning ska bidra till att kvalitetssäkra barn- och ungdomshälsovårdens verksamhet och de hälsofrämjande och förebyggande insatser som ges till barn och unga. Det är angeläget att följa upp barns och ungas hälsa över tid på gruppnivå för att kunna utvärdera om insatserna är effektiva och leder till avsedda resultat. Effektiva insatser förebygger ohälsa och behovet av fördjupade vård- och behandlingsinsatser. Informationsdelning inom och mellan vårdgivare är en förutsättning för att få till stånd en mer sammanhållen vård. Sammanhållna vårdprocesser där barn och unga får vård i ett tidigt skede bidrar till en mer effektiv vård.

När det gäller uppföljning föreslår utredningen att Socialstyrelsen får i uppdrag att utreda om det är möjligt och lämpligt att följa upp barns och ungas hälsa i hälsodataregister, och lämna nödvändiga författningsförslag för att så kan ske. Utredningen föreslår också att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utreda om det är möjligt och lämpligt att i ett hälsodataregister behandla uppgifter om barn och unga som fått hälso- och sjukvård inom elevhälsans medicinska insatser respektive på ungdomsmottagningarna och lämna nödvändiga författningsförslag. Sådan uppföljning bidrar till ökad kunskap om barns och ungas hälsoutveckling på gruppnivå och kunskaper om vilka tecken på avvikelser som indikerar sjukdom. Kunskaper om vilka faktorer som påverkar sjukdom och vilka insatser som leder till god hälsa är nödvändiga för att för att kunna sätta in rätt insatser i ett tidigt skede. Tidiga insatser för att förebygga sjukdom minskar behovet av hälso- och sjukvården och därmed kostnader för samhället. Det leder också till minskat lidande för barn och unga och ett bättre hälsoutfall senare i livet. På sikt bidrar det till en mer jämlik hälsa i hela befolkningen.

Utredningen ser även behov av insatser som möjliggör uppföljning och jämförelser av barn- och ungdomshälsovårdens verksamhet. Av den anledningen föreslår utredningen bland annat ett förtydligande av att personuppgifter får behandlas i kvalitetsregister för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra även hälsovårdens kvalitet. Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är det viktigt att följa upp verksamhetens effektivitet och att barn- och ungdomshälsovård ges på likvärdiga grunder i landet. Det bidrar till kunskaper om hur vårdverksamheten kan utvecklas och skapar förutsättningar för en mer jämlik vård för barn och unga.

Utredningens förslag att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att kartlägga förekomsten av och behoven hos barn och unga med långvariga och stora vård- och omsorgsbehov, har också stor samhällsekonomisk nytta. Uppskattningsvis 80 procent av vårdens kostnader rör denna målgrupp. En mer effektiv och koordinerad vård samt mer ändamålsenliga och samordnade insatser som inkluderar stöd till barnet eller den unge och deras närstående sparar inte bara samhällets resurser utan frigör också hälsokapital nu och i framtiden.

Utredningen har dessutom uppmärksammat att det kan uppstå vissa praktiska svårigheter när hälso- och sjukvården ska avgöra huruvida uppgifter som finns i hälso- och sjukvården om ett barn, ska lämnas ut till barnet eller dess vårdnadshavare. Utredningen föreslår därför att en utredning ska tillsättas med uppdrag att se över om dagens lagstiftning är ändamålsenlig när det gäller utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn respektive vårdnadshavare. Förslaget förväntas på sikt underlätta för hälso- och sjukvården att ta ställning till om uppgifter ska lämnas ut till barn eller deras vårdnadshavare och därmed mer effektiva processer. Det förväntas också bidra till att barn och deras vårdnadshavare görs delaktiga i hälso- och sjukvården på ett mer ändamålsenligt sätt.

7.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten

Bedömning: Utredningens förslag är en investering i en mer effektiv vård. På kort sikt får förslagen vissa administrativa och ekonomiska konsekvenser för staten.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningens förslag när det gäller uppföljning av den hälsofrämjande och förebyggande verksamheten inom barn- och ungdomshälsovården och bättre förutsättningar att lämna ut uppgifter till den enskilde själv, kommer att medföra vissa administrativa insatser och kostnader för staten.

Det gäller uppdrag till Socialstyrelsen att utreda om det är möjligt och lämpligt att följa barns och ungas hälsa i hälsodataregister och lämna nödvändiga författningsförslag för att så kan ske. Det gäller även uppdragen till Socialstyrelsen att utreda om det är möjligt och lämpligt att i ett hälsodataregister behandla uppgifter om barn och unga som fått hälso- och sjukvård inom elevhälsans medicinska insatser

respektive på ungdomsmottagningar. Utredningen bedömer i samråd med Socialstyrelsen att kostnaderna för uppdragen kan variera mellan 2 och 4,5 miljoner kronor, beroende på om regeringen väljer att ge Socialstyrelsen ett eller flera nya uppdrag eller beslutar att komplettera något eller några av Socialstyrelsens befintliga uppdrag. Denna kostnad avser endast de uppdrag som utredningen föreslår. Om Socialstyrelsen bedömer att det är möjligt och lämpligt att följa barns och ungas hälsa i hälsodataregister och att behandla uppgifter om barn och unga som fått hälso- och sjukvård inom elevhälsans medicinska insatser respektive ungdomsmottagningar, kommer arbetet med att realisera datainsamlingen att innebära ytterligare kostnader.

Det gäller vidare uppdrag till Socialstyrelsen att stödja implementeringen av den hälsoreform som utredningen föreslår i delbetänkandet och att följa upp utvecklingen av barn- och ungdomshälsovården med stöd av indikatorer. Socialstyrelsen uppskattar att uppdraget behöver genomföras under cirka 3 år till en kostnad av cirka 2 miljoner kronor per år.

Det gäller också uppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att utvärdera effekterna av hälsoreformen för barn och unga. Myndigheten uppskattar att uppdraget behöver genomföras under cirka 1,5 år till en kostnad av totalt cirka 4,5 miljoner kronor.

Det gäller dessutom utredningens förslag att Socialstyrelsens befintliga uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården med fokus på primärvård (dnr S2020/03319/FS) behöver kompletteras med ett tydligt barn och unga-perspektiv för att det ska vara möjligt att följa upp hur barns och ungas behov tillgodoses i omställningen till en god och nära vård. Socialstyrelsen uppskattar att uppdraget behöver förlängas med cirka 2 år till en kostnad av cirka 1,5 miljoner kronor per år.

Uppdraget till Socialstyrelsen att kartlägga vårdbehov hos barn och unga med långvariga och stora vård- och omsorgsbehov innebär också vissa kostnader för staten. Uppdraget bygger huvudsakligen på att frivilliga regioner utför mycket av arbetet med datakörningar och analyser men Socialstyrelsen bör leda och samordna arbetet. Utredningen bedömer i samråd med Socialstyrelsen att uppdraget behöver genomföras under 2 år till en kostnad av cirka 2,5 miljon kronor per år. Därutöver bör cirka 2,5 miljoner kronor per år avsättas för stimulansmedel till deltagande regioner för deras arbete.

Därutöver föreslår utredningen ett förtydligande i patientdatalagen (2008:355) av att kvalitetsregisters ändamål är att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra även hälsofrämjande och förebyggande åtgärder. Förslaget innebär inga omedelbara kostnader för staten. Det är i första hand huvudmännen som bör avsätta medel för denna verksamhet. Utredningen bedömer dock att staten bör tillskjuta stimulansmedel för utvecklingen av registren, se även kapitel 5, Förslag och bedömningar och avsnitt 7.16 för mer information om utredningens bedömningar och kostnadsberäkningar. Uppföljning av barn- och ungdomshälsovårdens verksamhet behövs för att tillförsäkra att vården håller god kvalitet, är effektiv och likvärdig i landet.

I betänkandet lämnar utredningen vidare ett förslag om att regeringen bör tillsätta en utredning med uppdrag att se över om dagens lagstiftning är ändamålsenlig när det gäller utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn respektive vårdnadshavare. Utredningen har i sitt arbete uppmärksammat att det kan uppstå vissa praktiska svårigheter när hälso- och sjukvården ska avgöra huruvida uppgifter om ett barn som finns i hälso- och sjukvården ska lämnas ut till barnet eller dess vårdnadshavare. Även detta förslag får vissa administrativa och ekonomiska konsekvenser för staten.

7.6 Ekonomiska och andra konsekvenser för regioner

Bedömning: Utredningens förslag är en investering i en mer effektiv vård. På kort sikt kan förslagen dock få administrativa och ekonomiska konsekvenser för regionerna.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att utreda om det är möjligt och lämpligt att följa barns och ungas hälsa i hälsodataregister, och lämna nödvändiga författningsförslag för att så kan ske. Utredningen föreslår även att Socialstyrelsen får i uppdrag att utreda om det är möjligt och lämpligt att i ett hälsodataregister behandla uppgifter om barn och unga som fått hälso- och sjukvård inom elevhälsans medicinska insatser respektive på ungdomsmottagningarna och lämna nödvändiga författningsförslag. Förslagen kan komma att innebära vissa kostnader för regionerna i samband med administreringen av de hälsouppgifter

som ska lämnas till Socialstyrelsen. Vilka kostnader det handlar om behöver dock preciseras inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag.

Utredningen föreslår också en ändring i patientdatalagen (2008:355) som innebär ett förtydligande av att kvalitetsregisters ändamål är att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra även hälsofrämjande och förebyggande åtgärder. Det skapar förutsättningar för att utveckla kvalitetsregister för den hälso- och sjukvård som bedrivs inom barn- och ungdomshälsovården. Det förväntas underlätta regionernas arbete med att säkra kvaliteten, effektiviteten och likvärdigheten i barn- och ungdomshälsovården.

Förslaget innebär inga nya eller obligatoriska uppgifter för regionerna. Utredningen bedömer dock att utvecklingen av nationella kvalitetsregister för barn- och ungdomshälsovårdens verksamhet är nödvändig för att kunna tillförsäkra barn och unga en verksamhet av god kvalitet och som ges på likvärdiga grunder i landet. Att följa upp verksamhetens kvalitet är också ett krav i enlighet med hälso- och sjukvårdslagstiftningen, bland annat ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras enligt 5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen [2017:30]. På kort sikt skulle en anslutning till kvalitetsregister för barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter, innebära kostnader för regionerna. Det handlar i första hand om kostnader för att anpassa vårdinformationssystemen så att information kan föras över på ett automatiserat sätt från journalsystem till kvalitetsregistren samt kostnader för förvaltningen av registren. På kort sikt kan anslutningen till ett kvalitetsregister också innebära viss ökad administration när det gäller registrering av uppgifter, men i takt med att systemen utvecklas och insamlingen av hälsouppgifter automatiseras minskar den administrativa bördan. Utredningen bedömer att det dessutom kan uppstå kostnader för kompetensutveckling i samband med att nya system införs. Utredningen gör dock bedömningen att kostnaderna för de utvecklade informationssystemen på lång sikt är en investering i en mer effektiv vård av barn och unga som i ett tidigare skede kan förebygga en allvarligare utveckling och kostnader för fördjupade insatser.

Uppdraget till Socialstyrelsen att kartlägga förekomsten av och behoven hos barn och unga med långvariga och stora vård- och omsorgsbehov innebär att frivilliga regioner utför mycket av arbetet med datakörningar och analyser. Utredningen föreslår att de regioner som deltar i kartläggningen ska få viss ersättning. Utredningen bedömer

att kartläggningen kommer att leda till ökad kunskap om barn och unga med långvariga och stora vård- och omsorgsbehov vilket kan stödja regionernas arbete med att organisera och planera hälso- och sjukvården för dessa barn och unga på ett mer ändamålsenligt sätt.

I övrigt föreslår utredningen ett antal uppdrag till olika myndigheter för att stödja, följa upp och utvärdera den hälsoreform som utredningen föreslår i delbetänkandet och ett uppdrag att följa upp omställningen till en god och nära vård ur ett barnrättsperspektiv. Dessa förslag innebär inga nya uppgifter eller kostnader för regionerna. Förslagen bidrar snarare till att stödja utvecklingen av vården för barn och unga i regionerna.

När det gäller förutsättningarna att lämna ut uppgifter till den enskilde har utredningen lämnat ett förslag. Förslaget innebär att regeringen bör tillsätta en utredning med uppdrag att se över om dagens lagstiftning är ändamålsenlig när det gäller utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn respektive vårdnadshavare. Förslaget medför inga kostnader eller nya uppgifter för regionerna. Förslaget förväntas leda till ett klargörande när det gäller utlämnade av uppgifter till den enskilde vilket underlättar regionernas arbete i denna del.

7.7 Ekonomiska och andra konsekvenser för kommuner

Bedömning: Kommunerna berörs i första hand av utredningens förslag i egenskap av vårdgivare för elevhälsans medicinska insatser. Utredningens förslag är en investering i en mer effektiv vård. På kort sikt kan förslagen få ekonomiska konsekvenser för kommunerna.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen lämnar ett antal förslag som ska bidra till en bättre uppföljning av barns och ungas hälsa och den hälsofrämjande och förebyggande verksamheten inom barn- och ungdomshälsovården. Förslagen kan få konsekvenser för kommunerna i egenskap av vårdgivare för elevhälsans medicinska insatser.

Utredningens föreslår att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utreda om det är möjligt och lämpligt att följa barns och ungas hälsa i hälsodataregister. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen även bör

få i uppdrag att utreda om det är möjligt och lämpligt att i ett hälsodataregister behandla uppgifter om barn och unga som fått hälso- och sjukvård inom elevhälsans medicinska insatser. Båda dessa uppdrag kan på sikt komma att innebära ökad administration och kostnader för kommunerna i egenskap av vårdgivare för elevhälsans medicinska insatser. Det blir dock Socialstyrelsens uppdrag att utreda omfattning av eventuella kostnader och den administrativa bördan.

Utredningen föreslår också ändringar i patientdatalagen (2008:355) som ska tydliggöra att det är möjligt att utveckla kvalitetsregister för sådan hälsovård som ges inom ramen för elevhälsans medicinska insatser. Utredningen bedömer att det är mycket viktigt att följa upp den hälso- och sjukvård som bedrivs inom elevhälsans medicinska insatser, på nationell nivå. Sådan uppföljning är nödvändig för att säkra kvaliteten i verksamheten och likvärdig tillgång till elevhälsans medicinska insatser för barn och unga i hela landet. I dag förekommer ingen sådan nationell uppföljning av elevhälsans medicinska insatser. Det finns ett kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insatser men anslutningsgraden är låg, delvis på grund av att registret inte längre betraktas som nationellt kvalitetsregister av Ledningsfunktionen för Nationella Kvalitetsregister och därmed inte får ekonomiskt stöd inom ramen för överenskommelse mellan staten och SKR. Utvecklingen av nationella kvalitetsregister som inkluderar elevhälsans medicinska insatser skulle kräva att kommunerna skapar tekniska och andra förutsättningar för elevhälsans medicinska insatser att ansluta sig till sådana kvalitetsregister. Att kvaliteten i elevhälsans medicinska insatser systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras är dock redan lagreglerat (5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen).

Utredningen bedömer att förslagen sammantaget kommer att leda till en bättre uppföljning av barns och ungas hälsa och barn- och ungdomshälsovårdens verksamhet. På lång sikt är utvecklingen av en bättre uppföljning därför en investering i en mer effektiv och likvärdig barn- och ungdomshälsovård och en mer jämlik hälsa i befolkningen.

I övrigt föreslår utredningen ett antal uppdrag till olika myndigheter för att stödja, följa upp och utvärdera den hälsoreform som utredningen föreslår i delbetänkandet och ett uppdrag att följa upp omställningen till en god och nära vård ur ett barnrättsperspektiv. Dessa förslag innebär inga nya uppgifter eller kostnader för kommuner. Förslagen bidrar snarare till att stödja utvecklingen av vården för barn och unga i kommunerna.

Utredningen har även föreslagit att regeringen tillsätter en utredning med uppdrag att se över om dagens lagstiftning är ändamålsenlig när det gäller utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn respektive vårdnadshavare. Förslaget innebär inga ekonomiska eller andra konsekvenser för kommunerna. Förslaget förväntas leda till ett klargörande när det gäller utlämnade av uppgifter till den enskilde vilket underlättar kommunernas arbete i denna del.

7.8 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Bedömning: Utredningens förslag får inga konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningens förslag innebär inga nya uppgifter för kommuner eller regioner.

Förslagen att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utreda om det är möjligt och lämpligt att följa barns och ungas hälsa i hälsodataregister, och uppdragen att utreda om det är möjligt och lämpligt att i ett hälsodataregister behandla uppgifter om barn och unga som fått hälso- och sjukvård inom elevhälsans medicinska insatser respektive på ungdomsmottagningarna innebär inga nya uppgifter för kommuner och regioner. Uppdragen kan komma att innebära att kommuner och regioner behöver lämna vissa ytterligare uppgifter om barns och ungas hälsa och om barn- och ungdomshälsovårdens verksamhet till Socialstyrelsen. Omfattningen av de uppgifter som ska lämnas behöver ytterligare preciseras inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag. Utredningen bedömer dock att det är nödvändigt att samla in sådana uppgifter för att säkra framställningen av statistik som kan bidra till utvecklingen av vården och en god hälsa för barn och unga.

Förslaget som tydliggör att det ska vara möjligt att utveckla nationella kvalitetsregister för barn- och ungdomshälsovården får inga konsekvenser för den kommunala självstyrelsen. Förslaget innebär snarare en möjlighet för kommuner och regioner att kvalitetssäkra den hälso- och sjukvård som bedrivs inom barn- och ungdomshälsovården och skapa en mer likvärdig vård för barn och unga i landet. Utredningen konstaterar att det är mycket angeläget att så sker eftersom denna verksamhet berör alla barn och unga under uppväxttiden. Utredningen bedömer att det underlättar för kommuner och regioner att bedriva sin

verksamhet i enlighet med hälso- och sjukvårdslagstiftningens intentioner.

Utredningens övriga förslag rör olika myndighetsuppdrag för att stödja, följa upp och utvärdera den hälso- och sjukvård som bedrivs inom ramen för barn- och ungdomshälsovården. Dessa uppdrag innebär inte heller några nya uppgifter för kommuner och regioner. Myndighetsuppdragen överensstämmer med den arbetsfördelning som redan gäller mellan myndigheterna och kommuner och regioner. Utredningen bedömer att dessa uppdrag kommer att stödja kommuner och regioner att bedriva sin verksamhet på ett likvärdigt och effektivt sätt i landet i enlighet med hälso- och sjukvårdslagstiftningens intentioner.

Utredningens förslag att regeringen bör tillsätta en utredning som ser över om dagens lagstiftning är ändamålsenlig när det gäller utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn respektive vårdnadshavare kan på sikt komma att innebära ett förtydligande av de regler som ska gälla vid informationsdelning i förhållande till den enskilde. Det förväntas underlätta arbetet inom berörda verksamheter i kommuner och regioner.

7.9 Konsekvenser för vårdens professioner

Bedömning: Utredningens förslag får positiva konsekvenser för professionen. Ökad kunskap om barns och ungas hälsa och den hälsofrämjande och förebyggande verksamheten förväntas underlätta professionens arbete och bidra till trygghet i arbetssituationen.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningens förslag när det gäller uppföljning innebär att hälsodata kommer att samlas in om barn och unga ur ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv. Det kommer att skapa förutsättningar för att följa upp och utvärdera insatser som ges till barn och unga. Det kommer också att bidra till kunskapsutvecklingen om vilka faktorer som påverkar barns och ungas hälsa och indikerar sjukdom. Sådan kunskap ger professionen bättre förutsättningar för att ge insatser som bygger på evidens och beprövad erfarenhet. Det underlättar professionens arbete och stödjer utvecklingen av god vård.

Förslagen angående kvalitetsregister för hälsovård och ett utvidgat patientregister för uppgifter om barns och ungas hälsa och hälsofrämjande och förebyggande åtgärder kan inledningsvis innebära viss ökad administration för professionen. I takt med att insamlingen av sådana uppgifter automatiseras kommer den administrativa bördan dock att minska.

Utredningens förslag att regeringen bör tillsätta en utredning som ser över om dagens lagstiftning är ändamålsenlig när det gäller utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn respektive vårdnadshavare kan på sikt komma att innebära ett förtydligande av de regler som ska gälla vid informationsdelning i förhållande till den enskilde. Förslaget förväntas därmed underlätta de professionellas arbete med att bedöma hur uppgifter ska delas med enskilde.

7.10 Konsekvenser för företagen

Bedömning: Utredningens förslag får inga särskilda konsekvenser för företagen. Ekonomiska effekter för företagen beror på hur kommuner och regioner anpassar sina ersättningssystem i förhållande till kostnader för utredningens förslag.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen redogör i delbetänkandet för vårdföretag inom hälso- och sjukvårdssektorn och skolföretag inom utbildningssektorn, och den lagstiftning som reglerar relationen mellan regioner och kommuner och de aktuella företagen. Det finns i dag cirka 15 400 vårdföretag inom hälso- och sjukvårdssektorn varav cirka 3 300 företag tillhandhåller olika former av primärvård, specialiserad somatisk vård och specialiserad psykiatrisk vård. Inom hälso- och sjukvårdssektorn tillämpas vårdvalssystem för verksamhet inom primärvården. Detta innebär att regionerna är huvudmän och styr verksamheterna inom vårdvalssystemet med stöd av förfrågningsunderlag och ersättningssystem.

Inom utbildningssektorn finns cirka 788 skolföretag inom grund- och gymnasieskolan som sammantaget ansvarar för cirka 1 300 skolenheter. Skolhuvudmännen ansvarar för att verksamheten bedrivs i enlighet med skollagen. Kommunerna ansvarar för att fördela resur-

ser till utbildningen inom skolväsendet efter barns och elevernas olika förutsättningar och behov (2 kap. 8 b § skollagen [2010:800]).[13]

Utredningen bedömer att de samlade förslagen inte får några särskilda konsekvenser för enskilda företag inom hälso- och sjukvårds- och utbildningssektorerna. Förslagen påverkar de enskilda företagen på motsvarande sätt som de påverkar vårdgivare inom kommuner och regioner. Förslagen innebär inga förändringar när det gäller konkurrensförhållanden. Ekonomiska effekter för företagen beror på hur kommuner och regioner anpassar sina ersättningssystem i förhållande till kostnader för utredningens förslag.

7.11 Konsekvenser för sysselsättningen

Bedömning: Utredningens förslag får inga konsekvenser för sysselsättningen.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningens förslag får inga konsekvenser för sysselsättningen eftersom de i huvudsak inte innebär några nya åtaganden för vårdverksamheterna.

7.12 Konsekvenser för jämlikhet och jämställdhet mellan könen och de integrationspolitiska målen

Bedömning: Utredningens förslag får positiva konsekvenser för utvecklingen av en mer jämlik och jämställd vård, och bidrar till att uppfylla de integrationspolitiska målen.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningens förslag får positiva konsekvenser för utvecklingen av en mer jämlik och jämställd vård. De innebär bättre förutsättningar att följa barns och ungas hälsoutveckling och de hälsofrämjande och förebyggande insatser som ges till barn och unga. Det skapar i sin tur möjligheter att analysera skillnader i hälsa hos pojkar och flickor och utvärdera effekterna av olika insatser. Med stöd av dessa uppgifter kan mer effektiva och riktade insatser utvecklas och mer adekvata insatser erbjudas till alla flickor

[13] SOU 2021:34, s. 429–430.

och pojkar oavsett bakgrund. Det leder till en mer jämlik och jämställd hälsa hos barn och unga och på sikt en mer jämlik och jämställd hälsa hos hela befolkningen. Bättre förutsättningar för att utveckla och tillhandahålla en mer jämlik och jämställd vård för barn och unga bidrar också till att de integrationspolitiska målen kan uppfyllas för denna målgrupp. Utredningens förslag om att tillsätta en utredning för att utreda om dagens lagstiftning när det gäller utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården till barn respektive vårdnadshavare förväntas på sikt bidra till en ökad tydlighet om vilka förutsättningar som ska gälla för att dela information med den enskilde. I förlängningen kan ett tydligare regelverk minska risken för godtyckliga bedömningar, vilket kan leda till en mer jämställd och jämlik behandling av flickor och pojkar och kvinnor och män.

7.13 Konsekvenser för EU-rätten

Bedömning: Utredningens förslag får inga konsekvenser för EU-rätten.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att förslagen överensstämmer med de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till Europeiska unionen och att de inte medför några konsekvenser för det svenska EU-medlemskapet. Under avsnittet 7.3, Konsekvenser för den personliga integriteten, gör utredningen bedömningen att förslaget till lag om ändring i patientdatalagen är förenligt med dataskyddsförordningen.

7.14 Konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet

Bedömning: Utredningens förslag får vissa positiva konsekvenser för brottslighet och det brottsförebyggande arbetet.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen redovisar i delbetänkandet vilka konsekvenser som utredningens samlade förslag i delbetänkandet får för brottsligheten och det brottsförebyggande

arbetet. Samordnade insatser inom vård och omsorg är en förutsättning för att uppmärksamma och förebygga en ogynnsam utveckling i ett tidigt skede.[14]

Utredningens förslag när det gäller uppföljning skapar förutsättningar för att analysera skillnader i hälsa hos barn och unga och var behoven av hälsofrämjande och förebyggande insatser är som störst. Analyserna kan ligga till grund för utvecklingen av mer effektiva insatser som kan förebygga ohälsa och utveckling av ett brottsligt beteende i ett senare skede.

7.15 Konsekvenser för miljön

Bedömning: Utredningens förslag kan på sikt medföra vissa positiva effekter på miljön i form av minskat behov av hälso- och sjukvård.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att utredningens förslag om uppföljning och kvalitetssäkring av barn- och ungdomshälsovården kommer att bidra till att utveckla och effektivisera det hälsofrämjande och förebyggande arbetet inom barn- och ungdomshälsovården. När barns och ungas hälsa kan främjas och sjukdomar förebyggas på ett mer effektivt sätt i ett tidigt skede bidrar det till ett minskat behov av hälso- och sjukvård och därmed hälso- och sjukvårdens påverkan på miljön.

7.16 Kostnader för fullt utbyggda kvalitetsregister avseende barns och ungas hälsa

En infrastruktur av väl utformade och utbyggda register av olika slag utgör enligt utredningens bedömning en god grund för kunskapsproduktionen om verksamheten inom hälso- och sjukvården. Den kunskap som produceras ger grund för åtgärder för förbättringar av verksamheten.

Utredningen fokuserar huvudsakligen på register som följer hälsovårdande verksamheter för barn och unga. Det förslag som utred-

[14] SOU 2021:34, s. 433.

ningen lämnar syftar till att stärka dessa verksamheters möjligheter att använda sig av kvalitetsregister för sin verksamhetsutveckling.

Utredningen lämnar ett förslag som tydliggör att det är möjligt att behandla personuppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och kvalitetssäkra även hälsofrämjande och förebyggande åtgärder. Det faktum att anslutning till ett kvalitetsregister är frivillig medför att det inte formellt krävs av utredningen att presentera någon analys av kostnadskonsekvenser för förslaget. Emellertid är det utredningens uppfattning att kvalitetsregistrens potential för kunskapsproduktionen är så betydande att det finns anledning att genomföra och presentera beräkningar av vad utbyggda kvalitetsregister skulle kosta. Det skapar förutsättningar för att väga nyttan med fullt utbyggda register mot kostnaderna för dem.

Kvalitetsregister är exempel på en systematisk sekundär användning av data om olika hälso- och sjukdomsgrupper. Det finns i dag ett flertal kvalitetsregister som avser olika aspekter av barns och ungas hälsa och sjukdomar. Det rör sig till exempel om register över barn i nyföddhetsvård, barn och unga med cancer eller barn och unga med fetma.

Det är en fördel ur kunskapssynpunkt om en hög andel av den aktuella målpopulationen är registrerade i kvalitetsregistret. Mönster i population och verksamheter kan lättare spåras vid större volymer.

Det finns i dagsläget tre kvalitetsregister som följer barn- och ungdomshälsovårdens verksamheter på nationell nivå. Dessa är Graviditetsregistret, Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ) och Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insats (EMQ). Dessa register täcker i nuläget in väldigt olika andelar av den relevanta populationen, såväl i termer av antalet barn och unga som i termer av antalet aktörer med ansvar för respektive verksamhet. Graviditetsregistret täcker in, nära nog, alla graviditeter i landet medan EMQ täcker in en marginell andel av elever och skolhuvudmän. Sammantaget gör utredningen bedömningen att nuvarande, totalt sett, låga täckningsgrad medför att uppgifterna i registren inte ger en tillräcklig grund för den vidare kunskapsproduktionen.

Med hjälp av uppgifter från personer verksamma inom ramen för ovan nämnda register och publicerade uppgifter på hemsidor, i rapporter och årsberättelser har utredningen syftat till att göra en överslagsberäkning vad utbyggda kvalitetsregister skulle kosta samhället.

De beräkningar som redovisas här har gjorts endast för att ge en uppskattning av den resursåtgång som kan bli följden av påtagligt utbyggda väsentliga kvalitetsregister. Utredningen tar inte ställning till organisation eller finansiering av en sådan utbyggnad. Syftet har endast varit att göra det möjligt att ställa kostnader mot värdet av en mer heltäckande registrering av variabler som mäter hälsa samt hälsofrämjande och förebyggande insatsers effekter.

Det förslag utredningen lämnar som tydliggör att det är möjligt att behandla personuppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och kvalitetssäkra hälsofrämjande och förebyggande åtgärder kan vara kostnadspåverkande. Kostnaderna för detta är dock ytterst svårbedömda och det är endast som ett tillägg till den centrala beräkningen om utbyggd registrering som utredningen försöker ta hänsyn till vad det skulle kosta.

7.16.1 Modell för beräkning av kostnader för utbyggda kvalitetsregister

För beräkningarna har utredningen valt att formulera en mycket enkel statistisk modell som kan ge resultat som frilägger förekomsten av så kallade stordriftsfördelar, alltså kostnadssamband som innebär att en fördubbling av verksamhetens omfattning i någon mening leder till mindre än en fördubbling av verksamhetens kostnader. Kvalitetsregistren bedriver en verksamhet som är mycket informationstekniskt tung. En given ökning av registreringen leder, givet en befintlig infrastruktur, till en väsentligt mindre, kanske till och med till en marginell, kostnadsökning.

Utredningen har formulerat en modell som består av en kostnadsvariabel som beroende variabel, en konstant och en omfattningsvariabel i antalstermer när det gäller antal registrerade och antal poster i en databas. Modellen har skattats med en ordinarie minsta kvadratskattning. Valet av metod gör det möjligt att skatta graden av stordriftsfördelar för kvalitetsregistren generellt sett.

Utredningen har använt data från sex kvalitetsregister[15] och valt att låta kvalitetsregister som berör barn och unga ingå i beräkningarna. De resultat som utredningen har fått får därför betraktas som ett genomsnitt av förhållanden för de ingående registren.

I den redovisning utredningen fått ta del av från de olika registren finns uppgifter om hur många barn eller unga som finns i registret. I ett fall (EMQ) har utredningen behövt göra egna, något schablonmässiga, beräkningar. Utifrån registrens redovisade uppgifter framgår att sex av landets kommuner anslutit sig till EMQ. Utifrån redovisningarna bedömer utredningen också att 80 procent av eleverna i dessa kommuner ingår i registret. Det finns cirka 1 400 000 skolelever i landet. Utifrån ett antagande om en jämn fördelning av eleverna i kommunerna medför det att cirka 23 000 skolelever bedöms ingå i databasen i nuläget.

Resultatet av beräkningarna i den enkla modellen är en hög samvariation av data och modell och att de två ingående parametrarna är statistiskt signifikanta. Parametrarna skattas till startpunkten = 983 000 och antalsparametern = 16,22.

Antalsparametern kan tolkas som att förhållandena är sådana att varje ytterligare individ i respektive målpopulation som registreras leder till en kostnadsökning på 16,22 kronor. Denna kostnadsökning avses innefatta alla typer av kostnader registret kan ha, alltså alltifrån informationsteknisk infrastruktur till rapportering av olika slag.

7.16.2 Simulering av utbyggd verksamhet för kvalitetsregister

Nästa steg i den samlade kalkylen, som alltså bygger på resultatet av modellberäkningen, har utgjorts av simuleringar av en utbyggd verksamhet. Simuleringen är helt enkelt en jämförelse av vad en given registerverksamhet skulle kosta vid fullt utbyggd verksamhet, alltså en verksamhet som täcker alla, eller nära nog alla, berörda. Vid jämförelsen används alltså de vid modellberäkningen skattade parametrarna. Simuleringarna avser en utbyggnad av BHVQ och EMQ.

Om man utgår från modellberäkningarna och att BHVQ potentiellt antas täcka alla barn 849 622 (år 2019) upp till och med sex års

[15] Data från följande kvalitetsregister har använts: BarnobesitasRegister i Sverige, Graviditetsregistret, Nationella tillväxthormonregistret för barn, Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insats (EMQ), Svenska Barnreumaregistret och Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ).

ålder, skulle verksamheten kosta 13 878 869 kronor i stället för 2 068 496 kronor. Det handlar alltså om en kostnadsökning med 11 810 373 kronor.

Om man utgår från modellberäkningarna och att EMQ potentiellt antas täcka alla 1 400 000 elever i landet, skulle verksamheten kosta 22 708 000 kronor i stället för 1 356 858 kronor. Det handlar således om en kostnadsökning med 21 351 142 kronor.

Simuleringarna ger alltså vid handen att en utbyggnad av de båda registren skulle öka kostnaderna med sammantaget 33 161 515 kronor. En avrundning till närmaste miljontal innebär att kostnaderna skulle öka med 33 miljoner kronor.

Det ska noteras att beräkningarna av registrens kostnader i utgångsläget inte består av de kostnader som registren har uppgett utan i stället av de kostnader som uppstår när parametrarna, som skattats i modellen, används tillsammans med antalsuppgifter.

De beräkningar som här har genomförts ska inte uppfattas som en strikt prognos av kostnader för registren vid utbyggnad. Komplexiteten i teknisk och organisatorisk mening av registrens verksamhet är betydande och det skulle kräva en omfattande arbetsinsats att göra något som för varje specifikt register skulle kunna uppfattas som en prognos. Beräkningarna är av överslagskaraktär där det viktiga har varit att åtminstone i förenklad form ta hänsyn till det faktum att det föreligger stordriftsfördelar i verksamheten. De fem ingående registren har olika täckningsgrad. Det innebär att beräkningen bygger på varierande täckningsgrader och bör på det sättet bidra till att ge rimliga resultat.

Det är också värt att notera att Graviditetsregistret med nära nog full kostnadstäckning kostar ungefär 6 miljoner kronor medan ett fullt utbyggt EMQ, enligt beräkningsresultaten, skulle kosta närmare 23 miljoner kronor. Det förklaras av att antalet i databasen är det som driver kostnaderna i modellen. Det föds ungefär 100 000 barn per år medan antalet skolelever är ungefär 1 400 000.

Bara som ett exempel skulle en rent proportionell överslagsberäkning av en utbyggnad av EMQ ge väsentligt högre belopp. Antal elever i riket är 60 gånger högre än det nuvarande antalet elever i databasen. En multiplikation med dagens kostnader för registret skulle ge en skattning på över 80 miljoner kronor. Liknande förhållande gäller för BHVQ. Det skulle för de båda registren ge beräkningsresultat på långt över 100 miljoner kronor.

För en från utredningen mer slutgiltig bedömning av möjliga kostnadskonsekvenser av utbyggnaden av de två registren är ett mer hypotetiskt tillägg av värde. Mycket tyder på att antalsparametern inte är ett fast värde utan i stället är avtagande med ett kraftigt ökat antal registrerade i databasen. Det har inte varit möjligt att trovärdigt skatta detta förhållande vid beräkningarna då de ingående registren har mycket lägre antal registrerade än det antal som kan förväntas i de utbyggda registren. De kontakter utredningen har haft med registeransvariga indikerar dock att antalsparametern är avtagande.

Inom utredningen har det också gjorts vissa försök att skatta modeller med avtagande antalsparameter. Även om resultaten av dessa beräkningar inte är entydiga leder de till slutsatsen att man inte kan utesluta att antalsparametern är avtagande.

Som ett räkneexempel kan nämnas att om man lägger in en faktor i beräkningarna som reducerar antalsparametern så att 80 procent av priset återstår vid antalsökningen kommer BHVQ vid fullständig utbyggnad ha en kostnad på strax under 9 miljoner kronor och EMQ 14 miljoner kronor. Det motsvarar kostnadsökningar på cirka 6 miljoner kronor för BHVQ och 12,5 miljoner kronor för EMQ. De sammantagna kostnadsökningarna skulle alltså bli 18,5 miljoner kronor.

7.16.3 Sammantagen bedömning av kostnadsökningar för fullt utbyggda kvalitetsregister för barnhälsovård och elevhälsans medicinska insatser

Sammantaget kan det hypotetiskt sägas att kostnadsökningarna vid full utbyggnad av de två registren begränsar sig till mellan 20 och 30 miljoner kronor. Det är också värt att poängtera att dessa register omfattar en stor mängd vårdgivare eller aktörer. Om den högre summan för BHVQ på 14 miljoner kronor skulle fördelas på varje BVC (cirka 950) skulle det innebära en kostnad om cirka 15 000 kronor per enhet och vid den lägre summan cirka 9 500 kronor. Enligt samma beräkning skulle kostnaden per skolhuvudman (cirka 1 100) uppgå till cirka 20 000 kronor vid den högre summan och cirka 13 000 kronor vid den lägre summan. Sammantaget bedömer därför utredningen att kostnaden per utförare i vården är rimlig i relation till den nytta som ett fullt utbyggt register skulle medföra. Staten finansierar och stöttar i dag bara till liten del den totala kostnaden för de nationella kvalitetsregistren.

Förutom de kostnader som uppstår för registren själva uppstår det också kostnader för personalen i hälso- och sjukvården som ska lämna uppgifter till registren. Utredningen har delvis på grund av bristande data men också beroende på en i verksamheterna pågående långtgående automatisering valt att exkludera dessa kostnader från beräkningarna. Även om det inte gäller för all registrering, pågår det en utveckling som innebär att registerverksamheterna fångar data utan att hälso- och sjukvårdspersonalen behöver vidta några åtgärder utöver den ordinarie journalföringen. Möjligen kommer det i vissa fall förbli så att tidskrävande registrering måste utföras av hälso- och sjukvårdens personal men inom en inte alltför lång framtid bör det utgöra undantag.

8 Författningskommentar

8.1 Förslaget till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355)

7 kap.

1 §

Med kvalitetsregister avses en automatiserad och strukturerad samling av personuppgifter som inrättats särskilt för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra hälso- och sjukvårdens kvalitet. Kvalitetsregistren ska möjliggöra jämförelse inom hälso- och sjukvården på nationell eller regional nivå. Bestämmelserna i detta kapitel gäller för nationella och regionala kvalitetsregister i vilka personuppgifter samlas in från flera vårdgivare.

Paragrafen innehåller en definition av kvalitetsregister. Överväganden finns i avsnitt 5.2.

Första meningen i paragrafen har ändrats på så sätt att ordet *vårdens* har ersatts med orden *hälso- och sjukvårdens*.

4 §

I stället för vad som anges i 2 kap. 4 och 5 §§ gäller att personuppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister får behandlas för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra hälso- och sjukvårdens kvalitet.

Paragrafen innehåller en bestämmelse som anger för vilket ändamål personuppgifter får behandlas i nationella och regionala kvalitetsregister. Överväganden finns i avsnitt 5.2.

Paragrafen har ändrats så att personuppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister får behandlas för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten av hälso- och sjukvårdens verksamhet. Med hälso- och sjukvård avses här individinriktad patientverksamhet. Det innebär att personuppgifter primärt får behandlas för att utveckla och säkra kvaliteten av vård, undersökningar och behandlingar inom hälso- och sjukvården. Detta innefattar både hälsofrämjande och förebyggande åtgärder.

Referenser

Offentligt tryck

Propositioner och skrivelser

Prop. 1979/80:2 *med förslag till sekretesslag m.m.*

Prop. 1980/ 81:28 *om följdlagstiftning till den nya sekretesslagen i fråga om hälso- och sjukvården samt den allmänna försäkringen.*

Prop. 1981/82:186 *om ändring i sekretesslagen (1980:100)*, *m.m.*

Prop. 1997/98:108 *Hälsodata- och vårdregister.*

Prop. 2007/08:126 *Patientdatalag m.m.*

Prop. 2013/14:202 *Förbättrad informationshantering avseende vissa patienter inom hälso- och sjukvården.*

Prop. 2019/20:164 *Inriktning för nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

Prop. 2020/21:1 *Budgetpropositionen för 2021.*

Prop. 2020/21:60 *Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige*.

Statens offentliga utredningar

SOU 2014:23 *Rätt information på rätt plats i rätt tid*, slutbetänkande av Utredningen om rätt information i vård och omsorg.

SOU 2015:32 *Nästa fas i e-hälsoarbetet*, betänkande av E-hälsokommittén.

SOU 2016:2 *Effektiv vård*, slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.

SOU 2017:66 *Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde – en anpassning till EU:s dataskyddsförordning*, betänkande av Socialdataskyddsutredningen.

SOU 2018:4 *Framtidens biobanker*, slutbetänkande av Utredningen om regleringen av biobanker.

SOU 2018:52 *Behandling av personuppgifter vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*, betänkande av Socialdataskyddsutredningen.

SOU 2019:42 *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*, slutbetänkande av utredningen Styrning för en mer jämlik vård.

SOU 2020:19 *God och nära vård En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*, delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

SOU 2021:4 *Informationsöverföring inom vård och omsorg*, delbetänkande av Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg.

SOU 2021:11 *Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning*, slutbetänkande av utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven.

SOU 2021:34 *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga*, delbetänkande av Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga.

SOU 2021:39 *Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården*, slutbetänkande av utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg.

SOU 2021:59 *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*, delbetänkande av delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

SOU 2021:71 *Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur*, betänkande av Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård.

Departementsserien och promemorior

Ett nytt statsbidrag för kvalitetsregisterverksamhet, en promemoria från Socialdepartementet, (dnr S2020/08974/FS).

Kommittédirektiv

Dir. 2019:37 *Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet.*

Rapporter och litteratur

Asplund, Kjell, ”Kvalitetsmätning inom hälso- och sjukvården”, i *Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården*, red. Gunilla Jacobsen Ekman, Bertil Lindahl och Annika Nordin, (Stockholm: Karolinska Institutet University Press, 2014) s. 25–37.

Datainspektionen, *En nationell databas för rapportering och uppföljning av barns längd och vikt-Socialstyrelsens avrapportering*, yttrande (2008).

E-hälsomyndigheten, *Uppdrag att tillgängliggöra och förvalta gemensamma nationella specifikationer Delrapport 2, regeringsuppdrag S2019/01521/FS: Fördjupad analys av befintlig ansvarsfördelning kring e-hälsospecifikationer samt kostnadsberäkning för E-hälsomyndighetens tillhörande förvaltning* (2020).

E-hälsomyndigheten, *Uppföljning Vision e-hälsa 2025 – rapport avseende år 2020* (2021).

Folkhälsomyndigheten, *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport* (2018).

Folkhälsomyndigheten, *Barnvaccinationsprogrammet 2019 – Årsrapport* (2019).

Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag avseende Skolbarns hälsovanor*, bilaga 2 (2019).

Folkhälsomyndigheten, *Kartläggning av datakällor, indikatorer och index för uppföljning av små barns hälsa och barnhälsovård. Kartläggning inom uppdraget ”Följa och stödja överenskommelsen om ökad tillgänglighet i barnhälsovården”* (2020).

Folkhälsomyndigheten, *På väg mot en god och jämlik hälsa. Stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet* (2020).

Graviditetsregistret, *Graviditetsregistrets årsrapport 2019* (2020).

Intressegruppen för mödrahälsovård inom SFOG, samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård, *Mödrahälsovård Sexuell och Reproduktiv Hälsa.* Rapport nr 76 (Publicerad 2008 uppdaterad webbversion 2016).

Inera och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), *Ramverk för invånares åtkomst till journalen – Målbild och gemensamma principer för enskilds direktåtkomst till sin egen journalinformation via e-tjänster* (2016).

Inera, *Gränssnittsbeskrivning – Nationell patientöversikt version 3.12.* (2017, uppdaterad 2018).

Inera, *Nyttorna med Nationell patientöversikt* (2019).

Inspektionen för vård och omsorg, *Samverkan i förlossningsvården och mellan BUP och elevhälsan* (2015).

Inspektionen för vård och omsorg, *Skolan – både huvudman och vårdgivare. Styrning och ledning för elevhälsans medicinska del* (2016).

Inspektionen för vård och omsorg, *Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019* (2020).

Inspektionen för vård och omsorg, *De tar inte hand om hela mig* (2021).

Jerlvall, Lars och Pehrsson, Thomas, *eHälsa och it i regionerna, maj 2020* (2020).

Köhler, Lennart, *Barnhälsoindex för Sveriges kommuner. En uppsättning indikatorer för barns hälsa.* (Sveriges Kommuner och Landsting, 2014).

Könberg, Bo, *Det framtida nordiska hälsosamarbetet,* (Nordiska ministerrådet, 2014).

Läkemedelsindustrins förening (LIF), *Åtgärder för att förbättra tillgången till och analys av hälsodata* (2019).

Myndigheten för vård och omsorgsanalys, *VIP i vården – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*, rapport 2014:2 (2014).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vad står på spel? Om nyttan med digitala hälsouppgifter och risker ur ett integritetsperspektiv*, rapport 2016:3 (2016).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Ändamålsenliga journalsystem i primärvården – lärdomar från läkarnas perspektiv.* PM 2016:7 (2016).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Lapptäcke med otillräcklig täckning. Slututvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister*, rapport 2017:4 (2017).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *För säkerhets skull Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter*, rapport 2017:10 (2017).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Förberedd och sedd. Förutsättningar vid övergången från barn- till vuxensjukvården*, rapport 2019:6 (2019).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Kostnadsfria preventivmedel till unga. En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa*, rapport 2020:13 (2020).

Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insats (EMQ), *Registerbeskrivning,* (u.å.).

Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insats (EMQ), *Årsrapport 2018* (2019).

Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insats (EMQ), *Verksamhetsberättelse 2020* (2021).

Nordiska ministerrådet, NordForsk, *A vision of a Nordic secure digital infrastructure for health data: The Nordic Commons* (2019).

Region Skåne, *För jämlik mödra- och barnhälsovård i Skåne. En nulägesrapport och underlag för handling* (2019).

Region Stockholm, Vårdgivarguiden, *Årsrapport för Stockholm 2019* (2019).

Riksföreningen för skolsköterskor och Svenska skolläkarföreningen, *Kvalitetsmått för elevhälsans medicinska insatser (EMI)* (2020).

Sjöberg, Hanna, ”Vad är ett nationellt kvalitetsregister”, i *Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården*, red. Gunilla Jacobsen Ekman, Bertil Lindahl och Annika Nordin, (Stockholm: Karolinska Institutet University Press, 2014), s. 9–13.

Sjöberg, Hanna, ”Kvalitetsregistrens organisering”, i *Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården*, red. Gunilla Jacobsen Ekman, Bertil Lindahl och Annika Nordin, (Stockholm: Karolinska Institutet University Press, 2014), s. 38–49.

Skolinspektionen, *Elevhälsa – Elevers behov och skolans insatser, kvalitetsgranskning rapport 2015:5* (2015).

Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting, *Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitalisering i socialtjänst och hälso- och sjukvård* (2016).

Socialstyrelsen, *En nationell databas för rapportering och uppföljning av barns längd och vikt (*2007).

Socialstyrelsen, *Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre* (2013).

Socialstyrelsen, *Vägledning för barnhälsovården* (2014).

Socialstyrelsen, *Att kunna följa patientens väg genom vården – Sätt att koppla samman vårdhändelser i patientens vårdprocess, rapport februari 2019* (2019).

Socialstyrelsen, *Cancerregistret – allt fler överlever cancer* (2019).

Socialstyrelsen, *Hälsodataregister – räddar liv och ger bättre vård* (2019).

Socialstyrelsen, *Patientregistret – kan ge ledtrådar kring stroke och hjärtinfarkt* (2019).

Socialstyrelsen, *Tandhälsoregistret – allt friskare tänder men skillnaderna ökar* (2019).

Socialstyrelsen, *Nationell kartläggning av barnhälsovården – En jämlik och tillgänglig barnhälsovård* (2020).

Socialstyrelsen, *Täckningsgrader för Nationella kvalitetsregister 2020* (2020).

Socialstyrelsen, *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård – Ett förslag på indikatorer* (2020).

Socialstyrelsen, *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård, Deluppdrag I – Nationell insamling av register-uppgifter från primärvården* (2021).

Socialstyrelsen, *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020 – Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer* (2021).

Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ), *Årsrapport 2019* (2020).

Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit (SkaPa), *Verksamhetsberättelse för 2020 – Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit* (2021).

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa* (2020).

Söderberg, Jenny, *Omvärldsanalys – Life science området i Sverige (*Stockholm: Helidor Consulting AB, 2018).

Vetenskapsrådet, *Kriterier för FAIR forskningsdata – redovisning av regeringsuppdrag att ta fram bedömningskriterier för att följa vägen mot ett öppet vetenskapssystem* (2018).

Vetenskapsrådet och Sveriges universitets- och högskoleförbund, *Inriktningsförslag för organisering av svensk e-infrastruktur för forskning* (2020).

Västra Götalandsregionen, *Barn och unga – komplexa behov och vägar framåt.* Dnr HS 2018–00358 (2018).

Öman, Sören, *Dataskyddsförordningen (GDPR) m.m. – En kommentar*, version 1A (JUNO, 2020).

Webbsidor

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, *Skolelevers drogvanor,* 2020, www.can.se/undersokningar/skolelevers-drogvanor/ (hämtad 2021-05-21).

Direktoratet for e-helse, *Bakgrunn for Helsedataprogrammet,* 2021, www.ehelse.no/programmer/helsedataprogrammet/bakgrunn-for-helsedataprogrammet (hämtad 2021-08-10).

Direktoratet for e-helse, *Hva skal Helsedataprogrammet levere*, 2021, www.ehelse.no/programmer/helsedataprogrammet/hva-skal-helsedataprogrammet-levere (hämtad 2021-08-10).

Direktoratet for e-helse, *Helseanalyseplattformen,* 2021, www.ehelse.no/programmer/helsedataprogrammet/helseanalyse plattformen (hämtad 2021-08-12).

E-hälsomyndigheten, *Sammanställa gemensamma e-hälsospecifikationer och definiera begrepp*, 2021, www.ehalsomyndigheten.se/om-e-halsa/nationella_gemensamma_specifikationer/sammanstalla/ (hämtad 2021-06-09).

E-hälsomyndigheten, *Sekundäranvändning av hälsodata – ett EU-perspektiv (2021-03-24)*, 2021, www.ehalsomyndigheten.se/om-e-halsa/sa-jobbar-vi-med-e-halsa/sekundaranvandning-av-halsodata--for-forskning-innovation-och-beslutsfattande/eu-perspektiv/ (hämtad 2021-08-10).

Europeiska kommissionen, *Ett europeiskt hälsodataområde*, u.å., https://ec.europa.eu/health/ehealth/dataspace_sv (hämtad 2021-08-11).

Findata, *Vad är Findata?*, u.å., https://findata.fi/sv/vad-ar-findata/ (hämtad 2021-07-01).

Finlex, *Lag om Institutet för hälsa och välfärd*, 2021, https://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2008/20080668 (hämtad 2021-08-25).

Folkhälsomyndigheten, *Bra att veta om vaccinationer*, 2020, www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/b/bra-att-veta-om-vaccinationer/ (hämtad 2020-04-03).

Folkhälsomyndigheten, *Miljöhälsoenkäten*, 2020, www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/miljohalsoenkaten/ (hämtad 2021-05-21).

Folkhälsomyndigheten *Nationella folkhälsomål och målområden*, 2021, www.folkhalsomyndigheten.se/en-god-och-jamlik-halsa-pa-alla-nivaer/tema-folkhalsa-lokalt-och-regionalt-stod/vad-styr-folkhalsopolitiken/nationella-mal-och-malomraden (hämtad 2021-05-06).

Folkhälsomyndigheten, *Nationella vaccinationsregistret*, 2021, www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/nationella-vaccinationsregistret/ (hämtad 2021-05-12).

Folkhälsomyndigheten, *Nationella folkhälsoenkäten*, 2020, www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/ (hämtad 2021-05-21).

Folkhälsomyndigheten, *Skolbarns hälsovanor,* 2021, www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/skolbarns-halsovanor/ (hämtad 2021-05-21).

Folkhälsomyndigheten, *Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige ungkab 15, en studie om kunskap, attityder och beteende bland unga,* u.å., www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/sexualitet-och-halsa-bland-unga-i-sverige-ungkab15-en-studie-om-kunskap-attityder-och-beteende-bland-unga-1629-ar/ (hämtad 2021-05-21).

Folkhälsomyndigheten, *Övervikt och fetma 6–9-åringar,* 2021, www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/skolbarns-halsovanor/ (hämtad 2021-05-21).

Graviditetsregistret, *Välkommen till Graviditetsregistret,* u.å., www.medscinet.com/gr/default.aspx (hämtad 2021-05-29).

Graviditetsregistret, *Dokumentarkiv*, u.å., www.medscinet.com/gr/dokumentarkiv.aspx (hämtad 2021-05-29).

Graviditetsregistret, *Detta är Graviditetsregistret,* 2021, www.medscinet.com/gr/omregistret.aspx (hämtad 2021-08-20).

Inera, *Journalen,* 2021, www.inera.se/tjanster/alla-tjanster-a-o/journalen/ (hämtad 2021-06-24).

Inera, *Om Nationell patientöversikt – NPÖ,* 2021, www.inera.se/tjanster/alla-tjanster-a-o/npo---nationell-patientoversikt/#section-3228 (hämtad 2021-06-10).

Institutet för hälsa och välfärd (THL), *Vad är THL?,* 2017, https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/thl/vad-ar-thl- (hämtad 2021-08-25).

Institutet för hälsa och välfärd (THL), *Vårdanmälningar inom den öppna primärvården (Avohilmo)*, 2017, https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik-och-data/anvisningar-for-inlamning-av-uppgifter/vardanmalningar-inom-den-oppna-primarvarden-avohilmo- (hämtad 2021-08-25).

Institutet för hälsa och välfärd (THL), *Vårdanmälningssystemet (HILMO)*, 2020, https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik-och-data/anvisningar-for-inlamning-av-uppgifter/vardanmalningssystemet-hilmo- (hämtad 2021-08-25).

Institutet för hälsa och välfärd (THL), *Enkäten Hälsa i skolan*, 2021, https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/forskning-och-utveckling/undersokningar-och-projekt/enkaten-halsa-i-skolan (hämtad 2021-08-24).

Institutet för hälsa och välfärd (THL), *Välbefinnandet bland barn och unga – Enkäten Hälsa i skolan, 2021,* https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik-och-data/material-och-tjanster/statistikens-kvalitet-och-principer/kvalitetsbeskrivningar/valbefinnandet-bland-barn-och-unga-enkaten-halsa-i-skolan (hämtad 2021-08-26).

Joint Action on Health Information (InfAct), *The Project*, u.å., www.inf-act.eu/project (hämtad 2021-08-25).

Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, *NSG Strukturerad vårdinformation,* u.å., https://kunskapsstyrningvard.se/programomradenochsamverkansgrupper/nationellasamverkansgruppernsg/nsgstruktureradvardinformation.731.html (hämtad 2021-07-01).

Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, *Uppföljning och analys,* 2021, https://kunskapsstyrningvard.se/uppfoljningochanalys.656.html (hämtad 2021-07-14).

Nationella kvalitetsregister, *Nationell organisation,* u.å., https://kvalitetsregister.se/tjanster/omnationellakvalitetsregister/organisation.2010.html (hämtad 2021-05-21).

Nationella Kvalitetsregister, *Registercentrumorganisationen (RCO),* u.å., https://kvalitetsregister.se/tjanster/omnationellakvalitetsregister/organisation/registercentrumorganisationenrco.1992.html (hämtad 2021-05-21).

Nationella Kvalitetsregister, *Beräkning av täckningsgrad,* u.å., https://kvalitetsregister.se/drivaregister/valideringshandbok/berakningavtackningsgrad.1920.html (hämtad 2021-05-29).

Nationella Kvalitetsregister, *Aktörer med nationella uppdrag inom kvalitetsregisterorganisationen*, 2021, https://skr.se/kvalitetsregister/drivaregister/utbildningomnationellakvalitetsregister/2organisationochroller/aktorermednationellauppdraginomkvalitetsregisterorganisationen.44662.html (hämtad 2021-06-15).

Nationella Kvalitetsregister, Centralt personuppgiftsansvarig (CPUA), u.å., https://kvalitetsregister.se/tjanster/omnationellakvalitetsregister/organisation/registercentrumorganisationenrco.1992.html (hämtad 2021-06-15).

PrimärvårdsKvalitet, *PrimärvårdsKvalitet – ett stöd för kvalitetsarbete i primärvården*, 2021, http://primarvardskvalitet.skl.se/ (hämtad 2021-08-20).

PrimärvårdsKvalitet, *Anslutningsgrad*, 2021, http://primarvardskvalitet.skl.se/omprimarvardskvalitet/anslutningsgrad.986.html (hämtad 2021-08-20).

PrimärvårdsKvalitet, *Kvalitetsindikatorer*, 2021, http://primarvardskvalitet.skl.se/kvalitetsindikatorer.1091.html (hämtad 2021-08-20).

Region Värmland, *Elevhälsodatabasen – Elsa*, 2019, www.regionvarmland.se/utveckling-tillvaxt/nya-perspektiv/barn-och-familj/elevhalsodatabasen-elsa/ (hämtad 2021-09-01).

Sitra, *Användningen av hälsodata behöver särskild EU-lagstiftning*, 2020, www.sitra.fi/sv/artiklar/anvandningen-av-halsodata-behover-sarskild-eu-lagstiftning/ (hämtad 2021-08-16).

Sitra, *Välfärdsdata från ett och samma ställe – projektet Isaacus byggde grunden,* 2020, www.sitra.fi/sv/artiklar/valfardsdata-fran-ett-och-samma-stalle-projektet-isaacus-byggde-grunden/ (hämtad 2021-08-12).

Sitra, *Samarbetsprojektet TEHDAS,* u.å., www.sitra.fi/sv/projekt/samarbetsprojektet-tehdas/#vad-handlar-det-om (hämtad 2021-08-12).

Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens termbank*, 2016, https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=64&SrcLang=sv (hämtad 2021-08-20).

Socialstyrelsen, *Terminologi*, 2019, www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/terminologi/ (hämtad 2021-08-18).

Socialstyrelsen, *Tandhälsoregistret*, 2019, www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/tandhalsoregistret/ (hämtad 2021-06-10).

Socialstyrelsen, *Terminologi*, 2019, www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/terminologi/ (hämtad 2021-06-09).

Socialstyrelsen, *Ehälsa*, 2021, www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/ (hämtad 2021-06-09).

Socialstyrelsen, *Nationell informationsstruktur,* 2021, www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/nationell-informationsstruktur/ (hämtad 2021-06-09).

Socialstyrelsen, *Medicinska födelseregistret*, 2021, www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/medicinska-fodelseregistret/ (hämtad 2021-05-12).

Socialstyrelsen, *Registret över insatser till barn och unga*, 2019, www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/barn-och-unga/ (hämtad 2021-08-24).

Socialstyrelsen, *Snomed-ct*, 2021, www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/snomed-ct/ (hämtad 2021-06-09).

Socialstyrelsen *Klassificering och koder,* 2019, www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/ (hämtad 2021-06-09).

Statistiska Centralbyrån (SCB), *Mikrodata för Registret över totalbefolkningen (RTB)*, u.å., www.scb.se/vara-tjanster/bestall-data-och-statistik/bestalla-mikrodata/vilka-mikrodata-finns/individregister/registret-over-totalbefolkningen-rtb/ (hämtad 2021-06-10).

Sundhetsministeriet, *Fælles indgang til sundhedsdata skal styrke forskning og udvikling*, 2021, https://sum.dk/nyheder/2021/marts/faelles-indgang-til-sundhedsdata-skal-styrke-forskning-og-udvikling (hämtad 2021-07-01).

Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ), *Om BHVQ,* 2021, http://bhvq.se/om-bhvq/ (hämtad 2021-05-17).

Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ), *Svenska Barnhälsovårdsregistret*, u.å., http://bhvq.se/ (hämtad 2021-04-09 och 2021-05-21).

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Graviditetsenkäten. Resultat 1 december 2020 – 31 mars 2021*, 2021, https://rapporter.skr.se/graviditetsenkaten.html (hämtad 2021-06-15)

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Om Nationella Kvalitetsregister*, 2021, https://skr.se/kvalitetsregister/omnationellakvalitetsregister.52218.html (hämtad 2021-06-10).

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Primärvårdskvalitet, uppföljning*, 2021, https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/primarvardskvalitetuppfoljning.5977.html (hämtad 2021-06-15).

TEHDAS, *Project*, 2021, https://tehdas.eu/project/ (hämtad 2021-08-13).

Vårdgivarwebben, Västra Götalandsregionen *Interaktiv årsrapport Barnhälsovården i Västra Götaland*, 2021, https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZjFmOWMyYjgtNjZhYi00ZDY1LTlmNGMtZjUyN2NkYTlmNzBhIiwidCI6ImZjNjJhMjU1LTQyMjAtNDdlNC05YjVhLTQxOGVlZTMxZGE1ZiIsImMiOjh9 (hämtad 2021-06-10).

1177 Vårdguiden, *Barns och vårdnadshavares rättigheter i vården*, 2019, www.1177.se/Stockholm/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/barns-och-vardnadshavares-rattigheter-i-varden/ (hämtad 2021-06-24).

1177 Vårdguiden, *Logga in på 1177 för dig som är mellan 13–17 år*, 2021, www.1177.se/Stockholm/om-1177-vardguiden/e-tjanster-pa-1177-vardguiden/sa-loggar-du-in-pa-1177.se/logga-in-pa-1177.se-for-dig-som-ar-mellan-13-17-ar/ (hämtad 2021-06-24).

Övrigt

Regeringsuppdrag

Regeringsuppdrag till E-hälsomyndigheten, *Uppdrag att tillgängliggöra och förvalta gemensamma nationella specifikationer* (dnr S2019/01521/FS).

Regeringsuppdrag till E-hälsomyndigheten, *Uppdrag att genomföra en förstudie om ett statligt, nationellt datautrymme för bilddiagnostik* (dnr S2021/05259).

Regeringsuppdrag till E-hälsomyndigheten, *Uppdrag att föreslå hur sammanhållen journalföring kan nyttjas i större utsträckning* (dnr S2021/03119).

Regeringsuppdrag till E-hälsomyndigheten, *Uppdrag att göra en förstudie om skapandet av en digital infrastruktur för nationella kvalitetsregister* (dnr 2021/06170).

Regeringsuppdrag till Myndigheten för digital förvaltning, *Uppdrag att etablera ett nationellt ramverk för grunddata inom den offentliga förvaltningen* (dnr I2019/03307/DF).

Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen, *Uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården med fokus på primärvård* (dnr S2020/03319/FS).

Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen, *Uppdrag att genomföra utvecklingsinsatser för att stärka förutsättningarna för att placerade barn och unga får tillgång till god hälso- och sjukvård, tandvård och en obruten skolgång* (dnr S2020/07505).

Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen, *Uppdrag att kartlägga datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet* (dnr S2021/05369).

Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen *Uppdrag att genomföra en förstudie för ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga* (dnr 2021/06171).

Regleringsbrev

Regleringsbrev avseende budgetåret 2020 för Socialstyrelsen (S2020/03087/RS).

Regleringsbrev avseende budgetåret 2021 för Socialstyrelsen (dnr S2020/09593).

Överenskommelser

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om utvecklingen och finansieringen av Nationella Kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012–2016.

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om stöd till nationella kvalitetsregister 2018.

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om en strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025 – Nästa steg på vägen.

Överenskommelse om sammanhållen, jämlik och säker vård 2021, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

God och nära vård 2021, En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

Utländska myndighetsdokument

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement [Norge], *Meld.St.9 – Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren (2012)*.

Direktoratet for e-helse [Norge], *Nasjonal e-helsestrategi 2017–2022. E-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren* (2017, uppdaterat 2019).

Folkehelseinstituttet [Norge], *Gode helseregistre – bedre helse. Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre 2010–2020. Hovedrapport fra forprosjektet Nasjonalt helseregisterprosjekt* (2009).

Institutet för hälsa och välfärd (THL) [Finland], *Övervikt och fetma bland barn och unga 2019*, statistikrapport 31/2020 (2020).

Sundhedsdatastyrelsen [Danmark], *Sundhedsdataprogrammet*, (2015).

Skrivelser m.m.

FN:s kommitté för barnets rättigheter, *Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 15 (2013) om Barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa (art. 24)* (CRC/C/GC/15).

Folkhälsomyndigheten, *Nationella kvalitetsregister för barnhälsovården och elevhälsans medicinska insatser* (2019-12-05).

Ledningsfunktionen för Nationella Kvalitetsregister, *Protokoll Ledningsfunktionens möte 2019-10-17.*

Region Östergötland, *Rättsutredning av Nationellt Kvalitetsregister för Elevhälsans medicinska insats (EMQ)* (2019).

Region Östergötland, *Rättsutredning av Svenska Barnhälsovårdsregistret (BHVQ)* (2019).

Stödfunktionen för Nationella Kvalitetsregister, *Överväganden om kriterier för kvalitetsregister enligt 7 kap. patientdatalagen* (2019).

Stödfunktionen för Nationella Kvalitetsregister, *Svenska barnhälsovårdsregistret* (2020).

Kommittén för teknologisk innovation och etik, skrivelse till regeringen (oktober 2020).

Nationellt nätverk för Hälsosamtalet i skolan, *Nationellt nätverk för Hälsosamtalet i skolan – Avsiktsförklaring* (2018).

Regeringskansliet, *En nationell strategi för life science* (2019).

Kommittédirektiv 2019:93

En sammanhållen god och nära vård för barn och unga

Beslut vid regeringssammanträde den 28 november 2019

Sammanfattning

En särskild utredare ska se över förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Syftet med uppdraget är att uppnå en mer likvärdig vård som innefattar förebyggande och hälsofrämjande insatser för barn och unga i hela landet. Syftet är också att genom insatser inom den nära vården för barn och unga som lider av psykisk ohälsa avlasta den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin, BUP.

Utredaren ska bl.a.

– utreda förutsättningarna för en sammanhållen och resurseffektiv god och nära vård för barn och unga och föreslå hur en sådan reform ska kunna genomföras på ett ändamålsenligt sätt,
– bedöma hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd i högre utsträckning än vad som sker i dag, t.ex. genom att det införs en ny vårdinsats inom primärvården,
– föreslå hur en samlad uppföljning av barns och ungas fysiska och psykiska hälsa kan utformas som stödjer utvecklingen dels av det hälsofrämjande arbetet för barn och unga både på individuell och nationell nivå, dels av vårdens utformning och innehåll,
– i dialog med företrädare för regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga på regional och lokal nivå,

– ta fram underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse som syftar till att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri, med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), och
– lämna nödvändiga författningsförslag och säkerställa att de förslag som lämnas särskilt beaktar lagstiftning som behandlar integritetsaspekter.

Uppdraget att utreda förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga ska redovisas senast den 1 maj 2021. Vid samma tidpunkt ska uppdraget att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga med bl.a. psykisk ohälsa delredovisas. Delredovisningen ska göras genom att en skriftlig redogörelse lämnas in till Regeringskansliet (Socialdepartementet). Redogörelsen ska innehålla en övergripande beskrivning av deluppdraget om att ta fram ett underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse med SKL. I övriga delar ska uppdraget redovisas senast den 1 oktober 2021.

Bakgrund

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, ska bl.a. den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården. Hälso- och sjukvården ska även arbeta för att förebygga ohälsa. Av patientlagen (2014:821) framgår att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

I patientlagen anges att barnets bästa särskilt ska beaktas när hälso- och sjukvård ges till barn. Vidare finns det särskilda bestämmelser om att barnet ska ges möjlighet att uttrycka sin inställning till vården och om att underlätta barnets delaktighet i hälso- och sjukvården med beaktande av ålder och mognad. Uppföljningar från bl.a. myndigheter och utredningar visar dock att vård inte alltid ges utifrån dessa förutsättningar och att tillgången till vård och samordningen av den varierar mellan olika regioner och vårdgivare.

Målgruppen för uppdraget är barn och unga. Regeringens barnrättspolitik tar sin utgångspunkt i FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) och omfattar barn och unga upp till 18 år. Ungdomspolitiken omfattar unga mellan 13 och 25 år.

Barn och unga i Sverige har generellt en god hälsa. Antalet barn och unga med psykisk ohälsa har dock ökat kraftigt under de senaste tio åren. Totalt handlar det om närmare 190 000 barn och unga vuxna i Sverige som lider av någon form av psykisk ohälsa. Den enskilt största gruppen, drygt 63 000 personer, är unga kvinnor i åldern 18–24 år. Det är framför allt diagnoser för depressioner och olika ångestsyndrom som bidrar till ökningen av den psykiska ohälsan. Orsakerna till ökningen kan vara flera, bl.a. ökad skolstress och ökade krav på arbetsmarknaden. De första åren i ett barns liv är viktiga för barnets utveckling och framtida hälsa. Brister i spädbarnets omsorgsmiljö påverkar barnet både kognitivt och emotionellt på lång sikt. Tidiga insatser på olika nivåer är avgörande för att säkerställa späda barns rätt till hälsa och utveckling.

Det finns också skillnader i hälsa som beror på socioekonomiska faktorer. Det framgår bl.a. av delbetänkandet Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete (SOU 2016:55) från Kommissionen för jämlik hälsa. Barn som lever i socioekonomisk utsatthet löper t.ex. mycket högre risk att skrivas in på sjukhus och att dö under barndomen än andra barn. Dessa barn har sämre hälsa och tandhälsa även i vuxen ålder och sämre förutsättningar för lärande, arbete och en egen inkomst. Även barn och unga som är placerade av socialtjänsten är särskilt utsatta. Det är centralt att barn och unga får tillgång till en sammanhållen vård som tar hänsyn till barns och ungas förutsättningar och behov så att de kan utvecklas och må bra även i vuxen ålder. Det gäller såväl hälso- och sjukvårdsinsatser som hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Uppföljningar, bl.a. från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Socialstyrelsen, visar att fragmentiseringen av och den bristande tillgången till hälso- och sjukvården samt otydlig ansvarsfördelning mellan de aktörer som erbjuder hälso- och sjukvård leder till att barn och unga ofta hamnar mellan stolarna. Det gäller särskilt barn och unga med psykisk ohälsa. IVO har i sin tillsyn sett att barn och unga med psykisk ohälsa riskerar att drabbas av brister i samordning och en osammanhängande vårdkedja samt att primärvården inte alltid har kapacitet och kompetens för att ta hand om barn och unga och

familjer i kris. IVO lyfter även fram att det förekommer att både primärvården och psykiatrin hänvisar barn och unga till elevhälsan med sina problem trots att elevhälsan inte är en vårdinstans. Samverkansproblem förekommer också mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, t.ex. när det gäller barn och unga inom den sociala barn- och ungdomsvården.

Problematiken med fragmentisering i vården drabbar också barn och unga med funktionsnedsättning och barn och unga med kroniska sjukdomar. Behovet av kontinuitet och samordning i vården är stort för dessa barn och unga och deras vårdnadshavare som ofta har många kontakter med vård och omsorg. Riksrevisionens granskningsrapport Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning (RiR 2011:17) visar att samordningen kring barn med funktionsnedsättning har stora brister och att alltför mycket ansvar för samordningen läggs på de anhöriga. Ingen aktör runt barnet anser sig ha ett uttalat mandat att driva samverkan och ingen känner sig huvudansvarig för samordningen. Riksrevisionen pekar här på att det blir avgörande att det finns en stark och drivande anhörig för att samordningen ska fungera.

Svårigheter kan uppstå i övergången mellan barn- och vuxenvården. Övergången kan upplevas abrupt för många barn och unga och även deras närstående. Det handlar om att gå från en vårdkultur till en annan där det omhändertagande som finns i barn- och ungdomshälsovården upphör och den unga i högre grad förväntas ta eget ansvar. Det kan leda till otrygghet hos den unga. Övergången från barn- och ungdomspsykiatrin till vuxenpsykiatrin kan vara särskilt svår. Även i övergångar mellan den nära och den specialiserade vården kan exempelvis bristande kommunikation och återkoppling göra att omhändertagandet upplevs osammanhängande.

Ansvaret för första linjens barn- och ungdomshälsovård är uppdelat på flera huvudmän och vårdgivare

Ansvaret för barn- och ungdomshälsovården är fördelat på flera huvudmän, regleras av olika lagar och har olika målsättningar. Regionerna är huvudmän för delar av primärvården inklusive mödravården och barnhälsovården. Kommuner är huvudmän för den kommunala hälso- och sjukvården, och kommuner och enskilda skolhuvudmän

är huvudmän för elevhälsan. Ungdomsmottagningar kan organiseras av regioner och kommuner.

Primärvårdens uppdrag regleras i HSL och avser öppenvård som ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården ska 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. Det finns en kärnverksamhet som ingår i grunduppdraget till vårdcentralerna i samtliga regioner men samtidigt finns det variationer inom ramen för den gemensamma kärnan. Dessa variationer handlar t.ex. om på vilken detaljnivå uppdragen är formulerade och om åtagandenas omfattning inom det allmänmedicinska kompetensområdet samt om rehabilitering, psykosociala insatser och hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

Mödravården och barnhälsovården ingår i primärvården. Mödravården ansvarar bl.a. för att följa hälsoutvecklingen för mödrar och foster under graviditeten. Det finns betydande skillnader i de lokala uppdragsbeskrivningarna för mödravården, och på vissa håll begränsas mödravårdens föräldrastöd till förlossningsförberedande kurser för föräldrar.

Barnhälsovården ansvarar för hälsovårdande insatser för alla barn från födelsen till start i förskoleklass. En central uppgift för barnhälsovården är att främja och följa alla barns hälsa, utveckling och livssituation. Barnhälsovård organiseras oftast i form av barnavårdscentraler. På barnavårdscentralen arbetar en eller flera legitimerade sjuksköterskor och läkare. Barnhälsovården erbjuder hälsovägledning, föräldrastöd och hälsoövervakning av alla anslutna barn enligt ett för barnhälsovårdsområdet lokalt eller regionalt fastställt program.

Kommunerna ska erbjuda hälso- och sjukvård åt personer i vissa boendeformer, bl.a. för personer med funktionsnedsättning och i dagverksamhet. Vidare har samtliga regioner utom ett efter överenskommelse med kommunerna i länet överlåtit ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende till kommunala huvudmän. I kommunen måste det finnas minst en medicinskt ansvarig sjuksköterska. Den kommunala hälso- och sjukvården inkluderar inte sådan vård som ges av läkare. Det är regionens ansvar att avsätta de läkarresurser som behövs inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Ungdomsmottagningar är ett frivilligt åtagande för regioner och kommuner. Tillgången till mottagningar i landet varierar, liksom orga-

nisation, bemanning och innehåll. Det finns ingen övergripande organisations- eller ledningsstruktur på nationell nivå för ungdomsmottagningarna, och nationella rekommendationer och kvalitetsindikatorer saknas. Mottagningarnas uppdrag kan se olika ut och det kan finnas lokala riktlinjer för verksamheterna. Ungdomsmottagningarna vänder sig huvudsakligen till ungdomar mellan 13 och 20 år men både den nedre och övre åldersgränsen kan variera mellan mottagningar. Ungdomsmottagningar tar emot unga som vill ha hjälp inom sexuell och reproduktiv hälsa samt fysisk och psykisk hälsa.

I flera regioner och kommuner finns också så kallade familjecentraler som erbjuder mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst med inriktning mot förebyggande arbete. På en familjecentral arbetar flera olika yrkeskategorier tillsammans kring barnfamiljen. Förutom barnmorskor, sjuksköterskor, förskollärare och socionomer kan det även finnas andra yrkesgrupper representerade, såsom familjerådgivare, tandhälsopersonal och psykolog. Kännetecknande för verksamheten är att huvudmännen samordnar sina resurser för att möjliggöra en tvärfacklig samverkan.

Kommuner och enskilda skolhuvudmän ansvarar för elevhälsan

Kommuner och enskilda skolhuvudmän ansvarar för elevhälsan. Av 2 kap. 25 § skollagen (2010:800) framgår att det ska finnas elevhälsa för eleverna i förskoleklassen, grundskolan, grundsärskolan, sameskolan, specialskolan, gymnasieskolan och gymnasiesärskolan. Elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsans arbete ska vara förebyggande och hälsofrämjande och stödja elevernas utveckling mot målen. Vidare framgår att det ska finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator för elevhälsans medicinska, psykologiska och psykosociala insatser.

Elevhälsan kan organiseras på olika sätt. Hos en del huvudmän är elevhälsan knuten till den enskilda skolan medan den hos andra är centralt placerad.

Enligt 2 kap. 27 § skollagen ska varje elev i grundskolan, grundsärskolan och specialskolan erbjudas minst tre hälsobesök som innefattar allmänna hälsokontroller, och för varje elev i gymnasieskolan

och gymnasiesärskolan ska det erbjudas minst ett hälsobesök. Hälsobesöken ska vara jämnt fördelade under skoltiden.

Av 2 kap. 28 § skollagen framgår att elever som avses i 27 § vid behov får anlita elevhälsan för enklare sjukvårdande insatser, t.ex. omplåstring eller liknande. Den medicinska personalen inom elevhälsan erbjuder även vaccinationer i enlighet med vaccinationsprogrammet för barn och unga (2 kap. 3 a § smittskyddslagen [2004:168]).

Regeringens insatser för en mer sammanhållen vård och utvecklad elevhälsa

För att främja utvecklingen av en mer samordnad vård har regeringen tillsatt flera utredningar och gett uppdrag till myndigheter. Regeringen har bl.a. gett en särskild utredare i uppdrag att stödja regioner, myndigheter och organisationer i arbetet med att utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredningen har antagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård. I utredningens uppdrag ingår även att se över 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 som ett stöd för denna samordning. Utredningen har lämnat förslag på en färdplan som ska ligga till grund för en omställning från den sjukhustunga vården till en god och nära vård som utformas och erbjuder vård efter patienternas behov och förutsättningar. Primärvården ska vara navet i vården. Regeringen har också ingått en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) för att stödja utvecklingen av denna vård.

I överenskommelsen från 2019 mellan staten och SKL om insatser inom området psykisk hälsa fördelades medel till regioner och kommuner för att genomföra utvecklingsinsatser inom området. Bland annat fördelades medel till regionerna för att stimulera och rusta nya initiativ för barn och unga med psykisk ohälsa. Satsningen riktas bl.a. till barn- och ungdomspsykiatrin och första linjens vård för psykisk ohälsa. Även SKL har genom överenskommelsen tillförts medel för att samordna kommuners och regioners behov av erfarenhetsutbyte, stödja kommuner och regioner i arbetet med att genomföra lokalt och regionalt utvecklingsarbete, ge metodstöd, utveckla verktyg och stödmaterial samt genomföra uppföljningar.

Under 2018 och 2019 har regeringen ingått årliga överenskommelser med SKL om stöd till regionerna för ökad tillgänglighet i barnhälsovården för grupper som har sämre hälsa och tandhälsa och lägre vaccinationstäckning, genom utökade hembesök eller annan uppsökande verksamhet främst i socioekonomiskt utsatta områden.

Flera utredningar, bl.a. Kommissionen för jämlik hälsa, visar på att dagens barn- och ungdomshälsovård fortfarande är fragmentiserad med många olika aktörer och huvudmannaskap. Det leder i sin tur till att barn och unga inte alltid får sina behov tillgodosedda. Barn och unga är en särskilt utsatt grupp så till vida att de inte alltid kan föra sin egen talan i dessa frågor och att det finns en tydlig maktobalans mellan barnen och personal i vården. Därför behöver det tas ett samlat grepp om de vårdinsatser som erbjuds. Det är viktigt att täppa till de luckor som finns i dagens vårdsystem för att på så vis skapa förutsättningar för en mer sammanhållen vård. En sammanhållen god och nära vård för barn och unga är också, enligt regeringens bedömning, en förutsättning för att den specialiserade vården ska kunna avlastas och att köerna till barn- och ungdomspsykiatrin ska kunna kortas.

Vidare har regeringen gett Statens skolverk och Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans genomföra ett treårigt utvecklingsarbete som ska syfta till att förbättra samverkan mellan elevhälsan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten så att barn och unga får tidiga och samordnade insatser (U2017/01236/GV).

I syfte att öka den genomsnittliga personaltätheten inom elevhälsan har regeringen beslutat förordningen (2016:400) om statsbidrag för personalförstärkning inom elevhälsan och när det gäller specialpedagogiska insatser och för fortbildning när det gäller sådana insatser. Satsningen är permanent.

Skolverket har också haft regeringens uppdrag att genomföra insatser för att förbättra det förebyggande och hälsofrämjande arbetet inom elevhälsan i syfte att stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål (U2016/02937/S). Skolverket redovisade uppdraget i januari 2019 och konstaterar att det genom insatsen blivit tydligt att elevhälsouppdraget behöver organiseras utifrån en skolgemensam kultur där betydelsen av ett hälsofrämjande arbete, och detta sätt att tänka och utveckla skolan, behöver genomsyra all verksamhet på skolan.

Regeringen har även tillsatt en utredning om elevers möjligheter att nå kunskapskraven bl.a. med uppdrag att analysera hur elevhälsoarbetet kan utvecklas och föreslå insatser som kan bidra till att skapa ett mer aktivt och väl fungerande elevhälsoarbete och därmed stärka elevhälsans kompensatoriska roll. Utredningen ska redovisa sitt uppdrag den 28 februari 2020 (dir. 2019:38).

Behovet av en utredning

Regeringen bedömer att det behövs ytterligare insatser för att tillgodose de behov som barn och unga har av hälso- och sjukvård inklusive hälsofrämjande insatser. De insatser som har genomförts för att stödja samordningen när det gäller barn- och ungdomshälsovården har hittills inte lett till önskat resultat.

Behovet att se över en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård har också lyfts fram i flera tidigare utredningar. Samordnaren för unga som varken arbetar eller studerar föreslår t.ex. i sitt slutbetänkande Det handlar om oss – unga som varken arbetar eller studerar (SOU 2017:9) att en statlig utredning bör tillsättas med uppdrag att lämna förslag om hur en sammanhängande barn- och ungdomshälsovård från 0 till 25 års ålder, som inkluderar tillgång till förebyggande och främjande arbete för alla barn och unga, bör utformas. Utredningen lyfter fram att hälsa har stor betydelse för ungas etablering i samhället och att den ökade ohälsan bland unga utgör en riskfaktor för att misslyckas i skolan och för att hamna utanför studier och arbete. Bland unga som varken arbetar eller studerar är det vanligare att känna sig deprimerad, ha lågt självförtroende och uppleva fysiska besvär. Många unga som varken arbetar eller studerar har haft hälsoproblem sedan tidig ålder.

Samordnaren för den sociala barn- och ungdomsvården har i sin slutrapport Barnets och ungdomens reform – Förslag för en hållbar framtid (S2016/01023-3) bedömt att det finns behov av tidiga och samordnade insatser mellan fler intressenter för att utifrån olika tvärkompetenser bygga en hållbar kedja av tidiga och förebyggande insatser för barn och unga.

Även den nationella samordnaren inom området psykisk hälsa föreslår i rapporten Ungas beställning till samhället (S2018/04669/FS) att regeringen ska tillsätta en utredning med uppdrag att ta fram en

modell för en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård för barn och unga i åldern 0–25 år. På så vis säkerställs att barn och unga som är i behov av insatser från flera huvudmän kan få stöd och hjälp på ett lättillgängligt sätt och att samhällets stödsystem utformas utifrån barns och ungas behov och villkor.

I slutbetänkandet från Kommissionen för jämlik hälsa, Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa (SOU 2017:47), föreslås att en utredning ska tillsättas för att ta fram förslag på en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård där elevhälsan ingår. Kommissionen menar att om elevhälsans resurser samlas centralt och inte avgörs av varje skola skapas förutsättningar för en mer jämlik vård. Bakgrunden till förslaget är bl.a. den varierande tillgången till elevhälsan och elevhälsans lagstadgade professioner på skolor runt om i landet. Kommissionen menar vidare att man bör se över om även ungdomsmottagningarna kan och bör inkorporeras i en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård. Kommissionen pekar dessutom på att de olika aktörer som arbetar med barn och ungdomshälsovård i påfallande grad är organisatoriskt och professionellt separerade från varandra, vilket bl.a. leder till fragmentisering av vården och till att det förebyggande arbetet förbises. Kommissionen anser att en sammanhållen organisation för barn- och ungdomshälsovården skulle öka förutsättningarna för en mer jämlik vård. Det skulle också öka möjligheten att möta barn behov utifrån deras utvecklingsnivå i stället för utifrån ålder samt säkerställa att barn med behov av samordnade insatser från flera aktörer får rätt vård och stöd.

SKL har också lyft behoven av en sammanhållen barn- och ungdomsvård. I rapporten Minskade hälsoskillnader – ett gemensamt ansvar (2017) framför SKL att organiseringen av barn- och ungdomshälsovården behöver utredas för att på ett ännu mer träffsäkert sätt tillgodose alla flickors och pojkars rättigheter till hälsa oavsett bakgrund.

Vikten av att alla elever får tillgång till en elevhälsa av god kvalitet har tidigare belysts av Skolinspektionen 2015 och i betänkandet Se, tolka och agera – allas rätt till en likvärdig utbildning (SOU 2010:95), särskilt dess betydelse för elever i behov av särskilt stöd. Skolkommissionen konstaterar i sitt slutbetänkande Samling för skolan – Nationell strategi för kunskap och likvärdighet (SOU 2017:35) att elevhälsan utgör en viktig resurs för skolans arbete med elevers välbefinnande, utveckling och lärande. Skolkommission anser vidare bl.a.

att kunskapsuppbyggnaden och kunskapsspridningen av arbetssätt och metoder inom elevhälsoområdet behöver förbättras. Det handlar dels om hur skolors generella hälsofrämjande arbete kan utformas för att ha effekt och vara en integrerad del i skolans verksamhet, dels om att utarbeta evidensbaserade program för att motverka psykisk ohälsa.

Enligt januariavtalet, som är en sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna behöver ansvaret för barns hälsa, från mödravård tills barnet fyllt 18 år, samordnas och en utredning om hur samordningen ska stärkas kring barn- och ungdomshälsan ska tillsättas.

Uppdraget att utreda förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga

I dagens system med många aktörer och flera huvudmän riskerar vården för barn och unga att fragmentiseras, och det försvårar förutsättningarna för att hålla ihop och samordna vården för barn och unga med olika vårdbehov. Samordning av barnets eller den unges vårdkontakter får ofta hanteras av föräldrar eller andra närstående, när den i de flesta fall skulle hanteras bättre av en professionell person i den nära vården. Det finns därför behov av att utreda förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga och hur en sådan reform skulle kunna genomföras. Utgångspunkten är att barn och unga ska få vård och behandling efter behov och att hälsofrämjande insatser erbjuds för att i möjligaste mån förebygga psykisk ohälsa eller kroniska sjukdomar. En sammanhållen god och nära vård för barn och unga kan vidare avlasta föräldrar ansvaret att samordna vårdens insatser för sina barn.

Eftersom andelen barn och unga som upplever psykisk ohälsa har ökat på senare år, är det särskilt viktigt att se över hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd.

Regeringen har beslutat om tilläggsdirektiv till utredningen Samordnad utveckling för en god och nära vård (dir. 2019:49) med uppdraget 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 sjukskrivning. Det är viktigt att barn och unga som lider av psykisk ohälsa, och som inte behöver den specialiserade vårdens insatser, fångas upp i över-

gången från den sammanhållna barn- och ungdomshälsovården till vård för vuxna. De båda utredningarnas uppdrag bör därför samordnas med varandra.

Ansvaret för de hälso- och sjukvårdande insatserna och de förebyggande och hälsofrämjande insatserna behöver renodlas genom att tydliggöra olika aktörers och professioners roller och ansvar.

Det finns också behov av att definiera vad som ingår i uppdraget att erbjuda en god och nära vård för barn och unga och att avgränsa uppdraget i förhållande till andra relevanta aktörer inom regioner och kommuner, t.ex. barn- och ungdomspsykiatrin och socialtjänsten. Dessutom bör samordningsansvaret tydliggöras för vård- och behandlingsinsatser för barn och unga gentemot andra aktörer såsom den kommunala hälso- och sjukvården. Även tandvårdens roll ska beaktas. Det är särskilt viktigt att tydliggöra hälso- och sjukvårdens ansvar för hälsofrämjande och förebyggande insatser så att barn och unga som har behov kan erbjudas adekvata insatser.

I dag finns många olika aktörer som är inblandade i hälso- och sjukvården för barn och unga vilket kan bidra till otydlighet och risker för dessa individer att falla mellan stolarna. Lämpligheten av ett gemensamt huvudmannaskap för aktörerna i primärvården (mödravården, barnhälsovården, vårdcentralerna) och ungdomsmottagningarna behöver därför övervägas. Även när det gäller de medicinska delarna av elevhälsan kan för- och nackdelar med ett förändrat huvudmannaskap övervägas. Skolsköterskornas roll i elevhälsan ska dock vara oförändrad, dvs. deras närvaro i skolan ska bestå, detta eftersom skolsköterskorna har en viktig roll i skolornas hälsofrämjande arbete och är en viktig del i elevhälsans samlade kompetens. Av 3 kap. 7 § skollagen framgår exempelvis att det vid utredning av behov av särskilt stöd ska ske samråd med elevhälsan, om det inte är uppenbart obehövligt.

För att möjliggöra en samordning av relevanta aktörer med betydelse för barn- och ungdomsvården är det också angeläget att det finns ändamålsenliga och effektiva kontaktvägar mellan de olika aktörerna så att barn och unga snabbt kan få hjälp hos rätt instans. Även i förhållande till specialiserad hälso- och sjukvård är det viktigt att kommunikation och återkoppling fungerar som den ska.

Även samordningen av barnhälsovården och ungdomsmottagningar med socialtjänsten och annan relevant verksamhet som riktar sig till barn i så kallade familjecentraler kan förbättras.

Framtidens verksamheter behöver kunna organiseras på ett mer sammanhållet och ändamålsenligt sätt, där det är klarlagt för vilka åldersgrupper den sammanhållna barn- och ungdomshälsovården ska erbjudas. En utgångspunkt för detta ska vara att förenkla dagens system och om möjligt minska antalet aktuella aktörer. Möjligheten att samordna vårdinsatser för barn upp till 12 år i barnhälsovården och för barn och unga från 13 år inom ungdomsmottagningarnas verksamhet skulle t.ex. leda till en sådan minskning.

Utredaren ska därför

- utreda försättningarna för en sammanhållen och resurseffektiv god och nära vård för barn och unga och föreslå hur reformen kan organiseras och genomföras på ett ändamålsenligt sätt, inklusive att överväga lämpligheten och möjligheten av ett gemensamt huvudmannaskap för bl.a. aktörerna i primärvården (mödravården, barnhälsovården, vårdcentralerna), ungdomsmottagningarna och de medicinska delarna av elevhälsan,
- kartlägga kontaktvägar mellan relevanta instanser inom barn- och ungdomsvården och vid behov föreslå hur dessa kan bli mer ändamålsenliga och effektiva så att barn och unga kan få sina samlade hälso- och sjukvårdsbehov tryggt omhändertagna,
- bedöma hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd i högre utsträckning än vad som sker i dag, t.ex. genom att det införs en ny vårdinsats inom primärvården,
- föreslå vad som ska ingå i uppgiften att erbjuda en sammanhållen god och nära vård för barn och unga och vilka åldersgrupper som vårdens olika aktörer ska ha ett ansvar för,
- utreda samordningsansvaret gentemot andra aktörer, t.ex. den specialiserade vården, och hur samverkan med relevanta aktörer såsom familjecentraler kan stärkas,
- lämna förslag som bidrar till att vården utformas så att barn, unga och närstående ska kunna vara delaktiga i planering, genomförande och uppföljning av stöd och insatser, och
- lämna nödvändiga författningsförslag och i det arbetet säkerställa att de förslag som lämnas särskilt beaktar lagstiftning som behandlar integritetsaspekter.

Vid genomförandet av uppdraget ska utredaren utgå från ett barnrätts- och ungdomsperspektiv samt ta hänsyn till närståendeperspektivet. De insatser som utredaren föreslår ska syfta till att barn och unga erbjuds en jämlik hälso- och sjukvård och hälsofrämjande insatser under hela uppväxten, i alla åldrar oavsett modersmål, bostadsort eller vårdgivare.

Informationsöverföring

För att få till en sammanhållen vård krävs ett fungerande informationsutbyte. Den mångfald av aktörer som barn och unga möter styrs av olika lagstiftningar och måste löpande hantera avvägningen mellan å ena sidan sekretessregler som värnar den enskildes integritet och behovet av informationsdelning för att kunna ge en god vård.

Utredaren ska därför

– föreslå hur möjligheterna till en god informationsförsörjning för såväl verksamheterna som för den enskilde kan stärkas, både när det gäller utbyte av information inom och mellan olika verksamheter eller huvudmannagränser, och

– lämna nödvändiga författningsförslag och i det arbetet särskilt beakta Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (EU:s dataskyddsförordning).

Vid genomförandet av uppdraget ska utredaren beakta arbetet med patientkontrakt. I analysen ska även ingå att säkerställa att barn och unga som önskar och där så bedöms lämpligt, ska ha tillgång till sin egen hälsoinformation.

Nationell uppföljning av barn- och ungdomshälsovården

En central uppgift för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga bör vara att följa barns och ungas hälsoutveckling över tid både individuellt och på aggregerad nivå. Som ett led i detta bör en sammanhållen journalföring övervägas som ska kunna följa barnets individuella hälsoutveckling från dagens mödra- och barnhälsovård

till elevhälsan och ungdomsmottagningarna, detta i enlighet med vad Kommissionen för jämlik hälsa föreslår i sitt slutbetänkande (SOU 2017:47). På så sätt samlas informationen om barnets eller den unges hälsoutveckling och det ger ett gott beslutsunderlag för eventuella åtgärder. En sådan uppföljning underlättar också kunskapsutvecklingen om barns och ungas hälsobehov på nationell nivå och kan bidra till att utveckla mer effektiva och tidiga insatser för att förebygga ohälsa hos barn och unga.

Utredaren ska därför

- föreslå hur en samlad uppföljning av barns och ungas fysiska och psykiska hälsa kan utformas som stöder utvecklingen dels av det hälsofrämjande arbetet för barn och unga både på individuell och nationell nivå, dels av vårdens utformning och innehåll, och
- lämna nödvändiga författningsförslag och i det arbetet särskilt beakta EU:s dataskyddsförordning.

Uppdraget att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga med bl.a. psykisk ohälsa

Både nuvarande regering och tidigare regeringar har genomfört omfattande reformer och satsningar på psykiatrin och inom området psykisk hälsa. I januariavtalet anges att ett mål om en köfri barn- och ungdomspsykiatri ska slås fast. För barn- och ungdomspsykiatrin har kapaciteten att ta emot fler patienter ökat, men ökningen av barn och unga som mår dåligt har ökat i högre takt vilket innebär att tillgången till vård ändå inte motsvarar behovet. Sedan 2014 har staten och SKL tecknat överenskommelser om insatser på området psykisk hälsa bl.a. för att stödja huvudmännens arbete med att möta den psykiska ohälsan hos barn och unga. För att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri behöver det finnas en väl fungerande första linjens vård som i ett tidigt skede kan fånga upp de barn och unga som behöver hjälp och stöd. Målet kan inte nås enbart genom en utbyggnad av den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin, utan en sammanhållen och resurseffektiv god och nära vård är en förutsättning även för detta.

För att stödja huvudmännen i deras nuvarande arbete med att utveckla en mer sammanhållen god och nära vård för att bl.a. möta den psykiska ohälsan bland barn och unga ges utredningen även ett

främjande uppdrag. Denna del av uppdraget ska ske i nära dialog med företrädare för ett antal regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän. I dialogerna med dessa aktörer kan också deras respektive förutsättningar för att ge bra vård och stöd till barn och unga med psykisk ohälsa, samsjuklighet, kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar belysas. På så sätt kan utredaren få kunskap om i vad mån det nationella stödet från både myndigheter och SKL är ändamålsenligt utformat. Den kunskap och de erfarenheter som det främjande uppdraget ger utredaren utgör ett viktigt underlag för de förslag som utredaren har i uppdrag att lämna.

Utredarens främjande uppdrag innebär att, i dialog med företrädare för ett antal regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän, stärka och stödja deras arbete med att främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa hos barn och unga samt att förebygga samsjuklighet och kroniska sjukdomar. Arbetet ska stimulera och inspirera huvudmännen till att utveckla relevanta verksamheter för att på bästa sätt möta de utmaningar som finns.

Utredaren ska därför

- föra dialog med ett relevant antal regioner, kommuner och enskilda skolhuvudmän av varierande storlek och med en geografisk spridning med målet att ge aktörerna stöd och inspiration för att utveckla former för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga,
- bistå med goda exempel på framgångsrika arbetssätt från andra huvudmän, t.ex. samarbete mellan MVC, BVC, specialiserad hälso- och sjukvård, förskola, skola, socialtjänst och tandvård,
- fånga upp svårigheter och framgångsfaktorer som identifieras i dialogerna och beakta detta i utredningsarbetet, samt
- föra dialog med SKL, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, relevanta skolmyndigheter liksom regionernas och kommunernas egna kunskapsstrukturer för att säkerställa att arbetet utgör ett konkret stöd för en kunskapsbaserad verksamhet och som en del av en samlad nationell kunskapsstyrning.

Utredaren ska därutöver

– i samråd med regioner, kommuner, enskilda skolhuvudmän, SKL, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, relevanta skolmyndigheter, professioner och andra berörda parter, ta fram underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse med SKL som syftar till att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri i enlighet med januariavtalet, detta dels genom insatser inom ramen för överenskommelsen som riktas mot barn- och ungdomspsykiatrin i sig, dels genom utveckling av det främjande och förebyggande arbetet, så som omställningen till den nära vården, utvecklad elevhälsa och särskilda insatser riktade mot riskgrupper. Underlaget kan även användas för andra nationella insatser för att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri,
– inom ramen för arbetet med att ta fram underlaget till överenskommelse med SKL analysera och ge förslag på hur utökade nationella insatser kan bidra till att uppnå målet om en köfri barn- och ungdomspsykiatri i enlighet med januariavtalet. Förslagen ska vara skalbara.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska redovisa förslagens konsekvenser 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 och vad gäller jämlik vård över landet.

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 dessa ska finansieras. Om förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen, ska de konsekvenser och de särskilda avvägningar som motiverat förslagen särskilt redovisas (se 14 kap. 3 § RF).

Barnrätts- och ungdomsperspektivet ska beaktas i utredningen och konsekvenser för barn och unga ska särskilt belysas.

Utredaren ska särskilt

– belysa hur eventuella organisatoriska förändringar påverkar elevhälsan och ungdomsmottagningarna och förutsättningarna att stödja barn och unga, och
– belysa och analysera konsekvenserna av förslagen för barn och unga, med särskilt fokus på grupper som i dagens system inte får sina behov av sjukvårdande och hälsofrämjande insatser tillräckligt tillgodosedda, bl.a. späda barn, barn och unga med psykisk ohälsa och barn och unga med funktionsnedsättningar, kroniska sjukdomar och samsjuklighet som har behov av samordnande insatser från olika aktörer.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Utredaren ska i arbetet samråda med berörda myndigheter, vårdgivare och organisationer som företräder barn och unga och professionerna. Dialogen med barn och unga är särskilt angelägen. Utredaren ska utgå ifrån och samordna sina förslag med utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) och Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven (U 2017:07) liksom med andra relevanta utredningar.

Uppdraget att utreda förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga ska redovisas senast den 1 maj 2021. Vid samma tidpunkt ska uppdraget att främja utvecklingen av en sammanhållen god och nära vård för barn och unga med bl.a. psykisk ohälsa delredovisas. Delredovisningen ska göras genom att en skriftlig redogörelse lämnas in till Regeringskansliet (Socialdepartementet). Den skriftliga redogörelsen ska innehålla en övergripande beskrivning av deluppdraget om att ta fram ett underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse med SKL. I övriga delar ska uppdraget redovisas senast den 1 oktober 2021.

(Socialdepartementet)

Statens offentliga utredningar 2021

Kronologisk förteckning

1. Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering. I.
2. Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. Ju.
3. Skolbibliotek för bildning och utbildning. U.
4. Informationsöverföring inom vård och omsorg. S.
5. Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. Ju.
6. God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. S.
7. Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. Ju.
8. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). S.
9. Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. I.
10. Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. M.
11. Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. U.
12. Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. Ju.
13. En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. Ju.
14. Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. S.
15. Föreningsfrihet och terroristorganisationer. Ju.
16. En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. Fi.
17. Ett moderniserat konsumentskydd. Fi.
18. Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. Ju.
19. En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. S.
20. Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. Ju.
21. En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. M.
22. Hårdare regler för nya nikotinprodukter. S.
23. Stärkt planering för en hållbar utveckling. Fi.
24. Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. M.
25. Struktur för ökad motståndskraft. Ju.
26. Använd det som fungerar. M.
27. Ett förbud mot rasistiska organisationer. Ju.
28. Immunitet för utställningsföremål. Ku.
29. Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. I.
30. Kampen om tiden – mer tid till lärande. U.
31. Kontroller på väg. I.
32. Papper, poddar och ... Pliktmateriallagstiftning för ett tryggat källmaterial. U.
33. En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. U.
34. Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. S.
35. En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. Ju.

36. Gode män och förvaltare – en översyn. Ju.
37. Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. S.
38. En ny lag om ordningsvakter m.m. Ju.
39. Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. S.
40. Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. Fi.
41. VAB för vårdåtgärder i skolan. S.
42. Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. Fi.
43. Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar. Ju.
44. Tillgänglighetsdirektivet. S.
45. En EU-anpassad djurläkemedelslagstiftning. Del 1 och 2. N.
46. Snabbare lagföring – ett snabbförfarande i brottmål. Ju.
47. Ett nytt regelverk för bygglov. Del 1 och 2. Fi.
48. I en värld som ställer om. Sverige utan fossila drivmedel 2040. M.
49. Kommuner mot brott. Ju.
50. Fri hyressättning vid nyproduktion. Ju.
51. Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar. Vol. 1 och 2. M.
52. Vilja välja vård och omsorg. En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. S.
53. En rättssäker vindkraftsprövning. M.
54. Ändrade regler i medborgarskapslagen. Ju.
55. Mikroföretagarkonto – schabloniserad inkomstbeskattning för de minsta företagen. Fi.
56. Nya regler om utländska föräldraskap och adoption i vissa fall. Ju.
57. Om folkbokföring, samordningsnummer och identitetsnummer. Fi.
58. Läge och kvalitet i hyressättningen. Ju.
59. Vägen till tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. S.
60. Förenklingar för mikroföretag och modernisering av bokföringslagen. N.
61. Utvisning på grund av brott – ett skärpt regelverk. Ju.
62. Användning av e-legitimation i tjänsten i den offentliga förvaltningen. I.
63. Sveriges säkerhet – behov av starkare skydd för nätverks- och informationssystem. Fö.
64. Ersättning till brottsoffer. Ju.
65. Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur. U.
66. Rätt mottagare. Demokrativillkor och integritet. Ku.
67. Vägen mot fossiloberoende jordbruk. N.
68. Skärpta straff för brott i kriminella nätverk. Ju.
69. En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet. Volym 1 och 2. S.
70. Läromedelsutredningen – böckernas betydelse och elevernas tillgång till kunskap. U.
71. Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur. S.
72. Högskoleprovets organisation och styrning. U.
73. Regler för statliga elvägar. I.
74. Ett modernt belöningssystem, de allmänna flaggdagarna och redovisningen av anslaget till hovet. Ju.
75. En god kommunal hushållning. + Digital bilagedel för bilaga 3–6. Fi.
76. EU:s förordning om terrorisminnehåll på internet – frågan om behörig myndighet. Ju.
77. Från kris till kraft. Återstart för kulturen. Ku.
78. Börja med barnen! ! Följa upp hälsa och dela information för en god och nära vård. S.

Statens offentliga utredningar 2021

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. [16]

Ett moderniserat konsumentskydd. [17]

Stärkt planering för en hållbar utveckling. [23]

Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. [40]

Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. [42]

Ett nytt regelverk för bygglov. Del 1 och 2. [47]

Mikroföretagarkonto – schabloniserad inkomstbeskattning för de minsta företagen. [55]

Om folkbokföring, samordningsnummer och identitetsnummer. [57]

En god kommunal hushållning. + Digital bilagedel för bilaga 3–6. [75]

Försvarsdepartementet

Sveriges säkerhet – behov av starkare skydd för nätverks- och informationssystem. [63]

Infrastrukturdepartementet

Säker och kostnadseffektiv it-drift rättsliga förutsättningar för utkontraktering. [1]

Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. [9]

Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. [29]

Kontroller på väg. [31]

Användning av e-legitimation i tjänsten i den offentliga förvaltningen. [62]

Regler för statliga elvägar. [73]

Justitiedepartementet

Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. [2]

Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. [5]

Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. [7]

Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. [12]

En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. [13]

Föreningsfrihet och terroristorganisationer. [15]

Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. [18]

Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. [20]

Struktur för ökad motståndskraft. [25]

Ett förbud mot rasistiska organisationer. [27]

En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. [35]

Gode män och förvaltare – en översyn. [36]

En ny lag om ordningsvakter m.m. [38]

Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar. [43]

Snabbare lagföring – ett snabbförfarande i brottmål. [46]

Kommuner mot brott. [49]

Fri hyressättning vid nyproduktion. [50]

Ändrade regler i medborgarskapslagen. [54]

Nya regler om utländska föräldraskap och adoption i vissa fall. [56]

Läge och kvalitet i hyressättningen. [58]

Utvisning på grund av brott – ett skärpt regelverk. [61]

Ersättning till brottsoffer. [64]

Skärpta straff för brott i kriminella nätverk. [68]

Ett modernt belöningssystem, de allmänna flaggdagarna och redovisningen av anslaget till hovet. [74]

EU:s förordning om terrorisminnehåll på internet – frågan om behörig myndighet. [76]

Kulturdepartementet

Immunitet för utställningsföremål. [28]

Rätt mottagare. Demokrativillkor och integritet. [66]

Från kris till kraft. Återstart för kulturen. [77]

Miljödepartementet

Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. [10]

En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. [21]

Äga avfall
– en del av den cirkulära ekonomin. [24]

Använd det som fungerar. [26]

I en värld som ställer om.
Sverige utan fossila drivmedel 2040. [48]

Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar. Vol. 1 och 2. [51]

En rättssäker vindkraftsprövning. [53]

Näringsdepartementet

En EU-anpassad djurläkemedelslagstiftning. Del 1 och 2. [45]

Förenklingar för mikroföretag och modernisering av bokföringslagen. [60]

Vägen mot fossiloberoende jordbruk. [67]

Socialdepartementet

Informationsöverföring inom vård och omsorg. [4]

God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. [6]

När behovet får styra
– ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). [8]

Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. [14]

En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. [19]

Hårdare regler för nya nikotinprodukter. [22]

Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. [34]

Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. [37]

Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. [39]

VAB för vårdåtgärder i skolan. [41]

Tillgänglighetsdirektivet. [44]

Vilja välja vård och omsorg.
En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. [52]

Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. [59]

En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet.
Volym 1 och 2. [69]

Riksintressen i hälso- och sjukvården
– stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur. [71]

Börja med barnen!
Följa upp hälsa och dela information för en god och nära vård. [78]

Utbildningsdepartementet

Skolbibliotek för bildning och utbildning. [3]

Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. [11]

Kampen om tiden
– mer tid till lärande. [30]

Papper, poddar och ...
Pliktmateriallagstiftning för ett tryggat källmaterial. [32]

En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. [33]

Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur. [65]

Läromedelsutredningen
– böckernas betydelse och elevernas tillgång till kunskap. [70]

Högskoleprovets organisation och styrning. [72]



Regeringskansliet

103 33 Stockholm Växel 08-405 10 00 www.regeringen.se

ISBN 978-91-525-0222-8 ISSN 0375-250X

1104

Omslag: Elanders Sverige AB
Bild: Agneta S Öberg

Regeringskansliet

Remiss

2021-11-04
S2021/06815

Socialdepartementet

Börja med barnen! Följa upp hälsa och dela information för en god och nära vård (SOU 2021:78)

Remissinstanser

1 Akademikerförbundet SSR
2 Barnens rätt i samhället (Bris)
3 Barnombudsmannen
4 Bjurholm kommun
5 Bodens kommun
6 Bollnäs kommun
7 Dietisternas Riksförbund
8 E-hälsomyndigheten
9 Flickaplattformen
10 Folkhälsomyndigheten
11 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd
12 Friskolornas riksförbund
13 FSUM - Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar
14 Funktionsrätt Sverige
15 Fysioterapeuterna
16 Förvaltningsrätten i Falun
17 Förvaltningsrätten i Malmö
18 Göteborgs kommun
19 Hammarö 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

20 Härjedalens kommun
21 Högskolan i Skövde
22 Höör kommun
23 Idéburna skolors riksförbund
24 Inspektionen för vård och omsorg
25 Integritetsskyddsmyndigheten
26 Justitiekanslern
27 Jämställdhetsmyndigheten
28 Kalmar kommun
29 Karolinska institutet
30 Katrineholms kommun
31 Kiruna kommun
32 Kristinehamns kommun
33 Kumla kommun
34 Laholms kommun
35 Leksands kommun
36 Linköpings universitetet
37 Maskrosbarn
38 Motala kommun
39 Myndigheten för delaktighet
40 Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor
41 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd
42 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
43 Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa
44 Nationellt kompetenscentrum anhöriga
45 Norrköpings kommun
46 Nynäshamns kommun
47 Nätverket Unga För Tillgänglighet (NUFT)
48 Partille kommun
49 Psykologförbundet

50 Regelrådet
51 Region Blekinge
52 Region Dalarna
53 Region Gotland
54 Region Gävleborg
55 Region Halland
56 Region Jämtland Härjedalen
57 Region Jönköpings län
58 Region Kalmar län
59 Region Kronoberg
60 Region Norrbotten
61 Region Skåne
62 Region Stockholm
63 Region Sörmland
64 Region Uppsala
65 Region Värmland
66 Region Västerbotten
67 Region Västernorrland
68 Region Västmanland
69 Region Örebro
70 Region Östergötland
71 RFSL Ungdom
72 Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU)
73 Socialstyrelsen
74 Solna kommun
75 Specialpedagogiska skolmyndigheten
76 Statens medicinsk-etiska råd (Smer)
77 Statens skolinspektion
78 Statens skolverk
79 Statliga stiftelsen Allmänna barnhuset

80 Statskontoret
81 Stenungsunds kommun
82 Stockholms universitet
83 Storumans kommun
84 Svensk sjuksköterskeförening
85 Svenska Barnmorskeförbundet
86 Svenska Logopedförbundet
87 Svenska Läkaresällskapet
88 Sveriges Arbetsterapeuter
89 Sveriges Farmaceuter
90 Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
91 Sveriges läkarförbund
92 Sveriges Tandläkarförbund
93 Södertälje kommun
94 Tibro kommun
95 Tierp kommun
96 Tjörns kommun
97 Umeå universitet
98 Upplands Väsby kommun
99 Uppsala kommun
100 Vellinge kommun
101 Vetenskapsrådet
102 Vision
103 Vårdförbundet
104 Västerås kommun
105 Västra Götalandsregionen
106 Växjö kommun
107 Årjängs kommun
108 Östersunds kommun

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 4 februari 2022**. Svaren bör lämnas per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se och med kopia till s.fs@regeringskansliet.se. Ange diarienummer S2021/06815 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

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 laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Remissinstanserna kan utan kostnad beställa tryckta exemplar av betänkandet via ett beställningsformulär hos Elanders Sverige AB.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss (SB PM 2021:1). Den kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Torkel Nyman
Departementsråd

Kopia till

Elanders Sverige AB, e-postadress: betankande@elanders.com

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 1-20

Tid: 2022-01-11 kl. 08:30

Plats: Digitalt

§ 13

Remiss - Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur

Diarienummer: RJL 2021/2260

Beslut

Presidiet föreslår nämnden

- Ställa sig bakom föreliggande yttrande till Socialdepartementet.

Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över Remiss av betänkandet *Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur* (SOU 2021:71).

Beslutsunderlag

- Missiv daterad 2022-01-04
- Förslag till yttrande 2022-01-04
- Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur (SOU 2021:71)

Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutets antal sidor

1

Regionstyrelsen

Riksintressen i hälso- och sjukvården - stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur, SOU 2021:71

Förslag till beslut

Regionstyrelsen

- Godkänner föreliggande yttrande till Socialdepartementet som svar på Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur

Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över Remiss av betänkandet Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur (SOU 2021:71).

Remissen sammanfattas kort nedan, direkta citat från betänkandet är källhänvisade med sidnummer. Region Jönköpings läns ställningstagande återfinns i eget stycke efter respektive förslag.

Information i ärendet

Utredarens uppdrag

Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård har i uppdrag att genom kartläggning och analys utreda hur pågående och planerade investeringsprojekt i sjukhus förhåller sig till den pågående utvecklingen av hälso- och sjukvården på nationell nivå. Syftet är att bidra till ökade förutsättningar för hälso- och sjukvårdens huvudmän och regeringen att fatta strategiska beslut om hälso- och sjukvården som svarar mot behoven ur ett nationellt perspektiv. Utredningen ska även analysera samverkan och vid behov lämna förslag på kostnadseffektiv och ändamålsenlig samverkan för nationell utveckling. Syftet är att öka förutsättningarna för att de större sjukhusinvesteringar som genomförs regionalt bidrar till den nationella utvecklingen av hälso- och sjukvården och till ökad ändamålsenlighet och samhällsekonomisk effektivitet. Utredningen ska vidare överväga om någon statlig aktör bör ha ett samordnande uppdrag och lämna förslag på hur ett sådant uppdrag kan utformas.

Bakgrund
Utredningens direktiv anger att utredningen ska kartlägga och analysera större sjukhusinvesteringar. Utredningens kartläggning och analys av investeringarna har lett fram till ett ställningstagande om att i den fortsatta analysen se sjukhus som en av flera vårdbyggnader. Därtill kommer att det i dag saknas en gemensam definition av sjukhus och olika typer av sjukhus. Begreppet akutsjukhus kan till exempel ha olika betydelse såväl inom som mellan regioner. Den medicinska och medicintekniska utvecklingen påverkar även behoven av olika vårdbyggnader över tid. Reformer av typen god och nära vård samt en ökad koncentration av högspecialiserad vård är andra exempel på skeenden som påverkar och som bedöms påverka framtida lokalbehov. Mot denna bakgrund menar utredningen att fokus behöver vidgas från sjukhusen till det vidare begreppet vårdbyggnader. En byggnad kräver teknik och utrustning som svarar mot verksamhetens behov för att det ska vara en vårdbyggnad. Tillsammans med den systemsyn som utredningen menar är nödvändig pekar detta på vikten av att analysera vårdinfrastrukturen som en helhet. Det vill säga den infrastruktur som utgörs av olika typer av vårdbyggnader tillsammans med teknik och utrustning.

Utredningens bedömning är sammanfattningsvis att analysen måste riktas mot vårdinfrastrukturen i stort och hur enskilda investeringar i såväl olika typer av vårdbyggnader som teknik och olika val av tekniska lösningar bidrar till en sammanhållen vårdinfrastruktur. En nationellt sammanhållen vårdinfrastruktur är en förutsättning för ett effektivt hälso- och sjukvårdssystem som har förmåga att svara mot befolkningens behov och förväntningar, såväl under normala förhållanden som i krissituationer.

Utredningens förslag
Mot bakgrund av den redovisade problembilden lämnar utredningen fyra förslag som syftar till att säkerställa att nationella intressen beaktas i beslut om investeringar i vårdinfrastruktur. Förslagen behandlar ökad helhetssyn, ökad effektivitet genom gemensamma definitioner och standarder, systematisk erfarenhetsuppbyggnad, samt stärkt kunskapsuppbyggnad.

Stärkt statlig styrning genom definierade riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet
En lag om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet införs. Regioner och kommuner ska vid beslut som påverkar hälso- och sjukvårdens infrastruktur beakta riksintressena. Regeringen bemyndigas att besluta om på vilka områden det finns riksintressen. Ett antal statliga myndigheter utses med uppdrag att precisera riksintressena, bland annat avseende beredskap, kompetensförsörjning, nationella reformer, forskning och utbildning, samt digital infrastruktur. Representanter för patienter och professioner ska involveras.

Socialstyrelsen ges ett samordnande ansvar för riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet. En tillsynsmyndighet granskar att riksintressena beaktas av regionerna och kommunerna. Om riksintressena inte beaktas i tillräcklig grad ska

tillsynsmyndigheten upphäva det regionala eller kommunala beslutet eller förelägga regionen eller kommunen att vidta lämpliga åtgärder.

Lagen föreslås träda i kraft den 1 juli 2023.

En genomförandekommitté tillsätts med uppdrag att precisera de förslag och åtgärder som behövs för att regleringen ska kunna genomföras.

Region Jönköping avstyrker förslaget helt. Utredningen utgår från ett nationellt perspektiv när det gäller fastigheter specifikt, men fastighetsfrågor kan inte ses isolerat från den lokala kontexten gällande vårdorganisation, geografi, regionalpolitisk inriktning på vården och så vidare.

Region Jönköpings län bedömer att det bör vara mer relevant att närmare undersöka hur regionernas strategiska planering av hälso- och sjukvårdsverksamheten och därifrån utgående samverkan, dels mellan regioner, dels mellan staten, regionerna och kommunerna. Och om behov finns utarbeta förslag kring hur regionernas hälso- och sjukvårdsrelaterade strategiska lokalbehov bättre kan samplaneras och samordnas på behovssidan, snarare än att reglera och kontrollera regionernas utförande av lokalförsörjningen av detta behov.

Region Jönköpings län instämmer i att det finns utmaningar när det kommer till nationell samordning men tror inte lösningen ligger i lagstiftning och hårdare reglering utan snarare i utvecklad regional och nationell samverkan.

Utveckla gemensamma definitioner och standarder för vårdbyggnadsområdet
I hälso- och sjukvårdslagen införs en bestämmelse om att regioner ska samverka med andra regioner i frågor om planering och utveckling av vårdens lokaler. Syftet med samverkan är att bidra med kunskapsöverföring mellan regioner. Samverkan ska särskilt ta sikte på att producera standardiserade definitioner och modeller för planering och utveckling av vårdens lokaler. Genom bestämmelsen förtydligas regionernas befintliga samverkansansvar genom att det i lagen anges att i frågor om planering av vårdens lokaler ska regioner samverka sinsemellan. Förändringen ska träda i kraft den 1 juli 2022. Arbetet ska med syfte att säkerställa öppenhet, transparens och att alla relevanta intressen beaktas bedrivas i enlighet med regelverken för befintliga standardiseringsorganisationer. Kort information om innehållet i remissen.

Region Jönköpings län är positiva till att det interregionala samarbetet behöver utvecklas och att standardiserade definitioner och modeller för planering och utveckling av vårdinfrastruktur kan effektivisera och förbättra ett projekt. Men anser inte att en obligatoriskt reglerad samverkan med fokus på standardisering av definitioner och modeller, är effektiv eller proportionell

Region Jönköpings län är dock tveksamma till om lagstiftningen kommer leda till önskvärda förbättringar. Detta uppnås snarare genom samverkan i etablerade forum och genom olika typer av stöd från staten. Det är viktigt att se till helheten och inte bara den isolerade fastighetsfrågan. Mellan fastighetsorganisationerna finns (som utredningen beskriver) en etablerad samverkansstruktur som fungerar väl. Fastighetsorganisationerna är huvudsakligen leverantörer av lokaler, och har sällan förutsättningar att besluta över kravställning kring lokalernas totala kapacitet eller verksamhetsrelaterade krav på specifika egenskaper och lösningar. Ur Region Jönköpings läns perspektiv torde det därför vara mer fruktbart att närmare undersöka samverkansmiljön och samverkansförutsättningarna mellan regionernas hälso- och sjukvårdsverksamheter. Samt även hur dessa samverkar med fastighetsorganisationerna när det gäller den strategiska och övergripande lokalbehovsplaneringen. Och att utveckla fortsatt samverkan med utgångspunkt i en total bild av hur vårdens lokalbehov dimensioneras, planeras, verkställs och förvaltas. Utredningen har tyvärr för ensidigt fokuserat på fastighetsorganisationernas processer och arbete för att förslagen ska upplevas som effektiva för att utveckla samverkan där den torde behövas bäst.

Region Jönköpings läns anser vidare att det skulle bli svårt för staten att se till att lagen efterlevs. Det finns inte specificerat i förslaget hur man tänkt hantera om någon avviker från standarden. Hälso- och sjukvården är en viktig spelare för att hitta standarder som fungerar och passar för verksamheterna. Det är olika förutsättningar för olika regioner. Om standardiserade begrepp och definitioner upplevs effektiva kommer de att tillämpas på frivillig basis, utan lagstiftning.

Ett statligt fastighetsbolag för hälso- och sjukvården stärker det nationella perspektivet ytterligare

Region Jönköpings län konstaterar att regeringen valt att inte remissbehandla förslaget om ett statligt fastighetsbolag för hälso- och sjukvården. Detta tycker Region Jönköpings län är bra.

Ökat statligt stöd till forskning inom området vårdinfrastruktur

Staten stärker området vårdinfrastruktur genom ytterligare forskningsmedel, samt övertar ansvaret för finansiering av Centrum för vårdens arkitektur (CVA) vid Chalmers tekniska högskola. Förstärkningen är en del i en helhet som omfattar utredningens övriga förslag gällande nationell normering genom riksintressen, utveckling av standarder i vårdbyggnadsinvesteringar samt ökad samordning mellan investeringsprojekt i ett statligt bolag.

Region Jönköpings län tillstyrker förslaget att staten ska överta ansvaret för finansieringen av CVA och att anslagen ska gälla tills vidare. Dock anser Region Jönköpings län att det är viktigt att nuvarande goda samverkan mellan CVA och övriga aktörer i nätverket inte försämras till följd av att staten övertar finansieringsansvaret. Det är också viktigt att möjligheterna att även fortsättningsvis kunna finansiera forskningsprojekt som CVA genomför kvarstår.

Beslutsunderlag

- Missiv daterad 2022-01-04
- Förslag till yttrande 2022-01-04
- Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur (SOU 2021:71)

Beslut skickas till

Socialdepartementet
Regionledningskontoret

REGIONLEDNINGSKONTORET

Jane Ydman Regiondirektör	Maria Berghem Ekonomidirektör

Socialdepartementet

Riksintressen i hälso- och sjukvården - stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur, SOU 2021:71

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över betänkandet Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur.

Sammanfattning

Region Jönköpings län delar utredningens förslag om en utvecklad regional och nationell samverkan men inte genom lagstiftning. Region Jönköpings län tillstyrker förslaget att staten ska överta ansvaret för finansieringen av CVA.

Synpunkter på förslaget

Region Jönköpings läns yttrande lämnas i samma uppställning som de fyra förslagen presenterades i Remiss av betänkandet Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur (SOU 2021:71).

Stärkt statlig styrning genom definierade riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet

Region Jönköpings län avstyrker förslaget helt.

Utredningen utgår från ett nationellt perspektiv när det gäller fastigheter specifikt, men fastighetsfrågor kan inte ses isolerat från den lokala kontexten gällande vårdorganisation, geografi, regionalpolitisk inriktning på vården och så vidare.

Förslaget upplevs som oklart ur flera aspekter. Dels är själva begreppet ”hälso- och sjukvårdens infrastruktur” otydligt och potentiellt mycket omfattande. Dels medför förslaget en betydande osäkerhet för regionerna över hur, i vilket skede och i vilken omfattning deras planering och genomförande av sin lokalförsörjning kommer att begränsas. Det framgår inte tillräckligt tydligt i vilka skeden av en fastighetsinvesteringsprocess som staten kan påverka.

Region Jönköpings län bedömer att det bör vara mer relevant att närmare undersöka hur regionernas strategiska planering av hälso- och sjukvårdsverksamheten och därifrån utgående samverkan, dels mellan regioner,

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

dels mellan staten, regionerna och kommunerna. Och om behov finns utarbeta förslag kring hur regionernas hälso- och sjukvårdsrelaterade strategiska lokalbehov bättre kan samplaneras och samordnas på behovssidan, snarare än att reglera och kontrollera regionernas utförande av lokalförsörjningen av detta behov.

Region Jönköpings län instämmer i att det finns utmaningar när det kommer till nationell samordning men tror inte lösningen ligger i lagstiftning och hårdare reglering utan snarare i utvecklad regional och nationell samverkan.

Utveckla gemensamma definitioner och standarder för vårdbyggnadsområdet
Region Jönköpings län är positiva till att det interregionala samarbetet behöver utvecklas och att standardiserade definitioner och modeller för planering och utveckling av vårdinfrastruktur kan effektivisera och förbättra ett projekt. Men anser inte att en obligatoriskt reglerad samverkan med fokus på standardisering av definitioner och modeller, är effektiv eller proportionell.

Region Jönköpings län är dock tveksamma till om lagstiftningen kommer leda till önskvärda förbättringar. Detta uppnås snarare genom samverkan i etablerade forum och genom olika typer av stöd från staten. Det är viktigt att se till helheten och inte bara den isolerade fastighetsfrågan. Mellan fastighetsorganisationerna finns (som utredningen beskriver) en etablerad samverkansstruktur som fungerar väl. Den samverkan är i väsentliga delar redan så omfattande som fastighetsorganisationernas ansvar och uppdrag medger. Det är i grunden vårdorganisationerna som beställer, ställer krav och prioriterar sina lokalbehov. Fastighetsorganisationerna är huvudsakligen leverantörer av lokaler, och har sällan förutsättningar att besluta över kravställning kring lokalernas totala kapacitet eller verksamhetsrelaterade krav på specifika egenskaper och lösningar. Ur Region Jönköpings läns perspektiv torde det därför vara mer fruktbart att närmare undersöka samverkansmiljön och samverkansförutsättningarna mellan regionernas hälso- och sjukvårdsverksamheter. Samt även hur dessa samverkar med fastighetsorganisationerna när det gäller den strategiska och övergripande lokalbehovsplaneringen. Och att utveckla fortsatt samverkan med utgångspunkt i en total bild av hur vårdens lokalbehov dimensioneras, planeras, verkställs och förvaltas. Utredningen har tyvärr för ensidigt fokuserat på fastighetsorganisationernas processer och arbete för att förslagen ska upplevas som effektiva för att utveckla samverkan där den torde behövas bäst.

Region Jönköpings läns anser vidare att det skulle bli svårt för staten att se till att lagen efterlevs. Det finns inte specificerat i förslaget hur man tänkt hantera om någon avviker från standarden. Hälso- och sjukvården är en viktig spelare för att hitta standarder som fungerar och passar för verksamheterna. Det är olika förutsättningar för olika regioner. Om standardiserade begrepp och definitioner upplevs effektiva kommer de att tillämpas på frivillig basis, utan lagstiftning.

Ett statligt fastighetsbolag för hälso- och sjukvården stärker det nationella perspektivet ytterligare
Region Jönköpings län konstaterar att regeringen valt att inte remissbehandla förslaget om ett statligt fastighetsbolag för hälso- och sjukvården. Detta tycker Region Jönköpings län är bra

Ökat statligt stöd till forskning inom området vårdinfrastruktur
Region Jönköpings län tillstyrker förslaget att staten ska överta ansvaret för finansieringen av CVA och att anslagen ska gälla tills vidare. Dock anser Region Jönköpings län att det är viktigt att nuvarande goda samverkan mellan CVA och övriga aktörer i nätverket inte försämras till följd av att staten övertar finansieringsansvaret. Det är också viktigt att möjligheterna att även fortsättningsvis kunna finansiera forskningsprojekt som CVA genomför kvarstår.

REGION JÖNKÖPINGS LÄN

Maria Frisk
Regionstyrelsens ordförande

Jane Ydman
Regiondirektör

Riksintressen i hälso- och sjukvården

– stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur

BETÄNKANDE AV
UTREDNINGEN OM
ÖKADE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR HÅLLBARA
INVESTERINGSPROJEKT I FRAMTIDENS
HÄLSO- OCH SJUKVÅRD



STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2021:71

Riksintressen i hälso- och sjukvården

– stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur

Betänkande av Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård

Stockholm 2021

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2021:71

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2021

ISBN 978-91-525-0196-2 (tryck)
ISBN 978-91-525-0197-9 (pdf)
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Lena Hallengren

Regeringen beslutade den 17 oktober 2019 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att genom kartläggning och analys utreda hur pågående och planerade investeringsprojekt i sjukhus förhåller sig till den pågående utvecklingen av hälso- och sjukvården på nationell nivå. Syftet är att bidra till ökade förutsättningar för hälso- och sjukvårdens huvudmän och regeringen att fatta strategiska beslut om hälso- och sjukvård som svarar mot behoven ur ett nationellt perspektiv (dir. 2019:69). Regeringen beslutade den 5 november 2020 om tilläggsdirektiv genom vilket uppdraget vidgades till analys av eventuella behov av samverkan för att bidra till den nationella utvecklingen av hälso- och sjukvården, samt överväga om någon statlig aktör bör ha ett samordnande uppdrag i syfte att öka förutsättningarna för regionerna att beakta det nationella perspektivet i samband med större sjukhusinvesteringar i hälso- och sjukvården (dir. 2020:116).

Till särskild utredare förordnades den 18 november 2019 generaldirektören Sofia Wallström.

Som experter i utredningen förordnades den 14 maj 2020 direktören Ulf Bengtsson, kanslirådet Helena Cantù, projektdirektören Nils Janlöv, arkitekten och forskaren Jesper Meijling, läkaren och professorn Mef Nilbert, chefsekonomen Annika Wallenskog, departementssekreteraren Jessika Yin och biträdande enhetschefen Per-Henrik Zingmark. Den 5 november 2020 entledigades kanslirådet Helena Cantù och samma dag förordnades departementssekreteraren Carl Hogstedt som expert i utredningen. Den 12 november 2020 förordnades som experter i utredningen hälso- och sjukvårdsdirektören Martin Engström, ekonomidirektören Lars-Åke Rudin och fastighetsstrategen Hans Sandqvist. Den 15 juni 2021 entledigades departementssekreteraren Carl Hogstedt och departementssekreteraren Jessika Yin. Samma dag förordnades departementssekreteraren Carl Nilsson som expert i utredningen.

Som huvudsekreterare i utredningen förordnades den 3 december 2019 avdelningschefen Fredrik Andersson. Som sekreterare i utredningen förordnades under perioden den 9 mars till och med den 30 juni 2020 utvecklingsstrategen Tove Gemzell. Som sekreterare i utredningen förordnades den 12 mars 2020 forskningsledaren Unni Mannerheim och den 1 juli 2020 juris doktor Lars Karlander. Den 14 januari 2021 entledigades Unni Mannerheim och den 15 januari 2021 entledigades Lars Karlander. Som sekreterare i utredningen förordnades den 18 januari 2021 sakkunnige Björn Axelsson. Under perioden den 1 mars till och med 15 maj 2021 förordnades forskaren Jesper Meijling. Som sekreterare förordnades den 1 april 2021 juristen och doktoranden Tim Holappa.

Sofia Wallström svarar ensam för innehållet i betänkandet. I och med detta betänkande är uppdraget avslutat.

Stockholm i augusti 2021

Sofia Wallström

/Fredrik Andersson
Björn Axelsson
Tim Holappa

Innehåll

Sammanfattning **15**

1 Författningsförslag **27**

1.1 Förslag till lag (2023:xx) om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet 27

1.2 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 31

2 Om utredningen **33**

2.1 Utredningens direktiv 33

2.2 Utredningens arbete 34

2.3 Patientperspektivet som utgångspunkt 36

2.4 Fokus på vårdinfrastruktur som en del av hälso- och sjukvårdssystemet 37

3 Gällande rätt **39**

3.1 Ansvaret för hälso- och sjukvården 39

3.2 Regeringsformen 40

3.3 Kommunallagen 43

3.4 Hälso- och sjukvårdslagstiftningen 45

3.4.1 Hälso- och sjukvårdslagen 46

3.4.2 Organisation, planering och samverkan 46

3.4.3 Övrig lagstiftning som berör hälso- och sjukvården 48

4 Svensk hälso- och sjukvård – en lägesbeskrivning 51

4.1 Resultat och utfall inom olika områden 51
4.1.1 Medicinska resultat 51
4.1.2 Delaktighet, kontinuitet och samordning 52
4.1.3 Förtroende, tillgänglighet och väntetider 54
4.1.4 Ett ineffektivt omhändertagande av vissa patientbehov 55
4.1.5 Ett sjukhuscentrerat system 57

4.2 Pågående reformer på hälso- och sjukvårdsområdet 58
4.2.1 God och nära vård 58
4.2.2 Nationell högspecialiserad vård 62
4.2.3 Ökat patientfokus 63
4.2.4 Processperspektivet i vården allt viktigare 66

4.3 Reformarbetet i praktiken 66

5 Styrning och organisering av hälso- och sjukvården 69

5.1 Framväxten av ett nationellt hälso- och sjukvårdssystem 69

5.2 Hälso- och sjukvårdsreformer under efterkrigstiden 71
5.2.1 Den moderna hälso- och sjukvårdslagstiftningen 72
5.2.2 Nya hälso- och sjukvårdslagen 74

5.3 Dagens organisering av hälso- och sjukvårdssystemet 75

5.4 Staten, regionerna och kommunerna har ansvar 77
5.4.1 Staten 78
5.4.2 Regioner 79
5.4.3 Samverkansregioner 82
5.4.4 Kommuner 84

5.5 Styrningen av hälso- och sjukvårdspolitiken i ett större sammanhang 84
5.5.1 Planering som dominerande idé 85
5.5.2 Decentralisering som motreaktion 85
5.5.3 Marknadisering och företagisering 86
5.5.4 Samverkan och samordning 86

5.5.5 En skiftande balans mellan olika styrningslogiker ... 87

5.6 Mot systemsyn på hälso- och sjukvårdsområdet ... 90
5.6.1 Behovet av systemsyn på hälso- och sjukvårdsområdet har uppmärksammats förut ... 91

5.7 Tidigare stöd och styrning av investeringar ... 95
5.7.1 Centrala sjukvårdsberedningen ... 96
5.7.2 Nämnden för sjukvårds- och socialvårdsbyggnader ... 97
5.7.3 Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) ... 98
5.7.4 Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande ... 98
5.7.5 Övriga statliga aktörer för stöd och styrning av investeringar ... 99
5.7.6 Behovet av samverkan kvarstod ... 100

5.8 Nuvarande samarbetsstrukturer för investeringar i vårdbyggnader ... 101
5.8.1 Aktörer och nätverk inom fastighetsområdet ... 102

6 Statlig styrning inom andra sektorer ... 105

6.1 Riksintressen avseende hushållning med mark- och vattenområden ... 105
6.1.1 Mark- och vattenområden som är betydelsefulla för olika ändamål kan betraktas som riksintressen ... 106
6.1.2 Statliga myndigheter pekar ut och samordnar riksintressen ... 107
6.1.3 Kommuner redovisar samtliga riksintressen i översiktsplanen ... 108
6.1.4 Riksintressen ska beaktas i framtagandet av detaljplaner och områdesbestämmelser ... 109
6.1.5 Länsstyrelsen utövar tillsyn över kommunens beslut om detaljplaner och områdesbestämmelser ... 111
6.1.6 Ersättning till kommuner i vissa fall ... 113
6.1.7 Riksintressena har utvärderats ... 113

6.2 Former för att ge medborgare inflytande 115

6.3 Statens fastigheter..... 117
6.3.1 Regleringen på fastighetsområdet har förändrats över tid 117
6.3.2 Akademiska Hus AB 118
6.3.3 Specialfastigheter Sverige AB 120

7 Utmaningar för framtidens investeringar i vårdinfrastruktur 123

7.1 Den medicinska, medicintekniska och digitala utvecklingen..... 123

7.2 Kostnader och vårdtillfällen..... 127

7.3 Demografi 132

7.4 Kompetensförsörjning 134

7.5 Behovet av forskning och utbildning påverkar investeringar i vårdinfrastruktur..... 141

7.6 Vårdinfrastruktur är viktig ur ett beredskapsperspektiv.... 142

7.7 Ekonomisk lägesbild 145
7.7.1 Resultat..... 145
7.7.2 Investeringar och finansiellt sparande 147

7.8 Moderna vårdbyggnader är komplexa..... 149

8 Regionernas investeringar 153

8.1 Pågående och planerade större investeringar..... 153
8.1.1 Investeringsnivåer över tid 154
8.1.2 Investeringar i akutsjukhusen 158
8.1.3 Översikt av investeringsläget i respektive region 159
8.1.4 Investeringarnas koppling till nationella vårdreformer..... 164

8.2 Regionernas planeringsprocesser..... 167

8.3 Utmaningar med investeringar i vårdbyggnader 169

8.3.1 Utmaning 1: Svårt att veta vilka behov investeringarna ska svara mot lokalt, regionalt och nationellt ... 170
8.3.2 Utmaning 2: Brist på stöd i planerings- och genomförandeprocessen ... 176

9 Internationell utblick ... 181

9.1 Om de studerade länderna ... 181

9.2 Utmaningar med investeringar i vårdbyggnader har sedan länge adresserats på europeisk nivå ... 182
9.2.1 Europeiskt nätverk för kapitalinvesteringar i hälso- och sjukvårdstillgångar ... 184
9.2.2 Kunskapssammanställning och fallstudier om kapitalinvesteringar ... 185

9.3 Norge ... 186
9.3.1 Oberoende kvalitetsgranskning i stora investeringsprojekt ... 187

9.4 Finland ... 189
9.4.1 Investeringar i sjukhusbyggnader i Finland regleras och begränsas av en särskild lag ... 190
9.4.2 Den finska regleringen skapar förutsättningar för överblick ... 192

9.5 Danmark ... 193
9.5.1 Strukturreformen förändrade hälso- och sjukvårdssystemet i Danmark ... 193
9.5.2 Flera nya sjukhus finansieras av regionerna och staten ... 194
9.5.3 Gemensam modell för styrning av byggprojekt ... 196

9.6 England ... 198
9.6.1 England har en strategisk plan för investeringar i hälso- och sjukvårdens infrastruktur ... 198
9.6.2 En strategisk kapitalinvesteringsplan för sjukhusinvesteringar ... 199

9.7 Nederländerna 201
9.7.1 Från centralstyrning till marknadsstyrning av investeringsprojekt 202

9.8 Sammanfattande iakttagelser 202
9.8.1 Sedan länge identifierat problem i många länder 202
9.8.2 Behov av nationell överblick och planering 203
9.8.3 Förekomst av funktioner för stöd och extern granskning vid start samt monitorering under projektets gång 203

10 Analys och överväganden 205

10.1 Hälso- och sjukvård – ett nationellt intresse 205

10.2 Representanter för patienter och professioner efterfrågar tydligare nationell styrning 207

10.3 Det behövs tydligare reglering för hur regioner och kommuner ska beakta nationella intressen vid investeringar i vårdinfrastruktur 208

10.4 Investeringar i vårdinfrastruktur 212
10.4.1 Kostnaderna för vården ökar 212
10.4.2 Investeringar i vårdinfrastruktur har stor systempåverkande effekt under lång tidsperiod 213
10.4.3 Infrastrukturens betydelse för hälso- och sjukvårdens resultat 215
10.4.4 Behov av förbättrade planeringsförutsättningar och stöd i planerings- och genomförandeprocessen 216

10.5 Hamnar pengarna rätt? 219
10.5.1 Stuprör motverkar en samhällsekonomiskt effektiv resursallokering 219
10.5.2 Investeringar i vårdbyggnader och planering av hälso- och sjukvårdsverksamhet går inte i takt 220

10.5.3 Områden där det finns nationella intressen som behöver beaktas av regioner och kommuner ... 221
10.5.4 Det samhällsekonomiska perspektivet är inte tydligt ... 228
10.5.5 Samhällskostnaden för bristande helhetsperspektiv är potentiellt stor ... 230
10.5.6 Det finns intressen som behöver beaktas vid investeringar i infrastruktur för hälso- och sjukvården ... 231

10.6 Hållbara investeringar för framtidens hälso- och sjukvård ... 233
10.6.1 Allmänna överväganden ... 233
10.6.2 Statens styrning inom hälso- och sjukvårdsområdet behöver stärkas ... 238
10.6.3 Samverkan och samordning är viktigt men inte tillräckligt ... 239
10.6.4 Att utöka samverkansregionernas uppgifter är inte ändamålsenligt ... 241
10.6.5 Samrådsplikt mellan stat och region är ineffektivt ... 243
10.6.6 En nationell investeringsstrategi har begränsade effekter ... 245
10.6.7 Statligt stöd för investeringar i vårdinfrastruktur löser inte de identifierade problemen ... 246

11 Förslag ... 249

11.1 Fyra förslag för en nationell vårdinfrastruktur ... 249

11.2 En reglering om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet ... 250
11.2.1 En lag om riksintressen i hälso- och sjukvården för genomslag i kommunala och regionala beslut ... 250
11.2.2 Riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet bestäms och preciseras av regeringen och statliga myndigheter ... 253

11.2.3 Socialstyrelsen ska samordna riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet 257
11.2.4 Företrädare för patienter och professioner ska involveras..... 258
11.2.5 Kommuner och regioner behåller beslutanderätten men reglerna om riksintressen är tvingande..... 260
11.2.6 En statlig myndighet utövar tillsyn över riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet... 261
11.2.7 En genomförandekommitté tillsätts med uppdrag att precisera och genomföra uppdrag till myndigheterna..... 265
11.2.8 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser 266

11.3 Utveckla gemensamma definitioner och standarder för vårdbyggnadsområdet 267

11.4 Ett statligt fastighetsbolag för hälso- och sjukvården stärker det nationella perspektivet ytterligare 271

11.5 Stärk förutsättningarna för kunskapsuppbyggnad inom området vårdinfrastruktur 274

12 Konsekvenser av utredningens förslag 277

12.1 En reglering av riksintressen..... 277
12.1.1 Förslaget i korthet..... 277
12.1.2 Konsekvenser för ansvarsfördelningen mellan stat, region och kommun..... 278
12.1.3 Ekonomiska konsekvenser..... 279
12.1.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen..... 284

12.2 Utveckla gemensamma definitioner och standarder på vårdbyggnadsområdet 285
12.2.1 Förslaget i korthet..... 285
12.2.2 Konsekvenser för ansvarsfördelningen mellan stat, region och kommun..... 286
12.2.3 Ekonomiska konsekvenser..... 286
12.2.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen..... 288

12.3 Ett fastighetsbolag för hälso- och sjukvården 289
12.3.1 Förslaget i korthet 289
12.3.2 Konsekvenser för ansvarsfördelningen mellan stat, region och kommun 289
12.3.3 Ekonomiska konsekvenser 290
12.3.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen 291

12.4 Stärk förutsättningarna för forskningen inom området vårdinfrastruktur 291
12.4.1 Förslaget i korthet 291
12.4.2 Konsekvenser för ansvarsfördelningen mellan stat, region och kommun 291
12.4.3 Ekonomiska konsekvenser 291
12.4.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen 293

12.5 Övriga konsekvenser (samtliga förslag) 293

13 Författningskommentar 295

13.1 Förslaget till lag om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet 295

13.2 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 302

Referenser 303

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2019:69 321

Bilaga 2 Kommittédirektiv 2020:116 327

Bilaga 3 Hur samordnas strukturomvandlingen av hälso- och sjukvården med behov av investeringar i vårdbyggnader? 331

Bilaga 4 Sjukhusbyggandets beståndsdelar: brister och möjligheter 367

Sammanfattning

Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård har i uppdrag att genom kartläggning och analys utreda hur pågående och planerade investeringsprojekt i sjukhus förhåller sig till den pågående utvecklingen av hälso- och sjukvården på nationell nivå. Syftet är att bidra till ökade förutsättningar för hälso- och sjukvårdens huvudmän och regeringen att fatta strategiska beslut om hälso- och sjukvården som svarar mot behoven ur ett nationellt perspektiv. Utredningen ska även analysera samverkan och vid behov lämna förslag på kostnadseffektiv och ändamålsenlig samverkan för nationell utveckling. Syftet är att öka förutsättningarna för att de större sjukhusinvesteringar som genomförs regionalt bidrar till den nationella utvecklingen av hälso- och sjukvården och till ökad ändamålsenlighet och samhällsekonomisk effektivitet. Utredningen ska vidare överväga om någon statlig aktör bör ha ett samordnande uppdrag och lämna förslag på hur ett sådant uppdrag kan utformas.

Investeringar på en historiskt hög nivå förknippade med stora utmaningar

Regionerna har under de senaste åren investerat i storleksordningen 15 till 20 miljarder kronor årligen i fastigheter, varav huvuddelen utgörs av sjukhusfastigheter. Den totala summan för regionernas nu pågående och beslutade investeringar i akutsjukhusen uppgår enligt utredningens beräkningar till drygt 100 miljarder kronor.

Bakgrunden till att det i dag genomförs stora investeringar i regionerna är att en stor del av beståndet av vårdfastigheter, framförallt sjukhusen, är uppförda under 1960- och 70-talen. Byggnader vars tekniska livslängd nu kräver ersättningsinvesteringar. Dessa historiskt stora

investeringar genomförs samtidigt som det pågår en omställning av hälso- och sjukvården med ökad koncentration av högspecialiserad vård och utveckling av den nära vården.

Utredningens direktiv anger att utredningen ska kartlägga och analysera större sjukhusinvesteringar. Utredningens kartläggning och analys av investeringarna har lett fram till ett ställningstagande om att i den fortsatta analysen se sjukhus som en av flera vårdbyggnader. Därtill kommer att det i dag saknas en gemensam definition av sjukhus och olika typer av sjukhus. Begreppet akutsjukhus kan till exempel ha olika betydelse såväl inom som mellan regioner. Den medicinska och medicintekniska utvecklingen påverkar även behoven av olika vårdbyggnader över tid. Reformer av typen god och nära vård samt en ökad koncentration av högspecialiserad vård är andra exempel på skeenden som påverkar och som bedöms påverka framtida lokalbehov. Mot denna bakgrund menar utredningen att fokus behöver vidgas från sjukhusen till det vidare begreppet vårdbyggnader. En byggnad kräver teknik och utrustning som svarar mot verksamhetens behov för att det ska vara en vårdbyggnad. Tillsammans med den systemsyn som utredningen menar är nödvändig pekar detta på vikten av att analysera vårdinfrastrukturen som en helhet. Det vill säga den infrastruktur som utgörs av olika typer av vårdbyggnader tillsammans med teknik och utrustning.

Utredningens bedömning är sammanfattningsvis att analysen måste riktas mot vårdinfrastrukturen i stort och hur enskilda investeringar i såväl olika typer av vårdbyggnader som teknik och olika val av tekniska lösningar bidrar till en sammanhållen vårdinfrastruktur. En nationellt sammanhållen vårdinfrastruktur är en förutsättning för ett effektivt hälso- och sjukvårdssystem som har förmåga att svara mot befolkningens behov och förväntningar, såväl under normala förhållanden som i krissituationer.

Vad ska investeringarna svara mot?

Utredningen har identifierat flera utmaningar vid beslut, planering och genomförande av investeringar i hälso- och sjukvården. Den största utmaningen, huvudfrågan, är vad en tänkt investering ska svara mot för behov. Utöver att svara mot behovet av hälso- och sjukvård inom regionen måste investeringar som genomförs i regionerna svara

mot den nationella utvecklingen av hälso- och sjukvården och bidra till ökad ändamålsenlighet och samhällsekonomisk effektivitet. Det förutsätter att enskilda investeringar svarar mot nationella målsättningar och reformer. Det gäller dels målet i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, dels behov som behöver uppfyllas för att säkerställa en långsiktig hållbar utveckling av hälso- och sjukvården. Exempel på det är hälso- och sjukvårdens beredskap, kompetensförsörjning, forskning och utbildning, samt digital kommunikation. En förutsättning för att det som genomförs i regionerna svarar mot nationella behov är att regionala planer och strategier för lokaler och fastigheter svarar mot nationella mål och reformer. Utredningen konstaterar att förekomsten av sådana regionala strategier och planer varierar. Resultatet är att kopplingen till den nationella nivån är alltför svag och i flera fall obefintlig.

Utredningen kan vidare konstatera att det i dag saknas nationell överblick över vilka investeringar som genomförs, vad de avser och hur de bidrar till att nå målen för hälso- och sjukvården. Regionernas samverkan om investeringar varierar över landet och när samverkan förekommer rör det sig främst om informationsutbyte om investeringsplaner. Utredningen har inte funnit några beskrivningar om att det sker en systematisk gemensam planering och prioritering mellan regioner, till exempel inom samverkansregionerna.

Vårdinfrastrukturen är systempåverkande för lång tid framöver. Byggnader, inklusive digital utrustning, är dimensionerande för kapaciteten och utvecklingen av hälso- och sjukvården. Pågående strukturomvandling, såsom utveckling av nära vård samt ökad koncentration av högspecialiserad vård påverkar lokalbehoven. Trots detta har lokalfrågorna kommit i skymundan. I dagsläget finns inget svar på frågan om hur pågående sjukhusinvesteringar stödjer omställningen till nära vård och koncentrationen av högspecialiserad vård.

Utredningens kartläggning och analys, samt de fördjupande studier som utredningen låtit göra, visar att det saknas tydliga kopplingar mellan beslutade investeringar i vårdinfrastruktur och den pågående omställningen av vården. En bidragande förklaring är de långa planeringshorisonterna i fastighetsprojekt. Flera projekt började planeras långt innan staten initierade omställningen till nära vård. Å andra sidan är behovet av ökat fokus på primärvården inte något nytt. Hälso- och sjukvården beskrivs dessutom ofta som organisk där den medicinska utvecklingen medför ständiga förändringar av var i vårdsystemet olika

insatser genomförs. Utredningen konstaterar att kopplingen mellan den långsiktiga fastighets- och lokalplaneringen och vårdverksamheten är alltför svag.

Utredningen bedömer att det på övergripande nivå finns en tydlighet från statens sida kring inriktningen av nationella reformer, vilket ger vissa förutsättningar för regionernas planering. Däremot saknas tydlighet från staten gällande genomförandet och gemensamma utgångspunkter för lokalanvändning, vilket medför att det finns en osäkerhet i regionerna om effekter på lokalbehoven, samt att regionerna arbetar parallellt med frågan. Osäkerheten hanteras av regionerna på olika sätt. Utredningen har mött två dominerande metoder. Dels att i möjlig mån skjuta vissa investeringar framåt i tiden, dels att bygga generellt och flexibelt. Att bygga flexibelt är emellertid en ambition som i uppföljningar visat sig utmanande att realisera i tillräcklig grad.

Genomförande av investeringar

Stora investeringsprojekt medför utmaningar för regionerna. Sjukhusbyggen är som regel mycket stora och komplicerade projekt som medför utmaningar för alla regioner, så kallade megaprojekt. Inom forskningen används uttrycket megaprojektens järnlag ”over budget, over time, over and over again” för att illustrera komplexiteten. Ett exempel som belysts från flera håll under senare år är Nya Karolinska Solna (NKS). Ett projekt av sådan omfattning att Region Stockholm, trots sin storlek och kapacitet, valde att genomförda det genom OPS (offentlig-privat samverkan) för att hantera de risker detta megaprojekt bedömdes medföra. Även mindre investeringsprojekt är komplexa sällanhändelser, och därmed utmanande.

Staten avvecklade under slutet av 1900-talet det tidigare mycket starka statliga engagemanget och styrningen av investeringar i vårdbyggnader. Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande (NUU) och Nämnden för socialvårdens och sjukvårdens byggnader (NSB) avvecklades och lagstiftning om byggnadstillstånd slopades. Det fanns goda skäl att genomföra förändringar på området och utredningen föreslår inte att dessa organisationer ska återupprättas. Inte desto mindre innebar avvecklingen att det uppstod en lucka när dessa statliga kunskapsorganisationer avvecklades.

Regionerna samverkar på flera olika sätt och inom olika organisationer som till exempel Fastighetsrådet som är regionernas FoU-fond för fastighetsfrågor samt nätverket Forum vårdbyggnad. På regionalt initiativ har även Centrum för vårdens arkitektur (CVA) bildats vid Chalmers i huvudsak finansierat genom regionala medel. Samarbete sker även inom ramen för Program för Teknisk Standard (PTS) och PTS-forum.

Utredningens kartläggning visar emellertid att detta inte svarar mot behoven i regionerna. Avsaknad av gemensamma projektmodeller medför att regionerna tenderar att göra olika. Avsaknad av enhetlig terminologi försvårar kommunikation mellan projekt och därmed gemensam erfarenhetsuppbyggnad. Det finns i dag inte någon ordnad erfarenhetsåterföring mellan genomförda projekt. Det saknas vidare en gemensam kunskapsuppbyggnad och kunskapsbank. Detta resulterar i att i den mån det finns en erfarenhetsåterföring mellan projekt sker det på ad hoc-basis och det är till exempel arkitekter, byggkonsulter och entreprenörer som bidrar med denna. En relativt utbredd uppfattning i regionerna, som utredningen mött, är att det gemensamma arbete som sker inom PTS inte resulterar i produkter, till exempel typrumsbeskrivningar, som är tillräckliga för att appliceras i det egna projektet. Detta innebär att PTS-dokument i stället för att fungera som standardlösningar i regionerna används som utgångspunkt för ett eget standardiseringsarbete i regionen. Resultatet blir att regionerna tenderar att upprepa samma arbete gång på gång i varje nytt projekt.

Vårdinfrastrukturen behöver svara mot befolkningens behov av och förväntningar på framtidens hälso- och sjukvård

I det korta perspektivet är vårdinfrastrukturen i det närmaste statisk och sätter ramar för vårdverksamheten och dess utveckling. I ett längre perspektiv krävs därmed utveckling av vårdinfrastrukturen för att svara mot aktuella behov i befolkningen och ge förutsättningar för utveckling. Vid sidan av den medicinska utvecklingen står hälso- och sjukvården inför en rad utmaningar vilka förutsätter stöd av vårdinfrastrukturen för att kunna mötas.

Befolkningsutveckling

Befolkningsutvecklingen medför förändrade behov såväl genom tillväxt som genom förändrad åldersstruktur. Befolkningen som helhet växer vilket medför att vårdverksamheter behöver expandera. Samtidigt finns exempel på områden där befolkningsunderlaget minskar. Gruppen äldre ökar vilket ger ökat vårdbehov. Äldre ökar även som andel av befolkningen vilket leder till stigande försörjningskvot det vill säga att relativt sett färre kommer att behöva producera och finansiera hälso- och sjukvård till flera.

Beredskap

Covid-19-pandemin har tydligt visat på behovet av ett aktuellt beredskapsperspektiv och hur den befintliga vårdinfrastrukturen begränsar förutsättningarna för vårdverksamheten. Det ligger inte i denna utredning uppdrag att utreda hälso- och sjukvårdens beredskap. Utredningen kan dock konstatera att sjukhus och andra vårdlokaler tillsammans med övriga delar i vårdinfrastrukturen skapar förutsättningar för vårdverksamheten såväl under normala förhållanden som i kris.

Tidigare och pågående utredningar på beredskapsområdet bekräftar denna bild och pekar samtidigt på att det saknas sammanhållen beredskapsplanering som omfattar planering av förmågor gällande såväl medicinska kriser som till exempel covid-19-pandemin som för en krigssituation. Den beredskap som byggs upp i regionerna bygger på den egna regionens bedömningar av vilka förmågor som krävs. Detta resulterar i att förmågorna varierar över landet.

Kompetensförsörjning

Befolkningsutvecklingen kommer att ytterligare bidra till utmaningen med bemanning och kompetensförsörjning som hälso- och sjukvården upplever i dag. Det råder för närvarande brist på personal inom flera vårdyrken och bristen förväntas öka för flera av dessa yrken under de kommande åren. Prognoser från SCB och Universitetskanslersämbetet (UKÄ) visar att antalet utbildade behöver öka kraftigt för att klara kompetensförsörjningen under de kommande 15 åren. UKÄ har meddelat att sjukvårdshuvudmännen bör förbereda sig på

en situation där de inte kommer att ha tillgång till högskoleutbildad personal som krävs enligt nuvarande prognoser. Den framtida vårdinfrastrukturen behöver vara anpassad till en sådan situation, annars riskerar en del av de moderna vårdplatser regionerna nu investerar i att stå tomma av patientsäkerhetsskäl.

Nationella reformer

Behovet av vårdinfrastruktur påverkas av nationella reformer, såsom nära vård och koncentration av högspecialiserad vård. Utvecklingen med en större geografisk rörlighet för patienter, inklusive mer vård i patientens hem, kräver en sammanhängande vårdinfrastruktur, fysisk och digital, som stödjer hela vårdförloppet. Utredningens kartläggning och analys, tillsammans med de fördjupade studier som utredningen låtit göra, visar ett svagt eller obefintligt helhetsperspektiv mellan nationella reformer och investeringar i vårdinfrastrukturen.

Regeringens ambitioner på life science-området är också ett uttryck för reformbehov som kräver nationell styrning och samordning gällande vårdinfrastruktur. Genomförandet av precisionsmedicin förutsätter ett sammanhållet och personcentrerat system, hela vägen från den mest avancerade vården till den nära vården, oberoende av geografiska och administrativa gränser. Nya behandlingsmetoder förutsätter nationellt definierade processer med lokal och enhetlig implementering och tillsyn, till exempel komplicerad diagnostik som helgenomsekvensering eller beslutsstödda AI-modeller.

Forskning och utbildning

En hämmande faktor för möjligheterna att öka antalet utbildad personal är tillgången till platser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU). Det råder i dag brist på VFU-platser och lärosätena anger att denna brist hämmar ökning av vissa vårdutbildningar där det finns studentunderlag. En ökning av antalet VFU-platser kräver tillgång till såväl handledarresurser inom vården som till lokaler anpassade för utbildning inom vården.

Traditionellt är forskningen beroende av vårdverksamheten som studiemiljö. En hälso- och sjukvård i framkant förutsätter nära relation med forskningen. De senaste årens utveckling av individuellt

utformade behandlingar är ett tydligt exempel då vårdverksamheten utvecklats genom tillgång till såväl kompetens som utrustning och datorkraft i forskningsmiljöer. För att få ut maximalt ur detta symbiotiska förhållande krävs dock att vårdinfrastrukturen utformas med hänsyn till forskningens behov vad gäller till exempel tillgång till lokaler och digital kapacitet.

Digital infrastruktur

Digitaliseringen är viktig ur ett vårdinfrastrukturperspektiv. Digitala lösningar förväntas få effekter på behovet av vård i fysiska lokaler. Utvecklingen av digitala verktyg som stödjer vårdinsatser måste därför beaktas vid planering av framtidens vårdinfrastruktur.

Dagens fragmentiserade digitala struktur skapar hinder för vårdens utveckling. Bristen på gemensamma standarder för de digitala strukturer som byggts upp i regionerna medför hinder för effektiv digital kommunikation. Ett aktuellt exempel från covid-19-pandemin är fördröjningar i insamling av testdata från laboratorier. Data som annars skulle kunna samlas in i realtid. Hälsodata och sammanhållna journaler bedöms ha en stor potential att bidra till en bättre och säkrare vård, ökad tillgänglighet och stärkt patientautonomi. Behandling av stora mängder hälsodata från individer är viktigt för metodutveckling och kvalitetssäkring av vården. Det skapar även möjligheter för mer individbaserad vård.

Systemperspektiv i hälso- och sjukvården

Sjukhusinvesteringar är systempåverkande för hälso- och sjukvården och behöver tillsammans med övrig vårdinfrastruktur betraktas och behandlas ur ett helhetsperspektiv. Nationella intressen som har betydelse för vårdinfrastrukturens förmåga att svara mot befolkningens behov av och förväntningar på hälso- och sjukvård behöver beaktas i beslut som påverkar vårdinfrastruktur, tillsammans med lokala och regionala intressen.

Det måste stå klart vad och hur en enskild investering bidrar till vårdinfrastrukturen och hälso- och sjukvårdens förmågor i såväl normala tider som i kris så att god vård på lika villkor för hela befolkningen kan upprätthållas. I sammanhanget kan nämnas att Sverige i ett

internationellt perspektiv förefaller avvika i att denna typ av beslut om vårdinfrastruktur är helt regionala. I våra nordiska grannländer har staten någon form av roll i beslut eller kontroll i frågor som gäller investeringar i infrastruktur för hälso- och sjukvården.

Den samhällsekonomiska kostnaden av bristande vårdinfrastruktur är potentiellt mycket hög. Ett vanligt argument i sammanhanget är det kommunala självstyret. Att stärkt statlig styrning är olämplig eller omöjlig, och att det enda alternativet skulle vara förstatligande. Denna utredning lämnar förslag som innebär ett nytt alternativ för hälso- och sjukvården, i form av reglering som används inom andra samhällsområden för att säkerställa nationella intressen i kommunala beslut. Det är utredningens bedömning att långsiktigt hållbara regler som träffar kommunala och regionala beslut, med en fungerande nationell kontrollmekanism, är en nödvändig åtgärd för att lösa de problem som utredningen redovisar.

Utredningens förslag

Mot bakgrund av den redovisade problembilden lämnar utredningen fyra förslag som syftar till att säkerställa att nationella intressen beaktas i beslut om investeringar i vårdinfrastruktur. Förslagen behandlar ökad helhetssyn, ökad effektivitet genom gemensamma definitioner och standarder, systematisk erfarenhetsuppbyggnad, samt stärkt kunskapsuppbyggnad. Utredningen föreslår:

- Stärkt statlig styrning genom definierade riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet som ska beaktas vid regionala och kommunala beslut som påverkar vårdinfrastruktur.
- Reglering av interregional samverkan i utveckling av standarder på vårdbyggnadsområdet.
- Systematisk erfarenhetsuppbyggnad och en sammanhållen fastighetsstruktur genom ett statligt ägt bolag för vårdfastigheter, eventuellt med regionalt delägande.
- Ökat statligt stöd till forskning inom området vårdinfrastruktur.

Stärkt statlig styrning genom definierade riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet

En lag om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet införs. Regioner och kommuner ska vid beslut som påverkar hälso- och sjukvårdens infrastruktur beakta riksintressena. Regeringen bemyndigas att besluta om på vilka områden det finns riksintressen. Ett antal statliga myndigheter utses med uppdrag att precisera riksintressena, bland annat avseende beredskap, kompetensförsörjning, nationella reformer, forskning och utbildning, samt digital infrastruktur. Representanter för patienter och professioner ska involveras.

Socialstyrelsen ges ett samordnande ansvar för riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet. En tillsynsmyndighet granskar att riksintressena beaktas av regionerna och kommunerna. Om riksintressena inte beaktas i tillräcklig grad ska tillsynsmyndigheten upphäva det regionala eller kommunala beslutet eller förelägga regionen eller kommunen att vidta lämpliga åtgärder.

Lagen föreslås träda i kraft den 1 juli 2023.

En genomförandekommitté tillsätts med uppdrag att precisera de förslag och åtgärder som behövs för att regleringen ska kunna genomföras.

Utveckla gemensamma definitioner och standarder för vårdbyggnadsområdet

I hälso- och sjukvårdslagen införs en bestämmelse om att regioner ska samverka med andra regioner i frågor om planering och utveckling av vårdens lokaler. Syftet med samverkan är att bidra med kunskapsöverföring mellan regioner. Samverkan ska särskilt ta sikte på att producera standardiserade definitioner och modeller för planering och utveckling av vårdens lokaler. Genom bestämmelsen förtydligas regionernas befintliga samverkansansvar genom att det i lagen anges att i frågor om planering av vårdens lokaler ska regioner samverka sinsemellan. Förändringen ska träda i kraft den 1 juli 2022. Arbetet ska med syfte att säkerställa öppenhet, transparens och att alla relevanta intressen beaktas bedrivas i enlighet med regelverken för befintliga standardiseringsorganisationer.

Ett statligt fastighetsbolag för hälso- och sjukvården stärker det nationella perspektivet ytterligare

En organisationskommitté tillsätts för att detaljera och i erforderlig utsträckning genomföra de praktiska förutsättningarna för att överföra ägandet av befintliga lokaler för hälso- och sjukvården helt eller delvis från regionerna till ett statligt ägt bolag som uppdras att ansvara för att hälso- och sjukvårdsverksamheten bedrivs i ändamålsenliga lokaler. Ett regionalt delägande kan övervägas.

Genom ett sammanhållet ägande av vårdfastigheter skapas förutsättningar för att jämna ut villkoren mellan regionerna och möjliggöra för regionerna att fullt ut fokusera på vårdverksamheten. De finansiella riskerna förknippade med investeringar i vårdinfrastruktur kommer inte att belasta regionerna. I kraft av sin storlek kommer bolaget att ha en stark ställning när det gäller att attrahera finansiering. Dagens situation med svag eller obefintlig kunskapsöverföring mellan olika investeringsprojekt skulle ersättas med ett bolag där infrastruktursatsningar på hälso- och sjukvårdsområdet inte är sällanhändelser. Regionerna kommer i stället från dagens situation hyra vårdinfrastruktur av bolaget, eller (som i dag) från privata fastighetsbolag.

Ökat statligt stöd till forskning inom området vårdinfrastruktur

Staten stärker området vårdinfrastruktur genom ytterligare forskningsmedel, samt övertar ansvaret för finansiering av Centrum för vårdens arkitektur (CVA) vid Chalmers tekniska högskola. Förstärkningen är en del i en helhet som omfattar utredningens övriga förslag gällande nationell normering genom riksintressen, utveckling av standarder i vårdbyggnadsinvesteringar samt ökad samordning mellan investeringsprojekt i ett statligt bolag.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag (2023:xx) om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet

Härigenom föreskrivs följande.

1 kap. Lagens innehåll och syfte

1 § Denna lag innehåller bestämmelser om hur riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet bestäms och samordnas av staten, om kommuners och regioners skyldighet att beakta riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet och om tillsyn.

2 § Riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet är intressen av nationell betydelse för att uppnå målet i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

2 kap. Riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet och statliga myndigheters samordning

1 § Regeringen får meddela föreskrifter om på vilka områden det finns riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet. Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet i övrigt.

2 § Socialstyrelsen ska samordna riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet och verka för att de beaktas i beslutsfattandet hos kommuner och regioner.

Socialstyrelsen ska ställa samman och till kommuner och regioner tillhandahålla de utredningar, nationella behovsöversikter och annat planeringsunderlag som har betydelse för riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet.

Socialstyrelsen ska på begäran från en kommun eller region skriftligen lämna vägledning om hur riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet bör beaktas i ett beslut.

3 § Företrädare för patienter och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska ges möjlighet att delta i myndigheternas arbete enligt detta kapitel. Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter om formerna för deltagandet och om deltagandet i övrigt.

3 kap. När riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet ska beaktas

1 § Riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet ska beaktas av kommuner och regioner vid beslut som påverkar hälso- och sjukvårdsinfrastruktur.

Med hälso- och sjukvårdsinfrastruktur avses fastigheter, byggnader och anläggningar för hälso- och sjukvård, medicinteknisk utrustning samt digital infrastruktur.

4 kap. Tillsyn

1 § Tillsyn enligt detta kapitel utövas av den myndighet som regeringen bestämmer.

2 § När en kommun eller region fattat ett beslut enligt 3 kap. 1 § som har en påtaglig systempåverkande effekt på hälso- och sjukvården eller på ett eller flera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet, ska kommunen eller regionen skicka ett meddelande om detta till tillsynsmyndigheten.

Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter om vilka beslut som omfattas av första stycket.

3 § Ett meddelande enligt 2 § ska innehålla ett protokollsutdrag med beslutet samt underlag som visar hur riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet beaktats i beslutet.

Meddelandet ska skickas senast dagen efter att det protokoll som innehåller beslutet justerats.

4 § Tillsynsmyndigheten ska besluta att överpröva kommunens eller regionens beslut enligt 2 § om beslutet kan antas innebära att ett eller flera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet inte beaktats i tillräcklig utsträckning.

Tillsynsmyndigheten ska inom fem veckor från att ha fått meddelande enligt 2 § besluta om tillsynsmyndigheten ska överpröva kommunens eller regionens beslut.

5 § Tillsynsmyndigheten ska upphäva kommunens eller regionens beslut enligt 2 § om kommunen eller regionen inte beaktat ett eller flera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet i tillräcklig utsträckning. Tillsynsmyndigheten ska beakta alla relevanta omständigheter i sitt beslut, i förekommande fall även innehållet i sådan vägledning som lämnats av Socialstyrelsen enligt 2 kap. 2 § tredje stycket.

Beslut enligt första stycket ska fattas inom två månader efter tillsynsmyndigheten beslutat att överpröva ett beslut enligt 4 § om inte längre tid är nödvändig med hänsyn till ärendets omfattning eller andra särskilda omständigheter.

6 § Tillsynsmyndigheten ska följa utvecklingen av riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet. Om tillsynsmyndigheten får kännedom om en omständighet som kan antas innebära att ett riksintresse på hälso- och sjukvårdsområdet inte beaktas i tillräcklig utsträckning av en kommun eller region får tillsynsmyndigheten inleda en utredning.

7 § Om tillsynsmyndigheten i en sådan utredning som avses i 6 § finner att ett eller flera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet inte beaktas i tillräcklig utsträckning av en kommun eller region, ska tillsynsmyndigheten förelägga kommunen eller regionen att vidta de åtgärder som krävs för att riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet ska beaktas i tillräcklig utsträckning om det inte är uppenbart obehövligt.

Ett föreläggande enligt första stycket får förenas med vite.

8 § Kommuner och regioner är skyldiga att på tillsynsmyndighetens begäran lämna över handlingar och annat material samt lämna de upplysningar som tillsynsmyndigheten behöver för sin tillsyn enligt detta kapitel.

Tillsynsmyndigheten får förelägga kommunen eller regionen att lämna vad som begärs. Ett föreläggande får förenas med vite.

9 § Beslut enligt 5 § och förelägganden enligt 7 och 8 §§ får överklagas av kommunen eller regionen till allmän förvaltningsdomstol.

Beslut enligt 4 § och beslut om att inleda en utredning enligt 6 § får inte överklagas.

10 § Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter om formerna för tillsynen enligt denna lag.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2023.

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

Härigenom föreskrivs att 7 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
7 kap.	
7 §	
I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.	
	I frågor om planering och utveckling av vårdens lokaler ska regioner samverka med varandra. Samverkan ska särskilt inriktas mot att ta fram standardiserade definitioner och modeller för planering och utveckling av vårdens lokaler.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2022.

2 Om utredningen

2.1 Utredningens direktiv

Utredningens direktiv (dir. 2019:69) beslutades vid regeringssammanträdet den 17 oktober 2019. Enligt direktiven ska den särskilde utredaren genom kartläggning och analys utreda hur pågående och planerade investeringsprojekt i sjukhus förhåller sig till den pågående utvecklingen av hälso- och sjukvården på nationell nivå. Syftet är att bidra till ökade 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 landstingen,
- 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.

Den 5 oktober 2020 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv (dir. 2020:116). I och med tilläggsdirektivet utvidgades uppdraget och utredningstiden förlängdes. Enligt direktivet ska utredaren även

- analysera större sjukhusinvesteringars beståndsdelar och komplexitet och eventuella behov av samverkan för att bidra till den nationella utvecklingen av hälso- och sjukvården,
- analysera för- och nackdelar med, inklusive konsekvenserna av, olika former av samverkan, till exempel mellan stat och regioner liksom mellan regioner, och vid behov lämna förslag på ändamåls-

enlig och kostnadseffektiv samverkan för nationell utveckling. Syftet är att öka förutsättningarna för att de större sjukhusinvesteringar som genomförs regionalt bidrar till den nationella utvecklingen av hälso- och sjukvården och till ökad ändamålsenlighet och samhällsekonomisk effektivitet. Utredaren ska särskilt beakta behovet av att hålla de administrativa kostnaderna vid samverkan på låg nivå, och

- överväga om någon statlig aktör, och i så fall vilken, bör ha ett samordnande uppdrag och vid behov lämna förslag på hur ett sådant uppdrag kan utformas, i syfte att öka förutsättningarna för regionerna att beakta det nationella perspektivet i samband med större sjukhusinvesteringar i hälso- och sjukvården.

2.2 Utredningens arbete

Utredningen startade i praktiken under våren 2020 samtidigt som smittspridningen av covid-19 utvecklades till en pandemi. Utredningens kontakter med huvudmän och andra aktörer har därför skett i den utsträckning som varit möjlig givet regionernas pressade situation under pandemin. Regeringen utsåg under maj 2020 en expertgrupp att bistå utredningen.

Utredningen knöt utöver expertgruppen till sig en referensgrupp bestående av regionföreträdare och tjänstemän från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), nominerad av regionerna och SKR.[1] Dialog i referensgruppen har förts såväl bilateralt som i grupp. I samband med att utredningen fick tilläggsdirektiv utökades expertgruppen med tre regionföreträdare från referensgruppen. Därefter har arbetet i referensgruppen avtagit.

Expertgruppens arbete har framför allt organiserats genom inledande bilaterala diskussioner följt av fem expertgruppsmöten. På grund av covid-19-pandemin har dessa möten med expertgruppen genomförts digitalt.

Utredningen har även haft dialog med en rad andra aktörer såsom statliga myndigheter, statliga utredningar, olika nätverk och andra organisationer som har en roll eller kompetens i utredningens frågor. Utredningens dialoger omfattar Boverket, Socialstyrelsen, Myndigheten

[1] Referensgruppen utgjordes av en regiondirektör, en hälso- och sjukvårdsdirektör, en ekonomidirektör, en fastighetsstrateg samt två tjänstemän från SKR.

för samhällsskydd och beredskap (MSB), Karolinska Institutet, Uppsala universitet, Chalmers Tekniska Högskola, Akademiska hus och Specialfastigheter.

Vidare har dialog förts med representanter för professionerna från följande organisationer, Fysioterapeuterna, Kommunal, Sveriges läkarförbund, Vision, och Vårdförbundet.

Dialoger med representanter för patienter har förts med följande organisationer, Forum Spetspatient, Funktionsrätt Sverige, Nätverket för psykisk hälsa, Nätverket mot cancer, Pensionärernas riksorganisation (PRO), Riksförbundet HjärtLung och Svenska ödemförbundet. Utredningen har även haft dialoger med utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09), Coronakommissionen (S 2020:09) och Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S 2020:12).

Utredningen har fört dialog med regionerna i olika fora bland annat inom ramen för olika nätverk på fastighetsområdet där regionerna är aktiva till exempel vid Aktörsnätverkets möten och vid Nationella Fastighetsrådet. Dialog har även förts med Biobank Sverige och Genomic Medicine Sweden. Dialoger med SKR har bland annat förts med styrelsens arbetsutskott, ledningsgruppen, Sjukvårdsdelegationen, Fastighetsrådets styrelse och Regiondirektörsnätverket. Därutöver har utredningen fört dialog med enskilda regioner till exempel Beredningen för strategiska sjukvårdsinvesteringar i Region Skåne.

Utredningen har mottagit skriftliga yttranden som inspel till utredningens analys från följande organisationer: Forum spetspatienter och Nätverket mot cancer, Sjukhusläkarna, Fysioterapeuterna, Vision, Sveriges läkarförbund, medicinska fakulteten vid Uppsala universitet, Karolinska institutet samt ett gemensamt yttrande från de medicinska fakulteterna undertecknat av dekanus eller motsvarande vid Göteborgs universitet, Karolinska Institutet, Linköpings universitet, Lunds universitet, Umeå universitet, Uppsala universitet och Örebro universitet.

En enkät till regionerna angående pågående och planerade investeringar har utgjort ett viktigt underlag för den kartläggning som utredningen haft i uppdrag att genomföra. Enkäten har genomförts tillsammans med SKR och Centrum för vårdens arkitektur (CVA) vid Chalmers. En enkät ligger även till grund för den internationella utblick som presenteras i kapitel 9. Utredningen har vidare låtit genomföra två externa studier som redovisas i sin helhet i bilaga till

detta betänkande. Experten i utredningen, arkitekten och fil. dr. Jesper Meijling har genomfört fördjupade studier av fyra större investeringsprojekt i sjukhus (Meijling, 2021). En forskargrupp vid Uppsala universitet, ledd av professor Ulrika Winblad har genomfört en studie av hur omställningen av hälso- och sjukvården samordnas med investeringar i vårdbyggnader (Winblad m.fl., 2021).

2.3 Patientperspektivet som utgångspunkt

Målet för hälso- och sjukvården är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad, tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet. Vården ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig (prop. 2015/16:1, utg. omr. 9, s. 32, bet. 2015/16:SoU1, rskr. 2015/16:102). Därtill är syftet med patientlagen (2014:821) att stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och integritet inom hälso- och sjukvårdsverksamhet. Patientens ställning på hälso- och sjukvårdsområdet är således väl etablerad i lagstiftningen. Det är därför naturligt att denna utredning, som i huvudsak handlar om sjukhusinvesteringar, och hur sådana investeringar förhåller sig till utvecklingen av hälso- och sjukvården på nationell nivå samt möjligheterna till samverkan om sådana investeringar, också tar sin utgångspunkt i patienternas behov.

I utredningens arbete ska patientperspektivet brytas mot andra perspektiv som har betydelse för vilken vård patienten kan erbjudas, till exempel offentligrättsliga principer om samverkan mellan olika nivåer från det allmännas sida, kommunal självstyrelse och regionalpolitisk hänsyn.

Den pågående strukturomvandlingen och reformeringen som ger en fingervisning om framtidens hälso- och sjukvård, syftar i mångt och mycket till att förbättra hälso- och sjukvården ur ett patientperspektiv. En viktig målsättning med omställningen till god och nära vård (prop. 2019/20:164, bet. 2020/21:SoU2, rskr. 2020/21:61) är att den ska bli mer anpassad till individens behov. En viktig drivkraft för ökad koncentration och nivåstrukturering är förbättrad kvalitet och en mer jämlik vård för invånarna oavsett var i landet man bor (prop. 2017/18:40, bet. 2017/18:SoU18, rskr. 2017/18:176). I utvecklingen av hälso- och sjukvården är patienten och individen allt oftare utgångspunkt, vilket till exempel rörelsen mot en personcen-

trerad vård och etableringen av begreppet spetspatienter visar. Styrningen och organiseringen av hälso- och sjukvården behöver stödja denna utveckling, så även de investeringar som görs. För att hälso- och sjukvården ska kunna utvecklas i en riktning som förbättrar för patienter, behöver investeringarna skapa goda förutsättningar för det och inte tvärtom låsa in verksamheten i föråldrade eller ineffektiva strukturer.

Inom forskningsfältet vårdarkitektur är patientperspektivet en drivande kraft. Det finns numera mycket forskning som visar på arkitekturens betydelse för hälsan, både ur ett patientperspektiv och ur arbetsmiljöhänseende. I den initiala planeringen av projekt är patientperspektivet också ett av flera perspektiv som beställaren har att utgå ifrån. Investeringar är dock föremål för en lång och komplicerad process som involverar många aktörer och discipliner och som kräver väl utvecklade samverkansformer och en ändamålsenlig styrning för att resultatet ska bli bra.

2.4 Fokus på vårdinfrastruktur som en del av hälso- och sjukvårdssystemet

Utredningen har valt att anlägga ett systemperspektiv på utredningsuppdraget, vilket innebär att såväl resonemang som förslag huvudsakligen berör hälso- och sjukvårdssystemet och styrningen av investeringar som en del av systemet. Detta till skillnad från hur enskilda investeringsprojekt eller enskilda sjukhus bör utformas eller styras. Utredningens fokus rör vårdinfrastruktur som en del av hela hälso- och sjukvårdssystemet.

Systemsynsättet sätter fokus på hur de olika delarna i ett system interagerar. Deming (1993) framhåller att det är sambandet mellan delarna som bygger upp ett värdeskapande system och att alltför stor uppmärksamhet på de enskilda delarna gör systemet dysfunktionellt. Av detta följer att vitaliteten i systemet som helhet beror på hur väl delarna samverkar. Om till exempel återkopplingen från en resurs till en annan begränsas kommer systemet som helhet att begränsas. En viktig insikt som följer av synsättet är att det sällan är de svagt presterande resurserna som utgör problemet, utan problemet handlar oftare om systemfel och hur systemet låter resurser interagera (Fransson m.fl., 2019).

Applicerat på investeringar blir således frågan om samverkan mellan olika nivåer och mellan huvudmän av stor betydelse. Detsamma gäller förhållningssättet till byggnaden. Utredningens direktiv anger att utredningen ska kartlägga och analysera större sjukhusinvesteringar. Utredningens kartläggning och analys av dessa investeringar, som redovisas i betänkandet, har bekräftat vikten av att se sjukhus som en av flera vårdbyggnader, samt vårdinfrastrukturen som en del av hela hälso- och sjukvårdssystemet.

Det saknas i dag en gemensam definition av sjukhus och olika typer av sjukhus. Akutsjukhus kan till exempel ha olika betydelse såväl inom som mellan regioner. Den medicinska och medicintekniska utvecklingen påverkar även behoven av vårdbyggnader över tid. Reformer av typen god och nära vård samt en ökad koncentration av högspecialiserad vård är exempel på skeenden som påverkar och som bedöms påverka framtida lokalbehov.

Mot denna bakgrund menar utredningen att fokus behöver vidgas från sjukhusen till det vidare begreppet vårdbyggnader. En byggnad kräver teknik och utrustning som svarar mot verksamhetens behov för att det ska vara en vårdbyggnad. Tillsammans med den systemsyn som utredningen menar är nödvändig pekar detta på vikten av att analysera vårdinfrastrukturen som en helhet. Det vill säga den infrastruktur som utgörs av olika typer av vårdbyggnader tillsammans med teknik och utrustning.

Utredningens bedömning är att detta innebär att analysen måste riktas mot vårdinfrastrukturen och hur enskilda investeringar i såväl olika typer av vårdbyggnader som teknik och olika val av tekniska lösningar bidrar till en sammanhållen vårdinfrastruktur. Regionerna och kommunerna är huvudmän för hälso- och sjukvården och har genom detta ett ansvar att tillsammans uppfylla målen för hälso- och sjukvården i hälso- och sjukvårdslagen om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vårdinfrastrukturen ger förutsättningarna för vårdverksamheten. Den skapar möjligheter men också begränsningar för vilken vård som kan beredas befolkningen. Detta har inte minst blivit uppenbart under covid-19-pandemin som medfört stora påfrestningar på hälso- och sjukvårdssystemet. Det är utredningens bedömning att en nationellt sammanhållen vårdinfrastruktur är en förutsättning för ett effektivt hälso- och sjukvårdssystem som har förmåga att svara mot befolkningens behov under såväl normala förhållanden som i kris.

3 Gällande rätt

I det här kapitlet beskrivs det regelverk som är relevant för regioners och kommuners investeringar i vårdinfrastruktur och utredningens uppdrag i övrigt. Inledningsvis beskrivs kort hur ansvaret för hälso- och sjukvården är fördelat mellan stat, region och kommun. Därefter beskrivs grundlagsreglerade frågor avseende den kommunala självstyrelsen och på vilka sätt lagstiftaren kan besluta om kommunala befogenheter och åligganden. Därefter behandlas frågor om kommunal organisation, samverkan och beslutsfattande innan regelverket som gäller kommuners och regioners ansvar för hälso- och sjukvården redogörs för. Fokus ligger på regeringsformen (1974:152), RF, kommunallagen (2017:725), KL, och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, men även andra lagar som har betydelse för hälso- och sjukvården behandlas.

3.1 Ansvaret för hälso- och sjukvården

Den rättsliga regleringen av hälso- och sjukvården består av ett stort antal lagar, förordningar och föreskrifter som tillsammans bildar det regelverk som hälso- och sjukvården behöver förhålla sig till. Regleringen på området behandlar en rad olika frågor såsom ansvarsfördelning mellan olika aktörer, hälso- och sjukvårdens organisation, planering och utförande, patienters ställning och patientsäkerhet. Staten har ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvården som kommer till uttryck genom en rad åtaganden, främst i form av normgivning, tillsyn och finansiering. Ansvaret för utförandet av hälso- och sjukvården ligger enligt gällande regelverk framför allt hos regioner, men även kommuner ansvarar för viss hälso- och sjukvård.

Regioner och kommuner bedriver enligt RF alla sina angelägenheter, inklusive hälso- och sjukvården, på den kommunala självsty-

relsens grund. Det innebär dock inte att regioner och kommuner är helt fria att bestämma i frågor om hälso- och sjukvård. I stället agerar regioner och kommuner inom ramen för det rättsliga regelverk som lagstiftaren beslutat om. Gränserna för det regionala och kommunala självbestämmandet bestäms således genom att lagstiftaren reglerar befogenheter och åligganden för regioner och kommuner, något som kan förändras över tid.

3.2 Regeringsformen

Det allmänna ska enligt 1 kap. 2 § andra stycket RF verka för goda förutsättningar för hälsa. Vilka offentliga organ som ansvarar för hälso- och sjukvården är dock inte grundlagsreglerat utan framgår primärt av vanliga lagar. Ansvaret för utförandet av hälso- och sjukvården ligger hos regioner och kommuner, som behandlas vidare nedan. Att regioner och kommuner finns och är centrala i det svenska statsskicket framgår av RF. Den kommunala självstyrelsen har en central ställning i Sverige och utgör en viktig del i det demokratiska systemet. Av 1 kap. 1 § andra stycket RF framgår att den svenska folkstyrelsen vid sidan av ett representativt och parlamentariskt statsskick förverkligas genom kommunal självstyrelse. Sverige har även ratificerat Europakonventionen om kommunal självstyrelse. Konventionen är inte svensk lag, men konventionens innehåll motsvaras främst av regleringen i RF om den kommunala självstyrelsen och av bestämmelser i KL (Lundin och Madell, 2021).

Att Sverige är indelat i kommuner på lokal och regional nivå framgår av 1 kap. 7 § RF. Kommuner på regional nivå benämns i övrig lagstiftning som regioner. Utöver dessa bestämmelser är det framför allt regelverket om normgivningsmakten i 8 kap. RF samt regelverket om kommunerna i 14 kap. RF som reglerar grunderna för den kommunala självstyrelsen och hur kommunernas och regionernas verksamhet ska regleras.

Grunderna för landets indelning i kommuner och regioner och den kommunala självstyrelsen är således grundlagsreglerad i RF. Däremot är varken regionindelningen eller detaljer kring ansvarsfördelningen mellan staten och kommuner och regioner reglerad i grundlag. I förarbetena till RF anfördes att det varken är lämpligt eller möjligt att precisera en kommunal självstyrelsesektor i grundlagen då förhål-

landet mellan staten och kommuner och regioner präglas av en helhetssyn där dessa aktörer samverkar på olika områden för att nå gemensamma samhälleliga mål. I takt med att samhället förändras måste också ansvarsfördelningen mellan stat och kommun kunna ändras (prop. 1973:90, KU 1973:26, rskr. 1973:265, KU 1974:8, rskr. 1974:19). Detta innebär att riksdagen kan lägga till, ändra, och ta bort åligganden och befogenheter för kommuner och regioner utan att ändra RF. Hur sådana förändringar ska göras finns det bestämmelser om i 8 och 14 kap. RF.

Av 8 kap. 2 § 3 RF framgår att föreskrifter som gäller grunderna för kommunernas (inklusive regionernas) organisation och verksamhetsformer, för den kommunala beskattningen, kommunernas befogenheter i övrigt samt deras åligganden ska meddelas genom lag. Enligt 8 kap. 3 § RF får dock riksdagen i lag bemyndiga regeringen att meddela föreskrifter på detta område, med vissa undantag, exempelvis föreskrifter om skatt. Om riksdagen bemyndigat regeringen att meddela föreskrifter på ett visst område, kan riksdagen enligt 8 kap. 10 § RF också medge att regeringen i sin tur bemyndigar en statlig myndighet att meddela föreskrifter. Vid bemyndiganden till regeringen bör de hänsyn som den kommunala självstyrelsen kräver beaktas, bemyndiganden bör därför ske med försiktighet och inte göras vidare än nödvändigt (prop. 2009/10:80). Enligt 12 kap. 4 § RF får vidare förvaltningsuppgifter överlämnas till kommuner.

Ytterligare reglering om kommunerna finns i 14 kap. RF. Kapitlet innehåller övergripande bestämmelser om grunderna för kommunernas verksamhet samt viss precisering om den kommunala självstyrelsen. I 14 kap. 1 § RF fastslås att den kommunala beslutanderätten utövas av valda församlingar. Av 14 kap. 2 § RF följer att kommunerna sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse samt övriga angelägenheter som bestäms i lag på den kommunala självstyrelsens grund. Av bestämmelsen framgår alltså att kommuner och regioner bland annat sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse. Detta tar sikte på sådana angelägenheter som kommuner och regioner själva kan ta initiativ till och som tar sin utgångpunkt i det lokala eller regionala allmänintresset och som preciseras i KL. Denna initiativrätt kan också sägas vara kärnan i den kommunala självstyrelsen (prop. 1973:90). Därtill sköter kommuner och regioner även sina övriga angelägenheter som bestäms i lag på den kommunala självstyrelsens grund. Det innebär att all kommunal verksamhet

som är särskilt reglerad i olika lagar sköts på den kommunala självstyrelsens grund (prop. 2009/10:80). Det tar framför allt sikte på sådana åligganden som staten ålagt kommunerna.

Inom detta område ryms många olika verksamheter som är specialreglerade i lag, vilket hälso- och sjukvården är ett exempel på. Att kommuner och regioner sköter sådan verksamhet på den kommunala självstyrelsens grund innebär inte att kommuner och regioner är helt fria i dessa verksamhetsgrenar. Lagar och andra föreskrifter anger såväl skyldigheter för kommuner och regioner som övriga ramar för verksamheten. Utrymmet för kommunalt och regionalt självbestämmande är således mindre inom dessa specialreglerade områden än på det område som grundar sig på det lokala eller regionala allmänintresset. Hur detaljerade reglerna är och hur stort utrymmet för lokala och regionala skillnader är varierar mellan de olika verksamheterna. Regelverkens innehåll och därmed det reella utrymmet för kommunalt och regionalt självbestämmande är också möjligt att förändra över tid, vilket också är avsikten med dagens reglering i RF.

Av 14 kap. 3 § RF följer vidare att inskränkningar i den kommunala självstyrelsen ska vara proportionerliga. Det innebär att inskränkningar i den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett inskränkningen. Om flera alternativ finns för att nå samma mål bör det alternativ som lägger minst band på kommunerna väljas (prop. 2009/10:80). Kort efter att bestämmelsen infördes utformade Statskontoret på uppdrag av regeringen underlag för hur proportionalitetsprincipen kan tillämpas (Statskontoret, 2011a). Enligt Statskontoret består proportionalitetsbedömningen av två grundläggande komponenter. Det ena är en analys av vilka konsekvenser förslag till ny lagstiftning får för den kommunala självstyrelsen. Det andra är en avvägning mellan de kommunala självstyrelseintressena och de nationella intressen som förslaget ska tillgodose.

Utformningen i RF är således tänkt att säkerställa att den kommunala självstyrelsen beaktas vid beslut som innebär inskränkningar i den kommunala självstyrelsen. Den slutliga bedömningen av hur en proportionalitetsbedömning faller ut görs dock av riksdagen i samband med att den tar ställning till förslaget. Riksdagen har då att ta ställning till om förslaget är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett inskränkningen av den kommunala självstyrelsen. Innan riksdagen fattar beslut som innebär åligganden för kommuner ska

Lagrådet enligt 8 kap. 21 § 5 RF höras. Lagrådets bedömning utgör en del av underlaget när riksdagen tar ställning till ett förslag.

Den kommunala självstyrelsen är alltså en för statsskicket viktig princip och grunderna för den kommunala självstyrelsen är reglerade i RF. De exakta gränserna för ansvarsfördelningen mellan stat och kommun och region och det reella utrymmet för kommunalt självbestämmande är dock inte grundlagsreglerade. I stället ställer en lång rad lagar och föreskrifter upp åligganden och andra skyldigheter för kommuner och regioner. Innehållet i och omfattningen av dessa åligganden och skyldigheter kan variera över tid, något som regleringen i RF också medger.

3.3 Kommunallagen

Den rättsliga regleringen avseende kommuners och regioners angelägenheter, organisation och verksamhet i övrigt återfinns i olika lagar. I kommunallagen (KL) regleras grunderna för kommunernas och regionernas organisation, beslutsfattande, befogenheter och angelägenheter med mera. I 1 kap. 2 § KL anges att kommuner och regioner på demokratins och den kommunala självstyrelsens grund ska sköta de uppgifter som stadgas i KL eller annan författning.

Av 2 kap. KL framgår ett antal bestämmelser som ringar in kommuners och regioners angelägenheter. I kapitlet regleras kommuners och regioners allmänna kompetens, vilken innebär att kommuner och regioner får ta hand angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller regionens område eller medlemmar. Av 2 kap. KL framgår vidare ett antal principer som ringar in kommunernas och regionernas allmänna kompetens. Kommunernas och regionernas befogenheter utökas även med stöd av annan lagstiftning eller annan författning. Det kallas ofta den specialreglerade kompetensen. Exempel på ett område där det finns sådan specialreglering är hälso- och sjukvården.

Kommun- respektive regionfullmäktige har som utgångspunkt enligt 14 kap. 1 § RF beslutanderätten i kommuner respektive regioner. Av 3 kap. KL framgår att fullmäktige har möjlighet att besluta om hur kommunen ska organiseras i nämnder och andra organ. KL stadgar att kommunen respektive regionen ska tillsätta en styrelse

samt de nämnder som behövs för att fullgöra kommunens eller regionens uppgifter enligt lag eller annan författning.

Enligt 5 kap. 1 § KL ska kommun- eller regionfullmäktige besluta i ärenden av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt för regionen, däribland mål och riktlinjer för verksamheten samt budget, skatt och andra viktiga frågor. Det är således fullmäktige som fattar grundläggande beslut om större investeringar i nya eller befintliga sjukhus medan det ofta är nämnder och förvaltning som sedan genomför dem. Innan ett ärende avgörs av fullmäktige ska det enligt 5 kap. 26–38 §§ KL beredas. Beroende på vad ärendet gäller ställer KL upp olika krav på beredning. Beslutanderätten får, beroende på vad det rör, delegeras till nämnder och i vissa fall anställda, något som regleras i 5–7 kap. KL. Regioner och kommuner får också lämna över skötseln av kommunala angelägenheter till privaträttsliga aktörer, 10 kap. KL.

KL innehåller därutöver bestämmelser om samverkan mellan kommuner och regioner. Tre typer av samverkan regleras i 9 kap. KL. Det rör sig om kommunalförbund, gemensamma nämnder samt avtalssamverkan. Ett kommunalförbund bildas genom att de ingående kommunerna eller regionernas fullmäktige beslutar om en förbundsordning, 9 kap. 1 § KL. Ett kommunalförbund är en egen juridisk person dit kommunerna överlämnar skötseln av de kommunala eller regionala angelägenheter de ingående kommunerna väljer.

En gemensam nämnd bildas genom att fullmäktige beslutar om det, 9 kap. 19 § KL. Genom en gemensam nämnd får två eller fler kommuner och regioner fullgöra sådana uppgifter som kommunala och regionala nämnder annars ansvarar för. Till skillnad från ett kommunalförbund som är en juridisk person är en gemensam nämnd en del av de ingående kommunernas organisation, 9 kap. 20 § KL.

Bestämmelser om avtalssamverkan finns i 9 kap. 37–38 §§ KL. Avtalssamverkan innebär att en kommun eller region genom att ingå ett avtal bestämmer att en kommunal uppgift helt eller delvis ska utföras av en annan kommun eller en annan region.

Enligt 11 kap. 1 § KL ska regioner ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet. Ett liknande krav ställs upp i 4 kap. 1 § HSL där det stadgas att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.

3.4 Hälso- och sjukvårdslagstiftningen

Staten har ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvårdssystemet. Staten ställer genom lagstiftning upp krav på vilken vård som ska ges och ramarna för dess organisation. Statliga förvaltningsmyndigheter har även ansvar för att utfärda bindande[1] och vägledande[2] normer, att utöva tillsyn[3] samt att koordinera och samordna[4]. Staten beslutar också om vilken vård som ska vara den nationellt högspecialiserade vården (7 kap. 5 § HSL samt 2 kap. hälso- och sjukvårdsförordningen [2017:80]). Staten har även det primära ansvaret för forskning och utbildning på vårdområdet genom de statliga universiteten. Staten har ansvar på krisberedskapsområdet där bland annat Socialstyrelsen och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har uppdrag. Slutligen bidrar staten med betydande finansiering på vårdområdet genom generella[5] och specialdestinerade[6] statsbidrag.

Utförandet av hälso- och sjukvård ansvarar dock genom 8 och 12 kap. HSL regioner och kommuner för. Att regioner och kommuner enligt HSL är skyldiga att erbjuda hälso- och sjukvård innebär alltså att det är en av staten ålagd obligatorisk uppgift för kommuner och regioner. Utöver HSL finns en rad andra lagar och föreskrifter på hälso- och sjukvårdsområdet som kommuner och regioner behöver beakta. Detta innebär att staten genom lagstiftning och andra beslut har åtaganden och intressen i samt ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvårdssystemet medan kommuner och regioner ansvarar för utförandet.

[1] Se till exempel 8 kap. hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) om Socialstyrelsens föreskriftsmakt.
[2] Se till exempel förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.
[3] Se till exempel 7 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659) om Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn.
[4] Se till exempel 7a § och 9 § 3 förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.
[5] Generella statsbidrag delas ut utifrån lagen (2004:773) om kommunalekonomisk utjämning. År 2018 bidrog staten med knappt 30 miljarder kronor till regionerna och drygt 70 miljarder kronor till kommunerna. Prop. 2019/20:1 utg.omr. 25 avsnitt 2.4.4.
[6] Som exempel kan nämnas läkemedelsförmånerna som 2018 uppgick till 27 miljarder kronor. Prop. 2019/20:1 utg.omr. 25 avsnitt 2.4.3. Se även till exempel förordning (2020:193) om statsbidrag till regioner och kommuner för att ekonomiskt stödja verksamheter inom hälso- och sjukvård respektive socialtjänst till följd av sjukdomen covid-19.

3.4.1 Hälso- och sjukvårdslagen

Den rättsliga regleringen för hälso- och sjukvården har varierat över tid. Dagens lagstiftning är resultatet av ett antal olika reformer. Regelverket karaktäriseras av decentralisering där lagstiftningen pekar ut över övergripande mål och sätter ramarna för verksamheten. Av 3 kap. 1 § HSL framgår att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. I HSL regleras också att kommuner och regioner som huvudmän för hälso- och sjukvården är skyldiga att erbjuda hälso- och sjukvård (8 och 12 kap. HSL).

Som lag beskrivs HSL beskrivs ofta som en ramlag (prop. 2016/17:43). Det betyder att HSL ger regioner och kommuner frihet att organisera vården efter lokala och regionala förhållanden med beaktande av gällande lagar och andra föreskrifter. Regleringen för hälso- och sjukvården, även i HSL, innehåller dock en hel del regler som är mer detaljerade. Avseende planering av hälso- och sjukvården innehåller lagen få skrivningar om den statliga styrningen medan exempelvis bestämmelserna om avgifter i 17 kap. HSL är på en mycket detaljerad nivå. Utrymmet för kommunalt och regionalt självbestämmande är således olika stort avseende olika delar i regleringen. Därtill kommer att det finns bestämmelser i en rad lagar och föreskrifter som på olika sätt påverkar hälso- och sjukvården och dess infrastruktur. Utrymmet för kommunalt självbestämmande på hälso- och sjukvårdsområdet varierar alltså såväl över tid som gällande olika frågor.

3.4.2 Organisation, planering och samverkan

Genom HSL har regioner och kommuner ålagts det primära ansvaret för hälso- och sjukvårdens utförande. 7 kap. HSL ställer upp vissa krav på organisation, planering och samverkan i den hälso- och sjukvård som regionerna bedriver. Motsvarande bestämmelser för den hälso- och sjukvård som kommunerna bedriver finns i 11 kap. HSL. Det finns inga detaljerade bestämmelser i HSL som direkt berör investeringar i vårdinfrastruktur. Av 5 kap. 2 § HSL framgår att där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Av 7 kap. 4 § HSL framgår vidare att det för sådan hälso- och sjukvård som kräver intagning vid vårdinrättning ska det finnas sjukhus. Vad som avses med sjukhus, eller vilka hänsyn som ska tas vid inrät-

tande av nya sjukhus, eller ändringar och nedläggningar av befintliga sjukhus, regleras inte i HSL. I stället är det upp till regionerna att med beaktande av framför allt vårdbehovet hos de som omfattas av regionens ansvar precisera detta (jfr 7 kap. 2 § HSL).

Därutöver är det framför allt det i 7 kap. 2 § HSL utpekade ansvaret för regionerna att planera hälso- och sjukvården som är relevant för investeringar. Motsvarande bestämmelse för den vård som kommunerna bedriver finns i 11 kap. 2 § HSL. Regioner och kommuner ska planera hälso- och sjukvården utifrån vårdbehovet hos dem som omfattas av regionernas respektive kommunernas ansvar med beaktande av den vård som erbjuds av andra vårdgivare. Regionerna ska därtill planera hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls.

Enligt 7 kap. 2 a § HSL ska vården organiseras så att den kan ges nära befolkningen, men den får koncentreras om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl. I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regioner och kommuner enligt 7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § HSL därtill samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. I frågor om hälso- och sjukvård som berör flera regioner ska regionerna samverka enligt 7 kap. 8 § HSL. Exempel på sådan vård är regional högspecialiserad vård (prop. 1981/82:97Hur samverkan enligt bestämmelserna ska gå till är inte reglerat. Det står varje region och kommun fritt att välja hur och i vilka frågor som samverkan ska ske. Detta är en följd av den kommunala självstyrelsen och utformningen av bestämmelserna i KL om samverkan som redogörs för ovan. För hälso- och sjukvård som berör fler regioner finns också samverkansregioner. Nationell högspecialiserad vård får enligt 7 kap. 5 a § HSL och 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen endast bedrivas efter tillstånd från Socialstyrelsen.

Av 6 kap. 1 § 1 HSL följer att regeringen får meddela föreskrifter om att landet ska delas in i samverkansregioner för den hälso- och sjukvård som berör flera regioner. Regeringen har i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen beslutat denna indelning i sex samverkansregioner. Grunderna för samverkansregionernas verksamhet återfinns i 7 kap. 8 § HSL där det framgår att regionerna ska samverka i frågor som berör flera regioner. Samverkansregionerna är skapade för att vara tillräckligt stora för att kunna hantera alla typer av vård förutom nationell högspecialiserad vård (jfr SOU 2015:98). Inom varje samverkansregion finns ett universitetssjukhus, förutom i Uppsala/Örebroregionen där

det finns två. Ansvaret för att bedriva hälso- och sjukvård åligger primärt regionerna. Vilka uppgifter som ligger på samverkansregionerna är inte rättsligt reglerat. I rättslig mening är det alltså upp till varje region att bestämma i vilka frågor samverkan ska ske inom samverkansregionerna.

Inte heller är formerna för samverkan inom samverkansregionerna reglerade. Regionerna som ingår i respektive samverkansregion får tillsammans bestämma hur samverkan ska formaliseras. De alternativ som står till buds är framför allt kommunalförbund och gemensamma nämnder, men också avtalssamverkan, som alla regleras i KL (och som beskrivs ovan).

Det är alltså, baserat på regleringen i HSL och KL, upp till landets regioner att besluta dels om vad samverkan inom samverkansregioner ska innehålla, dels om hur samverkan ska formaliseras. Eftersom ansvaret för hälso- och sjukvården primärt ligger hos regionerna krävs att regionerna i enlighet med bestämmelser i KL lämnar över skötseln av en regional angelägenhet till kommunalförbundet eller den gemensamma nämnden (3 kap. 8 och 9 §§ samt 9 kap. 21 § KL). Som beskrivs vidare i kapitel 5 varierar i dag formerna för samverkansregionerna.

3.4.3 Övrig lagstiftning som berör hälso- och sjukvården

Utöver de lagar och föreskrifter som nu presenterats omgärdas hälso- och sjukvården av en rad andra lagar och föreskrifter. Till de lagar som diskuteras ovan finns såväl förordningar som myndighetsföreskrifter. Därtill kommer ett antal övriga lagar som på olika sätt berör hälso- och sjukvården.

Patientlagen (2014:821) och patientsäkerhetslagen (2010:659) innehåller ytterligare bestämmelser om patienters ställning, patientsäkerhet och innebär skyldigheter för vårdgivare. Syftet med patientlagen är enligt 1 kap. 1 § att stärka och tydliggöra patientens ställning och att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Patientlagen innehåller bland annat bestämmelser om att hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig, om patienters rätt till information, patientens självbestämmanderätt och krav på samtycke samt patientens delaktighet i vården. Därutöver innehåller patientlagen rätt till fast vårdkontakt om patienten begär det (bland annat att välja en fast

läkarkontakt inom primärvården) samt bestämmelser om individuell planering av vården. Patientlagen reglerar också hur val av behandlingsalternativ ska göras samt att en patient i vissa allvarliga fall ska få möjlighet att inom eller utom den egna regionen få en ny medicinsk bedömning. Slutligen innehåller patientlagen bestämmelser om patientens möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård, hur personuppgifter och intyg ska hanteras samt bestämmelser om hur synpunkter, klagomål och patientens delaktighet i patientsäkerhetsarbetet ska hanteras.

Patientsäkerhetslagen syftar å sin sida till att främja en hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och tandvården. I patientsäkerhetslagen definieras flera begrepp som vårdgivare, hälso- och sjukvårdspersonal, patientsäkerhet, vårdskada och allvarlig vårdskada. Vidare regleras vårdgivares skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Patientsäkerhetslagen innehåller också bestämmelser om Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) tillsyn över hälso- och sjukvården och dessa personal, 7 kap. 1 §. Tillsynen enligt lagen innebär enligt 7 kap. 3 § granskning av att den hälso- och sjukvårdsverksamhet och personal uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter. Tillsynen ska, enligt 7 kap. 3 § andra stycket, främst inriktas på granskning av att vårdgivare fullgör sina skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Patientsäkerhetslagen innehåller också bestämmelser om Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Nämnden är en domstolsliknande myndighet som beslutar i behörighetsfrågor om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Ett exempel är på lagstiftning som inte i direkt mening berör hälso- och sjukvården men som påverkar kommuner och regioners verksamhet är lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, LEH. LEH syftar till att kommuner och regioner ska minska sårbarheten i sin verksamhet och ha en god förmåga att hantera krissituationer i fred. Kommuner och regioner ska enligt 2 kap. 1 § LEH analysera vilka extraordinära händelser i fredstid som kan inträffa i kommunen respektive regionen och hur sådana händelser kan påverka den egna verksamheten. Därtill ska kommunen eller regionen bland annat planera för hur extraordinära händelser ska hanteras. Lagen gäller inte specifikt för hälso-och sjukvården, men eftersom hälso-

och sjukvård är kommunal och regional verksamhet påverkar lagen även hur hälso- och sjukvården bör planeras.

4 Svensk hälso- och sjukvård – en lägesbeskrivning

Sverige har höga ambitioner för hälso- och sjukvården. Målet är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet, som är jämlik, jämställd och tillgänglig (prop. 2015/16:1, utg.omr. 9, bet. 2015/16:SoU1, rskr. 2015/16:102). Svensk hälso- och sjukvård uppvisar också goda resultat inom flera viktiga områden, samtidigt som det finns en rad utmaningar. Det gäller inte minst omhändertagandet av patienter med mer komplexa behov där kontinuitet och samordning är av stor vikt. Den pågående covid-19-pandemin förstärker utmaningarna, bland annat gällande vårdköer och kompetensförsörjning.

4.1 Resultat och utfall inom olika områden

4.1.1 Medicinska resultat

Svensk hälso- och sjukvård står sig väl i internationella jämförelser avseende medicinska resultat, särskilt inom specialistvården. Sverige har till exempel låg åtgärdbar dödlighet jämfört med andra OECD-länder, vilket enligt OECD tyder på att hälso- och sjukvårdssystemet överlag är effektivt (OECD, 2019b). De relativt goda resultaten på hälso- och sjukvårdsområdet beror sannolikt också på att vi har gynnsamma grundförutsättningar i form av en god folkhälsa, relativt sunda levnadsvanor och ett universellt hälso- och sjukvårdssystem med god tillgång till vård för befolkningen. I många avseenden är utvecklingen också positiv, till exempel för ett antal stora folksjukdomar.

Inom ett antal områden visar dock resultaten på en ojämlik vård. Regeringen har redovisat att det finns omotiverade könsskillnader,

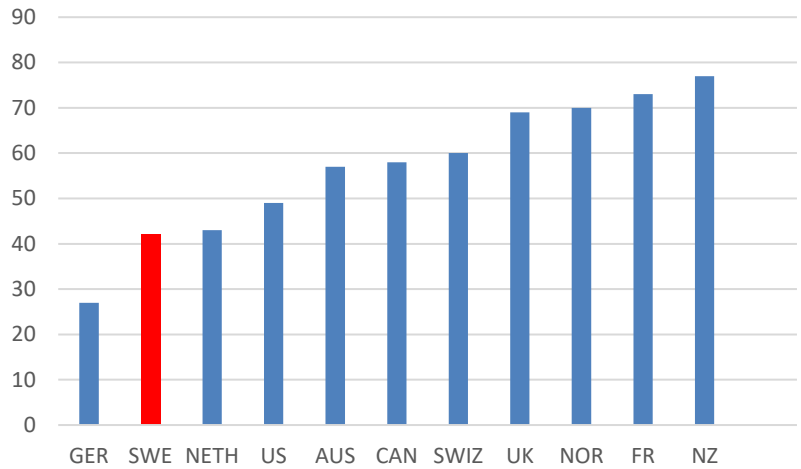
regionala skillnader och ojämlikheter förknippade med socioekonomiska faktorer, till exempel utbildningsnivå (prop. 2019/20:1 utg.omr. 9). En uppföljning från SKR visar att endast hälften av invånarna anser att vården ges på lika villkor. Med ”lika villkor” avses att behovet av vård avgör vårdinsatsen, inte ålder, kön, födelseland eller dylikt (SKR, 2020a). OECD:s mätningar av så kallad horisontell jämlikhet visar också på högre vårdutnyttjande inom den öppna specialistvården för höginkomsttagare än för låginkomsttagare. För slutenvården är vårdkonsumtionen emellertid jämnare fördelad mellan grupperna (OECD, 2019c).

4.1.2 Delaktighet, kontinuitet och samordning

Sverige har utmaningar när det gäller patienters delaktighet i vården och när det handlar om att säkerställa kontinuitet och samordning för att möta mer komplexa behov. Regeringen har framhållit internationella studier som visar att patienter i Sverige diskuterar målsättningar, prioriteringar och olika behandlingsalternativ i kontakt med hälso- och sjukvården i relativt liten grad jämfört med i andra länder (prop. 2019/20:1, utg.omr. 9). Delaktighet är samtidigt den kvalitetsaspekt som rankas högst när svenska primärvårdspatienter får vikta delaktighet, fast vårdkontakt, kort väntetid och samordning (Vårdanalys, 2020). När svenska patienter tillfrågats inom ramen för den nationella patientenkäten har andelen patienter som upplever sig vara involverade och delaktiga ökat på senare år (Nationell patientenkät, 2016; 2018 och 2020).

För personer med kronisk sjukdom där behoven av samordning mellan olika vårdgivare är betydande har Sverige genomgående svaga resultat i förhållande till andra länder. Sverige är betydligt sämre på att koordinera kontakter mellan olika delar av vården och att samordna information efter utskrivning från sjukhus. Endast 42 procent av svenska patienters ordinarie läkare uppger till exempel att de får information från specialistvården om förändringar i behandlingsplan eller läkemedelslista, jämfört med 70 procent i Norge (Doty m.fl., 2019). I Norge sker informationsöverföringen digitalt med hjälp av ett nationellt utvecklat nätverk (Norsk Helsenett).

Figur 4.1 **Andel primärvårdsläkare som får information från specialistvården om förändringar i patientens behandlingsplan eller läkemedelslista**



Källa: Doty m.fl. (2019).

I dag behandlas många patienter med kroniska tillstånd även inom den kommunala hälso- och sjukvården. Sådan vård ställer krav på samordning och kontinuitet med den regionala hälso- och sjukvården. Under 2019 presenterades för första gången öppna jämförelser av den hälso- och sjukvård som tillhandahålls av svenska kommuner. Jämförelserna omfattar vård och omsorg vid demenssjukdom, diabetes, stroke och blåsdysfunktion. Resultaten visar bland annat att knappt hälften av Sveriges kommuner kan erbjuda en sammanhållen vård och omsorg till personer med demenssjukdom. Utvecklingen är dock positiv; drygt hälften, 54 procent, erbjuder multiprofessionella demensteam vilket är en ökning med 13 procent jämfört med 2018. Vidare visar jämförelserna att en fjärdedel av kommunerna erbjuder en sammanhållen vård och omsorg till personer med diabetes. Mot bakgrund av jämförelserna bedömer Socialstyrelsen att den kommunala hälso- och sjukvården behöver utvecklas för att svara mot behoven av vårdinsatser på lokal nivå (Socialstyrelsen, 2020). För närvarande diskuteras även den kommunala hälso- och sjukvården i spåren av covid-19-pandemin som drabbat äldre hårt i Sverige. Diskussionen kretsar särskilt kring vården inom äldreomsorgen. I skrivande stund är det för tidigt att säga vad utvärderingarna kommer att visa.

För en första genomlysning se Coronakommissionens delbetänkande (SOU 2020:80).

4.1.3 Förtroende, tillgänglighet och väntetider

Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården har varit och är relativt högt i jämförelse med både andra länder och andra offentliga verksamheter. I 2020 års hälso- och sjukvårdsbarometer svarade 69 procent att de har ett stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin egen region. Resultaten varierar dock mellan olika grupper och regioner. Vårdanalys (2018) har tidigare analyserat dessa skillnader och konstaterat att brister i tillgänglighet, kontinuitet och relationella faktorer såsom att bli lyssnad på är vanliga skäl till att förtroendet är lägre i vissa grupper, exempelvis bland de som har en låg självskattad hälsa. Enligt tidigare mätningar var förtroendet större för sjukhusen än för vårdcentraler och betydligt lägre för digitala vårdbesök (SKR, 2020a och SKL, 2018a). Mätningen 2020 visar fortsatt högre förtroende för sjukhus än för vårdcentraler (SKR, 2021). Frågan om digitala vårdbesök har omformulerats och nu mäts inställning till vård, konsultation och behandling med hjälp av digital teknik. I den senaste mätningen är en betydligt större andel positivt inställda till vård med digital teknik än dem som i tidigare mätningar uppgivit högt förtroende för digitala vårdbesök. Hur detta ska tolkas är svårt att avgöra då frågorna omformulerats. Det kan dock konstateras att såväl utbudet av digitala tjänster som användningen av digital teknik har ökat under covid-19-pandemin.

Tillgången till hälso- och sjukvård i Sverige är hög i ett internationellt perspektiv och den svenska befolkningen upplever överlag att man har tillgång till den vård man behöver (OECD, 2019a och SKR, 2020a). Andelen som upplever att man har tillräcklig tillgång minskade dock något från 84 procent 2016 till 81 procent 2018.

Bristande tillgänglighet i form av väntetider har samtidigt konstaterats som ett stort problem under lång tid och därmed också varit föremål för olika satsningar. Trots att antalet besök vid akutmottagningar minskat ökade väntetiderna till läkarbedömning vid akutbesök mellan 2017 och 2018. Möjliga orsaker är enligt Socialstyrelsen faktorer som arbetsorganisation, bemanning och vårdplatssituationen på sjukhusen (Socialstyrelsen, 2020). Väntetiderna till barn- och ung-

domspsykiatrin (BUP) är fortsatt mycket långa. För väntetiderna till ett första besök inom den specialiserade vården syns dock en positiv trend i majoriteten av regionerna mellan 2019 och 2020 (SKR väntetidsstatistik)[1].

När det gäller tid till operationer inom elektiv vård har det under flera års tid gjorts ett antal insatser för att minska väntetiderna, men utvecklingen har varit negativ de senaste åren. I en jämförelse med 16 andra OECD-länder år 2017 hade Sverige trots det bland de kortaste tiderna till operation. För exempelvis starroperationer redovisade endast två andra OECD-länder kortare väntetider och för höftleds- respektive knäledsoperationer hamnar Sverige på en fjärde respektive femte plats (OECD, 2019a). Den här typen av jämförelser ska dock tolkas med försiktighet eftersom väntetider registreras på olika sätt i olika länder (ESO, 2019).

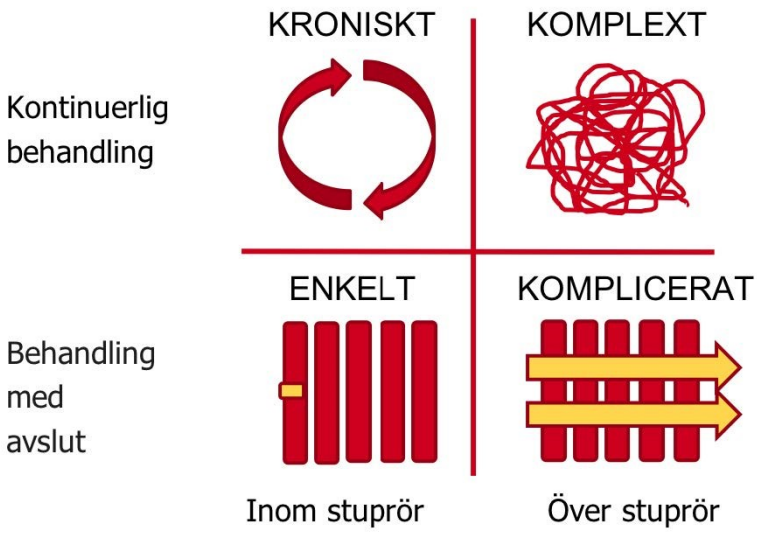
Slutligen kan noteras att den pågående covid-19-pandemin orsakat en så kallad vårdskuld där många planerade operationer och behandlingar ställts in, vilket ökar väntetiderna ytterligare. Det gäller Sverige såväl som i andra länder.

4.1.4 Ett ineffektivt omhändertagande av vissa patientbehov

Befolkningens behov av hälso- och sjukvård har förändrats till följd av den medicinska och medicintekniska utvecklingen. Till skillnad från den sjukvård som fanns att tillgå fram till 1900-talets början och de behov som dominerade då, är det inte längre akuta skador och infektioner som huvudsakligen upptar vårdens resurser. Numera omhändertas allt fler tillstånd av kronisk och långvarig karaktär, där koordinering mellan vårdgivare, kontinuitet och individanpassade lösningar är nödvändiga för att nå goda resultat. Vårdens organisation och funktionssätt har dock inte genomgått motsvarande förändring. Detta förhållande har identifierats i flera tidigare statliga utredningar[2] och kan illustreras med hjälp av följande figur som visar olika patientgrupper med sinsemellan olika behov:

[1] https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik.54405.html.
[2] Se SOU 2016:2, SOU 2018:39, SOU 2019:42.

Figur 4.2 Vårdens organisation utifrån patientgruppers behov



Källa: Leading Health Care (2016).

Figuren ovan illustrerar vårdbehov och aspekter på vårdens organisation ur ett patientperspektiv, genom att beskriva patientgrupper utifrån två grundläggande dimensioner. Bilden är en förenkling som tydliggör det delvis ändrade vårdbehovet hos befolkningen. I praktiken är uppdelningen inte lika tydlig, det är vanligt att patienter med komplexa och kroniska tillstånd också behöver behandlingar med avslut till följd av sitt ordinarie tillstånd. Den vertikala dimensionen gör skillnad på situationer där patienten har ett tillstånd som kan botas och situationer där patienter har ett kroniskt tillstånd och därför behöver vård över lång tid, kanske hela livet. Den horisontella dimensionen gör skillnad på om vårdbehovet kan hanteras inom en specialitet, eller om flera olika vårddiscipliner behöver involveras för att behandla patienten.

Historiskt sett har sjukvårdssystemet haft kapacitet för att ta om hand relativt enkla vårdbehov med hjälp av avgränsade insatser (nedre vänstra rutan). Patienter med sådana behov kan i regel tas om hand inom en primärvårds- eller specialistvårdsenhet och är därefter färdigbehandlade. Hälso- och sjukvårdens traditionella uppdelning i vårdnivåer och diagnosområden är anpassad för att möta sådana behov. Här är tillgänglighet snarare än kontinuitet av vikt.

Nästa patientgrupp i figuren har mer komplicerade tillstånd som kräver insatser från flera specialiteter eller enheter inom vården, men är av ett sådant slag att de är möjliga att bota (nedre högra rutan). Till exempel gäller det patientgrupper inom elektiv vård. Här har omfattande förbättringsarbeten bedrivits under de senaste decennierna för att minska problem med långa väntetider och brister i samordning mellan olika enheter som är involverade i vårdprocessen. Olika koncept för processutveckling har använts för att effektivisera patientens väg genom vården, såsom Lean, Total Quality Management och Värdebaserad vård. Även här är tillgänglighet ofta viktigare än kontinuitet.

En tredje patientgrupp (övre vänstra rutan) är de med kroniska tillstånd. För dem handlar det om en lång, ofta livslång, process där målet med vårdinsatserna inte är att bota utan snarare att undvika försämring och uppnå bästa möjliga livskvalitet. Många kroniska sjukdomar behandlas inom primärvården och inom kommunernas övriga hälso- och sjukvårdsverksamhet. För denna patientgrupp är kontinuitet ofta viktigare än tillgänglighet. Att möta dessa vårdbehov är komplicerat, i synnerhet i fall där hälso- och sjukvårdssystemet anpassats för att genomföra riktade insatser.

Den sista gruppen (övre högra rutan) är patienter med flera, ofta livslånga, tillstånd som kräver insatser från flera vårdgivare. Många äldre patienter befinner sig i denna grupp, men även patienter med sällsynta diagnoser. Gruppen är relativt liten men den mest resurskrävande. Här finns ett stort behov av kontinuitet, samordning, interprofessionellt arbete och individuella lösningar.

4.1.5 Ett sjukhuscentrerat system

I dag utgör behandlingen av kroniska och komplexa tillstånd en allt större andel av befolkningens vårdbehov. Samtidigt har hälso- och sjukvården främst varit inriktad mot att hantera relativt avgränsade vårdbehov. I ett historiskt perspektiv har Sverige gjort stora investeringar i slutenvård med tillhörande specialisering och akutsjukhus och Sverige har en hög grad av professionell specialisering jämfört med andra länder. Denna inriktning har sannolikt bidragit till goda medicinska resultat inom flera områden, men det försvårar ett effektivt omhändertagande av patientgrupper med mer komplexa behov. Dessa

grupper har vuxit kraftigt de senaste decennierna avseende såväl resurser som antal patienter och fortsätter växa med den demografiska och medicintekniska utvecklingen. Primärvården har inte omfattats av det, historiskt sett, relativt enhetligt styrda system som omgärdat slutenvården. Här har i stället funnits en mer fragmentiserad uppdelning mellan statligt, kommunalt och privat som inte varit föremål för samma ambitioner om en enhetlig organisering (Meijling, 2020).

4.2 Pågående reformer på hälso- och sjukvårdsområdet

Det förändrade vårdbehovet, tillgången till ny avancerad teknik och ovan beskrivna brister ligger till grund för pågående reformer på vårdområdet.

Det kanske mest omfattande arbetet handlar om en omställning mot en mer nära vård, inklusive större fokus på prevention. Andra delar handlar om att öka koncentrationen av högspecialiserad vård. Omställningen förutsätter bland annat förändringar i hur olika resurser såsom kompetens, kunskap och ny teknik bäst tas till vara samt ökat fokus på nivåstrukturering. I centrum för reformerna finns patienten och dennes perspektiv.

Utredningen har haft dialogmöten med företrädare för ett antal patientorganisationer samt mottagit ett gemensamt yttrande från Forum spetspatienter och Nätverket mot cancer. Ett exempel som framförts på hur utvecklingen inom olika områden samspelar rör dagens möjligheter till tidig upptäckt av cancertumörer där behandling kan sättas in tidigare. Detta minskar behovet av vård på sjukhus och ökar möjligheterna för vård i hemmet och egenvård.

Fokus för denna utredning, behovet av ändamålsenliga vårdbyggnader, påverkas också av denna utveckling eftersom behovet av sjukhusförlagd vård förändras och minskar.

4.2.1 God och nära vård

Utredningen Effektiv vård (SOU 2016:2) blev ett startskott för det reformarbete som nu pågår, bland annat genom en omställning mot en mer nära vård. Utredningen föreslog nya styrande principer som innebär att vården ska ges nära befolkningen om det inte är motive-

rat att koncentrera den av kvalitets- eller effektivitetsskäl, samt att vården ska ges som öppen vård i första hand. Ambitionen är inte ny; sedan 1970-talet har målsättningen varit att minska slutenvården och den sjukhuscentrerade strukturen, men tidigare ambitioner har inte lett till önskat genomslag.

Ytterligare en utredning – Samordnad utveckling för god och nära vård – har nyligen avslutat sitt arbete (med huvudbetänkandet SOU 2020:19). Regeringen har gått vidare med flera av de förslag utredningen har lämnat, främst i propositionen Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti som antogs av riksdagen 2018 (prop. 2017/18:83, bet. 2017/18:SoU22, rskr. 2017/18:294). Beslutet utgör ett första steg i omstruktureringen av hälso- och sjukvården där primärvården ska vara den tydliga basen och första linjen. I omställningsarbetet ingår att överföra resurser till primärvården. Omställningen bör dock inte främst betraktas som en förstärkning av primärvården även om det utgör en viktig del, utan ska ses som ett nytt sätt att arbeta. Regeringen beskriver (prop. 2017/18:83) förflyttningen så här:

> Nära vård är en term som […] beskriver hur vården i allt större utsträckning förflyttas från byggnaden ”sjukhuset” och ut i andra vårdformer: till vårdcentral, hälsocentral, andra former av externt belägna specialistmottagningar, sjukstugor, mobila team, digitala lösningar eller patientens hem. Att vården är nära kan ibland innebära geografiskt nära, ibland kan närheten också åstadkommas med hjälp av tekniska och digitala lösningar.

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård poängterar att nära vård inte utgör en ny vårdnivå, utan snarare innebär ”ett nytt sätt att tänka” kring hur man organiserar hälso- och sjukvård, där utgångspunkten är patienters och brukares individuella behov, förutsättningar och preferenser så att deras hela livssituation kan beaktas (SOU 2018:39).

Den 1 januari 2019 infördes således en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) om att regionerna ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl får vården koncentreras geografiskt. Vidare ändrades vårdgarantin från att ställa krav på att patienten inom en viss tid ska få träffa läkare, till att gälla antingen läkare eller annan legitimerad personal. Syftet är att använda så mycket som möjligt av den kompetens som finns inom primär-

vården för att på bästa sätt möta patienternas behov (prop. 2017/18:83, 2017/17:SoU22, rskr. 2017/18:294).

Under 2020 beslutades andra steget i omstruktureringen av hälso- och sjukvården för att göra primärvården till navet i vården. Beslutet syftar till att ytterligare stärka vårdens tillgänglighet, kontinuitet och patienters delaktighet. Beslutet innehåller bland annat ändrad definition av primärvård och ett förtydligande om vad som ska ingå i primärvårdens grunduppdrag (prop. 2019/2020 :164, bet. 2020/21:SoU2, rskr. 2019/20:61).[3]

Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att stödja omställningen mot en god och nära vård. Myndigheten har utifrån den målbild som presenterades i utredningen God och nära vård (SOU 2018:39) tagit fram en strategisk plan med förslag till insatser. Dessa omfattar bland annat stöd till kunskapsbaserad vård med fokus på primärvård; juridiska och andra stöd för att utveckla samverkan mellan huvudmän och vårdgivare, analyser av hur digitaliseringen kan användas för att stödja en god och nära vård och stärka patientens delaktighet samt stöd för att utveckla det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. Planen innehåller vidare förslag till insatser för att stärka kompetensförsörjningen i den nära vården, stödja genomförandet av Vision e-hälsa samt utveckla data och uppföljning av en god och nära vård (Socialstyrelsen, 2019c).

Även SKR stödjer regioner och kommuner i deras utvecklingsarbete mot en god och nära vård. Staten och SKR har träffat en överenskommelse som innebär att SKR ska stödja regioner och kommuner inom följande fyra övergripande områden (Socialdepartementet, 2020):

- Utvecklingen av den nära vården med fokus på primärvården.
- Ökad tillgänglighet i barnhälsovården.
- Goda förutsättningar för vårdens medarbetare.
- Insatser inom ramen för Vision e-hälsa 2025.

SKR beskriver att utvecklingsarbetet kräver en omställning i hela vårdkedjan. Från en reaktiv, sjukhustung och organisationsfokuse-

[3] Utöver förslagen i propositionen gjorde riksdagen ett tillkännagivande om att regeringen bör återkomma med ett förslag där hälsofrämjande insatser, rehabilitering och uppsökande arbete ingår i primärvårdens grunduppdrag.

rad vård till en proaktiv, relationsbaserad vård nära patienter och brukare (SKL, 2019a). Följande rörelser kan enligt SKR ses som indikatorer på omställningen:

- 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.

Exempel på nära vård-satsningar

Ett antal satsningar på en mer nära vård har genomförts i kommuner och regioner det senaste årtiondet. På flera håll har mobila team startats, ofta i form av samverkansprojekt mellan primärvård och kommunens hemsjukvård samt i vissa fall slutenvård. I till exempel Borgholm, Ängelholm, Skaraborg och Uppsala finns mobila team som besöker vårdtagaren i hemmet. Dessa insatser är framför allt inriktade mot äldre personer eller grupper med särskilda vårdbehov. (SKR, 2020b).

Andra exempel kan hämtas från regionerna i Norrland där man utvecklat olika sätt att möta vårdbehovet som utgår ifrån dessa regioners förutsättningar, med stora avstånd mellan vårdinrättningar och den demografiska situationen. Ett sådant exempel är den så kallade sjukstugemodellen som används i Norrbotten, Västerbotten och delar av Jämtland. Sjukstugorna fungerar som minisjukhus som är bemannade med en bred kompetens av allmänläkare, sjuksköterskor, ambulanspersonal, barnmorskor och andra hälsoprofessioner. Dessa sjukstugor är utrustade med röntgen- och laboratorieutrustning och har tillgång till ambulans och telemedicinsk teknik som gör att de flesta patientkategorier kan tas emot. De är ofta sammanbyggda med äldreboenden, vilket möjliggör samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården kring frågor såsom bemanning (SKR, 2020b).

Man har även tagit initiativ för att dra fördel av olika tekniska lösningar som möjliggör vård på distans. Delvis obemannade hälsorum har till exempel inrättats i Västerbotten för att möjliggöra distansbesök och distanskonsultationer för invånare där avståndet till sjukhus är stort. Hälsorummen involverar olika personalgrupper och ibland patienten i utförandet av vården. Satsningarna förutsätter investeringar i utrustning och utbildning i regionen (SKR, 2020b).

4.2.2 Nationell högspecialiserad vård

Parallellt med omställningen mot en nära vård pågår ett reformarbete som innebär en ökad koncentration av högspecialiserad vård. 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” (Socialstyrelsens webbsida: www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationell-hog specialiserad-vard/). Den högspecialiserade vården kännetecknas av att den är komplex, avancerad, investeringstung och sällan förekommande. Den är ofta beroende av att olika specialistkompetenser samverkar för att tillgodose patientens vårdbehov och den utförs framför allt på universitetssjukhus och vissa regionsjukhus. Den högspecialiserade vården delas in i nationell och regional vård. Regional högspecialiserad vård ska bedrivas på ett begränsat antal enheter i respektive samverkansregion. Som en följd av dess komplexitet är den nationella högspecialiserade vården koncentrerad till max fem samverkansregioner. Mätt i antalet patienter utgör den nationella högspecialiserade vården en liten del av vården.

Tidigare beslutade Socialstyrelsen om vilken hälso- och sjukvård som skulle bedrivas som så kallad rikssjukvård och var den skulle utföras. Mellan 2007 och 2018 fanns femton beslutade områden för rikssjukvård och Socialstyrelsen beviljade 21 tillstånd. Systemet sågs över efter att det bedömdes vara alltför tidskrävande och ineffektivt.

Med utgångspunkt i betänkandet Träning ger färdighet – koncentrera vården för patientens bästa (SOU 2015:98) genomfördes 2018 reformer för att koncentrera den högspecialiserade vården nationellt. Syftet med reformerna är att minska risker för patienter, öka kvaliteten samt förbättra möjligheterna för patienter att få en jämlik vård

oavsett var i landet man bor. Tanken är att koncentrationen av den högspecialiserade vården ska ge ett större patientunderlag vilket anses nödvändigt för att bedriva högkvalitativ forskning och utbildning och för att rekrytera spetskompetens.

Socialstyrelsen beslutar om vad som ska utgöra nationell högspecialiserad vård och utfärdar tillstånd. En sakkunniggrupp har i uppdrag att utreda och ge förslag på vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra nationell högspecialiserad vård och hur många enheter sådan vård ska bedrivas på. En beredningsgrupp gör en övergripande analys av sakkunniggruppens förslag, framför allt avseende förmågan att bedriva akut sjukvård. I beredningsgrupperna ingår bland andra höga tjänstemän från de sex samverkansregionerna. Nämnden för nationell högspecialiserad vård beslutar sedan om vilken eller vilka regioner som beviljas tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård samt vilka villkor som gäller för tillståndet. Nämnden utses av regeringen och består, utöver representanter från Socialstyrelsen, som ska inneha ordförandeposten, av representanter från samverkansregionerna.

Den högspecialiserade vården finansieras baserat på de avtal som sluts mellan samverkansregioner och enskilda regioner utan direkt nationell finansiering. Frågan om investeringar i byggnader och immateriell infrastruktur som stödjer koncentrationen av nationell högspecialiserad vård ingår inte i processen, utan förutsätts hanteras inom respektive region.

4.2.3 Ökat patientfokus

Patientens rättigheter och ställning har stärkts successivt sedan 1980-talet och framåt. Fram till dess innehöll lagstiftningen på hälso- och sjukvårdens område inga bestämmelser som direkt klargjorde patientens rättigheter eller ställning i vården (Krohwinkel, 2018). I tillsynslagen (1980:11) slogs fast att vården så långt det är möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten samt att personalen ska bemöta patienten med omtanke och respekt. Det infördes också en skyldighet för personalen att informera om hälsotillstånd och behandlingsalternativ.

I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) klargjordes att hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso-

och sjukvårdspersonalen. Det infördes krav på samråd med patienten och på individuellt anpassad information om patientens hälsotillstånd och om vilka metoder för undersökning, vård och behandling som finns att tillgå.

Under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet uppmärksammades patientens ställning allt mer. Ett exempel är utredningen Patienten har rätt (SOU 1997:154). I utredningen redovisades olika aspekter på patientens relation till sjukvårdssystemet, bland annat möjligheter att välja vårdgivare, och inflytande över valet mellan alternativa medicinska behandlingar. Patientens roll och rättigheter har även betonats vid inrättandet av patientnämnder 1999 och i förarbetena till nya regler om patientsäkerhet och vårdskador (Krohwinkel, 2018).

Sedan dess har patientens inflytande stärkts ytterligare genom ökade inslag av individuella val och förbättrade förutsättningar för sådana val genom ökad tillgänglighet och informationsspridning, till exempel i form av öppna jämförelser. År 2010 infördes vårdvalssystem i primärvården. Reformen var ett resultat av att patienter bedömdes vara alltmer kunniga och kvalitetsmedvetna, och att de hade ökande förväntningar om att bli alltmer involverade (SOU 2008:127). Vårdgarantin kom samtidigt att lagstadgas. Internationellt skedde en liknande utveckling mot ökade valmöjligheter och rörlighet för patienter. År 2011 fick patienter rätt att kräva ersättning från sitt hemland för vård utförd i andra EU-länder på samma villkor som gäller för vård i hemlandet.

Det senaste decenniet har utvecklingen fortsatt. Patientlagen (2014:821) som syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet har införts (prop. 2013/14:106, bet. 2013/14:SoU24, rskr. 2013/14:327). Lagen har dock kritiserats för att inte ha gjort någon skillnad för patientens faktiska ställning inom hälso- och sjukvården (Vårdanalys, 2017).

Ytterligare arbete pågår för att göra vården mer personcentrerad, inte minst vården av patienter med komplexa behov och många vårdkontakter. Ett exempel är införandet av patientkontrakt – en form av gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare som ska säkerställa delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan. Rörelsen mot en mer personcentrerad vård inklusive införandet av patientkontrakt utgör en del av den pågående omställningen mot en mer nära vård (SKL, 2018b). Ett annat exempel på åtgärder för att göra vården mer personcentrerad är lagen (2017:612) om samverkan

vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård som trädde i kraft 2018. Lagen syftar till att skapa en trygg, säker och smidig övergång från slutenvård till öppenvård.

Ett led i utvecklingen av personcentrerad vård är att i högre utsträckning använda benämningen person i stället för patient, som ett sätt att sätta människan med sina unika egenskaper före sjukdomen eller den sjuka kroppen. Begreppet patient används dock fortfarande för att beskriva en person som står i relation till en vårdgivare. Patient och personcentrerad vård beskrivs ofta med värdeladdade begrepp som empati, respekt, engagemang, relation, delat beslutsfattande, holistiskt fokus, individualistiskt fokus och koordinerad vård. I beskrivningar av personcentrerad vård betonas att personer med någon form av ohälsa, risk för ohälsa eller funktionshinder inte främst bör betraktas utifrån ohälsotillståndet eller funktionshindret utan i stället att i högre grad fokusera på de resurser varje person har och vad det innebär att vara människa och i behov av vård (se till exempel Vårdhandboken[4]). Det är en övergång från en modell där patienten är passiv mottagare av en medicinsk åtgärd till en modell som bygger på överenskommelser med patienten ofta i samarbete med anhöriga, som aktiva deltagare i planering och genomförande av vård och rehabilitering. Personcentrerad vård är ett internationellt erkänt begrepp och bör enligt Vårdhandboken tillämpas brett. Studier av personcentrerad vård pekar på tydliga förbättringar gällande upplevd hälsa samt kortare vårdtider (Olsson m.fl., 2013).

Ett uttryck för utvecklingen är att begreppet *spetspatienter* har blivit alltmer etablerat de senaste åren och fanns med som nyord i Språkrådets nyordlista 2017. En spetspatient är en patient, ofta med kronisk eller långvarig sjukdom, diagnos och/eller funktionsvariation, som kan mycket om sina egna hälsoutmaningar.

[4] www.vardhandboken.se

4.2.4 Processperspektivet i vården allt viktigare

De pågående reformerna på hälso- och sjukvårdsområdet medför att processperspektivet i vården blir allt viktigare. Utvecklingen av den nära vården och den ökade koncentrationen av högspecialiserad vård tillsammans med en ökande andel äldre och multisjuka patienter kräver ökat fokus på patientens väg genom vårdsystemet. Patientcentrerad vård och personcentrerad vård betonar även detta. Utvecklingen ställer också krav på effektiv samverkan mellan vårdsystemets olika delar för att identifiera rätt remitteringsvägar, rätt vårdnivå och adekvat behandling, samt minska väntetider (se till exempel Socialstyrelsen, 2019b). Allt för att öka effektiviteten i omhändertagandet och skapa nytta för patienten. Det är speciellt utmanande när det gäller multisjuka patienter med flera vårdprocesser där störningar och väntetider i en vårdprocess kan förhindra eller stanna upp en eller flera andra pågående processer.

För att öka effektiviteten i systemet och undvika väntetider och de konsekvenser det kan medföra krävs att hälso- och sjukvårdssystemets resurser kan nyttjas effektivt. Detta tillsammans med ökad koncentration av den högspecialiserade vården med en ökande andel vård som endast ges på ett fåtal platser i landet förutsätter ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem med tillgång till effektiva verktyg för att planera vården utifrån den enskildes behov.

4.3 Reformarbetet i praktiken

Utredningen har uppdragit forskare från Uppsala universitet att kartlägga regionernas reformarbete avseende omställningen till en god och nära vård. Rapporten, (Winblad m.fl., 2021) som återfinns i bilaga till detta betänkande, visar att nästan alla regioner har något slags reformarbete förknippat med en god och nära vård, men att arbetet ännu befinner sig i ett inledande skede. De konkreta åtgärder som genomförs handlar främst om avgränsade utvecklingsprojekt och testverksamhet, inte någon större strukturomvandling eller mer omfattande omfördelning av resurser.

Förenklat syftar omställningen till en mer nära vård till att möta utvecklingen mot att fler patienter lever med kroniska tillstånd. Den nationella högspecialiserade vården syftar till att kunna upprätthålla hög kvalitet i avancerade och ovanliga behandlingar. Eftersom utveck-

lingen inom hälso- och sjukvården påverkar behovet av lokaler utgör utvecklingen utgångspunkter för frågor som gäller framtidens infrastruktursatsningar på området. I kommande kapitel redovisas fler faktorer som påverkar förutsättningarna för samhällsekonomiskt effektiva och ändamålsenliga investeringar i vårdinfrastruktur.

5 Styrning och organisering av hälso- och sjukvården

För att förstå varför hälso- och sjukvården ser ut som den gör i dag behöver den betraktas utifrån dess historiska kontext. Detta kapitel ger en översikt av det svenska hälso- och sjukvårdssystemets framväxt och formering på riksplanet genom viktiga reformer. Vidare beskrivs hur styrningen av hälso- och sjukvården har utvecklats och förändrats över tid, statens tidigare styrande roll vid investeringar samt dagens organisation och samarbetsstrukturer.

5.1 Framväxten av ett nationellt hälso- och sjukvårdssystem

Någon typ av sjukvård har funnits i offentlig regi i Sverige under flera hundra år, men var fram till 1900-talet begränsad till att bota relativt enkla tillstånd. Sjukhus har funnits i Sverige i någon form sedan omkring år 1700 (Åman, 1976).

I kombination med ett mer systematiskt upplägg av sjukvårdsverksamheten förbättrades sjukvårdens förmåga från mitten av 1800-talet. Det svenska systemets nuvarande kännetecken kan härledas till denna tid och det institutions- och systembyggande som då pågick i Sverige. I och med kommunallagarna 1862 beslutade staten att landstingskommunerna skulle bedriva sjukvård, vilket resulterade i att en uppbyggnad av lasarett påbörjades, vart och ett bemannat med minst en läkare. I och med lasarettsstadgan år 1901 infördes också statlig normering som höjde ambitionerna för sjukhusbyggandet (Meijling, 2020).

Under 1900-talet utreddes och reformerades hälso- och sjukvårdspolitiken kontinuerligt, med större reformer 1928, åren runt 1960 och åren runt 1980.

Från sent 1920-tal påbörjades en mer omfattade uppbyggnad av ett sjukvårdssystem med mottagningar över hela landet, inklusive specialiseringar och öppen vård. I 1928 års sjukhuslag förpliktigades landstingen att driva minst två sjukhus. Detta blev början på en omfattande expansion av sjukvården, som accelererade efter 1945 (SOU 2019:29).

Mellan sent 1920-tal och slutet av 1970-talet gick Sverige från sjukvård vid små lasarett och hos provinsialläkare till stora sjukhus med specialiserad vård och primärvård omfattande flera professioner (SOU 2019:29).

Ett utmärkande drag för det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är att det utvecklats med sjukhusanläggningar och den slutna vården samt därtill knuten stark specialisering i centrum. Fokus har varit på verksamhetsuppbyggnad och de medicinska behoven, med staten som initiativtagare och ett landstingskommunalt utförande. Systemet vilar på en idé om ett förhållandevis sammanhållet och likformigt system uppbyggt kring sjukhusvård, inte kring sjuk- eller socialförsäkringar. Sjukvårdsverksamheten skulle koncentreras kring sitt syfte och fungera ”systemstödjande” i förhållande till det omgivande samhällets modernisering, snarare än utgå ifrån finansiella inrättningar (Meijling, 2020).[1]

Detta synsätt märks till exempel i Statens sjukvårdskommittés betänkande 1934, som låg till grund för en ”allmän riksplan” för ett ”rationellt ordnande” av sjukvården (SOU 1934:22). Syftet med riksplanen var att ge huvudmännen överblick över utbyggnadsbehoven och tillse att de satsningar som gjordes bidrog till en effektivt fungerande helhet, till lägsta möjliga kostnad och med rättvis fördelning. Den allmänna riksplanen skulle bland annat motverka ett alltför snävt perspektiv på regional och lokal nivå. Detta eftersom planen skulle utgöra ”ett värdefullt korrektiv emot tillfälliga omkastningar i olika trakters sjukvårdspolitik och ett skydd emot inflytelser, härrörande mera av lokala eller andra tillfälliga hänsyn än av sakligt väl grundade skäl” (SOU 1934:22).

I takt med att sjukvården expanderade tog det offentliga ett allt större ansvar för kostnaderna i vården. Staten genomförde ett antal reformer av sjukförsäkringen under 1930-talet där man ökade stödet

[1] Detta system ställs av Meijling (2020) i motsats till andra länders system med socialpolitiska, försäkringsekonomiska eller marknadsrelaterade förtecken; t.ex. det brittiska som beskrivs som utgående från en socialpolitisk vision eller det tyska eller nederländska som är försäkringsstyrt/korporativt organiserat. Se även kapitel 9 för en internationell utblick.

till de statligt reglerade sjukkassorna. 1947 fattade riksdagen beslut om allmän sjukförsäkring.

Staten genomförde även omfattande reformer som innebar organisatoriska förändringar för utförandet av sjukvården; 1969 genomfördes exempelvis ”sjukronorsreformen” som innebar i princip enhetliga avgifter för den offentliga öppna vården och totallön för samtliga offentligt anställda läkare, i motsats till lön per insats.

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, såsom det formats av riksdag och regering, kan betraktas som ett sammanhållet nationellt system, där utförandet är decentraliserat (SOU 2007:12).

Ett annat särdrag i det svenska systemet som delvis följde av verksamhetsperspektivet är läkarprofessionens starka ställning. Läkarkåren kom att få stark professionell makt i det system som växte fram, dock utan verklig organisatorisk självständighet. Det kan jämföras med Danmark, där sjukvården i stället byggdes upp utifrån en självständig profession av fritt praktiserande läkare, men där ett organiserat sjukhussystem saknades (Meijling, 2020).

5.2 Hälso- och sjukvårdsreformer under efterkrigstiden

Åren runt 1960 reformerades sjukvårdens organisation. Vid det laget hade sjukhuslagstiftningen bestått i huvudsak oförändrad sedan 1928.[2] I propositionen till ny sjukhuslag anförde departementschefen att sjukhusväsendet genomgått en mycket kraftig utveckling och år 1959 utgjorde ett av de viktigaste och mest omfattande verksamhetsfälten för den kommunala självstyrelsen (prop. 1959:19). Behovet av en översyn av regelverken hade uppmärksammats av svenska landstingsförbundets styrelse redan ett decennium tidigare. Medicinalstyrelsen och andra viktiga remissorgan anslöt sig till denna uppfattning och Sjukhuslagstiftningskommittén (SOU 1956:27) tillsattes år 1951.

Såsom framgår av det föregående kännetecknas det svenska sjukvårdssystemet av statens roll som initiativtagare och regionalt utförande. Frågan om centralisering eller decentralisering har därför följt hälso- och sjukvårdspolitiken ända sedan regionernas engagemang i

[2] En partiell revision av lagstiftningen genomfördes 1940 i form av lagen (1940:1044) om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus och sjukhusstadgan (1940:1045).

sjukvården tog fart på 1800-talet (Kock, 1963).[3] Under efterkrigstiden sammanföll frågorna med den allmänna decentraliseringstrenden.[4]

På hälso- och sjukvårdsområdet kom decentraliseringen till uttryck i ett antal förändringar i början av 1960-talet. Till exempel övertog regionerna huvudmannaskapet för den öppna sjukvården (motsvarande dagens primärvård) och statens inflytande över personaltillsättningar inom vården överfördes till stor del till regionerna. Staten skulle dock även framledes bidra till finansieringen av vården och Medicinalstyrelsen skulle utöva tillsyn på hälso- och sjukvårdsområdet (prop. 1961:181, bet. 1961:SU186, rskr. 1961:394).

5.2.1 Den moderna hälso- och sjukvårdslagstiftningen

I propositionen till hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), hädanefter gamla HSL, konstateras att hälso- och sjukvården utgör en väsentlig del av samhällets totala välfärdssystem. Regionernas verksamhet på området måste bedrivas på ett tillfredsställande sätt samt svara mot andra viktiga mål, menade regeringen. Därför krävdes ett väl fungerande samspel mellan regionerna och staten samt mellan närliggande regioner sinsemellan. I linje med den allmänna decentraliseringstrenden skulle statsmakterna framgent i ökad utsträckning dra upp riktlinjer för kommunal verksamhet i stället för att detaljstyra.

Det skulle vara upp till regionerna (och kommunerna) att bestämma hur målen skulle nås. Lagens utformning som ramlag var således ett tidigt exempel på mål- och resultatstyrning som annars brukar anses ha sitt genombrott senare under samma decennium.[5] Lagens utformning överfördes till den nuvarande hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) vid dess införande 2017.

Trots att gamla HSL var en ramlagstiftning ändrades den ett flertal gånger, byggdes ut och kom efterhand att innehålla vissa detaljreg-

[3] En allmän och mer utförlig diskussion om 1900-talets decentraliseringstrend i svensk politik finns i Söderlind och Petersson (1988).

[4] En serie promemorior under samlingsnamnet Decentraliseringsutredningen publicerades 1948–1949, bland annat en om Medicinalstyrelsens verksamhetsområde (PM nr 25). En redogörelse för utredningens arbete finns i Decentraliseringsutredningen (1949). I kontrast till detta har till exempel Ivarsson Westerberg (2014) argumenterat för att centraliseringstanken nådde sin kulmen 1967.

[5] Nämligen i samband med kompletteringspropositionen 1988 (prop. 1988/89:150 bilaga 1, bet. 1987/88:FiU30, rskr. 1987/88:394). I Sundström (2003) beskrivs framväxten av mål- och resultatstyrningen utförligt. I avhandlingen kontrasteras uppfattningen om kompletteringspropositionen 1988 som ett brott från tidigare styrningsmetoder. En närmare genomgång av ramlagars genombrott i lagstiftningen finns i Sterzel (2009).

leringar. Avsteg från ramlagstiftningen gjordes när regering och riksdag ansåg att det fanns behov av nationella perspektiv som inte kunde tillgodoses på lokal och regional nivå (Riksrevisionen, 2017).

Gamla HSL gav stort utrymme för regionerna att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar. Dittills hade det inte funnits någon skyldighet för regionerna att planera för hälso- och sjukvårdens utveckling, men i praktiken ägnade både regionerna och staten förhållandevis mycket resurser åt planering. I mitten av 1970-talet hade så gott som samtliga regioner principplaner som sträckte sig 10 till 15 år fram i tiden.[6] Ett bekymmer med dessa planer var att flera av dem missbedömde förutsättningarna för samhällsekonomins utveckling och möjligheterna till personalförsörjning, vilket ledde till alltför optimistiska bedömningar. Vissa ambitiösa mål för utvecklingen av prioriterade områden, till exempel primärvården kunde därför inte realiseras i avsedd utsträckning (prop. 1981/82:97).

Sjukvården kom i stället att centreras till sjukhusen. Dessa utvecklades mot större enheter och mot mer specialisering. De största sjukhusen utformades för en närmast industriell sjukvårdsproduktion, vilket förde med sig en ökad byråkratisering och centralstyrning. Resultatet blev ett vårdlandskap med ökad organisatorisk komplexitet och därmed ett större behov av samordning och styrning (Hallin och Siverbo, 2003).

I propositionen till gamla HSL instämde statsrådet i vad landstingsförbundet anfört om ”planeringens och samordningens stora betydelse för möjligheterna att skapa ett samlat och rationellt – effektivt – utbud av hälso- och sjukvård som tillgodoser människornas behov av god vård”. Statsrådet menade att

> detta förutsätter ett växelspel där olika vårdgivare måste vara beredda att gemensamt verka för konstruktiva lösningar och där olika vårdgivare är beroende av varandra. Ett gott resultat kommer att kräva god vilja från alla inblandade (prop. 1981/82:97).

Samrådet mellan regionerna och staten skulle, menade statsrådet, syfta till en överenskommelse som skulle utgöra utgångspunkten för regionernas långsiktiga planering. Från statens sida skulle Socialstyrelsen följa och stödja hälso- och sjukvårdsplaneringen på regionnivå samt

[6] Vilket kan ha ett samband med att Socialdepartementets sjukvårdsdelegation (S 1966:39) rekommenderade detta.

yttra sig över enskilda planförslag före huvudmännens ställningstaganden (prop. 1981/82:97).

Det var inte enbart behovet av planering som krävde samordning. För att vissa komplicerade och sällsynta sjukdomar skulle kunna behandlas framgångsrikt krävdes särskilda personella och tekniska resurser som ett enskilt landsting inte kunde erbjuda. Riksdagen fattade därför ett beslut om innehållet och organisationen av regionsjukvården i början av 1980-talet (prop. 1980/81:9, 1980/81:SoU6, rskr. 1980/81:123).

För att underlätta planeringen av sjukvården borde huvudmännen, menade statsrådet, bedriva sin hälso- och sjukvårdsplanering enligt vissa enhetliga principer som är gemensamma för hela landet och använda samma begrepps- och referensramar (prop. 1981/82:97).[7]

Det är också i början av 1980-talet som patientens rättigheter och ställning placeras i centrum för hälso- och sjukvårdslagstiftningen. I propositionen till gamla HSL tas ett samlat grepp om patientens rättigheter och ställning i vården. Även om patientens ställning dittills inte varit obetydlig hade den fått utläsas i tolkningar av bestämmelser som rörde regionernas och personalens ansvar (prop. 1981/82:97).

5.2.2 Nya hälso- och sjukvårdslagen

Ramlagstekniken i gamla HSL överfördes till den nuvarande hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), hädanefter nya HSL. Trots, eller kanske på grund av, att nya HSL syftar till att göra regelverket överskådligare, tydligare och mer lättillgängligt utan att förlora dess karaktär som målinriktad ramlag har lagen kompletterats med ett stort antal andra lagar och övriga författningar på hälso- och sjukvårdens område, inklusive föreskrifter från Socialstyrelsen (Johnsson, 2017). Man måste därför konstatera att nya HSL:s karaktär som ramlag inte har hindrat det formella hälso- och sjukvårdsrättsliga regelverket från att växa. I propositionen till nya HSL framför regeringen att regelverket består av mer än 250 författningar: lagar, förordningar och föreskrifter av olika omfattning (prop. 2016/17:43). Trots att hälso- och sjukvårdspolitikens utförande i princip är decentraliserat är statens ansvar och engagemang på området således alltjämt stort.

[7] Problemet var inte tillfälligt och inte avgränsat till hälso- och sjukvårdsområdet. 20 år senare konstaterade Äldrevårdsutredningen att det var svårt att följa utvecklingen av särskilda boendeformer på vård- och omsorgsområdet eftersom de hade olika beteckningar i olika kommuner. Refererad i Riksrevisionen (2018b).

Bestämmelsen om regionernas samrådsansvar med ”samhällsorgan”, såsom det uttrycks i lagtexten, överfördes till nya HSL.[8] De förhållandevis utförliga skrivningar om behovet av samverkan mellan regionerna och staten som finns i propositionen till gamla HSL saknar emellertid sin motsvarighet i förarbetena till nya HSL (prop. 2016/17:43, bet. 2016/17:SoU5, rskr. 2016/17:141). I stället, menade regeringen, är ansvaret för hälso- och sjukvårdspolitikens genomförande i dag mer uppdelat, där staten har ett övergripande systemansvar vilket inbegriper normering, tillsyn och utjämningssystem (prop. 2017/18:83). Medan statens ansvar för normering kommer till uttryck i olika författningar som fastställer de juridiska ramarna för hälso- och sjukvårdspolitiken innebär utjämningssystemet möjligheter för staten att styra hälso- och sjukvårdspolitiken mot uppställda mål genom fördelningen av ekonomiska medel.

5.3 Dagens organisering av hälso- och sjukvårdssystemet

Dagens organisering av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet kan delas in i olika nivåer. Samtidigt innebär den medicintekniska utvecklingen och den pågående reformeringen av hälso- och sjukvården att gränserna mellan dessa nivåer suddas ut allt mer. Ett exempel är att allt mer avancerad sjukvård utförs i hemmet.

[8] Mot bakgrund av kommunernas engagemang i hälso- och sjukvårdsfrågorna infördes även en motsvarande samrådsskyldighet för kommunerna.

Figur 5.1 Hälso- och sjukvårdssystemet



Källa: SOU 2020:15, bearbetad.

Basen i hälso- och sjukvårdssystemet utgörs av primärvården inklusive den kommunala hälso- och sjukvården.[9] De flesta patienter tas om hand på de över 1 000 vårdcentraler, distriktssköterskemottagningar och andra typer av husläkar- och familjeläkarmottagningar samt vid kommunala inrättningar som sammantaget utgör primärvården. Här ges medicinsk behandling, rehabilitering, omvårdnad och förebyggande insatser. Patienter som inte kan ta sig till en vårdcentral tas om hand inom den kommunala hälso- och sjukvården som ges vid vissa boendeformer. Även hemsjukvård ges vanligtvis i kommunal regi, då samtliga regioner utom en överlåtit skyldigheten att erbjuda hemsjukvård till kommunerna. Det kan emellertid noteras att gränssnittet gällande hemsjukvården varierar mellan regionerna.

De som inte kan diagnosticeras eller behandlas inom primärvården eller den kommunala hälso- och sjukvården remitteras till specialistvården. Specialistvården brukar delas in i tre nivåer av sjukhusvård. Den första är länssjukvården med drygt 20 länssjukhus och mer än 40 länsdelssjukhus. Antalet sjukhus är emellertid svårt att räkna på då det saknas nationella definitioner av sjukhus och olika typer av sjukhus, till exempel akutsjukhus. Vissa av sjukhusen är dessutom organi-

[9] Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård är huvudsakligen vård som ges på primärvårdsnivå. Regeringen inkluderar därför kommunalt finansierad hälso- och sjukvård i begreppet primärvård (prop. 2019/20:164).

satoriskt sett en enhet med verksamhet på flera platser. Länssjukhusen har specialistkompetens och medicinsk utrustning som täcker de flesta sjukdomstillstånd. En stor del av vården bedrivs som slutenvård, men de flesta bedriver även öppenvård. Länsdelssjukhusen är ofta mindre än länssjukhusen och har ett begränsat uppdrag. Länsdelssjukhusen kan utföra viss specialistsjukvård men inte all.

Nästa nivå av sjukhusvård är regionsjukvård som bedrivs vid landets sju universitetssjukhus. Regionsjukvård bedrivs emellertid på fler än sju platser då vissa av universitetssjukhusen har sin verksamhet på olika platser. Dessa ska kunna behandla även sällsynta och komplicerade sjukdomar och skador. Universitetssjukhusen samarbetar med universitet och högskolor om utbildning och forskning. Regioner utan eget universitetssjukhus har avtal med närliggande regioner om högspecialiserad vård.

Slutligen finns nationell högspecialiserad vård (tidigare rikssjukvården). Den syftar till att säkerställa kvaliteten i sällsynt och avancerad vård (se kapitel 4). Den nationella högspecialiserade vården ska vara koncentrerad till högst fem sjukhus i landet. Socialstyrelsen beslutar om vad som utgör nationell högspecialiserad vård utifrån ett brett remitterat förslag från sakkunniga experter, samt antal enheter som ska få utföra vården. Nämnden för nationell högspecialiserad vård vid Socialstyrelsen beslutar om vilka regioner som får tillstånd att bedriva sådan vård och beslutar om särskilda villkor för tillståndet.

I takt med att fler patienter lever med kroniska tillstånd (se kapitel 4) ökar behovet av samordning mellan de olika nivåerna i sjukvårdssystemet.

5.4 Staten, regionerna och kommunerna har ansvar

Såsom framgår av föregående avsnitt delas ansvaret för det svenska sjukvårdssystemet mellan staten, regionerna och kommunerna. Det kommunala åtagandet, inbegripet regionerna, är så pass omfattande att Ansvarskommittén år 2007 menade att det föreligger ett starkt nationellt intresse av att de kommunala verksamheterna fungerar väl (SOU 2007:10). Vidare menade kommittén att viktiga nationella värden såsom demokrati, samhällsekonomisk stabilitet och rättssäkerhet förverkligas inte minst genom den kommunala verksamheten. En av grundvalarna i det svenska styrelseskicket är kommunal själv-

styrelse. Såsom på många andra områden är regioners och kommuners uppgifter på hälso- och sjukvårdsområdet reglerade i speciallagar. På sådana områden kommer självstyrelsen till uttryck i själva utförandet (SOU 2007:10).[10]

5.4.1 Staten

För att trygga vårdens tillgänglighet och kvalitet har den statliga styrningen av hälso- och sjukvården under senare år fått ökad uppmärksamhet. Diskussionerna handlar om hur stora lokala och regionala variationer i vårdresurserna och utnyttjande av resurserna som är försvarbara i självbestämmanderättens och närdemokratins namn. Staten har mot den bakgrunden börjat att visa ett allt större intresse av att styra vårdens inriktning och utveckling (Johnsson, 2017).

I en granskningsrapport om hur staten har organiserat hälso- och sjukvården har Riksrevisionen (2017) identifierat fem styrmedel riktade till vårdens huvudmän. Dessa är

- Reglerande styrmedel, såsom tvingande lagstiftning och förordningar.
- Kunskapsstyrning i form av tvingande föreskrifter, nationella riktlinjer, allmänna råd och metodstöd.
- Ekonomisk styrning i form av statsbidrag och överenskommelser.
- Kontroll i form av tillsyn.
- Övriga styrmedel såsom nationella samordnare, öppna jämförelser, nationella handlingsplaner, nationella strategier och nationella samlingar.

Riksrevisionens granskning visar att det är vanligt att statens styrning på hälso- och sjukvårdsområdet kommit till uttryck genom den sista punkten, det vill säga i form av otraditionella styrmedel såsom överenskommelser, nationella samordnare och nationella strategier. Den här typen av styrning kan, trots att de bygger på frivillighet från huvudmännen, visa sig ha stor betydelse. Till exempel framhåller

[10] Se vidare kapitel 3 för en närmare beskrivning av hur det kommunala självstyret är förverkligat i svensk rätt.

Riksrevisionen att överenskommelser i praktiken är starkt styrande eftersom de i princip alltid är sammankopplade med ekonomiska incitament. En möjlig tolkning är att dessa otraditionella styrmedel kommit i stället för den mer reglerade samverkan som tidigare förekom mellan staten och regionerna och beskrivs på annan plats i det här kapitlet.

Användningen av otraditionella styrmedel innebär att staten kan undvika att precisera hur nationella ambitioner ska förverkligas, vilket å ena sidan ger huvudmännen stort utrymme för anpassning, men å andra sidan inte ger närmare vägledning. I sammanhanget kan nämnas att Tillitsdelegationen (SOU 2018:47) identifierade att när styrningen väl preciseras riskerar det komma olika styrsignaler från regeringen och statliga myndigheter, utan egentlig koordinering mellan olika nationella intressen.

Utvecklingen står i kontrast till Ansvarskommitténs (SOU 2007:10) bedömning om att statens styrning av kommunsektorn bör inriktas mot normering och att andra styrformer bör begränsas. Samtidigt, menade Ansvarskommittén, förutsätter statens och kommunernas åtaganden ett konstruktivt samspel mellan staten och kommunerna. Efter många år av utredning infördes ett särskilt kapitel om kommunerna i regeringsformen vid grundlagsreformen 2010.[11]

Oaktat ansvarsfördelningen på hälso- och sjukvårdsområdet kan man konstatera att systemet är komplext och att insatser från staten, regioner och kommuner är nödvändiga för att det ska fungera, såsom hälso- och sjukvårdspolitiken är organiserad i dag.

5.4.2 Regioner

Som beskrivs i detta betänkande har statens styrning av hälso- och sjukvården successivt tonats ned. Av kapitel 8 och 12 i nya HSL följer att regioner och kommuner är huvudmän för hälso- och sjukvården.[12] Lagens konstruktion syftar till att ge stor frihet till regionerna och kommunerna att själva bestämma över utförandet av hälso- och sjukvården efter lokala och regionala förutsättningar och behov. Samtidigt är HSL:s målbestämmelse tydlig om att vården ska vara jämlik i hela landet.

[11] Några utredningar som utrett frågan kan nämnas särskilt: SOU 1996:129, SOU 2007:93 och 2008:125. En redogörelse för utvecklingen finns i Eliason (2013).
[12] Motsvarande bestämmelser fanns i gamla HSL.

Regionerna ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen samt verka för en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Regionerna får med bibehållet huvudmannaskap överlämna åt annan, till exempel privata aktörer, att utföra vården. Det kan ske med hjälp av vårdvalssystem enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, upphandling enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, eller avtal om läkarvårdsersättning eller ersättning för fysioterapi enligt den så kallade nationella taxan. Även vårdgivares ansvar regleras i nya HSL och omfattar till exempel de allmänna kraven på all hälso- och sjukvård, bland annat kraven på en god vård (5 kap. 1 § HSL).

Varje region beslutar i praktiken om vilken vård som ska utföras var, till exempel vid vilka sjukhus. Ett undantag är nationell högspecialiserad vård som kräver tillstånd från Socialstyrelsen. Respektive region beslutar även om investeringar i sjukhus och andra vårdinrättningar samt om investeringar i medicinteknisk och övrig utrustning.

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.

Riksrevisionens (2017) granskning av statens styrning på vårdområdet visade att användningen av otraditionella styrmedel såsom överenskommelser resulterat i att SKR i praktiken fått myndighetsliknande uppgifter. Detta eftersom organisationen är den naturliga motparten för staten vid sådana överenskommelser, och eftersom den i kraft av sin roll som medlemsorganisation lättare kan nå ut till huvudmännen.

Exempel på överenskommelser mellan regeringen och SKR är stöd för utvecklingen av god och nära vård (dnr. S2021/00820), förbättrad tillgänglighet (dnr. S2020/09780), verksamhetsutveckling och digitalisering inom äldreomsorgen (dnr. S2020/09778), samt ökad nationell testning för covid-19 (dnr. S2020/05276).

SKR stödjer medlemmarnas arbete inom olika utvecklingsområden. SKR administrerar också nätverk för kunskapsutbyte och samordning samt ger service och rådgivning till tjänstemän och förtroendevalda.

När det gäller regionernas fastighetsfrågor ansvarar SKR för Fastighetsrådet, som är en FoU-fond för regionernas fastighetsfrågor där samtliga regioner bidrar till att finansiera gemensamma projekt kring regionernas hälso- och sjukvårdsmiljöer. Fonden ska användas till

forskning och utveckling som bidrar till mer kostnadseffektiva och bättre lokaler. Inom SKR finns även ett kansli för samverkansforumet Aktörsnätverket för vårdens byggda miljöer, som främjar och samordnar nationellt forsknings- och utvecklingsarbete. I aktörsnätverket ingår Centrum för vårdens arkitektur (CVA) vid Chalmers tekniska högskola, föreningen Forum Vårdbyggnad, PTS forum (Program för Teknisk Standard), Boverket, Fastighetsrådet och SKR. Dessa aktörer beskrivs närmare längre fram i detta kapitel.

Regional nivåstrukturering

Koncentrationen av högspecialiserad vård och omställningen mot en god och nära vård innebär ökad nivåstrukturering både nationellt och regionalt. Med nivåstrukturering avses vanligen en förskjutning av ansvar för ett tillstånd eller åtgärd mellan olika vårdnivåer och vårdgivare (prop. 2017/18:40). Medan staten ansvarar för beslut om koncentration av den nationella högspecialiserade vården ligger ansvaret för den regionala nivåstruktureringen, inklusive den regionala högspecialiserade vården, på de enskilda regionerna. Beslutsmandaten skiljer sig dock åt mellan samverkansregionerna.

Utredningen som föregick reformen av den nationella högspecialiserade vården (SOU 2015:98) föreslog att regionerna ska ansvara för den regionala nivåstruktureringen och att Socialstyrelsen ska lämna rekommendationer, exempelvis gällande vilka patientvolymer och vilken kompetens som krävs för att högspecialiserad vård ska koncentreras till en samverkansregion. Regeringen föreslog inget uppdrag för Socialstyrelsen kring regionalt högspecialiserad vård, men menade att samverkansregionernas mandat för att fatta beslut om nivåstrukturering av vården på regional nivå behöver stärkas och tydliggöras. Det kunde enligt regeringen ske genom att samverkansnämnden ersätts med en gemensam nämnd eller ett kommunalförbund, till vilken regionerna i samverkansnämnden överlåter beslutanderätt. Regeringen ansåg att förslaget innebar en höjd förväntan på samverkansregionerna att förstärka sin beslutsförmåga att koncentrera vård inom den egna samverkansregionen. Vidare menade regeringen att det är viktigt att följa utvecklingen av hur koncentrationen av vård fortskrider på regional nivå (prop. 2017/18:40).

5.4.3 Samverkansregioner

För hälso- och sjukvård som berör flera regioner är landet indelat i samverkansregioner. Vilka län och kommuner som ingår i varje samverkansregion framgår av 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:30). De sex samverkansregionerna beskrivs i tabellen nedan. I varje region finns ett regionsjukhus, förutom Uppsala/Örebroregionen som har två. Regionsjukhusen benämns inte sällan universitetssjukhus.

Tabell 5.1 Sveriges sex samverkansregioner samt dess ingående regioner och regionsjukhus

Samverkansregion	Ingående län och kommuner	Regionsjukhus
Stockholms samverkansregion	Stockholms län Gotlands län	Karolinska Universitetssjukhuset
Samverkansregion Linköping	Östergötlands län Jönköpings län Kalmar län	Universitetssjukhuset i Linköping
Samverkansregion Lund/Malmö	Kronobergs län Blekinge län Skåne län Halmstad kommun Hylte kommun Laholms kommun	Skånes universitetssjukhus
Samverkansregion Göteborg	Västra Götalands län Falkenbergs kommun Kungsbacka kommun Varbergs kommun	Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Samverkansregion Uppsala/Örebro	Uppsala län Södermanlands län Värmlands län Örebro län Västmanlands län Dalarnas län Gävleborgs län	Akademiska sjukhuset Universitetssjukhuset i Örebro
Samverkansregion Umeå	Västernorrlands län Jämtlands län Västerbottens län Norrbottens län	Norrlands universitetssjukhus

Syftet med samverkansregionerna är att möjliggöra samverkan om regionsjukvård och nivåstrukturering inklusive koncentration av regional högspecialiserad vård samt övergripande frågor om kunskapsstyrning. Här har staten med andra ord ålagt regionerna en samverkansskyldighet samt beslutat om regional indelning. Formerna för samverkan är dock upp till regionerna, vilket gör att samverkansformerna inom respektive samverkansregion ser olika ut.

Samverkan mellan regioner och kommuner kan exempelvis ske genom att de bildar ett kommunalförbund eller inrättar en gemensam nämnd (se kapitel 3). Kommunalförbundet eller nämnden består av politiska företrädare för de regioner och kommuner som ingår. Möjliga samarbetsområden är till exempel kunskapsstyrning, regionala cancercentrum, kvalitetsregister, kompetensförsörjning samt forskning och utbildning. Samverkansregionerna upprättar även samverkansavtal om bland annat utomlänsvård samt fastställer prislistor för debitering av vård i egen regi av patienter från andra regioner.

Om samverkan sker i form av en nämnd beslutar denna inte självständigt om investeringar i enskilda sjukhus. Det gör i stället respektive region. I vissa fall sker dock en gemensam planering i samverkansregionen av hur det samlade hälso- och sjukvårdssystemet ska se ut inom regionen och i viss mån vilka prioriteringar som ska göras.

Utredningen har uppdragit forskare från Uppsala universitet att undersöka samverkansregionernas arbete och roll (se Winblad m.fl., 2021 i bilaga). Undersökningen pekar på att det inte verkar göras gemensamma investeringar i vårdbyggnader i dag. En förklaring är att samverkansregioner inte är juridiska personer (bortsett från Norra sjukvårdsregionsförbundet). Några av de intervjuade regionföreträdarna framför emellertid behov av ökat erfarenhetsutbyte och koordinering för att uppnå bättre koordinering av investeringar i vårdinfrastruktur eftersom delar av kostnaderna förväntas täckas av de belopp som vård av patienter från andra regioner inbringar.

Intervjupersonerna som deltagit i undersökningen har en överlag positiv syn på samverkan inom samverkansregionen och att det finns ett värde i att vidareutveckla arbetet. Samtidigt finns det begränsningar i hur långt samarbetet kan sträcka sig med dagens samarbetsformer. Intervjupersonerna menar emellertid att ett starkare mandat inte nödvändigtvis är avgörande för förbättrad samverkan. Det viktiga är i stället

att mervärdet av samverkan synliggörs och att det finns tillit samt en vilja att samverka mellan regionerna.

5.4.4 Kommuner

Kommunerna ansvarar enligt nya HSL för att tillhandahålla hälso- och sjukvård åt personer i vissa boendeformer och verksamheter men inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare. De läkarresurser som behövs inom den kommunala hälso- och sjukvården ska regionerna tillhandahålla. Boendeformer som omfattas av kommunens ansvar är permanent särskilt boende, korttidsboende och dagverksamhet som regleras i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, bostad med särskild service och daglig verksamhet som regleras i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, samt patientens eget hem (hemsjukvård). Verksamheten kan bedrivs i egen regi eller av andra utförare.

Utvecklingen mot kortare vårdtider och snabbare utskrivning av patienter från sjukhus leder till att fler åtgärder för rehabilitering och habilitering utförs i den kommunala hälso- och sjukvården. Samtidigt innebär den tekniska utvecklingen att fler patienter med svårare hälsoproblem kan vårdas i hemmet. I praktiken får därför många patienter med komplexa vårdbehov en del av sin vård inom den kommunala hälso- och sjukvården. Där omhändertas främst många äldre och multisjuka liksom personer med stora funktionsnedsättningar. Många patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården behandlas också för vanliga folksjukdomar såsom hjärtsjukdom, diabetes, KOL och depression. De behov som tillgodoses inom den kommunala hälso- och sjukvården förväntas vara stora under överskådlig tid (Socialstyrelsen, 2019a).

5.5 Styrningen av hälso- och sjukvårdspolitiken i ett större sammanhang

Den omfattande expansionen av den offentliga sektorn under efterkrigstiden grundade sig på politiska ambitioner om att ge medborgarna tillgång till sjukvård, omsorg, utbildning, bostäder, sysselsättning och infrastruktur med mera. Under tillväxtåren ordnades således allt mer i offentlig regi och medborgarnas förväntningar på det all-

männa växte (SOU 2018:47). Utvecklingen gav så småningom bränsle till ett tilltagande missnöje med styrningen av offentlig sektor samt omfattande reformer. Den debatt om förvaltningspolitiken som följde har fått förnyad kraft på senare år.

5.5.1 Planering som dominerande idé

Idealet om decentralisering samexisterade under mitten av 1900-talet med idealet om planering som verktyg inom förvaltningspolitiken. Till exempel uppfattades förstärkningen av regionernas ansvar för hälso- och sjukvårdens utförande som ett sätt att öka förutsättningarna för planering.

Idéer om styrning som fäste större uppmärksamhet vid produktivitet och effektivitet, samt vikten av planering och utvärdering som skulle råda bot på upplevda problem hämtades från USA. Den så kallade programbudgeteringen, där program avsåg ”en plan över kostnader och prestationer för en verksamhet som syftar till att uppnå ett angivet mål”, infördes därför (se SOU 1967:11 för en utförligare redovisning av programbudgeteringen).

5.5.2 Decentralisering som motreaktion

Från den senare delen av 1970-talet växte kritiken mot den offentliga sektorn. Det fanns en utbredd uppfattning om att sektorn hade blivit alltför byråkratisk och att medborgarnas möjligheter till inflytande och insyn var alltför begränsad. Kritiken bör också ses i ljuset av det statsfinansiella läget som försämrades under denna tid och gav upphov till ökade krav på effektivitet i den offentliga verksamheten (SOU 2018:47). Den samling idéer som brukar benämnas New Public Management (NPM) växte fram, med ökade inslag av marknadslösningar och företagsefterliknande reformer, liksom alltmer mätning och granskning. En bärande idé inom denna styrfilosofi är decentralisering av resultatansvar med hjälp av mål- och resultatstyrning. I stället för detaljreglering skulle statens styrning ske med hjälp av tydliga mål och resultatkrav (Statskontoret, 2016).

Decentralisering förblev således en dominerande styr- och organisationsprincip, om än med andra förtecken. Det tog sig bland annat uttryck i ett ökat antal lokala politiska nämnder och styrelser som fick

ansvar för lokal resursfördelning till kliniker och vårdcentraler, så kallade basenheter. Ansvar och befogenheter delegerades till basenheterna och dess ledningar fick ett tydligare ansvar för verksamheternas resultat.

5.5.3 Marknadisering och företagisering

Under senare delen av 1980-talet och under 1990-talet blev företagsefterliknande styrning samt reformer för att skapa mer marknadsliknande förhållanden vanliga. Med hjälp av marknadsreformer såsom konkurrensutsättning, avregleringar, privatiseringar och valfrihet skulle det offentligas roll bli att ”styra, inte ro” (Osborne och Gaebler, 1992). Företagsefterliknande inslag handlade om förändringar inom offentliga organisationer såsom indelning i resultatenheter, interndebiteringssystem och ett starkt resultatfokus. Med reformerna följde ökat fokus på uppföljning och granskning.

I Sverige uttrycktes dessa ambitioner bland annat i Socialdemokraternas 90-talsprogram där man betonade decentralisering, delegering, målstyrning, utvärderingar, konkurrens, valmöjligheter och en stärkt ställning för brukarnas intressen (Ahlbäck Öberg och Widmalm, 2016). Inom landstingen blev det vanligt att införa beställar- och utförarorganisationer, att upphandla tjänster från privata aktörer, att övergå från anslagsfinansiering till prestationsfinansiering och att öka valfriheten för medborgarna. Marknadstänket kom även att genomsyra styrningen av den mest högspecialiserade vården. Under 1990-talet infördes ett köp- och säljsystem där huvudmännen själva fick avgöra eventuell etablering av rikssjukvård. Tanken var att kvalitet och kostnad skulle styra och skapa ett effektivt och avreglerat system (SOU 2015:98).

5.5.4 Samverkan och samordning

Vid 1990-talets mitt återkom idéer om samverkan och samordning att utmana marknadsidén som dominerande organisations- och styrprincip inom landstingen (Harrison och Calltorp, 2000). Inom landstingen betonades samverkan och samordning mer än konkurrens, liksom integrering av tidigare separerade enheter. Det genomfördes

bland annat sammanslagningar av sjukhus för att genom stordrift och specialisering uppnå högre effektivitet (Hallin och Siverbo, 2003).

Reformer genomfördes även för att öka samverkan mellan verksamheter med landstingen som huvudmän och verksamheter med kommunalt huvudmannaskap. I och med den så kallade ÄDEL-reformen 1992 gavs kommunerna ett samlat ansvar för långvarig service, hälso- och sjukvård och socialtjänst till äldre och personer med funktionsnedsättning. Fler reformer under 90-talet, till exempel psykiatrireformen, gav kommunerna ytterligare huvudmannaskap. Reformerna innebar således satsningar på såväl ökad samverkan som ytterligare decentralisering.

I början av 2000-talet tillsattes en utredning för att utveckla den högspecialiserade vården och den kliniska forskningen. Resultatet blev ett avståndstagande från det marknadstänk som gällt och det förordades i stället en starkare och mer distinkt samordning på nationell nivå (Socialdepartementet, 2003).

Marknadsstyrningen har samtidigt fortsatt in på 2000-talet med förnyad kraft i flera omgångar, inte minst från statligt håll. Omregleringen av apoteksmarknaden innebar att det statliga monopolet avskaffades och konkurrensutsattes. Valfrihetsreformer, såsom införandet av lagen (2008:962) om valfrihetsystem, LOV, genomfördes. Ökad uppföljning och kvalitetsrankingar såsom öppna jämförelser utgör andra exempel. Sedan 2006 publiceras årligen öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården och från 2007 inom äldreomsorgen. Ett syfte med jämförelserna när de infördes var att de på sikt skulle användas som stöd för vård- och omsorgstagares fria val (Socialdepartementet, 2009).

5.5.5 En skiftande balans mellan olika styrningslogiker

Under 2010-talet har styrningen av hälso- och sjukvården återkommande beskrivits som fragmenterad, inte minst styrningen från statens sida.[13] Den samlade statliga styrningen tycks ha ökat i omfång och detaljeringsgrad under de senaste decennierna (Statskontoret, 2016). De övergripande trenderna i styrningen som beskrivits ovan har emellertid inte alltid avlöst varandra utan nya styrmedel har ofta kompletterat snarare än ersatt redan befintliga. Resultatet är många paral-

[13] Se till exempel Statskontoret (2011b), Thoresson (2012) och SOU 2016:2.

lella styrsignaler som träffar ett hälso- och sjukvårdssystem med många huvudmän och vårdgivare, med ökad komplexitet som följd.

I sökandet efter lösningar på de samverkans- och fragmentiseringsproblem som allt oftare stått i fokus för debatten de senaste decennierna har olika idéer lanserats. Ett exempel är begreppet nätverkssjukvård som blev populärt inom hälso- och sjukvården i mitten av 2010-talet (Rognes m.fl., 2014). Med det avses en situation där flera olika vårdgivare samverkar i nätverk kring en patient.

Sedan 2010-talet kan skönjas en viss kursändring för att hantera den ökade komplexiteten. Utvecklingen kan på ett teoretiskt plan förstås som en skiftande balans över tid mellan olika styrlogiker. Inom samhällsvetenskapen brukar de tre styrlogikerna *marknad*, *hierarki* och *tillit* lyftas fram (Adler, 2001). I marknadslogiken är prismekanismen den reglerande principen och ett viktigt medel är konkurrens. Yttre incitament såsom belöningssystem samt valfrihet anses viktigt för att motivera människor. Med hierarki som huvudsaklig logik är utgångspunkten i stället att formella beslut och reglering är det som styr mänskligt beteende. Rättssäkerhet och likvärdighet är värden som betonas. Tillitslogiken (ibland kallad nätverkslogik) vilar i stället på samarbete och professionellt handlingsutrymme som viktiga medel och tillmäter kunskap och relationer stor betydelse.

I praktiken kombineras och balanseras styrlogikerna på olika sätt för att matcha behoven i en viss sektor eller verksamhet. De brukar därför betraktas som en uppsättning verktyg snarare än konkurrerande angreppssätt.[14]

[14] Se t.ex. Adler (2001), Tillitsdelegationen (SOU 2018:38) och Krohwinkel m.fl. (2019) som antar ett sådant synsätt.

Tabell 5.2 Olika styrlogikers karaktärsdrag

	Marknad	Hierarki	Tillit
Medel	Konkurrens/incitament/ optimering	Reglering, formell beslutslinje	Samarbete/ Handlingsutrymme för professioner
Motivation/ incitament	Yttre motivation	Rollfördelning	Inre motivation
	Individuella mål		Gemensamma mål och värderingar
Ansvars-utkrävande	Mätbara resultat i förhållande till mål, effektivitet	Regelefterlevnad, enhetlighet, transparens	Förmåga till anpassning/flexibilitet, lärande, innovation
		Uppföljning ”i linjen”	
	Extern granskning och jämförelse		Kollegial granskning
Fokus	Resultat	Process	Kunskap och relationer
Riktning	Top-down	Top-down	Bottom-up
Bygger på/ hanterar	Rationalitet	Förutsägbarhet	Osäkerhet

Källa: Bearbetade uppgifter från Krohwinkel et al (2019).

De trender som kommit att debatteras under benämningen NPM kan ur detta perspektiv beskrivas som att balanspunkten i styrningen skiftat under 1980- och 90-talen samt början av 2000-talet mot marknad och hierarki, i viss mån på bekostnad av de värden som betonar mer tillit och mer professionsbaserad styrning. De senaste åren har tillit och handlingsutrymme för professioner i stället kommit att omtalas alltmer, inte minst i statliga utredningar. Innovationsrådet konstaterade till exempel 2013 att mycket tyder på att hierarkisk styrning inom offentlig sektor håller på att ersättas av horisontella och mer egalitära styrmekanismer (SOU 2013:40). Tillitsdelegationen (SOU 2018:47) förordade några år senare en starkare betoning av tillit i styrningen av offentlig tjänstesektor.

Vanliga argument för att bejaka tillit i styrningen är att professionellt handlingsutrymme är särskilt viktigt inom sektorer som är kunskapsintensiva och som präglas av komplexitet och variation, medan marknad och hierarki i dess renodlade form lämpar sig bättre för verksamheter av mer statisk och förutsägbar karaktär. Med det senare avses verksamhet som relativt enkelt kan kontrakteras ut och där det är möjligt att åstadkomma fungerande konkurrens, eller där det går

att automatisera processer eller följa en regel (se till exempel Rothstein, 2010 och Krohwinkel m.fl., 2019). Anell (2020) menar dock att det fortfarande är oklart hur tillitsbaserad styrning ska utformas i praktiken. En styrning som enbart baseras på tillit kan enligt Anell (2020) betraktas som naiv. Han menar vidare att erfarenheten pekar mot att professionalism som kontrollmekanism är lika ofullständig som byråkratin eller marknaden.

Hälso- och sjukvården är en kunskapsintensiv sektor, inte minst givet att den i många delar präglas av en hög grad av specialisering. Specialiseringen skapar samtidigt informella hierarkier som påverkar hur verksamheten kan ledas och styras. Mångfalden av aktörer och huvudmän på olika nivåer bidrar till ytterligare komplexitet. Även samspelet mellan olika aktörer – patienter och professioner, utförare, huvudmän och staten med flera – påverkar utvecklingen av sektorn.

5.6 Mot systemsyn på hälso- och sjukvårdsområdet

Hälso- och sjukvårdsområdet är komplext. Medborgarna har höga förväntningar på vården och området är av stor betydelse för patienter och anhöriga. Insatserna från det allmänna kommer från olika håll och ansvaret för dessa insatser följer inte någon strikt uppdelning. Genom att betrakta offentlig verksamhet som ett sammanhållet system snarare än att se till beståndsdelarna kan uppmärksamheten flyttas till helheten, samtidigt som relationerna mellan systemets olika delar och möjliga orsakssamband bättre kan identifieras (jfr SOU 2013:40). Styrningen av hälso- och sjukvården behöver ta sin utgångspunkt i denna komplexitet. Även tidigare utredningar har förordat ett sådant helhetsperspektiv, eller systemperspektiv, för att utveckla verksamheter, till exempel hälso- och sjukvården, så att de bättre uppnår sina syften. Nära sammankopplat med systemperspektivet är samverkan mellan systemets olika delar (jfr SOU 2017:56). Att anlägga en systemsyn (eller ett systemperspektiv) på styrningen av offentlig sektor har blivit allt vanligare.

Ett syfte med systemsynsättet så som det beskrivs ovan är att öka sannolikheten för att insatser från samhället får önskad effekt. Ett område där forskningsrapporter visat på bristande systemsyn är infrastrukturinvesteringar, där det är vanligt att kostnaderna blir högre än planerat (Teisman m.fl., 2009). Ytterst handlar behovet av systemsyn

om att tillgodose de ambitioner samhället har på hälso- och sjukvårdsområdet.

Systemsynsättet används ofta i förbindelse med mer tjänstenära utvecklingsarbete i offentlig sektor. Både Tillitsdelegationen och den Nationella samordnaren för ett mer effektivt resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården har betonat behovet av systemsyn. Citatet nedan är hämtad från den senare.

> Utredningen menar att en helhetssyn och systemansats är nödvändig för att lösa nuvarande problematik kring vård och omsorg om äldre och andra med stora behov av insatser. Med detta som teoretisk utgångspunkt har utredningen analyserat problematiken ur ett effektivitetsperspektiv. Utredningen anser att statens roll i detta avseende måste vara att stödja huvudmännen i att anlägga ett systemperspektiv för att komplexa samhällsfrågor ska kunna lösas i det praktiska utförandet av tjänsterna (SOU 2016:2).

5.6.1 Behovet av systemsyn på hälso- och sjukvårdsområdet har uppmärksammats förut

Relationen mellan staten, regioner och kommuner behandlas i 2010 års förvaltningspolitiska proposition (prop. 2009/10:175). I propositionen framförde regeringen att det behövs en mer samlad, sektorsövergripande och långsiktig statlig styrning av den kommunala sektorn. I sammanhanget menade regeringen att medborgarperspektivet i större utsträckning bör prägla statens styrning genom att i större utsträckning se till både statlig och kommunal verksamhet, i utformandet av statens styrning. Medborgarna är, menade regeringen, intresserade av att få en bra service och är inte beredda att acceptera att servicen blir sämre på grund av att staten, regioner och kommuner inte samverkar.[15]

Även inom hälso- och sjukvårdssektorn har behovet av ett mer sammanhållet system uppmärksammats under det senaste decenniet. Statens vård- och omsorgsutredning (SOU 2011:65) menade att både vården och omsorgen kommer att behöva stärkt nationell samordning på flera områden. Det handlade dels om att säkra vård och omsorg på lika villkor dels om olika former av samordning för att främja kvalitet

[15] Sedan 2010 års förvaltningspolitiska proposition godkänts av riksdagen (bet. 2009/10:FiU38, rskr. 2009/10:315) har Statskontoret uppdragits att kartlägga utvecklingen av den statliga styrningen av regioner och kommuner i en serie rapporter. Se vidare Statskontoret (2018, 2019 och 2020). Statskontoret har även uppdragits att årligen översiktligt redovisa och analysera utvecklingen av statens styrning av kommuner och regioner och deras verksamheter för åren 2020–2023 (Regeringskansliet 2020).

och ökad effektivitet. Man förordade i huvudsak nationell samordning genom samarbete. Vidare menade utredningen att

> [n]ationell samordning är mer än statlig styrning. De senaste årens utveckling visar att kommuner, landsting, entreprenörer, professionella sammanslutningar och andra både vill och kan bygga stora delar av den nationella samordningen genom samarbete. Detta sätt att bygga samordning har en styrka i att det bygger på lokal och regional kunskap, samtidigt som beslutsfattandet finns kvar nära de berörda medborgarna och verksamheterna.
>
> Samtidigt är det nödvändigt att staten deltar med en tydligare roll i det nationella samordningsarbetet. Dels därför att regeringen, med utgångspunkt från riksdagens överordnade ansvar, behöver möjlighet till överblick och verktyg för att kunna styra när så behövs. Dels därför att staten, många gånger genom sina myndigheter, har viktiga delar av den kompetens och det mandat att ta nationella beslut som samordningen behöver i vissa skeden (SOU 2011:65).

Även Ansvarskommittén hade några år tidigare påtalat betydelsen av ett förbättrat samarbete mellan olika samhällsnivåer och huvudmän (SOU 2007:10). Man menade att staten och kommunsektorn har ett gemensamt ansvar för många välfärdstjänster och att det krävs ett konstruktivt samspel mellan nivåerna för att åtagandet visavi medborgarna ska kunna utföras väl. Kommittén föreslog, i likhet med andra utredningar av regionfrågan (se till exempel SOU 2016:48), att landstingens uppgifter skulle övertas av betydligt färre och mer jämnstora regionkommuner för att skapa bättre förutsättningar för en kunskapsstyrd och jämlik hälso- och sjukvård. Samma år som Ansvarskommittén lämnade sitt slutbetänkande tillsattes en utredning med uppgift att lämna förslag till en nationell cancerstrategi (SOU 2009:11). Det ledde så småningom till bildandet av så kallade regionala cancercentrum (RCC).

Slutbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) från utredningen Nationell samordnare för bättre resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården lyfte behovet av ett mer samordnat agerande för att öka effektiviteten i systemet. Till exempel framfördes:

> Utredningen har vid upprepade tillfällen tagit del av utvecklingsarbete och verksamheter där varje landsting/region själva fått bygga upp infrastrukturer, analyser, praktiska och tekniska lösningar och drift. Sällan har dessa enheter/verksamheter haft andra verksamheter att ”låna” lösningar av. Det samlade intrycket är således att det i många frågor handlar om att alla ”utvecklar sitt”. Sett ur ett systemperspektiv är detta inte alltid optimalt (SOU 2016:2).

Utredningen föreslog bland annat att det borde införas en skyldighet i hälso- och sjukvårdslagen för samtliga landsting att när det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl gemensamt planera och utföra uppgifter. Om lagstiftningen om skyldigheten att samarbeta inte har gett resultat två år efter införande skulle regeringen, enligt förslaget i utredningen, överväga ytterligare åtgärder för att säkerställa bättre samarbete och därmed bättre resursutnyttjande mellan landstingen. Utredningen föreslog även en nationell konsultationsordning för sjukvården bestående av fasta möten på politisk toppnivå mellan regeringen och samtliga landsting/regioner.

Medan förslagen om gemensamt beslutsfattande i betänkandet Effektiv vård inte genomfördes återkom utredningens förslag om hälso- och sjukvårdens organisering i utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2018:39, delbetänkande). Utredningen föreslog ett nationellt reglerat grunduppdrag för primärvården. Man konstaterade bland annat att den regionala samordning av primärvårdens uppdrag som regeringen förväntade sig av landstingen hittills har uteblivit samt att det finns en i stort sett samstämmig bild av att det krävs en ökad nationell styrning för att alla ska få en jämlik vård i hela landet.

Utredningen Styrning för en mer jämlik vård gjorde liknande iakttagelser i sitt slutbetänkande (SOU 2019:42). Utredningen menade att utan ett nationellt system med minskade skillnader i landstingens styrning blir det svårt att uppnå hälso- och sjukvårdslagens mål om en jämlik vård. I betänkandet framförs bland annat att landstingen bör tillämpa gemensamma ersättningsprinciper för primärvården samt att den nationella styrningen och samarbetet inom ramen för vårdvalssystemen stärks. Utredningens sammantagna bedömning var att fördelarna med nationell samordning är så pass stora att det motiverar att det kommunala självstyret får stå tillbaka.

Satsningar för att stärka nationell samordning pågår för närvarande inom många områden. Det Nationella vårdkompetensrådet som ska samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjningen av vårdpersonal finns beskrivet på annan plats i detta betänkande. Ett annat exempel är nationella satsningar på kunskapsstyrning. I budgetpropositionen för 2015 (prop. 2014/15:1, utg.omr. 9) gjorde regeringen bedömningen att den statliga kunskapsstyrningen behövde förändras genom att bli effektivare och mer samordnad. Ett led i arbetet var bildandet av Rådet för styrning med kunskap 2015

där nio myndigheter ingår.[16] Rådet ska vara ett forum för samverkan kring strategiska frågor om kunskapsutveckling och nyttiggörandet av forskning och innovationer avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Utöver Rådet finns den så kallade Huvudmannagruppen som består av politiska företrädare för regioner och kommuner. Gruppen har till uppgift att dels informera Rådet om områden där huvudmännen har behov av statlig styrning med kunskap, dels hur styrningen bör utformas och kommuniceras. Regionerna har sedan 2018 också ett gemensamt system för kunskapsstyrning via nationella och regionala programområden. Framtagna kunskapsstöd publiceras på en webbplats som administreras av SKR (kunskapsstyrningvard.se).

Ytterligare ett område där ökad nationell samordning och styrning efterfrågats är e-hälsoområdet. Till exempel lyfte E-hälsokommittén behovet av ytterligare nationell samordning och styrning då det saknades en samordnande kraft med normeringsmöjlighet på området (SOU 2015:32). Under 2018 påbörjade E-hälsomyndigheten uppbyggnaden av en nationell förvaltningsorganisation inom e-hälsoområdet. Fram till 2021 har myndigheten i uppdrag att kontinuerligt sammanställa och tillgängliggöra gemensamma, nationella specifikationer, att inrätta en funktion för förvaltning av sådana specifikationer samt genomföra en analys av ansvarsfördelningen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten avseende dessa frågor. Nationella gemensamma specifikationer innebär överenskommelser om hur standarder ska tillämpas för att underlätta informationsutbyte inom och mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. På så sätt kan information om patienter och brukare utbytas och återanvändas där den behövs (E-hälsomyndigheten, 2019).

Den pågående covid-19-pandemin har lett till en allt livligare debatt om behovet av nationell samordning och styrning. Regeringen har också vidtagit en rad åtgärder på nationell nivå som under normala omständigheter sköts av regioner och kommuner. Socialstyrelsen fick till exempel i mars 2020 i uppdrag att vid behov ta över regionernas och kommunernas ansvar för att säkerställa tillgång till skyddsutrustning och annan sjukvårdsmateriel. Myndigheten fick också ansvar för inköp av materiel till regioner och kommuner och för att få igång inhemsk produktion av sjukvårdsmateriel. Man har även stöttat regionerna

[16] Dessa är E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forte, IVO, Läkemedelsverket, Myndigheten för delaktighet (MFD), Socialstyrelsen, SBU samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV).

med att utöka antalet intensivvårdsplatser genom att i samarbete med Försvarsmakten tillföra medicinteknisk utrustning och fältsjukhus med mera.[17]

Frågan om stärkt beredskap med anledning av hot om såväl terrorattentat som smittsamma sjukdomar väcktes av regeringen redan innan pandemin bröt ut. En statlig utredning arbetar sedan 2018 med dessa frågor. Utredningen ska bland annat pröva om det finns skäl att förtydliga regionernas, kommunernas, statens eller privata aktörers ansvar och om det finns behov av en närmare samverkan mellan regionerna. Utredningen ska även utarbeta en nationell färdplan för hur beredskapen inom hälso- och sjukvården ska utvecklas framåt (dir. 2018:77). Vidare ska man, enligt tilläggsdirektiv efter utbrottet av covid-19, analysera nödvändiga åtgärder för att förebygga och hantera situationer med brist på hälso- och sjukvårdsmateriel och läkemedel (dir. 2019:83). Hänsyn ska tas till de erfarenheter som gjorts av utbrottet av covid-19 (dir. 2020:84).

5.7 Tidigare stöd och styrning av investeringar

Nuvarande investeringar inom hälso- och sjukvården kan jämföras med den utbyggnad av sjukhus som skedde i Sverige från 1950-talet och fram till 1980-talet. Det sjukhusbestånd som för närvarande ersätts eller renoveras är till stora delar byggt under denna tid.

Precis som nu pågick då strukturförändringar av hälso- och sjukvården samtidigt som omfattande investeringar i sjukhus genomfördes. Strukturförändringarna syftade även då till att bygga ut den öppna vården och minska andelen slutenvård vid sjukhus. Reformerna av hälso- och sjukvården utgick från en liknande lägesbild och problembeskrivning; ökade kostnader och en ökande andel äldre i befolkningen, ökade anspråk på hälso- och sjukvårdens tjänster, svårigheter att rekrytera personal, väntetider samt brister i kontinuitet och samordning för patienter med omfattande behov (prop. 1981/82:97).

Staten tillhandahöll ett antal arenor för att långsiktigt stödja huvudmännens omstrukturerings- och utvecklingsarbete, både avseende vårdverksamhet och investeringar.

[17] Det som kallats fältsjukhus byggdes upp med såväl civila resurser som resurser från Försvarsmakten.

När det gäller investeringar i vårdbyggnader fanns det från 1960-talets början framför allt två lagar som reglerade investeringar och byggnation av sjukhus: sjukvårdslagen (1962:242) och lagen (1971:1204) om byggnadstillstånd m.m.

I sjukvårdslagen ingick regler kring anordnande av sjukhus. 8 § angav 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.”

Lagen om byggnadstillstånd m.m. tillkom 1971 men hade sin grund i ett regelverk som infördes på 1940-talet. Regleringen var ett konjunktur- och regionalpolitiskt styrmedel med syftet att kunna reglera tillgången på arbetskraft och byggnadsmaterial över landet. Med hjälp av lagen kunde staten avgöra vilka större byggnadsprojekt som fick komma tillstånd. Prövningen utgick ifrån samhällsekonomiska förhållanden, läget på arbetsmarknaden ”eller andra väsentliga allmänna intressen och hade således andra utgångspunkter än sjukvårdens behov och planering även om den också omfattade byggnation av sjukhus. Lagen upphävdes 2012. Ett av skälen var att regelverket inte hade utnyttjats på över 20 år (prop. 2011/12:107).

Nedan följer en kronologisk genomgång av hur ansvaret för att pröva planer för infrastruktur i vårdbyggnader och efterföljande samverkan och kunskapsutbyte har varit organiserat.

5.7.1 Centrala sjukvårdsberedningen

Historiskt sett hade Medicinalstyrelsen ansvar för att pröva planer för ny-, till- och ombyggnad av sjukhus. Efter reformer runt år 1960 flyttades ansvaret till den Centrala sjukvårdsberedningen (CSB), som bestod av representanter från ett antal myndigheter (däribland Medicinalstyrelsen) och landstingen (prop. 1962:122).[18]

CSB hade tillkommit år 1943 genom en sammanslagning av dåvarande sjukhusens standardiseringskommitté och centrala sjukhusarkivet, där den senares uppgift var att samla, registrera och systematiskt bearbeta uppgifter av olika slag rörande sjukhusväsendet inom och utom landet i avsikt att uppnå standardisering och rationalisering på det sjukhustekniska området. Centrala sjukhusarkivets verksam-

[18] Strängt taget skulle planerna godkännas i den ordning som konungen bestämde. Valet föll på CSB.

het hade reglerats genom ett avtal mellan staten, svenska landstingsförbundet och svenska stadsförbundet (se vidare prop. 1962:79). Efter hand kom denna gren av arbetet att dominera CSB:s arbete, inte minst eftersom CSB i sak kom att pröva ny-, om- och tillbyggnadsärenden inför Medicinalstyrelsens beslut (prop. 1962:79).

5.7.2 Nämnden för sjukvårds- och socialvårdsbyggnader

År 1968 övertogs uppgiften att granska och godkänna byggnadsritningar för sjukvårds- och socialvårdsbyggnader av den då nystartade nämnden för sjukvårds- och socialvårdsbyggnader (NSB) (prop. 1967:68).[19] Efter förslag från decentraliseringsutredningen (Ds Kn 1977:6) lades nämnden ner år 1979 och lagstödet för prövning av ny-, om- och tillbyggnad av sjukhus upphörde.[20] Som motivering framhöll regeringen att Sjukvårdens planerings- och rationalitetsinstituts (Spri) metodarbete lett till en allt mer utvecklad dialog mellan centrala organ och huvudmännen och att huvuddelen av NSB:s insatser redan fått en rådgivande karaktär genom de arbetsformer som utvecklats. Genom underhandssamtal och förhandsutlåtanden hade NSB:s slutliga beslut ofta blivit en formell bekräftelse på ställningstaganden som vuxit fram i ett tidigare planeringsskede i kontakten mellan å ena sidan NSB och Spri och å andra sidan huvudmannen (prop. 1978/79:174).[21]

I samband med att NSB avvecklades upphörde slutligen kravet om att planer för ny-, till- och ombyggnad av sjukhus måste ha statens godkännande, som dittills funnits i sjukvårdslagstiftningen.

Beslutet att lägga ned NSB sammanföll i tid med andra större reformer på sjukvårdsområdet, inte minst införandet av gamla HSL (se ovan).

[19] CSB:s övriga uppgifter överfördes till Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri). Visst överlapp fanns mellan NSB och Spri eftersom NSB i sin beredning biträddes av Spri:s byggnadsavdelning och chefen för denna avdelning också var direktör för NSB:s kansli. Enligt uppgift var arbetet på NSB och Spri så pass sammanflätat att tjänstemännen inte alltid förstod skillnaden på organisationernas olika roller i beslutsprocessen (Ring, 2017).
[20] I stället för en tillståndsprövning föreslog Decentraliseringsutredningen (Ds Kn 1977:6) att ”överensstämmelse i uppfattningar om inriktningen och omfattningen av hälso- och sjukvårdens utbyggnad” skulle uppnås genom överläggningar mellan företrädare för staten och sjukvårdshuvudmännen.
[21] En närmare beskrivning av tillståndsprövningen och dess omfattning finns i departementspromemorian Ds Kn 1977:6.

5.7.3 Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri)

Efter nedläggningen av NSB fanns samarbetsorganisationen och myndigheten Spri kvar. Institutet inrättades 1968 och drevs gemensamt av staten och sjukvårdshuvudmännen. Dess uppgift var att bistå huvudmännen i utvecklingen av hälso- och sjukvården på olika sätt. Spri kom att få stor betydelse för planeringen av vårdbyggnader, inte minst i form av de råd innehållande bland annat riktlinjer för dimensionering och planering av sjukhus som myndigheten publicerade. Spri sammanställde även rapporter om sjukhusbyggnaders utformning som fick stor spridning, till exempel avseende hur man bör bygga för att uppnå krav på framtida expansion, effektivitet och flexibilitet. Vidare bidrog myndighetens byggnadsavdelning med omfattande rådgivning till regionerna avseende deras byggplaner (Ring, 2017).

Spri ändrade efterhand inriktning från fokus på sjukhus till byggnadsplanering av sjukhem och därefter vårdcentraler. Spri:s byggnadsavdelning avvecklades 1989. En orsak till detta var att den kraftiga utbyggnad av sjukhus som skett under några decennier gjorde att det ansågs vara färdigbyggt för överskådlig tid, samtidigt som den pågående decentraliseringen av hälso- och sjukvården minskade behovet av centralstyrning (Ring, 2017).

Samma år som Spri:s byggnadsavdelning avvecklades lades en annan nämnd med uppgifter som gällde infrastruktursatsningar på sjukvårdsområdet ned, nämligen Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande (NUU).

5.7.4 Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande

Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande (NUU) inrättades 1960. Dess uppgift var att för statens del granska och godkänna förslag till byggnadsarbeten och anskaffande av utrustning vid kommunala undervisningssjukhus. Nämnden skulle bland annat ta till vara utbildningens och forskningens intressen med beaktande av sjukvårdens krav, följa planeringen för undervisningssjukhusen och verka för en samordnad och väl avvägd utbyggnad (förordning [1977:433] med instruktion för nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande). Man skulle även följa program- och projekteringsarbetet samt delge sjukvårdshuvudmännen synpunkter på dimensionering, placering

och utformning. NUU:s granskning skulle samordnas med handläggningen av byggnadsärenden hos NSB. Vidare skulle NUU fortlöpande informera ansvariga statsråd inom Social- och Utbildningsdepartementen om byggnads- och utrustningsärenden av större vikt.

Nämndens arbete hade från 1984 en koppling till ALF-avtalen (avtal om samarbete om läkarutbildning och forskning). Ersättning för nybyggnad respektive om- och tillbyggnad utgick förutsatt att förslaget till byggnadsarbeten och anskaffning av utrustning upprättats i samråd med och godkänts av NUU. Nämnden redovisade varje år uppgifter till Socialdepartementet om de investeringsersättningar som staten beräknades betala ut under nästkommande budgetår.

5.7.5 Övriga statliga aktörer för stöd och styrning av investeringar

Utöver de ovan nämnda organisationerna spelade Socialdepartementets sjukvårdsdelegation och Socialstyrelsen en roll i styrningen av investeringar i hälso- och sjukvården mellan 1960-talet och 1990-talet. Sjukvårdsdelegationens eller Socialstyrelsens roll i planeringen ansågs inte innebära någon inskränkning i sjukvårdshuvudmännens befogenheter, utan ansvaret för att upprätta och fastställa planer för hälso- och sjukvården låg alltjämt på de kommunala huvudmännen (bet. SoU 1975:15).

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation (S 1966:39) samt hälso- och sjukvårdsberedningen

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation var ett samrådsorgan mellan staten, landstingskommunerna och fackliga organisationer, verksamt från 1965 till 1983. Dess uppgift var att följa utbyggnaden av sjukvårdsresurser i landet och verka för en samordning av sjukvårdsplaneringen. Genom sina yttranden kunde delegationen ge en samlad uppfattning från de olika parterna.

Delegationen bestod av företrädare för sjukvårdshuvudmännen, arbetstagarorganisationerna och statliga myndigheter med ansvar för sjukvård, arbetsmarknad, utbildning och samhällsekonomi. Bland dessa fanns Socialstyrelsen, Arbetsmarknadsstyrelsen, Universitets-

och högskoleämbetet, Landstingsförbundet, Spri samt de fackliga organisationerna.

I början av 1970-talet påbörjade delegationen ett arbete med att ta fram ett riksomfattande system med enhetligt uppbyggda sjukvårdsplaner. Arbetet skulle fungera som stöd för den fortsatta uppbyggnaden och samordningen av sjukvårdsplaneringen och byggde på riktlinjer framtagna av Spri. Dessa skulle innebära tre planeringsnivåer: utvecklingsskisser på cirka 30 års sikt, principplaner på 10 till 15 års sikt och femåriga finansierings- och verkställighetsplaner (bet. SoU 1975:15).

Delegationen ersattes genom ett regeringsbeslut 1983 av Socialdepartementets hälso- och sjukvårdsberedning (S 1987:04). Beredningen var ett nytt samrådsorgan som skulle svara för den övergripande samordningen mellan hälso- och sjukvården och de sektorer i samhället som är av betydelse för en samlad hälso- och sjukvårdspolitik. Beredningen skulle även behandla frågor som rör hälso- och sjukvårdens omvandling mot en struktur med större inslag av förebyggande åtgärder och öppnare vårdformer. Till området hörde också förutsättningarna för samordning av den långsiktiga planeringen av hälso- och sjukvården, arbetet med läkarfördelningsprogram, övriga vårdpersonalprognoser och utbildningsfrågor samt hur kunskap och insatser från andra sektorer än hälso- och sjukvården skulle kunna tas till vara (prop. 1982/83:174). Beredningen lades ned 1999.

Socialstyrelsen

Socialstyrelsens roll, bland annat, var att samordna och stödja den regionala och lokala planeringen inom hälso- och sjukvården. Framför allt under 1970-talet hade Socialstyrelsen även i uppgift att sammanställa, analysera och redovisa de principplaner som sjukvårdshuvudmännen inkom med. Myndigheten yttrade sig över huvudmännens planer och verkade för att dessa så långt som möjligt utformades enhetligt. Arbetet skedde i samarbete med Spri.

5.7.6 Behovet av samverkan kvarstod

Såsom beskrivs ovan upphörde kravet i sjukvårdslagstiftningen på att byggande av vårdbyggnader behövde statens godkännande vid ungefär samma tidpunkt som gamla HSL infördes. Det förutsattes emeller-

tid att överläggningar fortlöpande skulle ske mellan representanter för staten, kommuner och regioner (prop. 1978/79:95, bet. 1978/79:FiU35, rskr. 1978/79:335). Statens ansvar på sjukvårdsområdet skulle avgränsas till ett övergripande planerings- och samordningsansvar, överläggningar med representanter för kommuner och regioner och ett tillsynsansvar (prop. 1979/80:6, bet. 1979/80:SoU45, rskr 1979/80:386, refererat i prop. 1981/82:97).

I samband med införandet av gamla HSL menade statsrådet att utfallet av regionernas långtidsplanering medförde att det politiska ansvaret för planering och genomförande behövde förstärkas på lokal, regional och central nivå (prop. 1981/82:97). I kontrast till de optimistiska bedömningar som tidigare gjorts skulle planeringen i framtiden bygga på ”realistiska antaganden” om den långsiktiga samhällsekonomiska utvecklingen och personalförsörjningen (prop. 1981/82:97).

Bestämmelsen om regionernas samrådsansvar med ”samhällsorgan”, såsom det uttrycktes i lagtexten, överfördes till den nya HSL.[22] De förhållandevis utförliga skrivningar om behovet av samverkan mellan regionerna och staten som finns i propositionen till gamla HSL saknar emellertid sin motsvarighet i förarbetena till nya HSL (prop. 2016/17 :43, bet. 2016/17:SoU5, rskr. 2016/17:141).

5.8 Nuvarande samarbetsstrukturer för investeringar i vårdbyggnader

Styrningen av investeringar inom hälso- och sjukvården har präglats av trenderna i styrningen av förvaltningen såsom de beskrivits ovan. En omfattande, gemensam planering mellan staten och landstingen under 1960–80-talen avvecklades till stora delar och kom att ersättas av olika former av samverkan.

Sedan de stödjande och styrande aktörer som beskrivs ovan avvecklats har staten inte längre någon aktiv roll i investeringsprocessen. Det finns heller ingen nationell strategi eller struktur för utformning av och investering i vårdbyggnader. Delvis som en konsekvens av nedläggningen av framför allt Spri har det i stället bildats ett antal frivilliga nätverk. I nätverken deltar regioner, myndigheter, arkitekter och företrädare för forskning för att samverka och utbyta erfarenheter.

[22] Mot bakgrund av kommunernas engagemang i hälso- och sjukvårdsfrågorna infördes även en motsvarande samrådsskyldighet för kommunerna.

För att kartlägga hur kunskapsstöd och olika normer används och överförs mellan projekt har utredningen låtit göra en intervjustudie om infrastrukturinvesteringar för hälso- och sjukvården i samband med byggandet av fyra nya sjukhus (se Meijling, 2021, i bilaga).

Aktuella nätverk och aktörer av betydelse för planering och genomförande av investeringar i vårdbyggnader beskrivs nedan.

5.8.1 Aktörer och nätverk inom fastighetsområdet

Regionernas fastighetsråd

Fastighetsrådet är en FoU-fond för regionernas fastighetsfrågor. Arbetet syftar till att bland annat sjukhus och vårdcentraler ska ha väl fungerande lokaler. Fondens medel används till forskning och utveckling som bidrar till mer kostnadseffektiva lokaler.

Nätverk i SKR:s regi

SKR har ett flertal nätverk för generellt kunskapsutbyte och samordning. Bland de nätverk där representanter för regionerna ingår kan nämnas nätverken för regiondirektörer, hälso- och sjukvårdsdirektörer, ekonomidirektörer, universitetssjukhusdirektörer och fastighetsdirektörer.

Centrum för vårdens arkitektur (CVA)

Centrum för vårdens arkitektur (CVA) är en centrumbildning vid Chalmers tekniska högskola. Den beskrivs som en nationell arena för skapande, översättning, utbyte och spridning av kunskap om vårdarkitektur. CVA bildades 2010 och delfinansieras genom Fastighetsrådet sedan 2011. En konstnärlig professur finansieras av föreningen Forum Vårdbyggnad, Västra Götalandsregionen och Chalmers. CVA har även forskningsfinansiering från Västra Götalandsregionen.

CVA ska stödja svensk hälso- och sjukvård genom att bedriva forskning och tillhandahålla forskningsbaserad kunskap inom vårdbyggnadsområdet. Centret ska också vara en plattform för samverkan kring kunskapsbygget hos dem som bygger för vård.

PTS-forum

PTS-forum är ett nätverk för de regioner som är anslutna till PTS (Program för Teknisk Standard). I samarbetet samlas information om vårdinfrastruktur. PTS är en slags kunskapsbank som samlar erfarenhet från tidigare investeringsprojekt för hälso- och sjukvården och som kan stödja tidiga skeden i projekteringen vid framtida investeringar. PTS-forum ordnar även träffar för att utbyta erfarenheter och diskutera förbättringsområden. Alla regioner utom en är medlemmar i PTS.

Forum vårdbyggnad

Forum vårdbyggnad är en förening som stödjer och informerar om utvecklingsarbete inom området fysisk miljö för vård och omsorg. Föreningen erbjuder en mötesplats för att öka kunskapen om goda miljöer för vård och omsorg. Verksamheten omfattar konferenser och seminarier samt stimulering av forskning och utbildning. Medlemmarna är kommuner, regioner, arkitektkontor, företag och enskilda personer som är verksamma inom området.

Föreningen är en finansiär av den konstnärliga professur som är placerad på CVA vid Chalmers tekniska högskola.

Aktörsnätverket vårdens byggda miljöer

Nätverket består av Regionernas Fastighetsråd, Forum Vårdbyggnad, PTS samt CVA. Nätverkets målsättning är

- Att mer resurser avsätts för forskning inom vårdens byggda miljöer.
- Att främja tvärvetenskapliga samarbeten inom forskning mellan arkitektur, omvårdnad, medicin, miljöpsykologi med flera områden.
- Att skapa förutsättningar för kunskapsutbyte med internationell forskning och praktik.
- Att sprida kunskap kring utformningen av framtidens vårdbyggnader.

Uppdrag till statliga myndigheter

Boverkets uppdrag om att utveckla vårdmiljöer (N2018/02273/SPN, N2017/03879/SPN) innebär att myndigheten samlar och sprider kunskap kring hur vårdens miljöer kan utformas. Myndigheten arbetar med en vägledning för vårdens lokaler.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har ett pågående arbete med uppdatering av vägledningen Det robusta sjukhuset som finns tillgänglig i förhandsutgåva. Syftet med vägledningen är att förmedla kunskap och erfarenhet för att förbättra sjukhusens funktionssäkerhet.

6 Statlig styrning inom andra sektorer

Utredningen har i arbetet med att analysera för- och nackdelar med samverkan och eventuella behov av statlig samordning gällande vårdinvesteringar tagit intryck av statlig styrning inom andra sektorer. I detta kapitel beskrivs i korthet statens styrning av kommuners beslutsfattande om markanvändning genom regleringen av riksintressen samt statens styrning inom fastighetsområdet. I kapitlet redogörs även för vissa utgångspunkter gällande involvering av medborgare.

6.1 Riksintressen avseende hushållning med mark- och vattenområden

En sektor där ansvarsfördelningen mellan stat och kommun är påtaglig är användningen av mark. På detta område innebär statens ansvar primärt att genom normgivning ge ramar och förutsättningar för kommunerna att verka för en god användning av mark. På detta sätt har regelverket en del likheter med regleringen på hälso- och sjukvårdens område, som framför allt kommer till uttryck i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, patientlagen (2014:821), PL, och patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Karaktäristiskt för lagarna är att beslutanderätten inom de olika områdena är decentraliserad medan lagstiftningen anger de rättsliga ramarna för beslutsfattandet. Avseende markanvändning har kommunerna det så kallade planmonopolet vilket innebär att kommunerna har befogenhet att besluta om markanvändning (jfr 1 kap. 2 § plan- och bygglagen [2010:900], PBL). Staten har dock, till skillnad från vad som gäller avseende investeringar i hälso- och sjukvården, ett tillsynsansvar över kommunernas planarbete. En viktig del i statens styrning är de så kallade riksintressena, som innebär att

staten bedömt att ett antal områden är av sådan betydelse för något nationellt intresse att de ska skyddas.

Regelverket om riksintressen återfinns i 3 och 4 kap. miljöbalken (1998:808), MB, om hushållning med mark- och vattenområden. Regelverket tar sikte på att mark- och vattenområden ska användas för de ändamål som områdena är mest lämpade för med hänsyn till områdenas beskaffenhet och läge samt föreliggande behov. Företräde ska ges sådan användning som ur allmän synpunkt medför god hushållning. Ett övergripande syfte kan beskrivas vara att bidra till god hushållning av mark- och vattenområden (SOU 2015:99). Hushållningsreglerna innehåller bland annat bestämmelser om riksintressen. Riksintressen är områden som ska skyddas mot åtgärder som påtagligt kan skada områdenas värden, påtagligt försvåra viss verksamhet eller utgöra hinder för vissa anläggningar. Riksintressena ska tillämpas eller beaktas enligt en rad lagar, bland annat vid kommunernas fysiska planering enligt PBL. I detta avsnitt beskrivs hur regleringen av riksintressen är reglerat i MB och näraliggande författningar, hur kommunerna i sin fysiska planering ska ta hänsyn till riksintressen i sitt beslutsfattande samt hur statliga aktörer riktar riksintresseanspråk, samordnar riksintressen och utövar tillsyn över kommunernas beslut.

6.1.1 Mark- och vattenområden som är betydelsefulla för olika ändamål kan betraktas som riksintressen

I MB regleras riksintressen på två sätt. 4 kap. MB innehåller bestämmelser som pekar ut vissa områden som riksintressen med hänsyn till områdenas natur- och kulturvärden. Det rör sig alltså om i lag uppräknade större områden som riksdagen beslutat utgör riksintressen. Enligt 3 kap. MB kan mark- och vattenområden bedömas vara av riksintresse för ett antal ändamål. Det handlar om områden som har betydelse för rennäring, yrkesfiske, naturvård, friluftsliv eller kulturmiljövård, områden som innehåller värdefulla ämnen eller material, områden som är särskilt lämpliga för anläggningar för industriell produktion, energiproduktion, energidistribution, slutlig förvaring av använt kärnbränsle och kärnavfall, kommunikationer, avfallshantering eller vattenförsörjning samt områden som har betydelse för totalförsvaret.

Riksintressena syftar till att skydda mark- och vattenområden på olika sätt. Exempelvis ska områden som är av riksintresse för naturvården, friluftslivet och kulturmiljövården skyddas mot åtgärder som

påtagligt kan skada natur- eller kulturmiljön. Områden som innehåller värdefulla ämnen eller material ska i stället skyddas mot åtgärder som påtagligt kan försvåra utvinningen av dessa. Områden som är särskilt lämpliga för anläggningar för industriell produktion, energiproduktion, energidistribution, kommunikationer, vattenförsörjning eller avfallshantering ska å sin sida skyddas mot åtgärder som påtagligt kan försvåra tillkomsten eller utnyttjandet av sådana anläggningar. Områden som har betydelse för totalförsvaret ska slutligen skyddas mot åtgärder som påtagligt kan motverka totalförsvarets intressen.

6.1.2 Statliga myndigheter pekar ut och samordnar riksintressen

Av förordning (1998:896) om hushållning med mark- och vattenområden, hushållningsförordningen, följer att ansvaret att bedöma vilka områden som utgör riksintressen enligt 3 kap. MB vilar på tolv statliga myndigheter, ofta kallade riksintressemyndigheter (jfr SOU 2015:99). Inom sina respektive ansvarsområden bedömer riksintressemyndigheterna vilka områden som är av riksintresse. Boverket har enligt 1 a § hushållsförordningen uppsikt över hushållningen med mark- och vattenområden som omfattas av 4 kap. 1–7 §§ MB samt allmän uppsikt över hushållningen med mark- och vattenområden. Av 2 § första stycket hushållningsförordningen följer att myndigheterna efter samråd med Boverket, länsstyrelserna samt de andra riksintressemyndigheter som är berörda, ska lämna uppgifter i skriftlig form till länsstyrelserna om de områden som de bedömer är av riksintresse.

Riksintressemyndigheternas ansvarsområden pekas ut i 2 § andra stycket hushållningsförordningen, där det framgår att uppgifter i fråga om områden

1. av riksintresse för rennäringen lämnas av Sametinget
2. av riksintresse för yrkesfisket lämnas av Havs- och vattenmyndigheten
3. av riksintresse för naturvården och friluftslivet lämnas av Naturvårdsverket och Havs- och vattenmyndigheten inom sina ansvarsområden
4. av riksintresse för kulturmiljövården lämnas av Riksantikvarieämbetet

5. som innehåller fyndigheter av ämnen eller material som är av riksintresse lämnas av Sveriges geologiska undersökning
6. av riksintresse för anläggningar för industriell produktion lämnas av Tillväxtverket
7. av riksintresse för anläggningar för energiproduktion och energidistribution lämnas av Statens energimyndighet
8. av riksintresse för anläggningar för slutlig förvaring av använt kärnbränsle och kärnavfall lämnas av Strålsäkerhetsmyndigheten
9. av riksintresse för anläggningar för kommunikationer lämnas av Trafikverket och Post- och telestyrelsen inom sina verksamhetsområden
10. av riksintresse för anläggningar för avfallshantering lämnas av Naturvårdsverket
11. av riksintresse för anläggningar för vattenförsörjning lämnas av Havs- och vattenmyndigheten
12. av riksintresse för totalförsvarets anläggningar lämnas av Försvarsmakten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap inom sina ansvarsområden.

Det är i sin tur länsstyrelsernas ansvar att samordnat företräda statens intressen och däribland ta de initiativ som behövs för att hänsyn ska tas till 3 och 4 kap. MB i arbetet med planerings- och beslutsprocesser. Hur länsstyrelsens ansvar för tillsyn och samverkan med kommunerna är utformat framgår nedan. Först ska dock kommunernas arbete med planfrågor och hur kommunerna ska ta hänsyn till riksintressen i sitt arbete beskrivas.

6.1.3 Kommuner redovisar samtliga riksintressen i översiktsplanen

Kommunerna är enligt 3 kap. 1 § PBL skyldiga att ha en aktuell översiktsplan som omfattar hela kommunen. I översiktsplanen anges enligt 3 kap. 2 § PBL inriktningen för den långsiktiga utvecklingen av den fysiska miljön. Planen är dock inte bindande. I översiktsplanen ska bland annat riksintressen redovisas och det ska därtill framgå hur riksintres-

sen ska tillgodoses, 3 kap. 4 § PBL. När en kommun upprättar ett förslag till översiktsplan ska kommunen enligt 3 kap. 8 § PBL samråda med länsstyrelsen, regionen och de kommuner som berörs. Länsstyrelsens roll i samrådet regleras i 3 kap. 10 § PBL. Länsstyrelsen ska bland annat verka för att riksintressen tillgodoses samt verka för att frågor om användning av mark- och vattenområden som angår två eller fler kommuner samordnas på ett lämpligt sätt. Kommunen ska därefter låta förslaget granskas under minst två månader, 3 kap. 12 § PBL. Under granskningstiden ska länsstyrelsen lämna ett granskningsyttrande enligt 3 kap. 16 § PBL som bland annat ska ange om förslaget inte tillgodoser ett riksintresse samt om frågor rörande användningen av mark- och vattenområden som rör två eller fler kommuner inte samordnas på ett lämpligt sätt. Efter granskningen ska kommunen i ett särskilt utlåtande sammanställa de synpunkter som kommit fram och redovisa de förslag som synpunkterna gett anledning till enligt 3 kap. 17 § PBL. Om planförslaget ändras väsentligt efter granskningstiden ska kommunen låta förslaget granskas på nytt, 3 kap. 18 § PBL. Om kommunen inte ändrar planförslaget väsentligt men länsstyrelsens yttrande till följd av ändringar ändå inte är relevant längre kan kommunen begära att länsstyrelsen tillhandahåller ett nytt granskningsyttrande, 3 kap. 18 a § PBL. Kommunfullmäktige beslutar därefter i frågor om att anta översiktsplanen, som senast dagen efter att beslutet tillkännagetts bland annat ska skicka ett meddelande om detta och ett protokollsutdrag med beslutet till länsstyrelsen, 3 kap. 19 och 19 a §§ PBL. Beslut om översiktsplan får enligt 13 kap. 1 § 1 PBL överklagas för laglighetsprövning i enlighet med kommunallagens (2017:725) bestämmelser.

6.1.4 Riksintressen ska beaktas i framtagandet av detaljplaner och områdesbestämmelser

Kommunerna får enligt 4 kap. 1 § PBL reglera mark- och vattenområdens användning, bebyggelse och byggnadsverk med detaljplaner eller områdesbestämmelser. Detaljplaner är bindande och innebär rättigheter och skyldigheter för enskilda (prop. 2009/10:170). I områdesbestämmelser kan kommunen enligt 4 kap. 41 och 42 §§ PBL bland annat reglera grunddragen i mark- och vattenområdens användning om det behövs för att säkerställa översiktsplanens syften eller tillgodose ett riksintresse. 5 kap. PBL innehåller bestämmelser om hur

detaljplaner och områdesbestämmelser tas fram. Länsstyrelsen har enligt detta kapitel ett ansvar att samråda med och utöva tillsyn över kommunerna. Här beskrivs kort framför allt hur kommunens och länsstyrelsens roller ser ut i förhållande till riksintressen.

I arbetet med att ta fram en detaljplan ska kommunen enligt 5 kap. 11 § PBL samråda med bland annat länsstyrelsen.[1] Länsstyrelsens roll i samrådet framgår av 5 kap. 14 § PBL. Länsstyrelsen ska särskilt ta till vara och samordna statens intressen, verka för att riksintressen tillgodoses, att miljökvalitetsnormer följs, att strandskydd inte upphävs, att användning av mark- och vattenområden som angår två eller fler kommuner samordnas på ett lämpligt sätt och för att en bebyggelse inte blir olämplig eller ett byggnadsverk olämpligt med hänsyn till människors hälsa eller säkerhet, risken för olyckor, översvämning eller erosion.

Den 1 juli 2017 infördes i PBL en möjlighet för kommunerna att från länsstyrelserna, utöver samråd, begära ett så kallat planeringsbesked. Bestämmelserna om planeringsbesked återfinns i 5 kap. 10 a–10 f §§ PBL. En kommun kan under arbetet med att ta fram en detaljplan begära att länsstyrelsen ska ge ett planeringsbesked. I ett sådant besked ska länsstyrelsen, i den utsträckning som kommunen begär, bedöma om en åtgärd har en sådan innebörd att länsstyrelsen, om detaljplanen beslutas, ser att det finns skäl att överpröva kommunens beslut enligt 11 kap. 10 § PBL. Detta innebär att länsstyrelsen i planeringsbeskedet bland annat ska bedöma om ett riksintresse inte tillgodoses eller om regleringen av sådana frågor om användningen av mark- och vattenområden som angår flera kommuner inte samordnas på ett lämpligt sätt. Länsstyrelsen ska ge planeringsbeskedet inom sex veckor från att en fullständig begäran kommit in till länsstyrelsen, om inte längre tid är nödvändig med hänsyn till arbetets omfattning eller andra särskilda omständigheter.

När samrådet är färdigt ska kommunerna enligt 5 kap. 18 § PBL låta planförslaget granskas under en viss tid (granskningstid). Länsstyrelsen ska enligt 5 kap. 22 § PBL yttra sig över planförslaget om länsstyrelsen bedömer att ett riksintresse inte tillgodoses, en miljökvalitets-

[1] Kommunen ska även samråda med lantmäterimyndigheten, de kommuner som berörs, de kända sakägarna och de kända bostadsrättshavare, hyresgäster och boende som berörs, de kända organisationer av hyresgäster som har avtal om förhandlingsordning för en berörd fastighet eller, om någon förhandlingsordning inte gäller, som är anslutna till en riksorganisation inom vars verksamhetsområde en berörd fastighet är belägen, och de myndigheter, sammanslutningar och enskilda i övrigt som har ett väsentligt intresse av förslaget.

norm inte följs, strandskydd upphävs i strid med gällande bestämmelser, regleringen av sådana frågor om användningen av mark- och vattenområden som angår flera kommuner inte har samordnats på ett lämpligt sätt, eller en bebyggelse annars blir olämplig eller ett byggnadsverk olämpligt med hänsyn till människors hälsa eller säkerhet eller till risken för olyckor, översvämning eller erosion.

När granskningen är klar ska kommunen göra ett granskningsutlåtande enligt 5 kap. 23 § som ska innehålla en sammanställning av de skriftliga synpunkter som har kommit in under granskningstiden och en redovisning av kommunens förslag med anledning av synpunkterna. Kommunen ska skicka granskningsutlåtandet till dem som inte fått sina synpunkter tillgodosedda, 5 kap. 24 § PBL. Om kommunen efter granskningstiden ändrar sitt förslag väsentligt, ska kommunen låta granska det ändrade förslaget på nytt enligt 5 kap. 25 § PBL. Det följer vidare av 5 kap. 27 § PBL att det är kommunfullmäktige som ska besluta att anta en detaljplan. Fullmäktige får dock delegera åt kommunstyrelsen eller byggnadsnämnden att anta en plan som inte är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt. Ett sådant uppdrag får inte delegeras vidare.

När detaljplanen har antagits ska kommunen enligt 5 kap. 29 § PBL skicka ett meddelande om detta till bland annat länsstyrelsen. Meddelandet ska innehålla ett protokollsutdrag med beslutet och upplysningar om vad den som vill överklaga beslutet måste göra. Kommunen ska till länsstyrelsen skicka det granskningsutlåtande som avses i 5 kap. 23 § PBL tillsammans med meddelandet om att planen har antagits, om kommunen inte redan har skickat utlåtandet enligt 5 kap. 24 § PBL.

I fråga om områdesbestämmelser tillämpas enligt 5 kap. 39 § PBL i huvudsak samma bestämmelser som redogjorts för ovan, med undantag för regelverket avseende planeringsbesked enligt 5 kap. 10 a–10 f §§ PBL.

6.1.5 Länsstyrelsen utövar tillsyn över kommunens beslut om detaljplaner och områdesbestämmelser

Länsstyrelsen utövar enligt 11 kap. PBL tillsyn över vissa kommunala beslut. Av 11 kap. 10 § PBL följer att länsstyrelsen inom tre veckor från att länsstyrelsen fått besked om att en kommun antagit en ny detaljplan, ändrat eller upphävt en detaljplan eller beslutat om områdes-

bestämmelser ska besluta om den ska överpröva kommunens beslut eller inte. Länsstyrelsen ska överpröva kommunens beslut, om beslutet kan antas innebär att ett riksintresse inte tillgodoses, regleringen av sådana frågor om användningen av mark- och vattenområden som angår flera kommuner inte samordnas på ett lämpligt sätt, en miljökvalitetsnorm inte följs, strandskydd upphävs i strid med gällande bestämmelser, eller en bebyggelse blir olämplig med hänsyn till människors hälsa eller säkerhet eller till risken för olyckor, översvämning eller erosion.

Om länsstyrelsen vid sin överprövning kommer fram till att kommunens beslut har en sådan innebörd som avses i 11 kap. 10 § andra stycket PBL ska länsstyrelsen i enlighet med 11 kap. 11 § PBL upphäva beslutet. Beslutet får upphävas i en viss del om kommunen medger det. Länsstyrelsen ska enligt 11 kap. 11 § andra stycket PBL fatta beslut om upphävande inom två månader från det att länsstyrelsen beslutat att överpröva kommunens beslut. Om längre tid är nödvändig med hänsyn till ärendets omfattning eller andra särskilda omständigheter kan länsstyrelsen ta längre tid på sig.

Om länsstyrelsen under arbetet med att ta fram detaljplanen gett ett planeringsbesked och där angett att en åtgärd inte har en sådan innebörd som anges i 11 kap. 10 § andra stycket PBL, får överprövning eller upphävande inte ske med hänvisning till den fråga som planeringsbeskedet avser. Detta gäller dock inte om åtgärden eller förutsättningarna för planeringen ändrats väsentligt i förhållande till de frågor som planeringsbeskedet avser.

Länsstyrelsens beslut att helt eller delvis upphäva detaljplan eller områdesbestämmelser får överklagas till regeringen, 13 kap. 5 § PBL. Beslut om planeringsbesked får också överklagas till regeringen, men endast av kommunen, 13 kap. 5 a och 10 a §§ PBL.

Utöver länsstyrelsens tillsyn har regeringen enligt 11 kap. 15 § PBL möjlighet att förelägga en kommun att inom en viss tid anta, ändra eller upphäva en detaljplan eller områdesbestämmelser genom ett så kallat planföreläggande, om det behövs för att tillgodose ett riksintresse eller för att sådana frågor om användningen av mark- och vattenområden som angår flera kommuner ska samordnas på ett lämpligt sätt. Om en kommun inte följer ett planföreläggande får regeringen ge länsstyrelsen i uppdrag att på kommunens bekostnad ta fram det förslag och i övrigt göra det arbete som kommunen ska göra enligt 5 kap. PBL för att detaljplanen eller områdesbestämmelserna ska

kunna antas, ändra eller upphävas samt anta, ändra eller upphäva detaljplanen eller områdesbestämmelserna.

6.1.6 Ersättning till kommuner i vissa fall

14 kap. PBL innehåller bestämmelser om skadeersättning och inlösen. Enligt bestämmelserna i kapitlet kan enskilda som drabbats av skada till följd av en kommuns (eller i vissa fall myndighets) agerande ha rätt till ersättning för skadan i vissa fall. Det rör sig bland annat om frågor där fastighetsägare till följd av beslut av kommunen inte kan fortsätta att använda sin mark som tidigare, 14 kap. 9 § PBL. I situationer där regeringen meddelat ett så kallat planföreläggande för att tillgodose ett riksintresse, och kommunen sedermera har beslutat om rivningsförbud eller vissa andra inskränkningar i användningen av marken, ska staten ersätta kommunens kostnader för ersättning eller inlösen.[2]

6.1.7 Riksintressena har utvärderats

Riksintressesystemet har utvärderats vid olika tillfällen. Riksrevisionen granskade exempelvis under 2013 om statens hantering av riksintressen hindrar eller försvårar för kommunerna att tillgodose medborgarnas behov av bostäder. Resultaten av granskningen publicerades i rapporten Statens hantering av riksintressen – ett hinder för bostadsbyggande (Riksrevisionen, 2013). Granskningen visade att statens hantering av riksintressen i många fall hindrar och försvårar för kommuner med bostadsbrist att planera byggande av nya bostäder. En aspekt som ansågs avskräcka kommunerna från att planera byggande i anslutning till riksintressen var de långa och osäkra processerna. Riksrevisionen ansåg också att länsstyrelsernas stöd till kommunerna inte var tillräckligt. Bland annat hade de underlag avseende riksintressen som länsstyrelserna skulle tillhandahålla kommunerna ofta brister. En majoritet av kommunerna ansåg enligt rapporten att länsstyrelsernas underlag inte var användbara och att de snarare fokuserade på att sammanställa och lämna över underlag än att bearbeta underlag och lämna råd till kommunerna om hur de kan hantera riksintressena i sin planering. Riksrevisionen menade att länsstyrelserna brast i tydlig-

[2] Det tar sikte på rivningsförbud i detaljplan eller områdesbestämmelser enligt 14 kap. 7 §, eller sådana åtgärder som avses i 14 kap. 10 § PBL.

het och förutsägbarhet. Av rapporten framgår vidare att Boverkets samordnande roll inte var ändamålsenlig och att Boverkets vägledning är otillräcklig.

Regeringen tillsatte efter Riksrevisionens granskning en utredning som hade i uppgift genomföra en genomgripande översyn av 3 kap. MB, inklusive en analys av brister i riksintressesystemet och en bedömning om hur bristerna kan åtgärdas så att det motsvarar lagstiftarens intentioner och dagens krav. Utredningen lämnade två betänkanden, ett delbetänkande som specifikt berörde bostadsförsörjning och riksintressen (SOU 2014:59) och ett slutbetänkande där den genomgripande översynen redovisades (SOU 2015:99). Sammanfattningsvis ansåg utredningen att det fortsatt fanns skäl för statligt inflytande i den kommunala fysiska planeringen för att nationellt betydelsefulla intressen ska tillgodoses. En aspekt som utredningen ansåg var viktig var att hanteringen av områden av riksintresse bör förtydligas och förankras bättre, exempelvis genom att formella beslut fattas efter dialog med berörda parter samt tydliga kriterier och formkrav på redovisning (SOU 2015:99).

Boverket har tillsammans med andra riksintressemyndigheter fått ett regeringsuppdrag att se över riksintresseanspråken i syfte att minska den sammanlagda arealen som utgör riksintressen. Uppdraget är inte avslutat men Boverket lämnade en delrapport under 2020. En iakttagelse av mer allmän karaktär som Boverket gjort är att ”ett välfungerande riksintressesystem förutsätter en god kunskap om systemet på såväl central som regional och kommunal nivå, en välfungerande dialog och att urvalet hålls aktuellt och relevant” (Boverket, 2020a).

Boverket publicerade år 2020 även en internationell förstudie om nationella anspråk i fysisk planering (Boverket, 2020b). Det rör andra frågor än investeringar i hälso- och sjukvård, men Boverket lämnar några intressanta reflektioner som kan vara av intresse för nationella anspråk/intressen på andra områden än de befintliga riksintresseområdena. Ett exempel är att syftet med nationella styrdokument som påverkar kommunalt eller regionalt beslutsfattande behöver vara tydligt definierat.

6.2 Former för att ge medborgare inflytande

Möjligheter för medborgare att vara delaktiga i samhällsutvecklingen är en viktig fråga för förtroendet för det demokratiska systemet. Ideal om deltagande och så kallad deliberativ demokrati har fått ökat uppmärksamhet under 2000-talet (se t.ex. Tahvilzadeh, 2015) och har kommit till uttryck i ett antal former för medborgarinflytande, framför allt på kommunal nivå.[3] SKR driver sedan 2006 ett projekt om medborgardialog och har gett ut ett antal skrifter på området (t.ex. SKL 2019d). Dialogen mellan representanter för det offentliga och medborgarna som förväntas äga rum mellan valen har numer blivit ett demokratiarbete som många kommuner anammat (Tahvilzadeh, 2015). Dialogen syftar till att stärka medborgarnas inflytande och ta till vara förslag och idéer till verksamhetsutveckling. Det utvecklas även former för så kallade samhällskontrakt, där kommuner prövar att utveckla lokala överenskommelser utifrån rättigheter, skyldigheter och delaktighet för en hållbar utveckling tillsammans med aktörer i lokalsamhället. Aktörer som deltar kan vara medborgare, civilsamhälle, universitet, näringsliv och andra myndigheter. I en skrift från SKR framhålls att vår tids komplexa samhällsfrågor ger medborgardialogen en viktig roll för att förbättra beslutsunderlag och effektivitet vid genomförande av kommunala handlingsplaner. En medskapad och tillitsbaserad samhällsstyrning är därtill av betydelse för att värna demokratin och stärka det representativa politiska systemets legitimitet (SKR, 2019c).

Inom ramen för den fysiska planeringen har kommuner en formell samrådsskyldighet, vilket stadgas i PBL. Skyldigheten innebär att kommunen ska samråda med medborgare, om både översiktsplan och detaljplan. I båda fallen ska kommunen redovisa ett underlag för samrådet. Gällande översiktsplanen ska kommunen redovisa förslagets innebörd, skälen till förslaget, förslagets konsekvenser samt planeringsunderlag som har betydelse för bedömning av förslaget. I samråd för en detaljplan ska kommunen redovisa ett planförslag. Syftet med samråd är att få ett bättre beslutsunderlag genom att samla in kunskap och ge allmänheten möjlighet att lämna synpunkter. Efter ett samråd ska

[3] Medborgerligt inflytande i politiska frågor är emellertid vare sig en ny företeelse eller ett nytt forskningsfält. Formerna för intresseorganisationer att delta i politiska processer är väl etablerade på ett antal områden, inte minst inom kommittéväsendet och i remissförfarande. Dock har formerna för medborgare att på egen hand delta i beslutsprocesser fått ökad uppmärksamhet under 2000-talet.

kommunen redovisa inkomna synpunkter i ett granskningsutlåtande, eller i en samrådsredogörelse. De inkomna synpunkterna ska beskrivas och kommunens ställningstagande och förslag med anledning av synpunkterna ska redovisas. Om det finns synpunkter som inte har tillgodosetts ska det motiveras (Boverket, 2015).

Den formella samrådsskyldigheten enligt PBL är en del av medborgardialogen, men enligt Boverkets vägledning i PBL-kunskapsbanken behöver dialogen med medborgarna påbörjas i ett tidigare skede, helst långt innan den formella planprocessen börjar. Det kan vara lättare att engagera kommuninvånarna i arbetet med en del av kommunens yta, till exempel en tätort, eftersom det kan vara lättare att synliggöra hur planen egentligen påverkar medborgarna och deras närmiljö. Boverket beskriver i en vägledning till kommunerna att en arkitekturstrategi kan hjälpa till att konkretisera kommunens avsikter och utmaningar i översiktsplanen (Boverket, 2020c). Det är frivilligt för kommunerna att ha en arkitekturstrategi (andra begrepp som förekommer är arkitekturpolicy och arkitekturprogram). Arkitekturstrategin är ett framåtsyftande dokument som kan fungera som verktyg för att föra kunskapen framåt och ha ett helhetsperspektiv som omfattar befintlig och kommande bebyggelse samt hur det ger kvalitet i den färdiga gestaltade livsmiljön. Arbetet förutsätter samverkan från många aktörer: kommuner, regioner, och flera statliga myndigheter.

Översiktsplanen ska bland annat ta hänsyn till och samordnas med de nationella mål som är relevanta för en hållbar utveckling i kommunen, 3 kap. 5 § 2 PBL. Flera av de nationella målen har en uttalad koppling till medborgarinflytande. De folkhälsopolitiska målen med ett tydligt fokus på jämlik hälsa lyfter fram hur tillit mellan människor och att få ingå i ett sammanhang stärker hälsan. Den som känner tillit till andra är mer benägen att delta i sociala nätverk och aktiviteter, till exempel medborgardialoger. Samhällsplaneringen behöver ta som en utgångspunkt att främja ekologiska, ekonomiska och sociala mål som leder till en mer jämlik hälsa och därmed en hållbar utveckling. Dialog och involvering med medborgare är angeläget för att åstadkomma förändring (prop. 2017/18:249). Ytterligare exempel på nationella utgångspunkter för medborgares delaktighet är barnkonventionen, som pekar ut vikten av att lyssna på barn och unga, och ett mål för ungdomspolitiken är att ungdomar ska ha inflytande över samhällsutvecklingen (Skr. 2020/21:105).

6.3 Statens fastigheter

6.3.1 Regleringen på fastighetsområdet har förändrats över tid

I samband med införandet av mål- och resultatstyrning i staten reformerades systemet för statens lokalförsörjning. I 1988 års budgetproposition (prop. 1987/88:100, bil. 9, 1988/89:FiU26, rskr. 1988/89:338) drogs riktlinjer för förnyelsearbetet upp. De innebar i korthet införandet av ett mer kund/leverantörsbetonat och avtalsreglerat förhållande mellan lokalbrukare och lokalhållande myndigheter. Statsrådet anförde att riksdagen, regeringen och myndigheterna borde lägga ökad vikt vid lokalkostnaderna och dess förändringar. Verksamhet och lokalförsörjning borde därför prövas samlat, långsiktigt och samordnat. Myndigheter skulle med den nya ordningen få ökade möjligheter att under kostnadsansvar disponera resurser för lokaler. Regeringen skulle dock bibehålla det övergripande ansvaret genom regelverk, system, med mera (SOU 2011:31).

År 1991 återkom regeringen med ytterligare förslag om statens lokalförsörjning (prop. 1991/92:44, 1991/92:FiU8, rskr. 1991/92:107). Det föredragande statsrådet menade att varje myndighet har ett helhetsansvar för sin verksamhet och ska åläggas att fortlöpande upprätta lokalförsörjningsplaner. Vidare skulle myndigheterna så långt som möjligt eftersträva samordning med andra myndigheter, och myndigheterna borde utgå från en generell standard, utrymmesmässigt och tekniskt, vid prövningen av olika lokalproblem. Myndigheterna skulle emellertid inte förvalta fastigheter, det vill säga företräda staten som ägare. Till stöd för myndigheterna skulle en särskild stabs- och servicemyndighet inrättas, menade statsrådet.

Riksdagen tillkännagav att regeringen borde återkomma med förslag om bland annat universitetens och högskolornas fastigheter, vilket regeringen gjorde påföljande år (prop. 1992/93:37). Bakgrunden var att riksdagen menade att verksamhetens särart gjorde att särskild hänsyn borde tas till deras behov. Man var också orolig för att reformen skulle inskränka universitetens oberoende och frihet.

En organisationskommitté tillsattes med uppgift att vidta åtgärder för att ombilda Byggnadsstyrelsen, som tidigare förvaltat statligt ägda fastigheter, och inrätta de nya myndigheterna. Kommittén (SOU 1992:79) redovisade ett antal olika alternativ för hur förvaltningen av fastigheterna skulle kunna organiseras och gjorde övervä-

ganden om vissa fastigheter som av olika skäl hade en särskild ställning och hur de skulle hanteras.

De statligt ägda fastigheter som tidigare förvaltats av Byggnadsstyrelsen och Fortifikationsförvaltningen överfördes till två nya myndigheter, Statens fastighetsverk och Fortifikationsverket samt till två statligt ägda bolag: Vasakronan AB och Akademiska Hus AB. Därutöver bildades stabs- och servicemyndigheten Statens lokalförsörjningsverk (som avvecklades 1997). Bolaget Vasakronan såldes av staten 2008 till AP Fastigheter och ägs till lika delar av Första, Andra, Tredje och Fjärde AP-fonderna.

Utredningen Staten som fastighetsägare och hyresgäst (SOU 2011:31) konstaterade att grundtankarna bakom reformerna för statens fastighetsförvaltning som genomfördes i början av 1990-talet alltjämt gäller. Med tanke på utvecklingen av den statliga verksamheten över en så pass lång tidsperiod kan det tyckas anmärkningsvärt att det inte skett några genomgripande förändringar på området. Uppdelningen som gjordes är allmänt accepterad och bortsett från försäljningen av Vasakronan har mycket lite av diskussion förts kring principfrågan om vilka fastigheter staten bör äga, även om frågor om myndigheters lokaler är vanliga i den politiska debatten.

De stora förändringar som ändå har skett, utöver försäljningen av Vasakronan och därtill hörande affärer, är bildandet av Specialfastigheter som eget bolag samt bildandet av bolaget Vasallen som övertagit vissa uppgifter från Fortifikationsverket. Nedan redovisas hanteringen av fastighetsfrågor på utbildningsområdet och för rättsvårdande myndigheter i särskild ordning.

6.3.2 Akademiska Hus AB

Akademiska Hus AB äger, utvecklar och förvaltar fastigheter för universitet och högskolor. Bolaget ska verka för en långsiktigt hållbar utveckling av universitets- och högskoleområden.

Akademiska Hus har fastigheter på 16 orter i landet. Tyngdpunkten ligger på de äldre universitetsstäderna och fastigheter inom campusområdena dominerar. På flera orter har Akademiska Hus en hög marknadsandel, där man i princip äger hela campusområden, men på vissa högskoleorter eller lärosäten är man inte alls representerad. Företa-

gets samlade marknadsandel inom segmentet universitets- och högskolelokaler är cirka 60 procent.

År 2012 genomfördes en fusion inom bolaget. Fram till dess var Akademiska Hus en koncern med sex regionala dotterbolag. Fusionen genomfördes syfte att åstadkomma en mer effektiv organisation och ge bolaget bättre ekonomiska förutsättningar. År 2017 införde bolaget en ny organisationsstruktur, vilket innebar att den regionala organisationsstrukturen togs bort och ersattes av en processorienterad organisation. Omorganisationen gjordes för att uppnå högre intern effektivitet och för att stärka kompetensöverföringen mellan olika delar av landet (Riksrevisionen, 2018a).

Efter en ändring i Akademiska Hus uppdrag ska verksamheten bedrivas på affärsmässig grund och generera marknadsmässig avkastning genom en hyressättning som beaktar verksamhetens risk.

De ekonomiska mål som regeringen har satt upp för Akademiska Hus redovisas i betänkandet SOU 2020:76:

- Avkastningen på operativt kapital ska uppgå till minst 6 procent.
- Utdelningen ska uppgå till mellan 40 och 70 procent av resultatet (efter finansiella poster, exklusive orealiserade värdeförändringar, med avdrag för skatt) Beslut om utdelning ska beakta strategi, finansiell ställning och övriga ekonomiska mål.
- Soliditeten ska uppgå till mellan 35 och 45 procent.
- De ekonomiska målen avser hela bolagets verksamhet. De omfattar även andra delar än arbetet med att tillhandahålla lokaler för undervisning och forskning.

Riksdagens utbildningsutskott genomförde 1996 en uppföljning av lokalförsörjningsreformens effekter för universitetens och högskolornas lokalförsörjning (1996/97:URD2). Enligt uppföljningen ansåg de flesta lärosäten att reformen i huvudsak fungerat bra, men att den inte var utan brister, framför allt avseende Regeringskansliets handläggningstider[4].

I en granskningsrapport från Riksrevisionen (2018a) uppgav de flesta lärosäten, 86 procent, att det är tydligt vad som påverkar hyran när ny-, till- eller ombyggnationer görs. I sammanhanget kan nämnas

[4] Enligt reformen kunde lärosätena endast teckna hyreskontrakt på över 10 år om regeringen medgav detta.

att ett resultat av granskningen var att Riksrevisionen rekommenderade de lärosäten som saknade en aktuell lokalförsörjningsplan att upprätta en sådan.

6.3.3 Specialfastigheter Sverige AB

Specialfastigheter Sverige AB (nedan Specialfastigheter) bildades i samband med att det då statligt ägda bolaget Vasakronan AB skulle renodlas till ett rent kommersiellt fastighetsbolag. Vissa av Vasakronans fastigheter ansågs i sammanhanget vara så pass speciella att de borde betraktas som ändamålsfastigheter. Dessa fastigheter fördes över till det nystartade bolaget Specialfastigheter. Bolaget är alltjämt ägt av staten.

Specialfastigheter ska huvudsakligen långsiktigt och affärsmässigt äga, utveckla och förvalta fastigheter med höga säkerhetskrav i Sverige, där det föreligger ett nationellt säkerhetsintresse. För denna verksamhet ska fokus på att minimera statens totalkostnader vara vägledande. Bolaget kan också, på en konkurrensutsatt marknad äga, utveckla och förvalta fastigheter där det på annat sätt föreligger ett säkerhetsintresse, samt bedriva annan därmed förenlig verksamhet.

Bolaget är inriktat på att tillgodose lokalbehov hos ett antal stora statliga myndigheter som ställer stora krav på säkerhetslösningar och tekniska installationer, såsom rättsvårdande myndigheter och myndigheter inom försvaret och samhällsskydd.

För att tillmötesgå hyresgästernas behov för bolaget en aktiv dialog med dem angående deras behov och särskilda krav.

För att uppnå högre effektivitet och hantera eventuella toppar i efterfrågan arbetar Specialfastigheter med typ- och standardhus samt framförhållning i upphandlingar. En av de viktigaste anledningarna till att Specialfastigheter har valt att arbeta med typ- och standardhus är att man inte ska behöva börja om vid varje ny byggnation. Specialfastigheter menar att produktionen effektiviseras och fördyrande ändringar under produktionstiden minimeras.

Fastighetsförvaltningen bedrivs med ett, så långt möjligt, marknadsmässigt avkastningskrav. Eftersom bolaget inom vissa segment av marknaden saknar jämförelseobjekt har det varit svårt att avgöra nivån på den marknadsmässiga hyran. Man har i sådana fall därför bestämt hyran utifrån en skälighetsprincip med full avskrivning under kon-

traktsperioden. Av redovisade hyresintäkter stod staten 2019 för 99,6 procent (SOU 2020:76), men Specialfastigheters kunder kan anlita andra företag för sin lokalförsörjning, vilket de på vissa orter och inom vissa segment i viss utsträckning också gör.

Kontrakten löper över lång tid, vanligen 25 år. I de fall där varken hyresvärd eller hyresgäst har några alternativ kan det vara affärsmässigt att vid en nyinvestering avtala om att hyresgästen förbinder sig att under kontraktstiden betala hela investeringen. I andra fall kan parterna enas om andra villkor för till exempel hur risken ska fördelas mellan hyresvärd och hyresgäst.

Det av staten fastslagna lönsamhetsmålet för Specialfastigheter är åtta procent[5]. Utdelningen ska uppgå till 50 procent av resultatet (efter finansiella poster, exklusive orealiserade värdeförändringar, med avdrag för skatt). Beslut om utdelning ska beakta koncernens ekonomiska ställning. Soliditeten ska uppgå till mellan 25 och 35 procent.

Riksrevisionen genomförde 2020 en granskning av effektiviteten vid Kriminalvårdens anstalter (Riksrevisionen 2020). Granskningsrapporten ger uttryck för infrastrukturinvesteringarnas långsiktiga betydelse för verksamheten. I granskningen menade Riksrevisionen bland annat att ”anstalterna präglas av institutionell spårbundenhet”, det vill säga att de förutsättningar som gällde när de etablerades ger avtryck och påverkar verksamheten långt i efterhand, ineffektiva lösningar blir permanenta. När en anstalt fått en viss inriktning har det visat sig vara svårt för Kriminalvården att förändra verksamheten, även om det skulle vara verksamhetsmässigt och kostnadsmässigt rationellt.

[5] Mer specifikt är Specialfastigheters mål för lönsamheten ett resultat efter skatt efter återläggning av värdeförändringar och därtill hörande uppskjuten skatt på 8 procent av genomsnittligt eget kapital.

7 Utmaningar för framtidens investeringar i vårdinfrastruktur

I detta kapitel beskrivs hur utvecklingen inom medicin, medicinteknik och digitalisering ger möjligheter till bättre behandlingsmetoder, nya arbetssätt och att bedriva vård närmare patienten. Samtidigt innebär denna utveckling utmaningar och ställer krav på ändamålsenlig vårdinfrastruktur för att ta tillvara förutsättningarna. Vidare beskrivs vårdkostnader och vårdtillfällen samt konsekvenser av den demografiska utvecklingen. Befolkningen beräknas öka, om än inte lika snabbt som tidigare prognoser pekat på. Andelen äldre ökar med stigande försörjningskvot och fortsatt utmaning kring bemanning och kompetensförsörjning som följd. En förutsättning för att möta dessa utmaningar är att vårdinfrastrukturen ger förutsättningar för såväl effektiv vårdverksamhet som utbildning och forskning. Ytterligare en utmaning är vårdinfrastrukturens betydelse för beredskapen och förmågan att hantera kriser. Därefter ges en lägesbild av den ekonomiska utvecklingen i regionerna. Kapitlet avslutas med en diskussion kring utmaningar förknippade med investeringar och vårdbyggnaders komplexitet.

7.1 Den medicinska, medicintekniska och digitala utvecklingen

Sedan 1950-talet har en omfattande medicinsk och medicinteknisk utveckling skett som möjliggjort stora framsteg och ambitionshöjningar på hälso- och sjukvårdsområdet.

Medicinska genombrott under perioden, till exempel i behandlingen av diabetes och andra vanliga folksjukdomar, har bidragit till markant ökad förväntad livslängd hos de drabbade (se till exempel Steen Carlsson, 2013). På senare år har den medicinska utvecklingen

genererat nya typer av behandlingar, utvecklade diagnosmetoder och nya sätt att tidigt upptäcka och förebygga sjukdom. Exempel på det är utvecklingen av precisionsmedicin. Med det avses diagnostiska metoder och terapi för individanpassad utredning, prevention och behandling av sjukdom på individnivå eller för delar av befolkningen (Näringsdepartementet, 2018). Framstegen inom precisionsmedicin beror på en snabb utveckling inom ett flertal viktiga forsknings- och teknologiområden som dessutom kan kombineras; bland annat molekylärbiologi, storskalig genetisk sekvensering, högupplösande avbildningsteknik, genterapier, biosensorer, möjlighet till uppkoppling och överföring av stora mängder data samt användning av artificiell intelligens (Forska!Sverige, 2019).

Användningen av data och artificiell intelligens är delar i anpassningen till den snabba utvecklingen av ny teknik och digitalisering i allmänhet. Digitaliseringskommissionen uttryckte det som att vi befinner oss i en övergång till ett helt nytt samhälle – det digitala – och att samhället och dess institutioner kommer att förändras i grunden (SOU 2016:89). På hälso- och sjukvårdsområdet är utvecklingen av ny teknik och digitala verktyg en förutsättning för många av framstegen inom vården, däribland precisionsmedicin.

Möjligheten att förbättra vården genom att samla in och analysera stora mängder data förutspås bidra till att förbättra diagnosmöjligheter och vårdinsatser ytterligare. Detta eftersom till exempel journaler, röntgenbilder, sensorer och hälsoappar genererar stora mängder data. Efter analys kan sådana uppgifter användas för att förbättra vården för enskilda patienter, utveckla och styra hälso- och sjukvården, följa och förutse hälsoläget hos befolkningen, arbeta förebyggande och bidra till forskningen. Patienterna är också själva involverade i att generera data, till exempel via appar och självtester (ibid.).

Satsningar på e-hälsa och digitala innovationer kan därutöver underlätta för vården i form av utvecklingen av nya processer och arbetssätt, möjliggöra ökat informationsutbyte samt förbättra samverkan mellan hälso- och sjukvårds- och omsorgsaktörer. Patienter ges möjlighet att nyttja hälso- och sjukvård på nya sätt och med ökad tillgänglighet oberoende av geografiska avstånd. För att svensk hälso- och sjukvård ska kunna tillgodogöra sig dessa möjligheter krävs en väl fungerande nationell digital infrastruktur.

Sverige har relativt goda förutsättningar för att utveckla lösningar inom e-hälsa och digitala lösningar i övrigt. Enligt OECD är Sverige

ett av världens ledande länder när det gäller digitalisering och vi uppvisar mindre klyftor digitalt jämfört med många andra länder. Drygt 82 procent av befolkningen över 16 år söker i dag efter hälsoinformation och medicinsk information på nätet och 53 procent har bokat tid, fått remiss eller läst provsvar på nätet. Tio procent har använt sig av en vårdapp i stället för att besöka hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2020a). Under covid-19-pandemin har det skett en kraftig ökning av digitala vårdmöten, både hos privata aktörer och via regionernas egna tjänster (Läkartidningen, 2020).

Möjligheterna till informationsutbyte mellan system, organisationer och sektorer är dock fortfarande begränsade. Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag bland annat undersökt regionernas möjligheter att följa patientens väg genom vården. Man konstaterar att inget av de informationssystem som används i dag ger möjlighet att följa patienten över vårdgivargränser, varken inom eller mellan regionerna (Socialstyrelsen, 2019b). Ett brett arbete om en nationell digital infrastruktur för ökad säkerhet och effektivitet i samband med elektroniska informationsutbyten inom offentlig sektor har genomförts i samarbete mellan flera myndigheter. Myndigheterna identifierade att avsaknaden av en nationell digital infrastruktur lett till många myndighetsspecifika lösningar, vilket i stor utsträckning har resulterat i en ineffektiv ordning för den offentliga sektorn som helhet (DIGG, 2019).

En nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården med möjlighet att utbyta data mellan vårdgivare och för digitala tjänster kan innebära att nya arbetssätt blir möjliga och att de positiva effekterna som ökad digitalisering medför tas till vara. Om, till exempel, digitala tjänster för ordinerad egenvård och hemmonitorering utvecklas kan delar av specialistvården komma att utföras av patienten själv utanför sjukhuset. Det skulle kunna underlätta behandlingen för patienter med kroniska tillstånd.

Flera regioner planerar för eller har pågående pilotprojekt för att testa digitala produkter och tjänster för patienter med kroniska tillstånd, men implementeringstakten bedöms vara låg (SKL, 2019b). Regionerna har i en kartläggning av SKR efterfrågat stöd från nationell nivå i flera avseenden, bland annat nationell infrastruktur inklusive tekniska förutsättningar för att utbyta data mellan vårdgivare och gemensamma checklistor för införande av digitala tjänster för att få samstämmighet inom regionerna och bättre resursutnyttjande. Det efterfrågas även ökad samverkan mellan regionerna, bland annat

kring metoder för förändringsledning och beräkning av nyttoeffekter vid införande av ny teknik och nya arbetssätt (Ibid.).

Utredningen har fört dialog med SKR, som betonat att det är nödvändigt att staten tar ett tydligare grepp om den mjuka och hårda digitala infrastrukturen gällande till exempel säker kommunikation mellan regioner, kommuner, privata vårdgivare och staten.

Inom den kommunala hälso- och sjukvården har användning av välfärdsteknik ökat stort de senaste åren, framför allt inom äldreomsorgen. En majoritet av kommunerna använder till exempel passiva larm och sensorer, samt vårdplanerar med hjälp av video, både i ordinärt boende och i särskilda boenden (Socialstyrelsen, 2019a).

Vidare bedrivs det mycket forskning kring artificiell intelligens (AI). I dagsläget används dock AI i begränsad omfattning och framför allt inom anamnes (sammanställning av patientens sjukdomshistoria), diagnos och beslutsstöd. Ett annat användningsområde är monitorering och telemedicin, till exempel för fjärrövervakning av patienter med hjärtsvikt, digital vård i hemmet och fallprevention med hjälp av sensorer (Socialstyrelsen, 2019b).

Till skillnad från den medicinska utvecklingen som hunnit pågå en längre tid befinner vi oss ännu i början av digitaliseringen av vårdverksamheten med stora möjligheter till förbättringar, men även utmaningar avseende till exempel personlig integritet, etik, cybersäkerhet och de ändrade förutsättningar, som det innebär.

I utredningens kontakter har olika intressenter framfört att behovet av en nationell digital infrastruktur är stort.

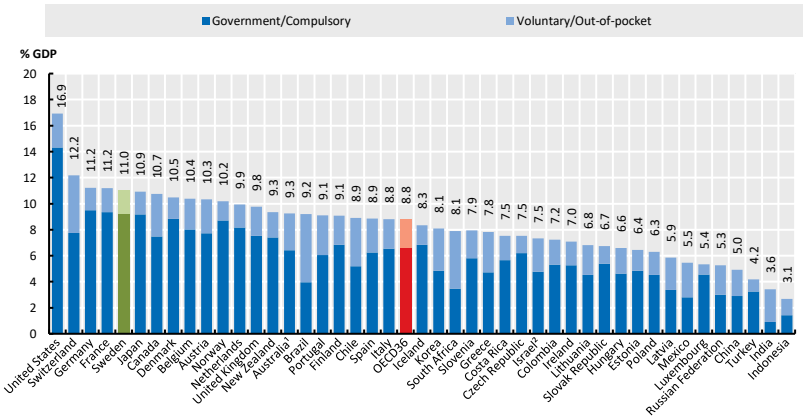
Det är sannolikt att utvecklingen på det här området kommer att påverka vårdverksamheten på ett sådant sätt att det även har betydelse för hur vårdinfrastruktur bör utformas för att bäst möjliggöra framtidens vård. Även om det är för tidigt att dra några säkra slutsatser om detta förefaller det relativt klart att kommande infrastruktursatsningar för framtidens vård behöver anpassas för att vården fullt ut ska kunna dra nytta av de fördelar som utvecklingen på det digitala området innebär.

7.2 Kostnader och vårdtillfällen

Under 1990-talet och början av 2000-talet steg kostnaderna för hälso- och sjukvård i OECD-länderna snabbare än tillväxten i BNP. Efter en inbromsning under finanskrisen åren 2008 och 2009 har kostnadsökningen stabiliserats på en nivå som motsvarar tillväxten i ekonomin. I genomsnitt går cirka 9 procent av OECD-ländernas BNP till hälso- och sjukvård. I Europa ligger siffran på 10 procent.

Figur 7.1 Kostnader för hälso- och sjukvård som andel av BNP

2018 (eller närmaste år)



Källa: OECD Health at a glance 2019.

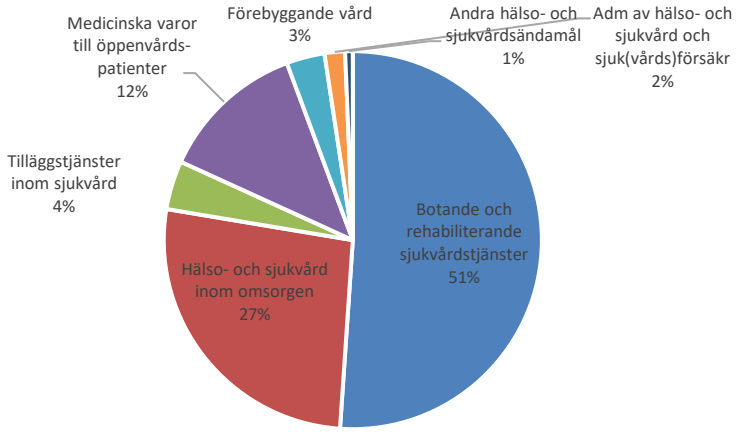
Sveriges utgifter för hälso- och sjukvård år 2018 motsvarade cirka 11 procent av BNP. Sverige redovisade tidigare en relativt genomsnittlig utgiftsnivå, men har efter ändrade redovisningsprinciper från och med 2011 bland de högsta utgifterna inom OECD.[1]

Sveriges totala kostnader för hälso- och sjukvård 2018 var enligt nationalräkenskaperna 526 miljarder kronor (SCB, 2020). I figuren nedan visas hur kostnaderna fördelar sig på olika verksamheter.

[1] De nya redovisningsprinciperna innebär att en avsevärt större del av kommunernas äldreomsorg och omsorg för personer med funktionsnedsättning inkluderades i redovisningen av hälso- och sjukvårdskostnader. Dessa verksamheter är större i bland annat Sverige, Norge och Nederländerna än i flertalet andra jämförbara länder (OECD, 2017).

Figur 7.2 Hälso- och sjukvårdens kostnader fördelade på ändamål år 2018

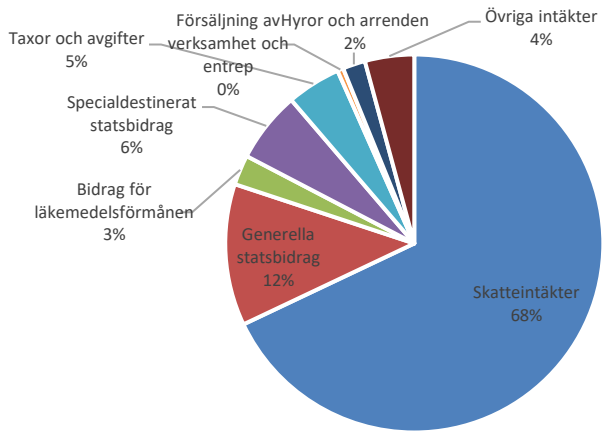
Totalkostnad 526 miljarder kronor



Källa: Statistiska centralbyrån, statistikdatabasen, nationalräkenskaperna.

Av de totala kostnaderna står den kommunala hälso- och sjukvården för 26 procent, regionerna för 58 procent och hushållens egenavgifter för 14 procent. Det är värt att notera att kommunernas och regionernas totala intäkter främst består av skatteintäkter (68 procent) och statsbidrag (21 procent).

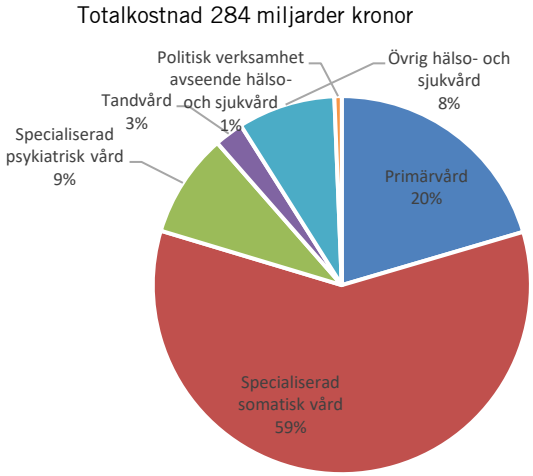
Figur 7.3 Fördelning av kommuners och regioners intäkter 2019



Källa: Sveriges Kommuner och Regioner, Sektorn i siffror.

Regionernas intäkter 2019 utgjordes enligt SKR (2020c) till 70 procent av skatter, 22 procent statsbidrag, 3 procent avgifter och 5 procent övriga intäkter. Kommunernas intäkter bestod till 67 procent av skatter, 20 procent statsbidrag, 5 procent taxor och avgifter, 3 procent hyror och arrenden samt övriga intäkter. Regionernas kostnader för hälso- och sjukvården enligt räkenskapssammandragen för år 2019 fördelar sig enligt nedan.

Figur 7.4 Fördelning av regionernas nettokostnader för hälso- och sjukvård inklusive läkemedel efter verksamhetsområde 2019



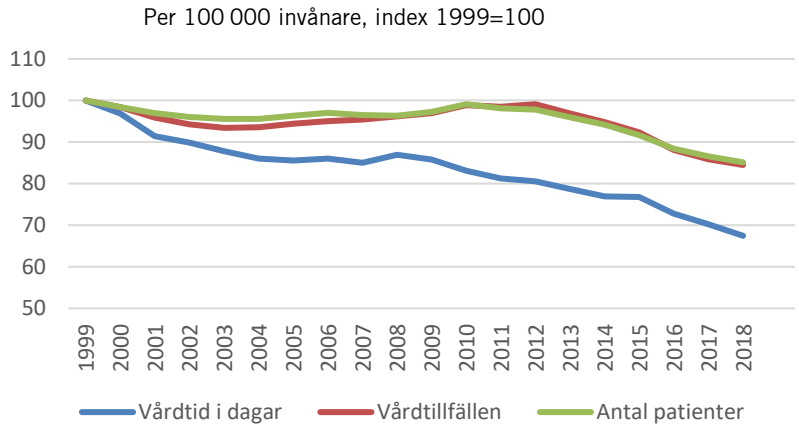
Källa: Statistiska centralbyrån, statistikdatabasen.

Den största andelen utgörs av kostnader för somatisk specialistvård (59 procent), följt av primärvård (20 procent) och specialiserad psykiatrisk vård (9 procent).

Fördelningen av kostnader över olika verksamheter varierar mellan regionerna men har totalt sett varit stabil över tid. Andelen primärvård var till exempel 21 procent fram till 2013 och har därefter varit 20 procent, medan andelen somatisk specialistvård stigit marginellt under samma period. I en internationell jämförelse är primärvården i Sverige något mindre än genomsnittet inom OECD, men något större än i Danmark och Norge (OECD, 2019a).

Primärvården ökar alltså inte sett till kostnadsandelar, däremot visar statistiken på en gradvis omställning från slutenvård (både somatisk och psykiatrisk specialistvård) till en högre andel öppenvård. I figuren nedan visas en fallande medelvårdtid i slutenvården sedan 1999, samt ett minskat antal vårdtillfällen och minskat antal patienter under perioden. Orsaken är främst den medicintekniska utvecklingen och kunskapsutvecklingen, men även det allmänna hälsoläget i befolkningen (SKL, 2019a).

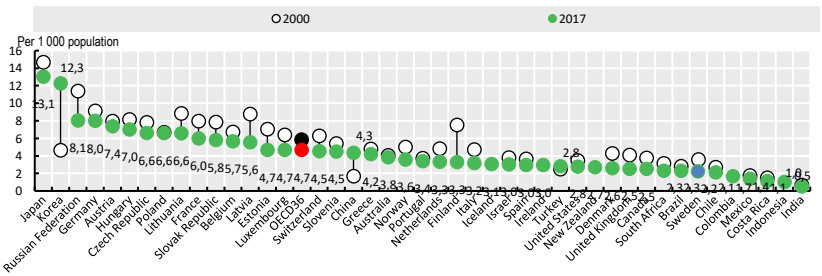
Figur 7.5 **Antal patienter, vårdtillfällen och vårddagar i slutenvården 1999 till 2018**



Källa: Socialstyrelsen, statistikdatabasen.

Antalet disponibla vårdplatser i Sverige har minskat stadigt de senaste åren, från 25 290 till 21 724 åren 2012 till 2018. Utvecklingen mot ett minskat antal vårdplatser över tid delas av flertalet OECD-länder; Sverige sticker dock ut genom att ha färre antal vårdplatser än flertalet andra länder, detta trots en i grunden sjukhuscentrerad struktur (se kapitel 4). Den internationella trenden mot ett minskat antal vårdplatser har därmed gått längre i Sverige än i andra länder. År 2017 hade Sverige 2,2 vårdplatser per 1 000 invånare, medan OECD-genomsnittet var 4,7.

Figur 7.6 **Antal vårdplatser per 1 000 invånare, 2000 och 2007 (eller närmaste år)**



Källa: OECD Health at a glance 2019.

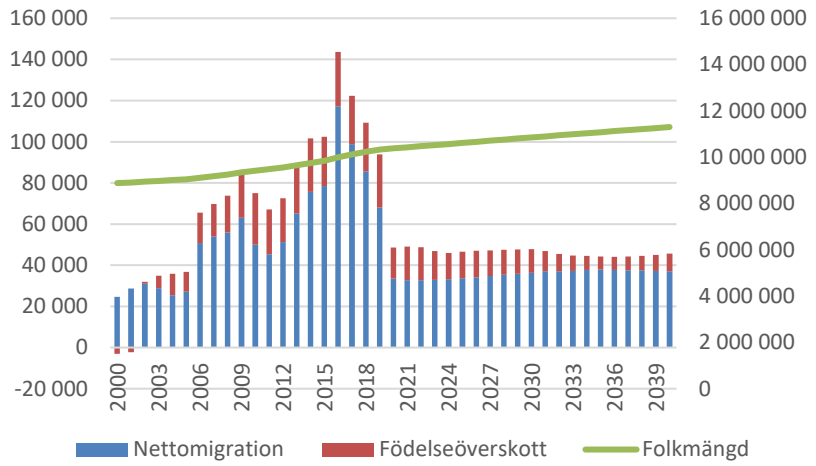
Ett minskat antal vårdplatser kan ses som en del av den pågående omställningen mot mer öppenvård, men också som ett resultat av att vårdgivarna har brist på medarbetare med rätt kompetens. I många verksamheter motsvarar antalet disponibla vårdplatser inte det faktiska behovet, vilket leder till överbeläggningar och utlokaliseringar (patienter som vårdas på fel avdelning). År 2019 ökade antalet överbeläggningar inom den somatiska vården medan utlokaliseringarna minskade jämfört med 2018 (Socialstyrelsen, 2020).

En stor andel av vårdkostnaderna i Sverige går till vård av personer med kroniska sjukdomar. 80 till 85 procent av resurserna inom vården riktas till personer med kroniska sjukdomar och hälften av resurserna går till personer med flera kroniska sjukdomar, det vill säga multisjuka (Vårdanalys, 2014a).

7.3 Demografi

Befolkningen i Sverige var 2020 närmare 10,4 miljoner invånare. Befolkningsutvecklingen (figuren nedan) har under ett antal år varit tilltagande positiv. Störst ökning sågs 2016 med 1,5 procent, därefter har ökningen fallit till 0,9 procent 2019 och till 0,5 procent pandemiåret 2020. Ökningen förväntas enligt aktuell befolkningsprognos från SCB fortsätta i denna lägre takt och successivt falla ned mot 0,4 procent år 2040. Den totala befolkningen prognostiseras nå 11 miljoner invånare under år 2034 och uppgå till drygt 11,3 miljoner invånare år 2040.

Figur 7.7 Befolkningsutveckling 2000 till 2020 samt prognos till 2040



Källa: Statistiska centralbyrån.

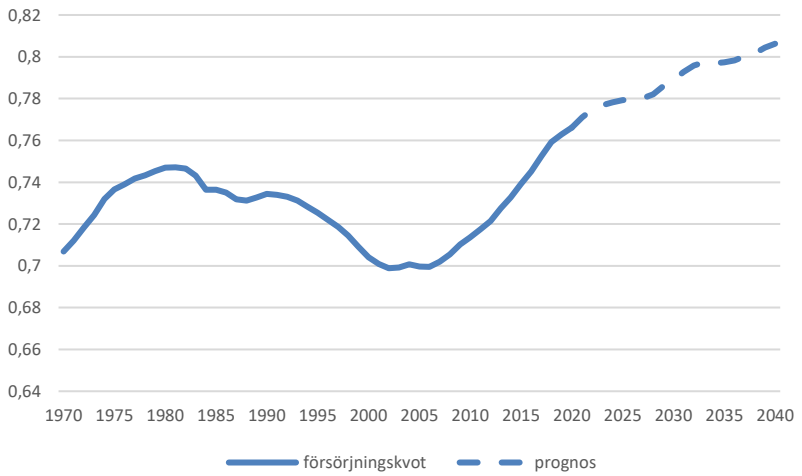
Vid sidan av den ökande folkmängden förändras sammansättningen i befolkningen. Befolkningen ökar i alla åldersgrupper men ökningen i gruppen unga och äldre är högre än i övriga grupper. 1970 var andelen 75 år och äldre 5 procent av befolkningen. 2020 var denna andel 9,6 procent och prognosen över befolkningsutvecklingen är att andelen över 75 år kommer att ha ökat till närmare 13 procent av befolkningen år 2040. Såväl befolkningsökningen som ålderssammansättningen av befolkningen påverkar kommunsektorns kostnader. Generellt gäller att genomsnittskostnaden per person för hälso- och sjukvård är stigande med åldern (Gralén m fl., 2019).

Ålderssammansättningen påverkar försörjningskvoten. Det vill säga andelen unga och äldre i förhållande till den arbetsföra befolkningen (20 till 64 år). Figuren nedan visar kvotens utveckling från 1970 till 2020 samt prognos till 2040. Kvoten minskade under ett antal år från toppen 0,75 vid början av 1980-talet. Från 2007 då den var 0,7 har den emellertid ökat stadigt och 2020 var den 0,77. Prognosen över befolkningsutvecklingen medför en kvot på 0,81 vid år 2040.

En stigande försörjningskvot indikerar flera utmaningar för kommuner och regioner. Den är dels en indikation på ökade kostnader i kommunsektorn, då genomsnittskostnaderna per individ generellt sett är högre för yngre och äldre än för dem i arbetsför ålder. Dels indi-

kerar det en kommande finansieringsutmaning då den relativa skattebasen förväntas minska med stigande kvot. Detta är en utmaning som enligt prognoserna särskilt kommer att drabba mindre regioner och kommuner. En ökande kvot innebär också att en större andel av invånarna arbetar i välfärden, vilket riskerar att dels ge kompetensbrist, dels leda till ökade lönekostnader. SKR (2021) framhåller att verksamheten i regionerna måste ställas om för att klara ökade krav och kommande demografiskt tryck. Det konstateras att arbetskraften riskerar att inte räcka till i alla sektorer.

Figur 7.8 Utveckling av försörjningskvoten 1970 till 2020, samt prognos till 2040



Källa: Statistiska centralbyrån.

7.4 Kompetensförsörjning

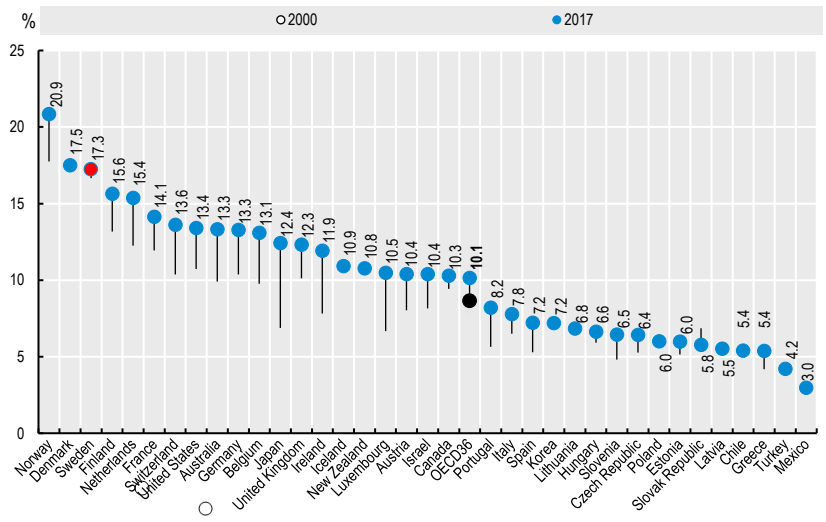
Kompetensförsörjningen har länge varit en av vårdens stora utmaningar. Regionerna bedömer att de har brist på sjuksköterskor, men även andra personalkategorier såsom psykologer, specialistläkare, biomedicinska analytiker och barnmorskor. Det finns behov av fler allmänläkare, inte minst givet utvecklingen mot en mer nära vård. Ett utökat primärvårdsuppdrag förväntas även öka behovet av distriktssköterskor, geriatriker, psykologer med flera. Kraven på personalresurser och kompetens inom den kommunala hälso- och sjukvården ökar

också i takt med att allt mer kvalificerade hälso- och sjukvårdsinsatser utförs i hemmet (Socialstyrelsen, 2020a).

Antalet sysselsatta i hälso- och sjukvården i förhållande till befolkningsmängden har samtidigt ökat över tid och Sverige har i ett internationellt perspektiv hög personaltäthet. Drygt 17 procent av samtliga sysselsatta i Sverige år 2017 arbetade inom vården. Av OECD-länderna hade endast Norge och Danmark en högre andel än så, vilket framgår i figuren nedan.

Figur 7.9 Antalet sysselsatta inom vård och omsorg som andel av totalt antal sysselsatta

2000 och 2017 (eller närmsta år)

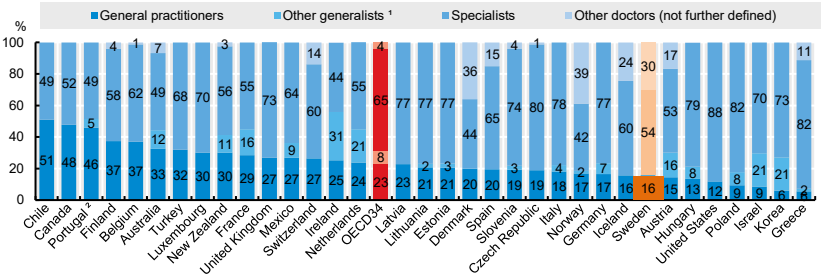


Källa: OECD Health at a glance 2019.

Även antalet praktiserande läkare i Sverige är högt i ett internationellt perspektiv, med undantag för allmänläkare (se figuren nedan). Endast 16 procent av praktiserande läkare i Sverige arbetar som allmänläkare, jämfört med OECD-genomsnittet på 23 procent (OECD, 2019a). En orsak skulle kunna vara att det i Sverige finns större möjligheter att i utbildningen välja inriktning jämfört med många andra länder där fördelningen av utbildningsplatser mellan specialiteter är mer styrd. I Sverige är ansvaret för fortbildning och specialisering av läkarkåren mer decentraliserat än i andra länder såsom Norge, Dan-

mark, Nederländerna och Tyskland, där man tillämpar en tydligare statlig styrning inom området (ESO, 2019).

Figur 7.10 Fördelning av olika typer av läkare



Källa: OECD Health at a glance 2019.

Tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal är ojämnt fördelad över landet. Det är fortsatt svårt att rekrytera personal inte minst till glesbygden, samtidigt som sjukskrivningstalen är höga och produktiviteten inom hälso- och sjukvården sjunker. Socialstyrelsen konstaterar dock att det inte förefaller vara någon flykt av medarbetare från vården. Cirka nio av tio utbildade sjuksköterskor arbetar som sjuksköterska eller inom branschen vård och omsorg. Andelen har förändrats marginellt mellan 1996 och 2016 (Socialstyrelsen, 2020).

I det nationella planeringsstödet som Socialstyrelsen publicerat sedan mitten av 1990-talet bedöms årligen tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Den bedömda efterfrågan av legitimerad personal bygger på flera källor och på enkäter till regionerna, ett urval privata vårdgivare samt fack- och yrkesorganisationer. För år 2020 rapporteras att det råder brist på 10 av 22 legitimationsyrken i minst hälften av regionerna (Socialstyrelsen, 2021). 2020 var ett speciellt år präglat av covid-19-pandemin. Det ställdes inga frågor om hur pandemin påverkat efterfrågan på legitimerad personal och de bedömningar som gjorts stämmer väl överens med det som rapporterats för tidigare år. Det råder brist på bland annat specialistläkare, sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor och barnmorskor. År 2019 redovisades bristerna kvantitativt, vilket visas i tabellen nedan.

Socialstyrelsens bedömning ska emellertid tolkas med viss försiktighet då det endast är elva regioner som gjort bedömningar av hur

många helårsarbetskrafter som saknas för de yrken det råder brister i. Fyra regioner har enbart bedömt vissa yrken och sex regioner har inte lämnat några bedömningar alls. Bland dessa sex regioner ingår bland andra Region Stockholm och Region Västra Götaland vilket indikerar att det är en underskattning av bristen.

Högre brister skattas av SCB som i arbetskraftsbarometern 2019 undersöker möjligheterna att kvantifiera dagens bristsituation på arbetsmarknaden (SCB, 2020). Mönstret stämmer väl överens med Socialstyrelsens bedömning, men de uppskattade antalen är högre. De skattade bristerna är störst bland läkare och sjuksköterskor. Lika stora brister skattas för specialistutbildade som grundutbildade sjuksköterskor.

Tabell 7.1 Behov av ytterligare helårsarbetare hösten 2019

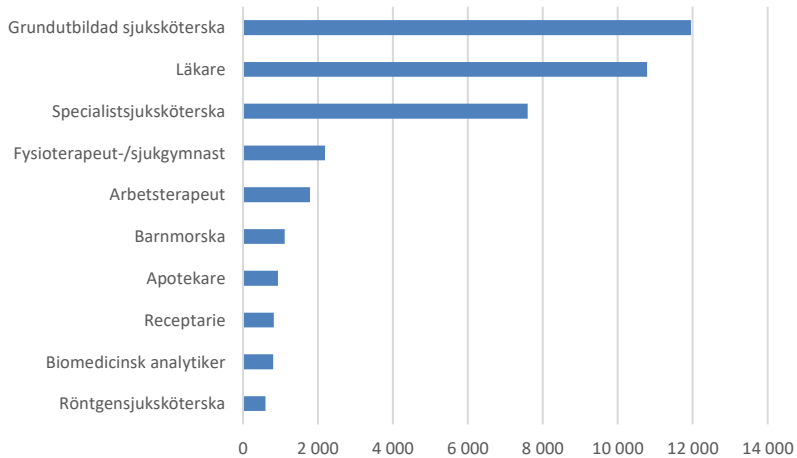
	Socialstyrelsen (2020)	SCB (2020)
Läkare	1 262	2 200
Sjuksköterska	790	2 800
Specialistutbildad sjuksköterska	722	3 000
Psykolog	201	730
Barnmorska	136	310
Röntgensjuksköterska	121	320
Biomedicinsk analytiker	121	500
Vård- och omsorgspersonal (gymnasium)		8 200

Källa: Socialstyrelsen (2020b) och SCB (2020).

SCB gör prognoser på lång sikt över utvecklingen på arbetsmarknaden och utbildningsområdet (SCB, 2021). Under perioden 2018 till 2035 bedöms att sysselsättningen ökar med 400 000 personer. Inom hälso- och sjukvården väntas antalet med gymnasial utbildning vara otillräckligt för att täcka den framtida efterfrågan. Fram till 2035 förväntas efterfrågan öka med närmare 100 000 helårsarbetskrafter, en ökning med 40 procent mot antalet sysselsatta 2018. Bedömningen enligt SCB:s Arbetskraftsbarometer 2020 är att det kommer att råda stor brist på personal med gymnasial vård- och omsorgsutbildning. För eftergymnasialt utbildade finns det risk för fortsatt och förstärkt brist i flera utbildningsgrupper. Behovet 2035 beräknas vara ytterligare 70 000 helårsarbetskrafter jämfört med sysselsättningen 2018, en ökning med 17 procent.

Figuren nedan visar det ökade behovet av helårsarbetskrafter för ett antal yrken med utbildningar där efterfrågan på arbetskraft beräknas öka till 2035. Jämfört med antalet förvärvsarbetande sjuksköterskor med grundutbildning år 2018 förväntas efterfrågan öka med närmare 12 000 helårsarbetskrafter till 2035. Behovet av läkare beräknas öka med närmare 11 000 och specialistsjuksköterskor med ungefär 7 600 helårsarbetskrafter. Bedömningen är att det kommer att råda stor brist på röntgensjuksköterskor och specialistutbildade sjuksköterskor; brist på arbetsterapeuter, grundutbildade sjuksköterskor, och barnmorskor. Gällande läkare är bilden av arbetsmarknadsläget varierande. Läkarutbildningen har sedan 2005/06 byggts ut med närmare 70 procent och SCB räknar med ett migrationsöverskott på 400 läkare per år fram till 2035. Det rör sig om personer som tidigare bott i Sverige som återkommer efter slutförd läkarutbildning utomlands. Samtidigt förväntas efterfrågan fram till 2035 öka med mellan 20 och 25 procent.

Figur 7.11 Prognos över behov av ytterligare helårsarbetare 2035 jämfört med sysselsatta 2018



Källa: SCB 2020.

Utifrån SCB:s prognos beräknar Universitetskanslersämbetet (UKÄ) utbildningsbehovet för att möta efterfrågan 2035. Figuren nedan visar det beräknade behovet av ökad årlig antagning av studenter till ett urval av utbildningar. För specialistsjuksköterskor behöver den årliga antag-

ningen till utbildningen öka med 40 procent eller 900 nyantagna per år fram till 2035 för att möta behoven. För att inhemskt klara utbildningsbehovet av läkare fram till 2035 behöver antagningen öka med 29 procent eller 527 ytterligare studenter antas till utbildning varje år. Utbildningen av sjuksköterskor bedöms vara tillräcklig för att möta efterfrågan 2035. Dock råder det brist redan i dag vilket tyder på att sjuksköterskor söker sig till andra arbetsgivare än offentliga vårdgivare. Detta ökar komplexiteten i att möta de långsiktiga behoven. UKÄ:s slutsats i rapporten är att verksamheterna bör förbereda sig för ett scenario där det inte går att tillgodose alla delar av framtidens kompetensbehov av högskoleutbildade.

Figur 7.12 Behov av ökad antagning på utbildningar per år fram till 2035



Källa: UKÄ (2019).

Kompetensförsörjningen innebär också en utmaning för förmågan att tillhandahålla patientsäker vård. Socialstyrelsen gjorde 2018 en kartläggning och analys av akutsjukvård och förlossningsvård. Analysen fokuserar särskilt på läkare, sjuksköterska och barnmorska. Slutsatsen är att studien bekräftar det samband som beskrivs i vetenskaplig litteratur mellan otillräcklig bemanning och kompetens och risken för vårdskador (Socialstyrelsen, 2018). I den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024 slår Socialstyrelsen fast att en grundläggande förutsättning för säker vård är att

det finns tillräckligt med personal som har adekvat kunskap och kompetens.

Framtida kompetensförsörjningsbehov handlar inte bara om att säkra tillgången till personal, utan även om att möta de nya krav som ställs på vårdpersonalens kompetens. Pågående reformer på vårdområdet som beskrivits närmare i kapitel 4 medför till exempel ökade krav på personalen att kunna arbeta personcentrerat, att vara delaktig i förbättringsarbete och att kunna använda ny teknik.

När det gäller teknikfärdigheten gör den brittiska hälso- och sjukvårdsorganisationen NHS bedömningen att 80 procent av arbetskraften inom hälso- och sjukvården år 2040 behöver kunna behärska teknik för telemedicin, automatiserad bildtolkning med hjälp av AI, bärbar teknik för diagnostik och fjärrövervakning och teknik för att kunna läsa arvsmassa med mera (NHS, 2019).

Fler legitimationsyrken med nya kompetenser och yrkesgrupper kan också innebära utmaningar för interprofessionell samverkan. Förmågan att se sin roll som en del i ett större sammanhang blir allt viktigare. Vidare behöver rätt kompetens användas för rätt arbetsuppgifter. Det finns till exempel stöd i forskning för att vårdpersonal ofta tar sig an arbetsuppgifter som egentligen inte gynnas av att utföras av någon med deras specifika kompetens (Gadolin, 2019).

Med anledning av den stora utmaning som frågan om kompetensförsörjning innebär inrättade regeringen den 1 januari 2020 ett nationellt vårdkompetensråd vid Socialstyrelsen. Nationella vårdkompetensrådet är ett rådgivande samverkansforum mellan regioner, kommuner, lärosäten, Socialstyrelsen och UKÄ. Uppdraget är att långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjningen av vårdpersonal. Syftet är att stärka samverkan kring kompetensförsörjningen mellan regioner, kommuner, universitet och högskolor samt övriga berörda aktörer. Ytterligare ett syfte är att säkerställa en gemensam bild av framtida kompetensförsörjningsbehov i hälso- och sjukvården.

7.5 Behovet av forskning och utbildning påverkar investeringar i vårdinfrastruktur

Behovet av att ha ett helhetsperspektiv på utbildning och forskning vid strukturomvandling av hälso- och sjukvården poängteras från flera håll. Vikten av en nära koppling mellan vårdgivare och företrädare för akademin har lyfts fram av bland annat av Vetenskapsrådet (2020). Rådet framhåller att en förutsättning för en kunskapsbaserad och jämlik vård, samt forskning av hög kvalitet är integrering av forskningsuppdraget i hälso- och sjukvården. För att säkerställa detta menar Rådet att det är nödvändigt att denna samverkan är en naturlig del även i hälso- och sjukvårdens förändrings- och utvecklingsarbete och att forskningens företrädare bjuds in på lika villkor i diskussioner om hälso- och sjukvårdens framtid.

Utredningen har mottagit ett gemensamt yttrande från landets medicinska fakulteter. I yttrandet tar de medicinska fakulteterna upp ett antal frågor som de bedömer skulle gynnas av ökad samordning mellan regionerna och universiteten, som i dag har olika huvudmän. Några exempel där det finns förbättringsmöjligheter är precisionsmedicin, digitala verktyg och AI samt frågor som gäller utbildning och VFU-platser (verksamhetsförlagd utbildning). Sammantaget menar de medicinska fakulteterna att regionerna behöver samverka mer med universiteten inför stora investeringsbeslut tidigt i planeringsprocessen oavsett vilka stora investeringar som planeras. De menar att det i dag finns goda exempel på samverkan, men även det motsatta då samverkan skett sent eller ibland inte alls. Det händer även att i samförstånd planerade investeringar avseende utbildning och forskning försvinner av besparingsskäl.

Utredningen har fört ytterligare dialoger med företrädare för Karolinska Institutet (KI) och den medicinska fakulteten vid Uppsala universitet. Den bild som har förmedlats till utredningen i dessa kontakter överensstämmer med vad de samlade medicinska fakulteterna framfört.

Ett aktuellt exempel där planeringen av ett nytt sjukhus fått konsekvenser för möjligheterna att bedriva utbildning och forskning är Nya Karolinska Solna (se bland annat Öhrming, 2017; SOU 2020:15 och Grafström m.fl., 2021).

Ett exempel på den ökade integrationen mellan vård och forskning finns inom området precisionsmedicin (Life-time 30 mars 2021). Där finns exempel på att det traditionella förhållningssättet mellan

vård och forskning utmanas. Traditionellt har vården använts för forskning. Men för att kunna ge avancerade terapier som exempelvis förutsätter helgenomsekvensiering har det krävts att vården ges tillgång till avancerad apparatur, datorkraft och teknisk expertis som finns inom akademin. Ökad integrering och ömsesidigt beroende förutsätter att huvudmännen för akademin och vården, det vill säga staten och regionerna samverkar och tar hänsyn till såväl vårdens som forskningens behov vid utveckling och investeringar inom respektive område.

7.6 Vårdinfrastruktur är viktig ur ett beredskapsperspektiv

Internationella erfarenheter visar att satsningar på robusta sjukhus är väl investerade för att hälso- och sjukvården ska kunna fortsätta bedriva vård under kriser och vid katastrofer. Sedan 2008 finns vägledningen Det robusta sjukhuset utgiven av krisberedskapsmyndigheten avseende skydd och funktionssäkerhet i sjukhusbyggnader. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) arbetar med en uppdaterad version avseende driftsäkerhet i sjukhusbyggnader, Den robusta sjukhusbyggnaden, som nu föreligger i en förhandsutgåva.

Syftet med vägledningen är att stödja regionernas planering, projektering, byggande och förvaltning av sjukhusbyggnader och de fastighetstekniska installationer som ska vara robusta i vardag, kris och krig. Vägledningen ger rekommendationer för vad som bör ingå i en sjukhusbyggnads grundläggande robusthet och hur högre grader av robusthet kan uppnås. En basnivå definieras samt tre olika nivåer av ökad robusthet. Vardera innebär dessa förmågor att upprätthålla sjukhusets prioriterade verksamhet i 24 timmar, tre dygn, en vecka respektive längre än tre månader. För att upprätthålla prioriterad verksamhet en vecka eller längre innebär detta också att sjukhuset har utrymmen och tillgång till utrustning för att snabbt kunna skala upp förmågan att ta emot och vårda ett större antal patienter. Relaterat till detta är försörjningsberedskapen och dimensionering av tillgängliga lager av materiel i anslutning till sjukhusen i händelse av störningar i leveranskedjan.

När det gäller vårdcentraler har det inom ramen för SKR:s arbete med krisberedskap genomförts en förstudie om den robusta vårdcen-

tralen. I detta arbete har det föreslagits att det på motsvarande sätt som för sjukhusbyggnader tas fram en vägledning för regionerna som avser robusthet i primärvårdens fastigheter. SKR har också framfört att det är rimligt att programmet på sikt utökas för att även stödja kommunal omsorg.

Arbetet med såväl den robusta sjukhusbyggnaden som den robusta vårdcentralen utgår från att alla sjukhus och vårdcentraler inte behöver ha samma nivå av robusthet. Det är regionernas planering och organisation för krisberedskap och civilt försvar som ligger till grund för vilken nivå av robusthet olika sjukhus och vårdcentraler ska ha i kris och krig.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska regionerna upprätthålla katastrofmedicinsk beredskap. Socialstyrelsen ger ut föreskrifter av vilka det framgår att katastrofmedicinsk beredskap innebär beredskap att bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera följderna vid allvarlig händelse. Alla regioner ska ha en fastställd katastrofmedicinsk beredskapsplan som beskriver hur hälso- och sjukvården ska organisera sig vid en särskild händelse, men det finns inte någon övergripande katastrofmedicinsk plan på nationell nivå (SOU 2020:23).

Utredningar på området har uppmärksammat behovet av ökad nationell hantering av beredskapsfrågor. Utredningen om civilt försvar (SOU 2021:25) föreslog att beredskapssektorn hälsa, vård och omsorg ska inrättas, samt att kommuner och regioner ska rapportera till lämplig myndighet vilka förberedelser som gjorts för krissituationer. Som exempel nämns att regioner ska rapportera tidiga planer på nya akutsjukhus där beredskapsplaner behöver beaktas tidigt i olika processer. Enligt Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (SOU 2020:23) krävs nationell samsyn kring katastrofmedicinsk beredskap. Samma utredning konstaterar vidare att regionen avgör vad som är en rimlig katastrofmedicinsk beredskap och att det i dag inte finns tydligt angivet vilken förmåga hälso- och sjukvården ska ha vid fredstida kriser och vid krig, varken för kommunernas eller regionernas hälso- och sjukvård. MSB framhåller att det i dag finns en planeringsinriktning för beredskap i händelse av krig och att nästa steg är att få ihop den med krisberedskapen, detta är dock fortsatt endast en ambition.

Socialstyrelsens katastrofmedicinska föreskrifter beskriver övergripande vilken förmåga regionerna ska ha för att hantera allvarliga händelser. Regionerna ska själva, med utgångspunkt i risk- och sårbarhets-

analysen, bedöma vad som är nödvändigt för att uppnå den förmågan. En region bedömer därför själv vad som är en rimlig nivå på katastrofmedicinsk förmåga. Utredningen konstaterar att detta har medfört att regionerna dels organiserar sig på olika sätt, dels har olika katastrofmedicinsk förmåga (SOU 2020:23).

Behovet av att öka antalet IVA-platser under covid-19-pandemin illustrerar hur byggnaderna påverkar beredskapen att hantera en kris. Under pandemin har antalet IVA-platser ökats i befintliga sjukvårdsbyggnader. Under den mest kritiska fasen av pandemin bistod Försvarsmakten i arbetet att sätta upp två fältsjukhus som byggdes upp med såväl materiel från Försvarsmakten som från civil verksamhet. Endast en begränsad del av fältsjukhusens kapacitet togs i anspråk, men att de sattes upp illustrerar tydligt hur dimensionerande befintliga vårdbyggnader, tillsammans med personal och utrustning, är för förmågan att hantera kriser. I den tidigare planeringen för krigssjukvården fanns särskilda beredskapssjukhus som i på 1990-talet motsvarades av länsdelssjukhus som kompletterades med vård och operationsannex. Annexen förbereddes i lokaler som inte normalt användes för vård till exempel kommunernas klassrum och tandläkarmottagningar, som kunde ställas om till operations- eller vårdsalar (se till exempel SOU 2020:23 och MSB, 2021). Gällande covid-19-pandemin är, så vitt utredningen erfar, en erfarenhet inom sjukvården att flexibla lokaler som ger möjlighet att växla upp verksamheten inom dem en framgångsfaktor. Det ger möjlighet till resurseffektiv användning. Personalen är ofta en kritisk resurs som blir än mer kritisk om den är utspridd i flera olika lokaler vilket påverkade besluten att inte nyttja de tillfälliga platserna i fältsjukhusen i någon större utsträckning.

Sammanfattningsvis påverkar vårdbyggnaderna hälso- och sjukvårdens möjligheter att hantera krissituationer. MSB har sammanställt en vägledning, men den nationella planeringen på området är relativt outvecklad. Samtidigt efterfrågas från SKR ytterligare vägledning riktad till såväl regioner som kommuner gällande primärvård och omsorg. Avsaknaden av samordnad nationell planering resulterar i att regionerna själva avgör vilken robusthet i vårdbyggnader och vilken katastrofmedicinsk förmåga som byggs upp i respektive region. Det resulterar i att förmågan i kris varierar mellan regionerna. Detta trots att intresset för att bygga upp kapaciteten för sådana situationer är stort.

7.7 Ekonomisk lägesbild

Det ekonomiska läget i regionerna påverkar förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens utveckling. Under våren 2020 var utmaningarna stora till följd av covid-19-pandemin. Regionerna har genomfört en stor omställning av vården för att kunna ta om hand ett stort antal patienter under pandemin. I stor utsträckning har planerad och förebyggande vård ställts in för att ge utrymme för akut vård, vilket innebär att en så kallad vårdskuld byggs upp. Pandemins effekter på regionernas ekonomi är än så länge osäker. Staten har ökat bidragen till regionerna för att minska de ekonomiska effekterna på regionernas ekonomi av pandemin.

I det längre perspektivet skapar den demografiska utvecklingen utmaningar. Tillväxten i skatteunderlaget förväntas minska till följd av att andelen av befolkningen i arbetsför ålder minskar. En växande befolkning och en ökande andel äldre förväntas medföra ökade kostnader, ökat personalbehov med risk för kompetensbrist, samt ökade investeringar. Regionernas skuldsättning förväntas öka till följd av de stora investeringsbehoven och det finansiella sparandet förväntas fortsatt vara negativt.

7.7.1 Resultat

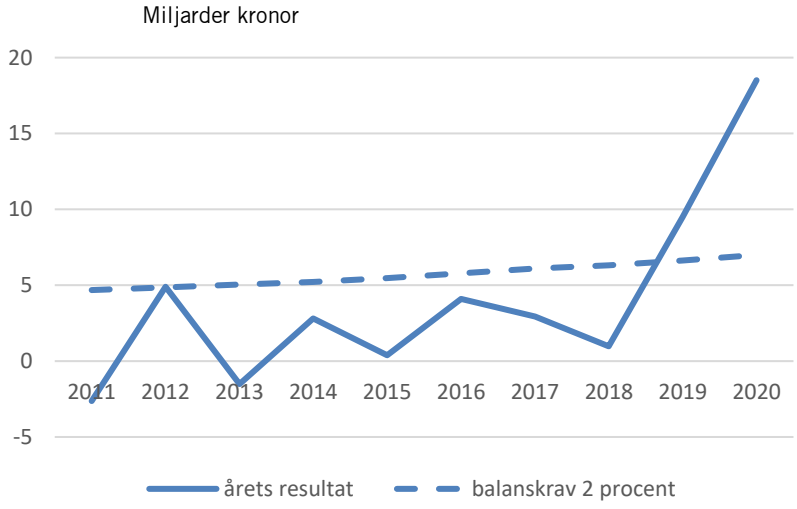
Regionerna visade ett sammanlagt resultat 2019 på 8,9 miljarder kronor efter finansiella poster. Det motsvarar 2,7 procent av skatteintäkter och generella statsbidrag. Därmed översteg resultatet det så kallade balanskravet om 2 procent. Resultatet är starkare än på flera år och förklaras av icke realiserade vinster till följd av ökat marknadsvärde på regionernas pensionsportföljer. Figuren nedan visar rörelseresultatet efter finansiellt netto under perioden 2010 till 2019. Under denna period har det genomsnittliga resultatet efter finansnetto uppgått till 0,9 procent av skatteintäkter och generella statsbidrag.

Inför 2020 var det ekonomiska läget i regionerna kärvt (SKR, 2021). Det ekonomiska resultatet för 2020 blev emellertid det bästa för regionsektorn någonsin. Medan regionernas sammantaget budgeterade resultat låg på 2,7 miljarder kronor blev det slutliga utfallet ett slutligt resultat på 19 miljarder kronor. Det finns flera orsaker till det höga resultatet. Pandemin har medfört kraftigt ökade kostnader för regionerna som har kompenserats av staten i form av ökade bidrag. Sam-

tidigt har vissa kostnader minskat till exempel genom att viss planerad vård ställts in (för en redovisning av avvikelsen mellan budget och utfall se SKR, 2021). Covid-19-pandemin gör det ekonomiska läget för regionerna svårbedömt. Bemanningsläget är svårt med personal som i delar av vården under lång tid arbetat mycket. Samtidigt behöver den så kallade vårdskulden tas om hand, vilket kan påverka regionernas kostnader under kommande år. SKR uppger i kontakter med utredningen i juni att prognosen för regionernas samlade resultat år 2021 är något under fem miljarder kronor.

SKR (2021) framhåller att långsiktighet är avgörande för regionerna och den statliga styrningen. Att kortsiktiga bidrag riskerar att medföra en högre kostnadsnivå och att riktade bidrag kopplade till exempelvis bemanningskrav riskerar att försvåra en nödvändig omställning. SKR (2021) menar att verksamheten måste ställas om för att klara ökade krav och kommande demografiskt tryck. Exempel på omställning är den digitalisering som pågått länge där pandemin bidragit till att större steg tagits.

Figur 7.13 Regionernas sammanlagda resultat, samt vad 2 procent av skatter och bidrag innebär

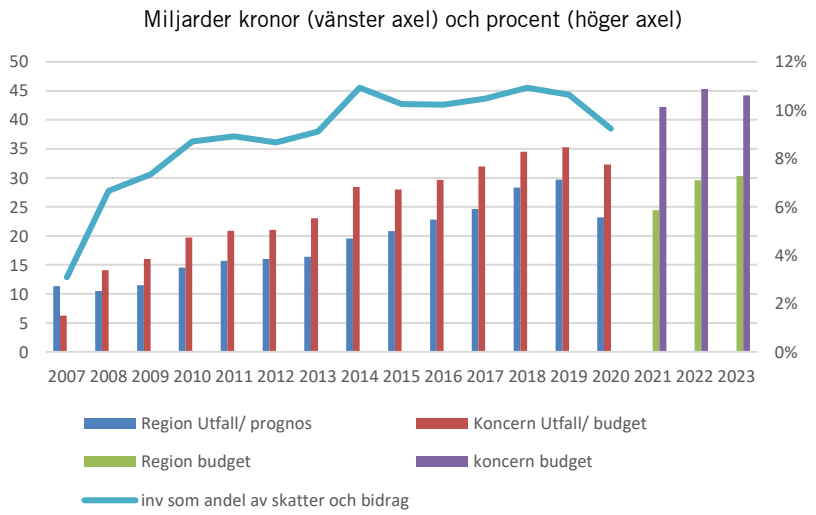


Källa: Statistiska centralbyrån.

7.7.2 Investeringar och finansiellt sparande

Regionerna genomför och planerar historiskt stora investeringar (se kapitel 8). Orsakerna är flera: en växande befolkning, ett åldrat fastighetsbestånd som dels behöver ersättas dels anpassas till dagens medicinska och arbetsmiljömässiga krav. Figuren nedan visar utvecklingen av regionernas sammanlagda genomförda investeringar i region och i regionkoncerner, det vill säga inklusive regionägda bolag, 2007 till 2020 samt budget 2021 till 2023. Under perioden har investeringar i regionkoncern ökat med i genomsnitt 13 procent årligen. Investeringarnas andel av skatter och bidrag har ökat något från 3 procent 2007 till 9 procent 2020. Pandemiåret 2020 uppgick investeringarna i regionkoncern till 32 miljarder kronor, något lägre än 2018 och 2019, orsaker till detta anges bland annat vara förseningar i pågående byggprojekt och uppskjutna upphandlingar.

Figur 7.14 Investeringar i region och regionkoncern, samt investeringar som andel av skatter och bidrag



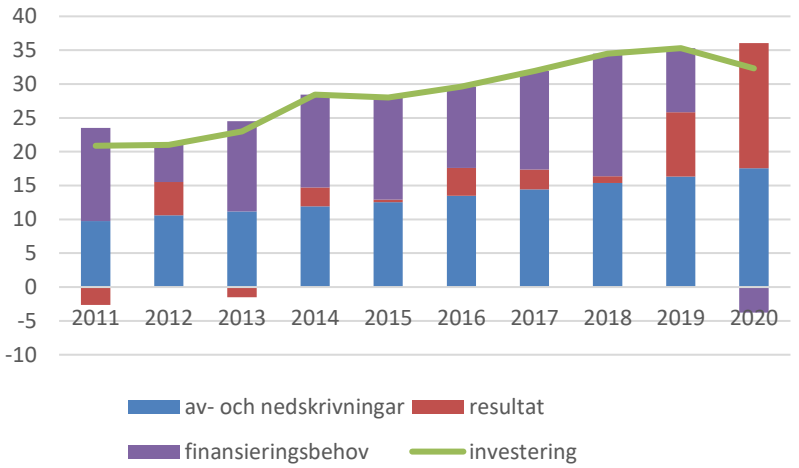
Källa: Sveriges Kommuner och Regioner och Statistiska centralbyrån.

Svaga ekonomiska resultat i kombination med ökade investeringar har inneburit att självfinansieringsgraden minskat över tid. Om investeringar ska vara helt självfinansierade krävs att årets resultat och avskrivningar tillsammans motsvarar investeringsutgifterna. Den genom-

snittliga självfinansieringsgraden under perioden 2011 till 2020 var 58 procent. Det jämförelsevis mycket starka resultatet 2020 ökade självfinansieringsgraden till 112 procent. Som jämförelse uppgick den genomsnittliga självfinansieringsgraden under perioden 2011 till 2019 till 55 procent. Den externa upplåningen har dock fortsatt att öka under 2019 och 2020.

Figur 7.15 Investeringar och finansieringsbehov i regionkoncern

Löpande priser, miljarder kronor

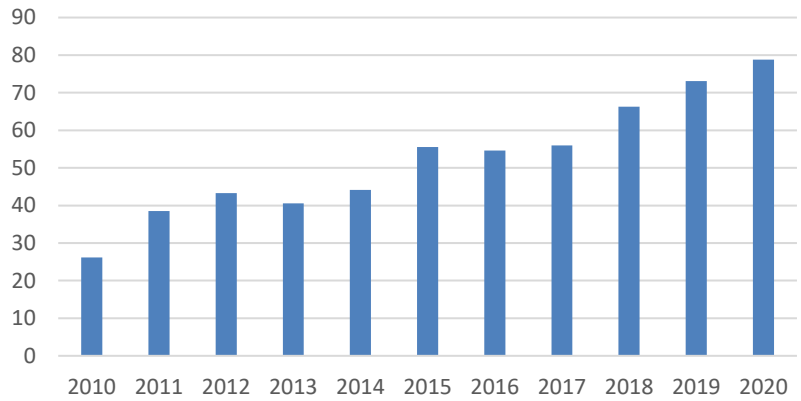


Källa: Sveriges Kommuner och Regioner och Statistiska centralbyrån.

Figuren nedan visar utvecklingen av regionernas samlade låneskuld under tio år fram till 2020. Skulden har som följd av de senaste årens stora investeringsvolymer ökat från 38 till 78 miljarder kronor. Skulden är emellertid ojämnt fördelad mellan regionerna. Region Stockholms andel av den totala låneskulden 2020 var 70 procent, vilket är något lägre än 2019 då den var 72 procent och 2018 då den var 77 procent. Antalet regioner utan låneskuld 2020 och 2019 var fem, vilket kan jämföras med sju regioner år 2018 och tio regioner år 2017.

Figur 7.16 Regionernas sammanlagda låneskuld

Löpande priser, miljarder kronor



Källa: Kommuninvest.

7.8 Moderna vårdbyggnader är komplexa

Det finns ett särskilt akademiskt fält som undersöker så kallade megaprojekt. Megaprojekt är en särskild typ av sällanhändelser såsom anläggande av flygplatser, broar, hamnar, motorvägar och anordnandet av olympiska spel. Även byggandet av sjukhus räknas som ett megaprojekt. Kännetecknande för sådana projekt är att de är mycket komplexa; de omfattar stora summor pengar, påverkar miljontals personer, utgör skärningspunkt för flera politiska kärnfrågor (t.ex. arbetsmarknadsfrågor och miljöfrågor). De drar till sig många olika typer av professioner, intresseorganisationer och så vidare och därmed även en mångfald av intressen av perspektiv. De långa tidsperspektiven komplicerar megaprojekten ytterligare. Förändrade politiska ideal eller teknisk utveckling kan medföra att gamla beslut behöver omprövas. En nedslående slutsats i många kartläggningar av megaprojekt är att de ofta blir både dyrare och tar längre tid än beräknat. Detta har formulerats i megaprojektens järnlag, ”Over budget, over time, over and over again”.[2]

Centrum för vårdens arkitektur vid Chalmers (CVA) har i en rapport finansierad av Fastighetsrådet undersökt hur omställningen till

[2] För en utförlig megaprojektsstudie av byggandet av Nya Karolinska Solna se Grafström m.fl., (red.) (2021).

god och nära vård påverkar utformningen av framtidens vårdbyggnader (Thodelius m.fl., 2021). Trots kopplingen mellan vårdverksamhet och vårdbyggnadernas utformning visar rapporten att det i stor utsträckning saknas konkreta planer för hur lokal- och fastighetsrelaterade projekt kommer att anpassas till god och nära vård. I rapporten ger ett flertal regionföreträdare uttryck för att lokalfrågorna behöver lyftas i omställningen till god och nära vård, men utan närmare konkretion. Utredningens två underlagsrapporter (Winblad m.fl., 2021 och Meijling, 2021, se bilaga) finner att sambanden mellan lokalprojekt och den pågående omställningen är svag samt att detta är en utmaning som regionerna hanterar på olika sätt (se kapitel 8).

Det är i och för sig naturligt att en omställning av vårdverksamheten primärt fokuserar på själva vårdverksamheten, inte hur vårdbyggnader kan och kommer att stödja vården. Utredningen konstaterar att beslut om pågående investeringar i flera fall fattats innan den pågående omställningen påbörjats. Med tanke på att investeringar i vårdinfrastruktur är en slags megaprojekt som genomförs sällan, men som har långsiktiga effekter för vårdverksamheten, är det dock väsentligt att vårdbyggnader utformas med hänsyn till vårdverksamhetens framtida behov. Annars finns det en risk för investeringar i stora och kostnadskrävande byggnader, med stora klimatavtryck som inte är anpassade till framtidens vårdverksamhet (SOU 2020:19). De behov av koordinering och samverkan som finns inom vårdverksamheten har således sin motsvarighet på fastighetssidan. CVA konstaterar att det är av stor vikt att involvera vårdverksamheten och byggherreorganisationer för att utveckla arbetet med strukturella frågor i det pågående omställningsarbetet (Thodelius m.fl., 2021).

I sin rapport framhåller CVA fyra dimensioner för hur omställningen till en god och nära vård påverkar utformningen av vårdens fastigheter och lokaler. Det handlar om digitalisering, ökad samverkan, mobila lösningar och logistiklösningar.

Mer konkret ska infrastruktursatsningar i vårdbyggnader göras i enlighet med ett antal regelverk både avseende vårdverksamheten och allmänna regler för byggnader, några exempel är regler för renlighet, ventilationsfrågor och arbetsmiljö. Därutöver behöver byggnaderna vara tillräckligt flexibla för att kunna stödja framtidens arbetssätt. Med ökad flexibilitet kompliceras fler behov. Några exempel som lyfts fram

i CVA:s rapport är hållfasthet i konstruktionen, elkapacitet, behovet av medicinska gaser, omställningsbarhet och tillgänglighet.[3]

CVA:s rapport pekar på att det verkar gå att förbättra dialogen mellan vårdverksamheten och byggherrarna för att säkerställa att vårdverksamhetens behov tillgodoses i omställningen till en god och nära vård. Samtidigt har investeringsprojekt i vårdbyggnader fler dimensioner av vilka CVA:s rapport tar upp ett antal. Såsom framgått tidigare i detta kapitel finns även andra hänsyn som komplicerar anläggningen av vårdbyggnader, till exempel forskning och utbildning, kompetensförsörjningsfrågor, beredskapsperspektivet, och samhällsekonomisk effektivitet.

[3] I rapporten från CVA finns en utförligare uppräkning på s. 30.

8 Regionernas investeringar

Parallellt med den pågående strukturomvandlingen av hälso- och sjukvården sker stora investeringar i vårdinfrastruktur, framför allt i sjukhus. I detta kapitel kartläggs regionernas pågående och planerade investeringar i syfte att skapa en samlad bild som kan ligga till grund för en analys av hur investeringarna förhåller sig till den nationella utvecklingen av hälso- och sjukvården. Vidare beskrivs hur regionernas planeringsprocesser ser ut, eftersom det till stor del är i den tidiga planeringsfasen av vårdbyggnadsprojekt som det avgörs om investeringarna sker med hänsyn till den pågående strukturomvandlingen.

I kapitlet beskrivs även vilka utmaningar som regionerna och andra aktörer ser kring investeringar i vårdbyggnader, med betoning på planeringsfasen där de i sammanhanget viktigaste utmaningarna finns. Två kluster av utmaningar lyfts fram. Det första har att göra med de relativt otydliga planeringsförutsättningar som omgärdar investeringsprojekt; vilken vård ska de stödja på sikt? Det andra klustret av utmaningar kopplar till brist på stöd i planerings- och genomförandeprocessen när man väl identifierat vad som ska byggas och var.

8.1 Pågående och planerade större investeringar

Investeringsnivån i regionerna är historiskt hög och en stor del av projekten avser hälso- och sjukvården. Detta avsnitt syftar till att ge överblick av investeringarnas utveckling över tid och så långt möjligt vilka verksamheter de avser. Underlag är statistik från Statistiska centralbyrån (SCB), Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Kommuninvest. Detta ger dock endast en övergripande bild av vad investeringarna avser. För att fördjupa bilden av de investeringar som genomförs i regionerna har utredningen dels gått igenom regionernas budget och plan för perioden 2020 till 2022, dels genomfört en enkät

som riktats till regionernas fastighetsförvaltningar. Vidare har fördjupade diskussioner förts i utredningens expertgrupp och i utredningens referensgrupp med region- och SKR-företrädare. Enkäten har utarbetats och genomförts tillsammans med SKR och Centrum för vårdens arkitektur vid Chalmers tekniska högskola (CVA). Frågorna i enkäten syftar till att ge en bild över regionernas arbete med fastighetsinvesteringar. Frågorna rör pågående och planerade investeringar i regionerna, analyser, underlag och arbetssätt, vilka effekter nära vård och nationella satsningar har på investeringarna, hur besluts- och investeringsprocessen ser ut, samt behov av utveckling.

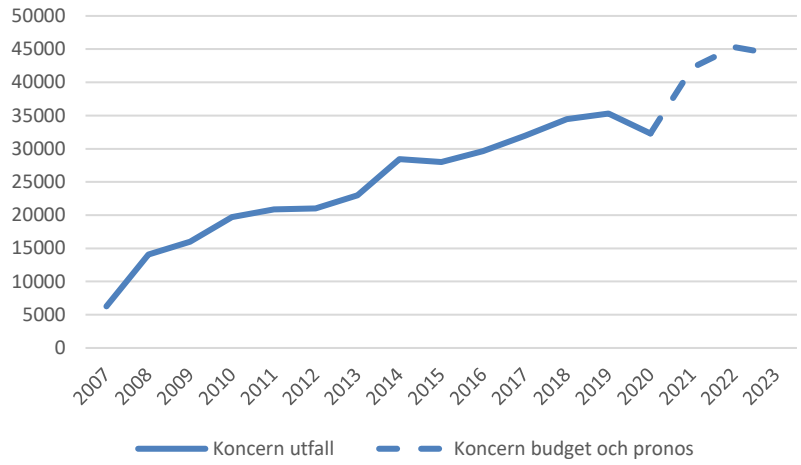
Utredningen har även låtit genomföra fördjupade studier av fyra nu pågående större investeringsprojekt (Meijling, 2021). Vidare har en studie om hur omställningen av hälso- och sjukvården samordnas med investeringar i vårdbyggnader genomförts för utredningens räkning vid Uppsala universitet (Winblad m.fl., 2021). De båda studierna redovisas i sin helhet som bilagor till detta betänkande.

8.1.1 Investeringsnivåer över tid

Investeringsbehoven i regionerna är stora, både nu och i framtiden. Ny- och ombyggnation av sjukhus, vårdcentraler och andra sjukvårdsinrättningar sker i stor omfattning, dels för att motsvara krav och riktlinjer för dagens vård och arbetsmiljö, dels som följd av att en stor del av fastighetsbeståndet för vården uppfördes under 1960- och 1970-talen och den tekniska livslängden nu driver fram omfattande investeringar. Befolkningstillväxten medför också ökade investeringsbehov, i såväl vårdinfrastruktur som kollektivtrafik (se bland annat SKR, 2020f och Kommuninvest, 2020).

Figur 8.1 Investeringar i regioner inklusive regionägda bolag 2007 till 2020 samt budget och plan 2021–2023

Löpande priser miljoner kronor



Källa: Statistiska centralbyrån och Sveriges Kommuner och Regioner.

Figuren ovan visar investeringar i regioner inklusive regionägda bolag, utfall från 2007 till 2020 samt budget och prognos för 2021 till 2023. Regionernas investeringsutgifter inklusive bolagen 2019 uppgick till 32,3 miljarder kronor, vilket är en minskning mot året innan efter flera års kraftiga ökningar. Genomsnittlig årlig ökning över de senaste tio åren är över fem procent. Budgeterade och planerade investeringar för åren 2021 till 2023 indikerar investeringar på en fortsatt hög nivå.

Tabell 8.1 Investeringar i regioner och regionkoncerner

Miljoner kronor, löpande priser

År	Koncern	Region			
	totalt	totalt	fastigheter	medicinteknisk utrustning	övriga inventarier
2020	**32 300**	**22 518**	15 523	3 046	3 685
Serviceverksamheter			*72 %*	*37 %*	*41 %*
Hälso- och sjukvård			*23 %*	*63 %*	*40 %*
Regional utveckling			*5 %*	*0%*	*19 %*
2019	**35 300**	**29 031**	16 626	2 691	9 580
2018	**34 476**	**28 042**	20 205	3 120	4 679
2017	**31 958**	**24 426**	15 626	2 686	6 052
2016	**29 635**	**22 517**	15 229	3 161	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	**23 001**	**16 185**	9 968	2 121	4 094
2012	**21 024**	**15 827**	10 127	2 013	3 443
2011	**20 876**	**15 689**	9 598	2 027	3 622

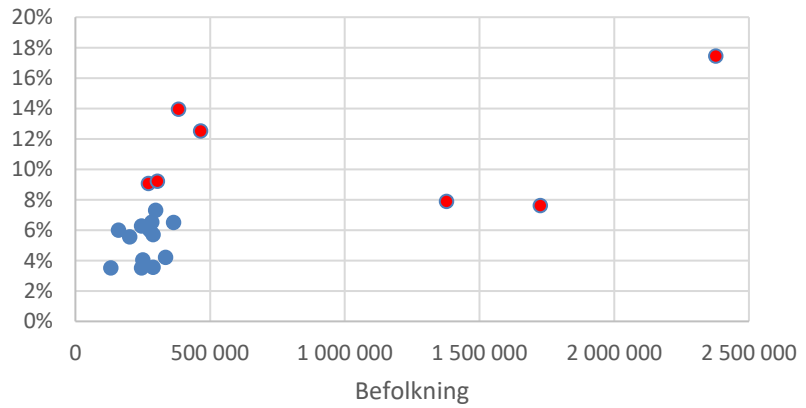
Källa: Statistiska centralbyrån.

Tabellen visar totala investeringsutgifter i materiella tillgångar i regioner och regionkoncerner. För investeringar i regionkoncern, det vill säga region och regionägda bolag redovisar SCB totala investeringar. Investeringar i region fördelas på fastigheter, medicinteknisk utrustning och övriga inventarier. Inom dessa grupper finns även verksamhetsindelad statistik. Huvudgrupperna framgår i tabellen. För 2020 utgör fastighetsinvesteringar 69 procent, medicinteknisk utrustning 14 procent och övrigt 16 procent. En stor andel av investeringarna hänförs till serviceverksamheter, vilka till största del omfattar fastighetsförvaltning (79 procent 2020), samt lika delar allmän service och medicinsk service där till exempel laboratorier, operations- och röntgenavdelningar ingår (SCB, 2017). Gällande investeringar i hälso- och sjukvården fördelas dessa på primärvården 4 procent, specialiserad somatisk vård 72 procent, specialiserad psykiatrisk vård 13 procent och övrig hälso- och sjukvård 10 procent. Kommuninvest (2020) kompletterar bilden från SCB genom att totala investeringar som genomförs i regioner och regionägda bolag fördelas. För 2019 är fördelningen av investeringar i regionkoncerner 49 procent i fastigheter

varav huvuddelen sjukhusfastigheter, vårdutrustning 12 procent samt infrastruktur och kollektivtrafik sammanlagt 30 procent.

De fem största regionerna, Stockholm, Västra Götaland, Skåne, Uppsala och Östergötland stod för 77 procent av de totala investeringarna under perioden 2010 till 2019. Figuren nedan visar totala investeringsutgifter under perioden 2010 till 2019 som andel av skatter och bidrag plottade mot antalet invånare i respektive region. Region Stockholm, som genomfört stora investeringar i vårdfastigheter och kollektivtrafik, har genomfört störst totala investeringar såväl i absoluta tal, 116 miljarder kronor, som andel av skatter och bidrag under perioden, totalt 17 procent, följt av Region Uppsala, 14 procent och Region Östergötland 13 procent. Figuren illustrerar skillnaderna mellan regionerna gällande hur stora investeringar som genomförts under den senaste tioårsperioden. De större regionerna har generellt genomfört större investeringar i förhållande till skatter och bidrag än de mindre regionerna. Samtidigt är det stora skillnader mellan de mindre regionerna. Det tydligaste mönstret är att regioner med universitetssjukhus generellt sett har genomfört större investeringar än övriga. Dessa regioner är rödmarkerade i figuren nedan.

Figur 8.2 Totala investeringar i regionkoncern 2010 till 2019 som andel av skatter och bidrag och befolkning per region



Källa: Statistiska centralbyrån och Kommuninvest.

De långa tidsperspektiven i fastighetsinvesteringar och de korta perspektiven med en dynamisk utveckling av hälso- och sjukvården är en komplicerande faktor vid investeringsbeslut. Investeringar i byggnader kommer att sätta ramarna för vårdverksamheten under lång tid och påverkar förutsättningarna för utveckling av vården i befintliga lokaler. Ett sätt att hantera denna osäkerhet i regionerna är att bygga flexibelt (se till exempel Winblad m.fl., 2021). I detta sammanhang bör storleken på investeringarna sättas i relation till de löpande kostnaderna för hälso- och sjukvården. De totala löpande investeringarna i regionerna på i storleksordningen 20 till 30 miljarder varav en stor del avser vårdbyggnader kan jämföras med regionernas löpande totala kostnader för hälso- och sjukvården på ungefär 325 miljarder kronor (2019). Investeringskostnaderna kan tyckas begränsade. Genomförda investeringar påverkar dock såväl förutsättningarna för vårdverksamheten och dess utveckling som de löpande kostnaderna för vården under lång tid framöver och effektivitetsförbättringar som kan uppnås genom investeringar kan innebära kostnadsminskningar under lång tid.

8.1.2 Investeringar i akutsjukhusen

Av statistiken från SCB framgår att huvuddelen av fastighetsinvesteringarna görs för specialiserad somatisk vård (71 procent). Investeringar för specialiserad psykiatrisk vård utgör 24 procent och för primärvården 3 procent. För att fördjupa bilden av investeringar i specialiserad somatisk vård har utredningen sammanställt uppgifter från respektive regions budget. Då det ofta framhålls att stora resurser går till akutsjukhusen har utredningen sammanställt pågående investeringsprojekt i akutsjukhusen.

Det finns flera utmaningar med att sammanställa investeringar som kan hänföras till akutsjukhus. Dels varierar graden av information om investeringar i regionernas budgetar, dels saknas en entydig definition av akutsjukhus i Sverige. Antalet akutsjukhus beror på val av definition och hur olika enheter inom samma organisation räknas. Som utgångspunkt har utredningen använt dels Socialstyrelsens publikationer över besöksfrekvens vid akutsjukhusen, dels Vårdanalys (2018) kartläggning av akutsjukhusens organisation och arbetsfördelning. Utifrån dessa underlag har utredningen tagit fram en lista som omfattar 66 akutsjukhus, inklusive de sju universitetssjukhusen.

Utredningens kartläggning av investeringarna i akutsjukhusen visar att den totala projektsumman i pågående och planerade projekt uppgår till över 100 miljarder kronor. Detta är i nivå med den uppskattning som gjordes 2019 i utredningen om offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll (SOU 2020:15). SKR genomförde en liknande beräkning 2014 som uppskattade den totala projektsumman till 86 miljarder kronor. Den nuvarande beräkningen om 100 miljarder kronor stämmer väl överens med bilden att investeringarna har ökat under perioden.

Av totalt 100 miljarder i pågående projekt i akutsjukhusen avser ungefär 37 miljarder kronor universitetssjukhusen. De pågående projekten vid universitetssjukhusen har därmed minskat något mot beräkningen från 2019 som var 50 miljarder kronor. Detta förklaras delvis av att större projekt vid universitetssjukhusen färdigställts under 2019.

Budgeterade investeringar för åren 2020 till 2022 uppgår enligt kartläggningen till 26 miljarder för akutsjukhusen. Detta är en minskning jämfört med beräkningen för 2019 till 2021 då den totala budgeten var 40 miljarder kronor.

8.1.3 Översikt av investeringsläget i respektive region

För att ytterligare kvalificera bilden av regionernas investeringar redovisas här investeringsläget i respektive region. Uppgifterna bygger huvudsakligen på utredningens enkät, uppgifter i respektive regions budget och underlag från intervjuer med regionernas fastighetschefer hösten 2019 som redovisas i SOU 2020:15. Underlagen visar att 18 av landets 21 regioner har genomfört större byggnadsinvesteringar under de senaste fem åren. Störst investeringar pågår i de tre storstadsregionerna. Alla tre regioner som inte genomfört större fastighetsinvesteringar har identifierade investeringsbehov. Sammanställningen bekräftar bilden av att stora investeringar genomförs för slutenvården och akutsjukhusen, men visar också att det investeras för primärvården.

Inom ramen för utredningen har det även genomförts fallstudier av fyra av de största byggprojekten vid centralsjukhus/regionsjukhus. Dessa är nytt akutsjukhus i Västerås, H-huset vid Universitetssjukhuset i Örebro, nytt centrallasarett i Växjö, samt ny vårdbyggnad vid Skånes Universitetssjukhus i Malmö. Studien (Meijling, 2021) redovisas i sin helhet som bilaga.

Storstadsregionerna

De största investeringarna genomförs i de tre storstadsregionerna Västra Götalandsregionen, Region Stockholm och Region Skåne. I dessa regioner har investeringarna under de senaste fem åren i genomsnitt varit över 3,1 miljarder kronor per år.

Region Stockholm har under flera år genomfört stora investeringar. Den mest högspecialiserade vården koncentreras till Karolinska universitetssjukhuset i Solna där ett nytt sjukhus byggts.[1] Omfattande ny- och ombyggnationer har även genomförts på övriga akutsjukhus (Danderyd, Södertälje och Södersjukhuset). Den största pågående investeringen är ny- och ombyggnad av vårdavdelningar och behandling vid S:t Görans sjukhus. Anpassningar av vårdavdelningar för framtida vårdutbud genomförs även vid Karolinska universitetssjukhuset. En ny vårdbyggnad planeras vid Danderyds sjukhus. Detta projekt är i programskede.

Västra Götalandsregionen planerar omfattande investeringar vid Sahlgrenska universitetssjukhuset. Vid Östra sjukhuset genomförs en tillbyggnad av Drottning Silvias Barnsjukhus. Nybyggnation för förlossning och neonatalavdelning detaljprojekteras. Vid Skaraborgs sjukhus i Skövde genomförs om- och nybyggnad för akut-, service och psykiatrisk verksamhet. Vid sjukhusen i väst genomförs nybyggnad av specialistbyggnad i Högsbo och nytt vårdblock i Kungälv.

Region Skåne genomför investeringar på sjukhusområdet i Malmö som tillsammans med sjukhusområdet i Lund utgör Skånes universitetssjukhus. I Malmö är två vårdbyggnader och en servicebyggnad under uppförande.[2] I Lund har stora investeringsbehov identifierats och arbete med fysisk utvecklingsplan pågår. Arbete med att förnya sjukhusområdet i Helsingborg har pausats. Projektet omfattade dels nybyggnad dels omfattande ombyggnad av befintlig huvudbyggnad. Regionstyrelsens arbetsutskott har beslutat föreslå regionstyrelsen att bygga ett nytt sjukhus i Helsingborg på ny plats. En fysisk utvecklingsplan har tagits fram för sjukhusområdet i Hässleholm som är ett närsjukhus med stor ortopedisk operationsverksamhet. Bland planerade

[1] Se till exempel Öhrming (2017), SOU 2020:15 och Grafström m.fl. (red.), (2021).
[2] För närmare beskrivning av byggnationen i Malmö se bilaga (Meijling, 2021).

projekt finns koncentration av barn- och ungdomsmedicin i Malmö samt förnyelse av vårdcentraler.

Övriga regioner med universitetssjukhus

Övriga regioner med universitetssjukhus har också en hög investeringsnivå. Under de senaste fem åren har dessa regioners investeringar i genomsnitt varit mellan 1 och 1,7 miljarder kronor årligen.

Region Uppsala genomför omfattande investeringar på Akademiska sjukhuset. En ny vård- och behandlingsbyggnad med operationssalar och avancerade behandlingar för de svårast sjuka är färdigställd. Den största pågående investeringen är ombyggnation av en äldre vårdbyggnad. Projekt i programskede är nytt produktionskök, ny cyklotron vid akademiska sjukhuset. Nybyggnation vid Östervåla vårdcentral är också i programskede. Planerade investeringar omfattar två behandlingsbyggnader samt byggnad för kvinnokliniken och barnkliniken vid Akademiska sjukhuset. För verksamhetsområde nära vård och hälsa planeras investeringar vid Tierps vårdcentrum och Vårdcentrum i länet.

Region Västerbotten genomför sina största investeringar på Norrlands Universitetssjukhus i Umeå. Investeringarna omfattar bland annat en ny psykiatribyggnad och renoveringsprojekt. Investeringsbehoven är fortsatt stora men planerade investeringar är på en lägre nivå än tidigare. Investeringsbehov finns även i Lycksele och Skellefteå.

Region Örebro län genomför sina två största byggprojekt vid Universitetssjukhuset i Örebro.[3] Vidare planeras för investeringar i samband med installation av cyklotron och PET/CT (positronemissionstomografi kombinerad med datortomografi). I Karlskoga genomförs ombyggnation av rehab inklusive ny bassäng. Ny satellitstation för ambulans i Berglunda planeras och projekteras.

Region Östergötland genomför stora investeringar för framtidens universitetssjukhus i ett flertal etapper vid Universitetssjukhuset i Linköping. Etapp två är i slutfas och ska vara färdigt våren 2021. Etapp tre

[3] För närmare beskrivning av byggnationen i Örebro se bilaga (Meijling, 2021).

har planerade inflyttningar 2021 och 2024. Vid Vrinnevisjukhuset i Norrköping genomförs också större investeringar i flera etapper vilket ska vara klart 2024. I Vadstena byggs en ny anläggning för rättspsykiatri. I Finspång slutförs byggnation av Vårdcentrum för primärvården. Fortsatta investeringsbehov finns vid Universitetssjukhuset i Linköping. Förstudie har genomförts av laboratoriebyggnad. För primärvården har förstudie genomförts för vårdcentrum i Valdemarsvik. Det finns även investeringsbehov i vårdcentraler på ett flertal orter. Förstudier pågår i vissa delar och andra är klara för uppstart.

Övriga regioner som genomfört eller planerar större investeringar

Regioner som inte har universitetssjukhus men som genomfört eller planerar större byggnadsinvesteringar i hälso- och sjukvården har under de senaste fem åren haft en genomsnittlig investeringsnivå inom ett brett spann beroende på hur stor investering som redan genomförts, är under genomförande eller finns i plan. Här varierar de genomsnittliga investeringarna i intervallet 240 till 780 miljoner kronor årligen.

Region Blekinge investerar i Blekingesjukhuset i Karlskrona. Flera investeringar är i slutskede. En ny byggnad för mikrobiologi, patologi/cytologi, bröstcentrum och njurmedicin är i slutfas. Ny gynmottagning är färdigställd, detsamma gäller röntgenlab. I plan finns en större investering i vårdbyggnader för högspecialiserad vård bland annat operation, akut, röntgen IVA/TIVA, thorax med planerad byggstart 2023. På sjukhusområdet i Karlshamn planeras bland annat ombyggnader för närakut.

Region Dalarna investerar i Mora lasarett i nya byggnader för vårdcentral, huvudentré och mottagning. Vid Falu lasarett påbörjas ombyggnad av ortopedikliniken och systemhandling tas fram för tillbyggnad för specialistvård (IVA m.m.). Förstudier pågår bland annat för ny vårdbyggnad i Avesta och ombyggnader av vårdavdelningar i Mora, samt psykiatri i Mora och öron, näsa hals i Falun.

Region Gävleborg genomför projekt Framtidsbygget med stora åtgärder på Gävle och Hudiksvalls sjukhus under tio år.

Region Jönköpings län genomför investeringar vid länssjukhuset Ryhov. Ny vårdbyggnad för vårdavdelningar, dialys, mammografi, mottagningar och dagsjukvård är under uppförande. Ombyggnationer sker även på röntgen. Nytt vårdcentrum Råslätt är under uppförande. Ny- och ombyggnad för MR på Höglandssjukhuset i Eksjö projekteras. Ny- och ombyggnationer i Värnamo ligger i plan.

Region Kalmar investerar i psykiatri och är i programskede för onkologi och strålbehandling i Kalmar. En investering för psykiatri är i program- och projekteringsskede i Västervik där även investering i medicinsk vårdavdelning är i programskede. De största investeringarna i plan är serverhall med mera i Kalmar samt radiologi, medicinteknisk avdelning med mera i Oskarshamn.

Region Kronoberg har genomfört investering för vuxenpsykiatri i Växjö. Inriktningsbeslut finns för investering i nytt akutsjukhus i Växjö.[4]

Region Norrbotten genomför investeringar vid Sunderbyns sjukhus mellan Luleå och Boden. Investeringsbehov finns även i Kiruna där sjukhuset inte kan ligga kvar på nuvarande plats.

Region Sörmland uppför nya vårdbyggnader på flera orter. Ny byggnad för akutmottagning, vårdavdelningar och operation vid Mälarsjukhuset. Ny byggnad för operation och akutmottagning samt ny byggnad för entré och mottagningar i Nyköping. Ny byggnad för vårdavdelningar, MR-kamera och mottagningar vid Kullbergska sjukhuset. I plan finns bland annat ny byggnad och strålbunker för onkologi Mälarsjukhuset.

Region Värmland har byggt operationshus i vid Centralsjukhuset i Karlstad. Programskede är avslutat gällande ersättningslokaler för akut, onkologi och medicin. Genomförandebeslut finns för ombyggnationer av vårdcentraler i Säffle och Filipstad. I plan finns en större strukturförändring av området för Centralsjukhuset i Karlstad.

Region Västernorrland genomför om- och tillbyggnad av onkologen vid Sundsvalls sjukhus. I förprojekteringsstadie finns bland annat ny-

[4] För närmare beskrivning av byggnationen i Växjö se bilaga (Meijling, 2021).

byggnad av vårdplatser för rättspsykiatri, ny vårdcentral, samt ombyggnader gällande operation och specialisttandvård.

Region Västmanland projekterar nytt akutsjukhus i Västerås med tidplan fram till 2030.[5] Under genomförande är ny vårdbyggnad i Sala.

Regioner som inte genomfört större investeringar

De regioner som inte genomfört några större investeringar de senaste åren är Region Gotland, Region Halland och Region Jämtland Härjedalen. Här uppgår de genomsnittliga investeringarna de senaste fem åren till 400 miljoner kronor eller mindre årligen.

Region Gotland har en pågående utredning om större om- och tillbyggnation av Visby lasarett.

Region Halland har ett fastighetsbestånd där tre fjärdedelar är äldre än 30 år. Investeringsbehoven i de tre sjukhusområdena Halmstad, Varberg och Kungsbacka utreds.

Region Jämtland Härjedalen har gjort förstudie för en omvandling av Östersunds sjukhus.

8.1.4 Investeringarnas koppling till nationella vårdreformer

En utgångspunkt för utredningen är att investeringarnas genomförande är av stor betydelse för vårdens möjlighet att ställa om i enlighet med förändrade behov och nationella reformambitioner. Vilka investeringar som görs, var de sker och hur de utformas, till exempel vilken vård man bygger för, har en stark systempåverkande effekt för vården. I tidigare kapitel beskriver utredningen den pågående utvecklingen inklusive reformerna om en god och nära vård och om en ökad koncentration av nationell högspecialiserad vård.

Reformen om en god och nära vård har betydelse för fastighetsbeståndet och vilka investeringar som är ändamålsenliga. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård som haft i uppdrag att stödja omställningen har lyft frågan i ett delbetänkande (SOU 2020:19).

[5] För närmare beskrivning av byggnationen i Västerås se bilaga (Meijling, 2021).

Man påpekar där att pågående och planerade stora byggnadsprojekt riskerar att dels påverka resurserna till omställningen, dels cementera gamla vårdstrukturer och stuprör om det inte sker samverkan mellan kärnverksamheten och fastighetsfunktioner i omställningsarbetet.

Inom det andra större pågående reformarbetet – ökad koncentration av nationell högspecialiserad vård – har beslutsprocesser skapats för att bland annat minska antalet geografiska platser där en viss typ av högspecialiserad vård bedrivs.

Det nationella reformarbetet kring både nationell högspecialiserad vård och en god och nära vård har än så länge inriktats mot hälso- och sjukvårdens innehåll utan koppling till fastigheter och investeringar.

I det inledande utredningsarbetet erfor utredningen att det saknas övergripande bild av om och eventuellt hur det nationella reformarbetet påverkar lokalbehoven i regionerna. För att få en bild av detta och om de nationella reformerna påverkar investeringsbeslut har utredningen ställt frågor om detta i utredningens enkät till regionernas fastighetsfunktioner. För att ytterligare fördjupa bilden av hur regionerna arbetar med omställningen av vården och hur det kopplar till lokalbehov och investeringar har en studie med intervjuer med ett urval av högre chefer och tjänstemän och några regionpolitiker i regioner och samverkansregioner genomförts av forskare vid Uppsala universitet på uppdrag av utredningen (Winblad m.fl., 2021).

I enkätsvaren uppger flertalet regioner att nationella vårdreformer såsom en god och nära vård och ökad koncentration av nationell högspecialiserad vård inte påverkar investeringsbesluten i nuläget. Många regioner menar dock att det sannolikt kommer att påverka besluten framöver, men att det ännu är oklart hur. Vissa regioner uppger att de ändå försöker förbereda sitt fastighetsbestånd för kommande förändringar genom att bygga flexibelt. Exempel på andra åtgärder är att bygga med ökad robusthet, ställa högre krav på nyttjandegrad och högre krav på motivering än tidigare vid utökning av ytor på akutsjukhus.

Intervjuerna med högre chefer och tjänstemän i regionerna visar att det finns en osäkerhet i regionerna om vilka effekter omställningen av vården medför gällande lokalbehov (Winblad m.fl., 2021). En utbredd uppfattning i regionerna är att det krävs samordning mellan det omställningsarbete som genomförs i hälso- och sjukvården och de investeringar i byggnader och teknik som planeras och genomförs. Omställningen förväntas i hög grad påverka det framtida behovet av vårdbyggnader till följd av förändringar i arbetssätt och vårdstruk-

turer som planeras. Flera regioner har initierat ett arbete för att samordna omställningen till nära vård med fastighetsutvecklingen. Arbetet är dock i sin linda och intervjuerna ger få konkreta exempel på hur omställningen mer konkret påverkat pågående planering av investeringar i vårdbyggnader och teknik.

Denna bild bekräftas av en studie genomförd av CVA (2021) om hur omställningen till nära vård påverkar utformningen av framtidens vårdbyggnader. Där konstateras att omställningsarbetet kommer att få effekter på lokalfrågor, som en direkt konsekvens av att sjukvårdens system och rutiner förändras och att nya lokalbehov uppstår. Vidare konstateras att hur stor förändring detta kommer att innebära för sjukvårdens fastigheter och lokaler är oklart då det saknas specifika statliga eller regionala utredningar som fokuserar på just denna fråga. Det saknas ofta konkreta planer i regionerna för hur lokal- och fastighetsrelaterade frågor kommer att hanteras. Detta bekräftas även av Meijling (2021). Ett sätt för regionerna att hantera denna osäkerhet är att avvakta med vissa planerade investeringar och invänta ytterligare utredningar. Winblad m.fl., (2021) finner att regionerna hanterar situationen på olika sätt där fyra olika angreppssätt kan urskiljas. Dels handlar det om att avvakta med investeringar i vissa delar, samt en strävan att bygga flexibelt. Dels handlar det om att försöka bedöma effekter av omställningen för att bättre dimensionera för framtiden, samt att utveckla nya samarbetsstrukturer för att möjliggöra bättre samordning mellan fastighetsförvaltningen och vårdverksamheten.

Ett hinder som framförts i intervjuer är att det är svårt att få överblick över hur de förändringar som planeras och genomförs kommer att påverka hälso- och sjukvården och behoven av vårdbyggnader på längre sikt (Winblad m.fl., 2021). Det lyfts till exempel fram att det inte är tydligt vilka verksamheter som ska vara kvar på sjukhusen och vilka som ska flytta ut. Flera framför att behovet av vårdplatser sannolikt kommer att minska till följd av nya arbetssätt men att det inte finns någon tydlig bild av hur det totala lokalbehovet för framtiden ser ut. CVA (2021) finner genom sina intervjuer att man ser att det framtida lokalbehovet sannolikt kommer att vara oförändrat eller öka.

CVA (2021) finner i intervjuerna att det främst är digitalisering och ökad samverkan som förväntas påverka lokalbehoven. Digitaliseringen förväntas leda till en minskning av sjukhusens lokalbehov samtidigt som motsvarande ökning förväntas i primärvårdens behov av lokaler till följd av primärvårdens större uppdrag. I intervjuerna

lyfts också frågor kring effekter av digitaliseringens möjligheter. Till exempel vad händer när hemmet blir vårdlokal, vilka konsekvenser får det? Det kan gälla hygienkrav, patientsäkerhet, arbetsmiljö och villkor för personal samt förutsättningar för anhöriga. Utvecklingen av den nära vården förutsätter ökad samverkan mellan regioner och kommuner såväl som över regiongränserna.

Samverkan mellan regionerna i dessa frågor beskrivs av CVA (2021) som en trevande process, vilket även bekräftas av Winblad m.fl., (2021). Samtidigt beskrivs att samverkan mellan olika organisatoriska enheter skulle kunna leda till ett effektivt utnyttjande av lokaler genom att olika verksamheter kan dela på gemensamma ytor. Samlokalisering har i intervjuer (CVA, 2021) framhållits vara ett sätt att säkerställa tillgänglighet såväl geografiskt som rumsligt och tidsmässigt. Det framhålls att för att avlasta akutmottagningar krävs ökade öppettider i primärvården med följder för bemanning och kompetenskrav. Ett hinder som lyfts upp gällande samverkan är att det saknas en definition av nära vård och vad nära vård konkret skulle innebära (CVA, 2021).

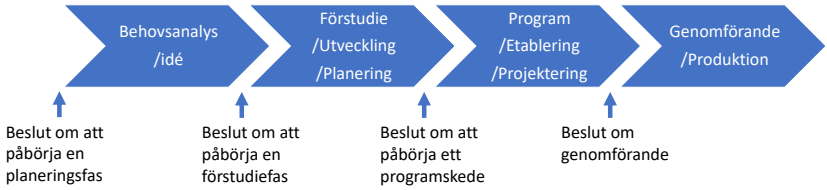
8.2 Regionernas planeringsprocesser

Att planera för, utveckla och investera i sjukhus och andra lokaler för vårdverksamheter är en komplex process som omfattar många aktörer och många beslut på olika nivåer. Valet av en viss fysisk lösning för till exempel ett sjukhusområde, en vårdcentral eller en operationssal kan både påverka framtida personalbehov och underlätta eller försvåra olika arbetssätt. Investeringarna innebär därmed inte bara stora kostnader för byggprojekten som ska vägas mot andra prioriteringar utan har även betydelse för framtida drift och verksamhet. På en övergripande nivå kan investeringar fungera antingen stödjande eller hindrande för vårdens utveckling, både regionalt och i slutändan nationellt.

Det planeringsarbete som föregår genomförandet av investeringsprojekt har avgörande betydelse för vilka investeringar som genomförs och för hur ändamålsenligt resultatet blir. I kartläggningen av regionernas investeringar har utredningen därför inkluderat regionernas planeringsprocesser. De flesta regioner har någon form av modell som planeringen av vårdbyggnadsprojekt ska följa. Dessa skiljer sig åt avseende hur många faser processen delas in i, hur de benämns och

vad de innehåller samt var beslut ska tas. Merparten inkluderar dock åtminstone de fyra stegen nedan även om terminologin varierar.

Figur 8.3 Planeringsprocessen inför investeringsprojekt



Ett vårdbyggnadsprojekt kan initieras på olika sätt, men är vanligtvis en följd av att nya behov uppstått i vården till följd av verksamhetsutveckling. Andra skäl kan vara politiska initiativ eller strategiska satsningar för att förbättra vården, alternativt att en fastighets tekniska livslängd föranleder åtgärder. Strategiska analyser som ger en bredare bild av det system där identifierade behov ska ingå bör föregå behovsanalysen som i figuren ovan beskrivs som den inledande fasen. Flertalet regioner placerar dock det strategiska arbetet utanför själva planeringsprocessen.[6]

Det första steget i planeringsprocessen såsom den beskrivs ovan är vanligtvis att den vårdverksamhet som behöver en lokalförändring gör en behovsanalys. I behovsanalysen beskrivs behovet av lokalförändringen, nuläge och framtidsbild av den verksamhet som behöver förändringen, syfte och mål med förändringen, förslag på utredningar som bör göras och förslag till åtgärder. Ibland ingår bedömningar av kostnader och finansiering, prioritering, risker och konsekvenser, alternativa lösningar, resurs- och tidsplanering för nästa skede, beslutsprocess och rekommendation till beslut. De flesta regioner har någon form av mall med frågeställningar och rubriker som stöd i denna fas. Lokalplanerare från fastighetsorganisationen är ofta med som stöd i arbetet (PTS och CVA, 2018).

När beslut har fattats avseende behov och mål med investeringen enligt ovan ska idéerna utvecklas och konkretiseras. Det sker i förstudiefasen genom att olika lösningsalternativ utreds. Här tas även risk- och konsekvensbeskrivningar fram liksom kostnadskalkyler. I vissa

[6] Denna beskrivning har förmedlats av regionerna i deras kontakter med utredningen. Se även bilaga 2 i PTS och CVA (2018) där olika regioners planeringsprocesser återges.

regioner påbörjas framtagandet av fysiska lösningar i denna fas, i andra sker det senare. Ansvaret för förstudien ligger vanligtvis, precis som i föregående fas, på vårdverksamheten men förutsätter samarbete med fastighetsförvaltningen (ibid.).

Därefter fattas beslut om att påbörja ett programskede eller prospektering. Beslutsnivå varierar beroende på typ av investering och mellan regioner men kan till exempel vara en fastighetsdirektör, regiondirektör eller fullmäktige. I denna fas tar fastighetsförvaltningen ansvar för att ritningar och dokument tas fram som ska ligga till grund för byggnationen, till exempel hur lokaler och rum ska organiseras och utformas. Vårdverksamheten deltar i varierande utsträckning, exempelvis genom att ingå i arbetsgrupper (ibid.).

Efter projekteringsfasen upphandlas entreprenörer för att genomföra byggnationen. Under byggnationen planeras för inflyttning och idrifttagning.

8.3 Utmaningar med investeringar i vårdbyggnader

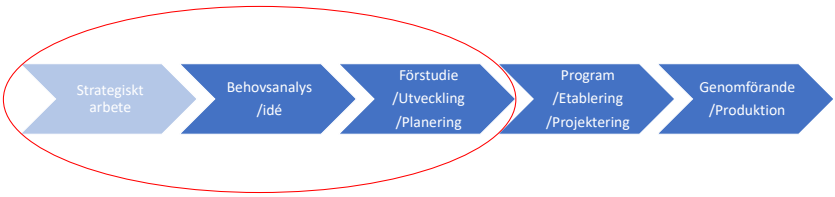
Utredningen har identifierat två kluster av utmaningar med investeringar i vårdbyggnader. Det första klustret av utmaningar har att göra med de relativt otydliga planeringsförutsättningar som omgärdar investeringsprojekt. *Vad* ska man investera i och *var*? För vilken vård ska man bygga? Det andra klustret av utmaningar kopplar till brist på stöd i planerings- och genomförandeprocessen. *Hur* bör man göra och hur har andra gjort?

Underlag har inhämtats genom den enkät till regionerna som utredningen genomfört tillsammans med SKR och CVA, underlagsrapporter till utredningen (Winblad m.fl. och Meijling, se bilagor), revisionsrapporter, studier genomförda av CVA för Program för Teknisk Standard (PTS) och för Regionernas Fastighetsråd, samt övrig information som utredningen inhämtat genom kontakter med olika intressenter; statliga myndigheter, experter på vårdarkitektur, forskare med flera.

8.3.1 Utmaning 1: Svårt att veta vilka behov investeringarna ska svara mot lokalt, regionalt och nationellt

Det är framför allt de inledande planeringsfaserna av ett vårdbyggnadsprojekt som bestämmer förutsättningarna för hur väl investeringen kan svara mot vårdens behov. Med inledande faser avser vi dels de två första faserna i planeringsprocessen såsom den illustrerats i figuren nedan – behovsanalysen och förstudien – dels det strategiska arbete som behöver ske fortlöpande på olika nivåer och som investeringsprocessen ska förhålla sig till och ta avstamp i.

Figur 8.4 Tidiga planeringsfaser i ett vårdbyggnadsprojekt



Det finns en relativt samstämmig uppfattning bland de intressenter och experter som utredningen fört dialoger med att det är de tidiga faserna av vårdbyggnadsprojekten som är mest utmanande och där det samtidigt finns störst utvecklingspotential (se PTS och CVA, 2018 samt Winblad m.fl., 2021). Flera utmaningar har att göra med vårdens och fastighetsförvaltningens olikheter – olika tidsperspektiv, olika kulturer och olika arbetssätt. Andra utmaningar relaterar till oklara planeringsförutsättningar till följd av otillräckliga strategiska analyser som investeringarna ska förhålla sig till.

Vårdens och fastighetssidans olika planeringshorisonter

En följd av den snabba förändringstakten i vården är att målen med investeringarna, som behöver ta hänsyn till behov långt fram i tiden, är svåra att konkretisera. Att genomföra en större investering, exempelvis bygga ett nytt sjukhus, tar inte sällan uppåt 10 år från det att planeringen påbörjas till idrifttagande. Därefter ska vårdbyggnaden vara ändamålsenlig i många decennier.

Snabba förändringar i vården avseende bland annat teknik, arbetssätt och organisation ställer därmed stora krav på förmågan att ta höjd för framtida behov och möjliggöra anpassning. Fastighetsförvaltningen framför å sin sida att det samtidigt är svårt att planera utan tydliga mål (PTS och CVA, 2018). Dessa olika planeringshorisonter utgör en väsentlig utmaning vid planeringen av vårdbyggnader. De olika tidsperspektiven hos de som arbetar med fastighetsfrågor och de som arbetar i vårdverksamheten beskrivs också som en utmaning för förutsättningarna att planera lokalbehoven utifrån vårdverksamhetens behov (se även CVA, 2021).

Investeringarna initieras inte alltid utifrån vårdens behov

En närliggande utmaning är att investeringar ibland initieras på andra grunder än vårdverksamhetens behov, inte sällan tekniska sådana till följd av att en fastighet behöver underhållas eller ersättas. En relativt vanlig uppfattning inom regionernas fastighetsförvaltningar som förmedlats till utredningen är att det i dag råder ”fastighetsdriven verksamhetsutveckling” snarare än verksamhetsdriven fastighetsutveckling. Med det menas att initiativet till investeringar skulle kunna drivas mer proaktivt från vården som ett sätt att stödja nya arbetssätt och vårdbehov. Det förutsätter att lokalutformningens betydelse tas i beaktande i vårdens löpande verksamhetsutvecklingsarbete. Se även CVA (2021) och Meijling (2021).

Från vården framförs en liknande uppfattning; att den övergripande vårdplaneringen till stor del är beroende av fastighetsplaneringen snarare än tvärtom. Liknande problematik beskrivs även av Winblad m.fl., (2021). Brist på personal med kunskap inom bygg- /fastighetsrespektive vårdområdet, bristande intresse för lokalfrågor hos ledningen och pressade tidsplaner uppges som skäl. Vårdpersonalens tid ska utöver vårdinsatser inte bara räcka till lokalfrågor utan även till digitaliseringsprojekt och annan verksamhetsutveckling. Vidare menar man att vårdgivarnas perspektiv inte alltid beaktas tillräckligt på grund av snäva budgetramar för enskilda investeringsprojekt (se till exempel Region Stockholm, 2019; KPMG, 2018).

Meijling (2021) menar att fastighetsavdelningarnas problemformuleringsföreträde innebär en risk att syftena med byggnationen kan avvika i förhållande till det övergripande målet. Vidare menar han att

genom att det inte finns något neutralt och överordnat medicinskt och vårdprofessionellt intresse som bidrar och bevakar i processen så uppstår en sammanblandning av lokalt betonade frågor (ibland av ren personkaraktär) och generella medicinska och vårdprofessionella aspekter.

Olika organisationskulturer och organisering i stuprör

En utmaning som delvis berörs ovan är att vården och fastighetssidan har olika perspektiv (jämför planeringshorisont tidigare); de tillhör olika delar av förvaltningen och präglas av olika kultur och arbetssätt (se till exempel SKL, 2014; PTS och CVA, 2018 samt Meijling, 2021). En återkommande synpunkt som framförts av bland annat regionrepresentanter, PTS och CVA (2018), SKL (2014), den regionala revisionen och vid seminarier där utredningen deltagit är att vården och fastighetssidan ”behöver mötas”. Som i alla tvärsektoriella frågor innebär det en utmaning att samverka och integrera olika perspektiv i tillräcklig utsträckning.

Denna utmaning är inte bara synlig mellan vård och fastighet utan märks även mellan andra delar av förvaltningen som har behov av att samverka; till exempel mellan lokalansvariga inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen och stadsplanerare (Boverket, 2019a). Vårdutvecklingen, såsom den mot en mer nära vård och mer hemsjukvård, får följdverkningar på såväl stadsplanering som trafikplanering.

Ytterligare ett exempel på ett område där det finns behov av ökad integration mellan flera perspektiv är forskningen. En synpunkt från regionföreträdare och experter på vårdarkitektur är att det är svårt att få forskningsmedel för forskningsprojekt i gränssnittet vård/samhällsbyggnad/kunskapsuppbyggnad.

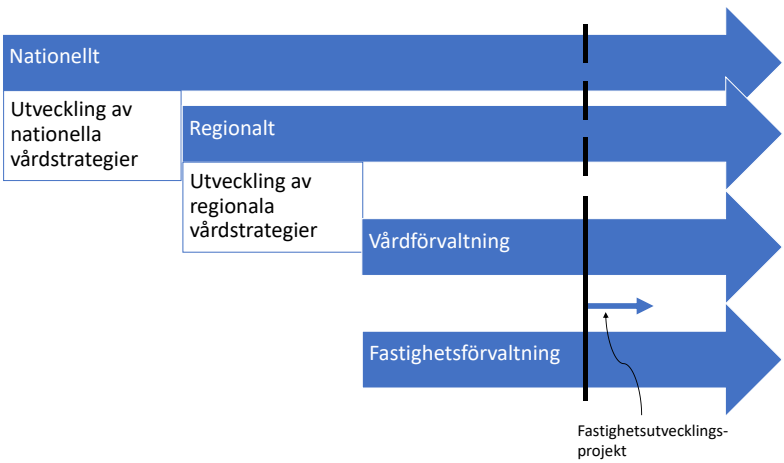
Oklart vilken strategisk inriktning investeringarna ska stödja

Strategisk planering, styrning och samordning på olika nivåer behöver omgärda investeringsprocessen för att säkerställa att investeringarna svarar mot vårdens behov på lång sikt, vilket illustreras i figuren nedan. En utmaning som bland annat påtalas av den regionala revisionen är att det ofta saknas en tydlig målbild som gör det möjligt att prioritera och placera investeringarna i ett mer långsiktigt verksamhetsperspek-

tiv. Detta bekräftas även av CVA (2021), Winblad m.fl. (2021) och Meijling (2021). Det lokala perspektivet i investeringsprocessen som ofta dominerar ökar risken för att verksamheter utreder förslag som ur ett regionalt perspektiv inte är prioriterade (se till exempel Västra Götalandsregionen, 2016; Region Stockholm, 2019; KPMG, 2018 och Forsström m.fl., 2020).

Nätverket PTS Forum (Program för Teknisk Standard) där samtliga regioner utom en är medlemmar beskriver i en rapport genomförd med hjälp av Centrum för vårdens arkitektur (CVA) vid Chalmers behovet av strategiskt planeringsarbete på olika nivåer.

Figur 8.5 Behovet av integrerat strategiskt planeringsarbete



Källa: PTS och CVA (2018)

Utan en koppling till strategier för vårdens utveckling är det svårt att säkerställa att investeringarna stödjer regionens strategiska inriktning och därmed ändamålsenligheten över tid (PTS och CVA, 2018). Det framgår av svaren på utredningens enkät att de flesta regioner i nuläget använder fastighetsutvecklingsplaner (FUP) i planeringsarbetet kring investeringar i vårdbyggnader. Dessa tas fram av förvaltningens fastighetsorganisation. Fastighetsutvecklingsplanerna och slutgiltiga investeringsbeslut har dock generellt sett en svag koppling till regionala vårdstrategier. Ett symptom på avsaknaden av helhetsper-

spektiv och strategisk riktning som utredningen uppmärksammats på är olika exempel på avbrutna eller bromsade investeringsprojekt. En orsak som lyfts fram är att det ofta saknas en övergripande bedömning efter behovsanalysfasen kring hur förslagen passar in i regionens övergripande plan för var vården ska bedrivas och vilken totalkapacitet som krävs. Brister utifrån ett helhetsperspektiv, exempelvis avseende antalet vårdplatser, leder till att man behöver pausa och ta omtag i projekten.

För att regionala vårdstrategier ska stödja nationella satsningar behöver de regionala vårdstrategierna också ha en koppling till nationella strategier. Detta kan illustreras med den pågående omställningen av vården. I intervjuer (Winblad m.fl., 2021) framträder en övergripande bild att den nationella styrningen mot nära vård uppfattas vara tydlig vad gäller vilken generell utveckling av hälso- och sjukvårdssystemet som eftersträvas. Däremot uppfattas styrningen inte vara lika tydlig kring vad regionerna förväntas göra för att nå dit, vilka åtgärder som krävs och vilka lösningar staten vill se. Det finns en samtidig utmaning i detta och det har även framförs i intervjuerna att styrningen mot nära vård är så tydlig som den kan vara utifrån perspektivet att det är regionerna som är ansvariga för hälso- och sjukvården och har bäst förutsättningar att bedöma hur vården i den egna regionen kan och bör organiseras. Bilden av att avsaknaden av konkretion är utmanande för regionerna beläggs även av CVA (2021).

I samtal som utredningen fört med regionrepresentanter och experter på området efterlyses mer vägledning eller en tydligare riktning från nationellt håll som kan ge stöd i det regionala strategiska beslutsfattandet. Att exempelvis fatta beslut om nedläggning av ett sjukhus eller om att avstå från en investering kan vara svårt även om effektivitets- och kvalitetsskäl talar för ett sådant beslut. Av denna anledning efterfrågas mer vägledning eller nationella riktlinjer från nationellt håll som kan stödja beslut på regional nivå, till exempel nationellt bestämda definitioner av olika begrepp såsom ”akutsjukhus” och vad som krävs för att få uppföra eller tillhandahålla det i termer av befolkningsunderlag och andra kriterier. Den här typen av behov lyfts även fram av Winblad m.fl., (2021). De möter i sina intervjuer efterfrågan på nationella kunskapsunderlag som kan ge stöd för dimensionering för framtiden innan beslut om stora investeringar tas. Till exempel erfarenheter från forskning och tidigare genomförda projekt kring

effekter av nya arbetssätt och vilka förflyttningar som är möjliga att genomföra.

I utredningens enkät efterfrågar vissa regioner fler eller andra analyser av bland annat strategisk karaktär som grund för investeringsbeslut, till exempel löpande analyser av framtidens vårdbehov och hur förändringar påverkar lokalbehovet över tid. I intervjuer efterfrågas också kunskapsbaserade rekommendationer, inte enbart för byggtekniska frågor, utan även för vårdens organisering och utformning, exempelvis kring vårdflöden, hur olika mottagningar och vårdavdelningar kan placeras i förhållande till varandra och hur en vårdcentral kan utformas. Enligt de intervjuade skulle det underlätta planeringen av hur lokaler och byggnader kan utformas (Winblad m.fl., 2021). Behovet av att förhålla sig till en förändrad sjukvård i framtiden och att organisera fastighetsplaneringen så att det övergripande systemperspektivet säkras påtalas även av den regionala revisionen (se till exempel Karlsson, L. & Ullström, L-Å., 2016; Region Stockholm, 2019; KPMG, 2018).

Begränsad samordning mellan regioner

Samordningen mellan regioner avseende investeringar är i dagsläget begränsad vilket framkommer i utredningens dialoger och bekräftas i utredningens underlagsrapporter (Winblad m.fl., 2021 och Meijling, 2021). Den medicinska och medicintekniska utvecklingen medför till exempel nya behandlingsmöjligheter som i vissa fall förutsätter stora investeringar i utrustning och läkemedel men där antalet patienter inom den egna regionen är för få för att investeringarna ska kunna utnyttjas på ett optimalt sätt. Samordning i form av gemensamma investeringar mellan regioner är trots det sällsynt.

Ett exempel där ökad samordning av investeringar skulle vara rationellt är regionalt högspecialiserad vård. Här finns det från staten förväntningar om ökad koncentration av vården (prop. 2017/18:40, bet. 2017/18:SoU18, rskr. 2017/18:176), vilket även förutsätter samordnade investeringsbeslut. Stora investeringar utgör dessutom ett av flera kriterier för vad som bör anses utgöra regionalt högspecialiserad vård.

Ett exempel som ofta nämns är Skandionkliniken, som drivs av samtliga regioner med universitetssjukhus genom ett kommunalför-

bund. Ett problem med den gemensamma investeringen har dock varit nyttjandegraden. Kliniken har dragits med underskott på grund av att färre än beräknat antal patienter remitterats för behandling.

I utredningens samtal kring vad som hindrar en mer utvecklad samordning framkommer att det saknas någon som driver arbetet och att det saknas definitioner av vilken vård som ska vara regionalt högspecialiserad vård. Vidare nämns att de vårdområden som det handlar om är relativt stora och att förändringar här skulle generera starka åsikter, exempelvis inom olika professioner. Det kan leda till att frågorna får en politisk laddning som skapar ett tryck att agera i den egna regionens intresse snarare än den samlade patientgruppens.

8.3.2 Utmaning 2: Brist på stöd i planerings- och genomförandeprocessen

Ansvaret för kunskapsutveckling kring investeringar i vårdbyggnader ligger sedan 1990-talet helt på de enskilda regionerna. För en beskrivning av tidigare ordning, då ett antal statliga aktörer hade i uppgift att publicera riktlinjer, standarder och rekommendationer till sjukvårdshuvudmännen, se kapitel 5. De flesta regioner ingår numera i olika nätverk som möjliggör utbyte av kunskap och erfarenheter, men ett mer systematiskt kunskapsbyggande har uteblivit.

Att alla gör olika försvårar lärande och erfarenhetsutbyte

Utredningen har i dialoger med regionrepresentanter och experter på vårdarkitektur med flera mött önskemål om ökat erfarenhetsutbyte mellan regioner och projekt. En försvårande faktor för att kunna jämföra mellan regioner och mellan investeringsprojekt samt utbyta kunskap och erfarenheter är att organisering, processer, roller och terminologi skiljer sig åt mellan regioner och ibland även mellan projekt (se till exempel SKL, 2014; PTS och CVA, 2018). Det gör att även till synes enkla jämförelser, såsom den av projektbudgetar, i praktiken kan bli svåra att göra. Detta utgör ytterligare en anledning till att regionföreträdare och andra intressenter efterfrågar nationellt bestämda definitioner av vissa begrepp så som nämnts ovan.

Även beslutsvägar och beslutsmandat ser olika ut mellan regioner och upplevs dessutom i vissa regioner som diffusa. Problembeskriv-

ningar, bland annat från den regionala revisionen, beskriver oklarheter i ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvårdsförvaltningen och fastighetsförvaltningen (se till exempel KPMG, 2018).

Meijling (2021) pekar på att avsaknaden av systematisk kunskapsöverföring mellan projekt påverkar innovationsförmågan. Det framförs samtidigt i intervjuerna att möjligheten att pröva och experimentera är positivt och att dagens fria villkor och självständighet för regionerna ger en fördel. Att allt inte behöver stöpas i samma form och samma misstag upprepas om och om igen och att man är fri att pröva och hämta in det man upplever fungerar på andra håll. Meijling (2021) framhåller dock att variation inte är intressant om det inte präglas av systematik och följs av granskning. Innovation framhålls vara en planerad och organiserad verksamhet där avstämning sker mot en större kontext, något mer än att ha ett intressant efterföljande samtal eller seminarium.

Avsaknad av sammanhållet process- och kunskapsstöd

En orsak till oönskade variationer mellan regionerna och mellan projekt är bristen på sammanhållet processtöd. Med det avses till exempel processbeskrivningar, mallar och checklistor som i någon mån styr inte minst den tidiga planeringsfasen av vårdbyggnadsprojekt. Ett sammanhållet processtöd kan till exempel innehålla fastställda delprocesssteg med krav på resursplanering, roller och beslutsmandat (PTS och CVA, 2018). Olika former av kunskapsstöd, till exempel typrum och mer av standardiserade lösningar efterfrågas också av bland annat regionrepresentanter, om än inte av så styrande karaktär som under ”Spri-tiden”, det vill säga den period under 1960–80-talet då den statliga myndigheten Spri utfärdade riktlinjer på området (se kapitel 5). Ett visst stöd finns i Program för Teknisk Standard (PTS), men detta upplevs generellt inte som tillräckligt, vilket en av utredningens underlagsrapporter understryker (Meijling, 2021).

Exempelvis uttrycker bland annat olika experter på vårdarkitektur att den kunskap som finns är utspridd, att det saknas en materialbank och strukturerad erfarenhetsåterföring samt att det är svårt att hitta referensexempel när man snabbt behöver hitta liknande projekt. Man pekar även på en splittrad bild över landet där till exempel riktlinjer kring arbetsmiljö och hygien tillämpas olika i olika regioner

(Boverket, 2019b). Vidare medför olikheterna att det är svårt att följa upp investeringarna, till exempel avseende dess ändamålsenlighet eller ”effekthemtagning” så som flera regionrepresentanter uttrycker det i svaren på utredningens enkät. Flera regionrepresentanter och revisorer efterlyser ett ökat fokus på analys av effekthemtagning (utredningens enkät och till exempel EY, 2018).

I kontakter med utredningen menar vissa verksamhetsföreträdare att det framför allt är brist på projektledningsstöd som är en stor utmaning i större investeringsprojekt; att få hjälp från dem som gjort det tidigare med att ”hålla ihop det hela” och med att involvera rätt aktörer. Likaså efterfrågas någonstans att ta vägen med den kunskap som man byggt upp efter genomförda projekt. På samma tema påtalas av den regionala revisionen att investeringsprocessen i dag präglas alltför mycket av enskilda personers kompetens och erfarenhet (se till exempel KPMG, 2018).

Meijling (2021) finner att i den mån tillämpade standarder finns så utgår de från verktyget PTS. Detta beskrivs dock som ett hjälpmedel, avstamp, eller utgångspunkt snarare än styrande eller normerande och det finns tvetydigheter och oklarheter kring verktygen och deras funktion. Trots detta använder alla de intervjuade sig av PTS samtidigt som de samstämmigt beskriver det som otillräckligt.

Brist på samverkan med andra regioner

Ett mer sammanhållet processtöd samt mer kunskaps- och erfarenhetsutbyte skulle kunna åstadkommas med ökad samverkan mellan regionerna. I dagsläget finns möjlighet att utbyta erfarenheter inom ett antal nätverk, vilket utnyttjas av regionerna i varierande grad. Samverkan och samordning mellan regioner kring investeringar är dock begränsad vilket framkommit i utredningens enkät och underlagsrapporter (se Winblad m.fl., 2021). Meijling (2021) finner att inga externa eller koordinerande perspektiv är särskilt närvarande i något av de studerade sjukhusprojekten. Ett möjligt skäl till detta anges vara att sådana externa faktorer inte förekommer i någon tvingande form. Exempel är mandat för nivåer av nationell nivåstrukturering, specialisering, eller centralisering, eller vilka sjukhus som klarar en kris avseende lokalmässiga, tekniska och försörjningsmässiga förutsättningar.

Hur regionerna ser på behovet av ökad samverkan varierar. Några regioner uppger i utredningens enkät att nuvarande samverkan är god och/eller tillräcklig. Andra efterfrågar ökad samverkan kring till exempel dimensionering, beslutsmodeller, uppföljning och resultateffekter samt kring tidig analys (var och hur investeringarna ska göras) och kring kompetens. Meijling (2021) pekar även på att bristen på samverkan påverkar innovationsförmågan (se ovan).

9 Internationell utblick

I detta kapitel beskrivs övergripande hur systemen för investeringar i vårdinfrastruktur, främst sjukhus, ser ut i några av våra grannländer. Utblicken omfattar Finland, Norge, Danmark, Nederländerna och England. De nordiska länderna för att de liknar Sverige i system och storlek och England och Nederländerna för att få ytterligare en dimension på hur investeringar i vårdinfrastruktur kan styras.

9.1 Om de studerade länderna

Gemensamt för de studerade länderna är att de precis som Sverige har haft ett högt investeringstryck i sjukhusinfrastruktur de senaste åren. En orsak är att de i likhet med Sverige har byggt upp den befintliga sjukhusvården och strukturen under efterkrigstiden och därför har ett fastighetsbestånd i behov av upprustning. Länderna har även liknande utmaningar i form av en åldrande befolkning, behov av mer koordinering av vård samt integrering med omsorgen, samt ökande kostnader för hälso- och sjukvård. Det innebär att de också genomför olika reformer för att effektivisera vården och utveckla den nära vården. Begreppet integrerad vård brukar användas för att beskriva den förändringen, men då omfattas även socialtjänst och omsorg i integreringen (SOU 2018:39). Ytterligare en gemensam utvecklingstrend är satsningar på e-hälsa och personcentrerad vård.

Hälso- och sjukvårdsystem kan delas in i det som kallas för Beveridgemodellen och Bismarkmodellen. Beveridgemodellen bygger på principen att finansiering och organisering av hälso- och sjukvård är ett statligt eller offentligt ansvar och medlen i huvudsak härrör från skatteintäkter. Sverige, Norge, Finland, Danmark och England brukar kategoriseras in under Beveridgemodellen. Det som skiljer de nordiska länderna åt är graden av decentralisering av det offentligt finansierade

systemet. Sverige utmärker sig såtillvida att det är det mest decentraliserade av länderna.

Nederländernas system brukar kategoriseras in under Bismarkmodellen som beskriver system som finansierats med öronmärkta avgifter, ofta försäkringsbaserade system. De bygger på samverkan mellan staten/det offentliga, arbetsgivare och arbetstagare.

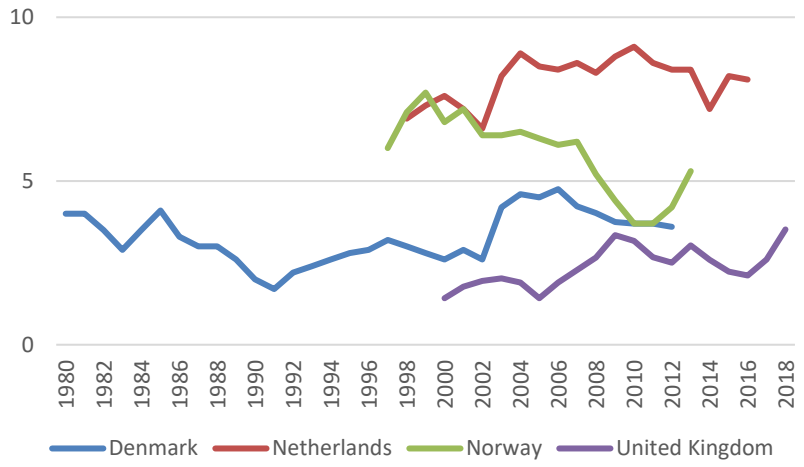
9.2 Utmaningar med investeringar i vårdbyggnader har sedan länge adresserats på europeisk nivå

På EU-nivå har det sedan länge uppmärksammats att kapitalinvesteringar i hälso- och sjukvårdstillgångar är en fråga som behöver adresseras.[1] Det gäller både i länder som bygger upp ny infrastruktur och i länder med gammal infrastruktur som behöver bytas ut.

Världshälsoorganisationen (WHO) samlar in data om hur stor andel av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna som går till kapitalinvesteringar i medicinska byggnader. Med medicinska byggnader avses i detta fall det samlade kapital som avsätts för byggnad och renovering av medicinska fastigheter (sjukhus, kliniker, hälsocenter, etc.) samt inköp av medicinsk utrustning och fordon. Av de studerade länderna är det Nederländerna, Norge, Danmark och Storbritannien som rapporterat in sådan data, se figuren nedan.

[1] Se vidare Watson och Agger (2009) om stöd till vårdinfrastruktur inom ramen för EU:s strukturfonder.

Figur 9.1 Kapitalinvesteringar i medicinska byggnader som andel av totala hälso- och sjukvårdsutgifter

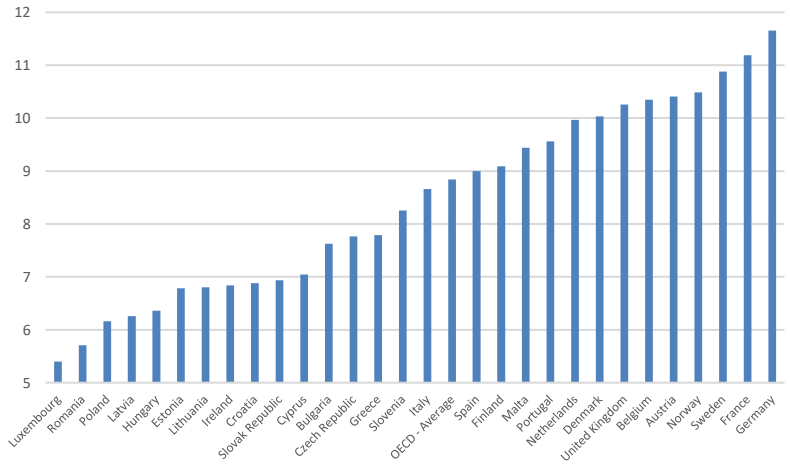


Källa: WHO European Health Information Gateway.

Figuren ovan visar utvecklingen i andelen av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna som motsvaras av investeringar i infrastruktur.[2] Storbritannien lägger exempelvis en relativt liten andel av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna på sådana investeringar jämfört med Nederländerna och Norge. Andelen beror även på hur stora de totala utgifterna för hälso- och sjukvård är. Figuren nedan visar de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna för EU-länderna, där även Finland och Sverige rapporterar data.

[2] Investeringar i medicinsk infrastruktur ingår inte i de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna utan de uttrycks som andel av de totala utgifterna för att måttet ska bli jämförbart mellan länder.

Figur 9.2 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter som andel av BNP 2019



Källa: OECD.

I figuren ovan kan utläsas att hälso- och sjukvårdsutgifterna i Norge och Nederländerna utgör en förhållandevis hög andel av BNP, dock inte lika hög andel som Sverige som lägger cirka 11 procent av BNP på hälso- och sjukvård.

9.2.1 Europeiskt nätverk för kapitalinvesteringar i hälso- och sjukvårdstillgångar

År 2000 bildades i Nederländerna ett europeiskt nätverk för att främja bättre investeringar och förvaltning av hälso- och sjukvårdstillgångar (The European Health Property Network [EuHPN]). Organisationen drivs som en stiftelse och har nu sitt säte i Storbritannien. Nätverket består av medlemmar från både akademin, statliga institutioner och regionala organisationer som ansvarar för sjukhustillgångar. Det svenska Centrum för vårdens arkitektur (CVA) vid Chalmers är en av medlemmarna i nätverket. Även den europeiska investeringsbanken deltar. Nätverkets mål är att främja bättre standarder och mer effektiva investeringar i hälso- och sjukvårdstillgångar i Europa.

9.2.2 Kunskapssammanställning och fallstudier om kapitalinvesteringar

EuHPN gav 2009 ut en kunskapsöversikt tillsammans med European Observatory on Health Systems and Policies som sammanställer tillgänglig kunskap om hållbara investeringar i sjukhus (Rechel m.fl., 2009). Kunskapsöversikten innehåller artiklar från sammanlagt 23 forskare inom området. Bakgrunden till rapporten var både de befintliga investeringsbehoven i åldrande byggnader inom Europa och den utbyggnad av sjukhus som väntades i de forna öststaterna. De stora investeringsbehoven i kombination med risken för mycket höga kostnader vid felaktiga investeringar utgjorde ett viktigt motiv. Andra skäl som lyfts fram är svårigheten att fatta kunskapsbaserade beslut i och med att projekten är stora, långsiktiga och omgärdade av många osäkra variabler, såsom hur nya vårdflöden kommer att se ut i praktiken.

I rapporten diskuteras bland annat tillgängliga styrmekanismer och hur dessa kan användas för att förbättra investeringarna. Man konstaterar till exempel att *planering* utifrån behov, befolkningsunderlag och geografi behöver ske på rätt nivå; varken för centralt (där processen riskerar att bli alltför trög) eller för regionalt (där projekten innebär sällanhändelser och rätt kunskap ofta saknas). En annan styrmekanism som kan användas är *regelverket.* Många länder har någon typ av inträdeshinder eller ackrediteringssystem i sina hälso- och sjukvårdssystem som kan användas för att påverka sjukhusens antal, storlek och design. Många europeiska länder har också reglerat fram en ökning av privata aktörer inom vården. Det senare kräver dock mycket kunskap för att regleringen ska få de önskade effekterna utan allt för många oönskade bieffekter. Andra styrmekanismer är *kapitalfinansiering* som erbjuder det offentliga flexibilitet, *ersättningsmodeller* som inte snedvrider incitamenten och *tjänstedesign* där vårdprocessen blir styrande för investeringsstrategin och inte tvärtom.

Rapporten lyfter även fram vikten av att involvera patienter och personal i planeringsprocessen och att få in systemperspektivet så att processen kan hantera ständig förändring. Det förutsätter bland annat en kulturförändring hos personalen där exempelvis vårdproduktion behöver ses som en investering i hälsa i stället för bara en kostnad för sjukhuset. Slutligen betonas behovet av att *utöka kunskapen* inom området. Inom forskningen konstateras att jämförelser mellan länder är svåra på grund av kontextens inverkan på projekten men också på

grund av brist av data. Bristen på lärande och kunskapsöverföring mellan projekt försvåras av att de är så pass långa och inte sällan blir dokumentation och utvärdering aktuellt först när något har gått väldigt fel.

9.3 Norge

Norges hälso- och sjukvårdssystem är delvis decentraliserat. Staten har ansvaret för specialiserad vård och kommunerna för primärvård, långtidsvård (dvs. vård av kroniska tillstånd eller en funktionsnedsättning) och för social omsorg.

Under 2020 genomfördes en reform i Norge där 18 regioner (fylken) blev 11 och antalet kommuner minskade från 422 till drygt 350. I samband med reformen har ansvaret för specialiserad sjukvård och för sjukhusen flyttats över från fylkena till staten, som nu äger fyra regionala hälsoföretag. Dessa drivs som statliga företag och har i uppgift att beställa hälso- och sjukvård åt sina invånare. De statliga hälsoföretagen ansvarar för att styra egna lokala hälsoföretag vilket i praktiken består av ett eller flera sjukhus. De fyra övergripande hälsoföretagen finansieras av staten och får ramanslag baserade på DRG-systemet. Från den ramen beställer de sedan vård av de egna lokala hälsoföretagen och/eller av privat drivna sjukhus.

Staten utser styrelserna i de regionala hälsoföretagen och styrelserna i de lokala hälsoföretagen utses av de regionala hälsoföretagen efter nominering från fylkena, kommunerna och sametinget.

År 2012 genomförde Norge en koordineringsreform mellan sjukhus och den kommunala vården. Den innebar bland annat att kommunerna blev ansvariga för att tillhandahålla lokala akutplatser dygnet runt för patienter i behov av sjukhusvård. Platserna kan dock inte användas för att utföra äldreomsorg utan är tänkta för mer kortvarig omsorg för patienter som är på väg in på sjukhus eller just skrivits ut.

En nationell hälsa- och sjukhusplan (mellan sjukhus) upprättas med treårsintervall. Den nuvarande gäller mellan 2020 och 2023. Ett centralt mål med planen är att förbättra vårdkoordinering genom att organisera sjukhusen i regionala nätverk. Varje nätverk ska innehålla ett regionalt sjukhus (ett per varje regionalt hälsoföretag), ett större akutsjukhus som ska utföra specialiserad akutsjukvård till ett upptagningsområde på cirka 60 000 till 80 000 personer, samt sjukhus som utför akut vård och planerad kirurgi.

I planen redogörs även för hälsoföretagens investeringsplaner för perioden. Den specificerar planerade bygginvesteringar på över 500 miljoner NOK, övriga bygginvesteringar, medicinteknisk utrustning och investeringar i informationsteknologi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019 och OECD, 2019d).

9.3.1 Oberoende kvalitetsgranskning i stora investeringsprojekt

Av helseforetaksloven (LOV-2001-06-15-93) framgår att hälsoföretagen är de som har ansvar för sjukhus och drift av sjukhus. I Norge äger de fyra hälsoföretagen ett gemensamt företag, Sykehusbygg HF.

Hälsoföretagen äger Sykehusbygg HF

Sykehusbygg HF ska säkra en nationell kompetensmiljö för planering och byggande av sjukhus med hög internationell nivå och ska användas vid investeringar på mer än 500 miljoner NOK. Det inrättades 2014 med uppdrag att bli ledande inom planering, konstruktion och upprustning av Norges sjukhus.

Det ägs av hälsoföretagen men har en statlig reglering som lyder:

> Sykehusbygg HF ska:
>
> vara en internleverantör till det regionala hälsomyndigheterna och landets hälsoföretag och främja en standardisering, erfarenhetsutbyte. Ett gott resursutnyttjande, och resurstillgång inom projekt och sjukhusbyggnation.
>
> Sörja för att erfarenheter från förvaltning och drift av sjukhusegendom tas hänsyn till i nya projekt och kommer företagens egendomsförvaltning till nytta.
>
> Bygguppdrag och bidrag till bygguppdrag ska bara kunna levereras till de fyra hälsomyndigheterna och deras underliggande hälsoföretag, samt till parter som hör till dessa.[3]

[3] Sykehusbygg HF – formål § 4, Sykehusbygg HF skal: "… være en internleverandør for de regionale helseforetakene og landets helseforetak, og skal legge til rette for og bidra til standardisering, erfaringsoverføring, god ressursutnyttelse og ressurstilgang innen prosjektering og bygging av sykehus." "… sørge for at erfaring fra forvaltning og drift av sykehuseiendom tas hensyn til i nye prosjekter og kommer foretakenes eiendomsforvaltning til nytte." "Byggeoppdrag eller bidrag til byggeoppdrag skal bare kunne leveres til de 4 RHF-ene og deres underliggende HF, samt parter som inngår i et sameie med disse." https://sykehusbygg.no.

Sykehusbygg HF ska med andra ord utföra tjänster kopplat till utveckling, planering och genomförande av byggprojekt och tjänster inom fastigheten som ger gemensamma vinster för hälsosektorn. De definierar sitt uppdrag som:[4])

- Utveckling och förvaltning av kunskap, metoder och verktyg för bygg- och fastighetsrelaterad sjukhusplanering.
- Säkra tillgång till personal med spetskompetens inom alla faser av livscykeln i en sjukhusfastighet.
- Tillhandahålla projektledning och rådgivning till byggprojekt.
- Utföra övriga tjänster inom området.

En statlig projektmodell som är framtagen av ett forskningsprogram

Vid stora investeringsprojekt i infrastruktur finns i Norge en särskild projektstyrning och projektmodell. Modellen specificerar hur utredning, planering och kvalitetssäkring av projekten ska gå till.

Den statliga projektmodellen är framtagen av ett forskningsprogram (Concept) som redan 1997 fick i uppdrag att gå igenom och utveckla hur stora investeringsbeslut och projekt startas. Bakgrunden var flera negativa erfarenheter av stora investeringsprojekt som haft för stora kostnadsökningar, förseningar och som givit en begränsad samhällsnytta.[5]

När det gäller sjukhus så är det inte Hälsodepartementet som godkänner alla beslutspunkter, men det ankommer på hälsoföretagen att använda minst lika bra kvalitetssäkringssystem som andra statliga byggprojekt. Det innebär i praktiken att den statliga projektmodellen ska ligga till grund och en extern granskning ska göras. Det ställs också krav på att investeringsprojekt ska vara förankrade i utvecklingsplaner och ekonomiskt långsiktiga planer, det vill säga att de investeringar som föreslås ska främja de mål och strategier som gäller på nationell, regional och lokal nivå.

I modellen godkänns investeringsplanerna i flera steg samtidigt som processen också är designad för att modifiera planerna för att säkerställa nytta och kostnadskontroll. Denna modifiering sker i de så kallade kvalitetssäkringsmomenten i processen där det tas in oberoende

[4] https://sykehusbygg.no.
[5] Forskningsprogrammet Concept (2020), https://www.ntnu.edu/concept.

konsultteam som granskar de olika faserna i investeringsprojekten. Projektmodellen innehåller fyra delar: idéfas, konceptfas, förprojekt och genomförande. Kvalitetssäkring genom extern granskning görs dels efter konceptfasen, dels efter förprojektfasen (Finansdepartementet, 2019).

För investeringsprojekt på över 500 miljoner NOK krävs alltså att Sykehusbygg HF nyttjas, att extern granskning i linje med den statliga projektmodellen används, att investeringen ligger i linje med nationella, lokala och regionala utvecklingsstrategier samt att en konceptrapport tillsammans med de regionala hälsoföretagens värderingar läggs fram för departementet som en del av myndighetsdialogen. Detta utgör sedan underlag för låneansökan för projektet och ett godkännande i enlighet med lagen för specialiserad vård.[6]

9.4 Finland

Finlands hälso- och sjukvårdssystem styrs både på nationell och på lokal nivå, där den nationella nivån ansvarar för lagstiftning och för att ta fram och implementera reformer.[7]

På lokal nivå finns det 310 kommuner och 184 samkommuner (jämförbara med svenska kommunalförbund) som ansvarar för att upphandla och utföra sjukvård. De finansierar och tillhandahåller också primärvård. I en särskild lag för den specialiserade sjukvården framgår vilka 20 sjukhusdistrikt som ska utföra sådan sjukvård. Sjukhusdistrikten är i sin tur indelade i fem specialupptagningsområden (motsvarar samverkansregioner i Sverige) som är kopplade till varsitt universitetssjukhus.[8] Av lagen framgår även att regeringen avgör frågor om den verksamhet professorer och andra lärare bedriver vid sjukhuset i fall kommunalförbundet och universitetet inte kommer överens.[9]

Det finns en nationell socialförsäkringsmyndighet (NHI) som finansierar läkemedel, sjukresor, cirka hälften av all företagshälsovård samt delvis privat öppenvård. NHI är finansierad via obligatoriska arbetsgivaravgifter, medan primärvård och sjukhusvård är skattefinansierat från kommunerna i kombination med statliga subventioner.

[6] https://sykehusbygg.no.
[7] Den allmänna planeringen, styrningen och övervakningen av den specialiserade sjukvården ankommer på social- och hälsovårdsministeriet. 1 kap. 5 § lag om specialiserad sjukvård, (1989/1062).
[8] 2 kap. 7 och 9 §§ lag om specialiserad sjukvård (1989/1062).
[9] 6 kap. 24–29 §§ lag om specialiserad sjukvård (1989/1062).

Systemet har inneburit en hel del ojämlikheter för befolkningen, exempelvis har de som innehar en anställning fått bättre tillgång till vård än de som inte har det. Finland har sedan 2007 försökt genomföra ett flertal reformer och förändringsinitiativ i hälso- och sjukvårdssystemet som av olika anledningar inte har lyckats. Gemensamt för flera av försöken är ambitionen att centralisera sjukvården från lokal nivå till en regional nivå, att uppnå kostnadskontroll och en ökad patientmakt (OECD, 2019e).

9.4.1 Investeringar i sjukhusbyggnader i Finland regleras och begränsas av en särskild lag

I Finland finns lagen om temporär begränsning av vissa av kommunernas och samkommunernas rättshandlingar inom social- och hälsovården (548/2016), nedan begränsningslagen,[10] som trädde i kraft 2016. Begränsningarna avser kostnadsmässigt stora investeringar i byggnader som används inom social- och hälsovården.

Lagen är temporär och är tänkt att gälla tills en större social- och hälsovårdsreform är genomförd.

Enligt lagen får kommunerna, samkommunerna eller sjukhusdistrikten inte göra sådana investeringar i lokaler och byggnader som används inom social- och hälsovården för vilka de totala kostnaderna överstiger fem miljoner euro. För sådana investeringar krävs dispens från social- och hälsovårdsministeriet.

Investeringar som hänför sig till årligt underhåll av byggnader samt sådana investeringar som är nödvändiga utifrån tillsynsmyndighetens inspektioner kan göras utan dispens.

Begränsningarna gäller emellertid inte maskiner och utrustning (system för diagnos och kirurgiskt ingrepp, utrustning för informations- och kommunikationsteknik).

Även regeringens förordning om arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården styr sjukhusplaneringen. Där anges kvantitativa villkor och övriga villkor som ska uppfyllas för undersökningar, åtgärder och behandlingar som centraliseras. Förordningen ska ändras så att det blir möjligt att tillämpa

[10] Lag om temporär begränsning av vissa av kommunernas och samkommunernas rättshandlingar inom social- och hälsovården 29.6.2016/548 Finlex.

viss flexibilitet i fråga om de antal operationer och åtgärder som anges i förordningen.[11]

Bedömning av dispens för bygginvesteringar i sjukhus

Vid Social- och hälsoministeriets bedömning om dispens för att få genomföra en byggnadsinvestering granskas huruvida investeringen är nödvändig och brådskande och om det skulle vara möjligt att under de närmaste åren producera den förväntade vården i befintliga lokaler. En investering kan exempelvis vara nödvändig och brådskande om antalet invånare har förändrats i så betydande grad att det är omöjligt att producera vården i befintliga lokaler. En investering kan också vara nödvändig om lagstiftningen kräver att det görs ändringar i produktionen av vård.

Enligt lagen krävs att investeringen ska vara nödvändig. Det betyder att investeringens nödvändighet inte bara kan bedömas ur en enskild kommuns eller samkommuns perspektiv, utan investeringen ska också vara nödvändig utifrån ett större upptagningsområde än den enskilda kommunen eller samkommunen. I bedömningen ligger också att se över de befintliga möjligheterna till samarbete mellan kommuner och samkommuner.

I Finland är riktlinjerna avseende befolkningsunderlag och planering av sjukhus följande (Social och hälsovårdsministeriet):

- 5 universitetssjukhus: mål 1 miljon och minimum 500 000 invånare per sjukhus.
- 20 regionsjukhus (som kallas centralsjukhus) mål 200 000, minimum 150 000 invånare.
- akutsjukhus (som har akutjour) 75 000–150 000 invånare.

Behovet av investeringar kan motiveras genom utlåtanden från övriga kommuner i området, från något samarbetsorgan i kommunerna eller från regionförvaltningsmyndigheten. Social- och hälsovårdsministeriet kan när det prövar en ansökan om dispens också begära utlåtanden som ministeriet anser behövliga.

[11] Regeringens förordning om arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården - https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2017/20170582 och det finska Social- och hälsovårdsministeriet.

Ansökningarna bereds i samarbete mellan Social- och hälsovårdsministeriet och Finansministeriet. Antalet beviljade dispenser och det sammanlagda värdet av tillhörande investeringar framgår av tabellen nedan.

Tabell 9.1 Antal beviljade dispenser 2016–2019

År	Antal	Miljoner Euro
2016	37	1 212
2017	20	652
2018	15	1 214
2019	21	674
Totalt	**93**	**3 752**

Källa: Finska Social- och hälsoministeriet.

Av de inkomna ansökningarna genomfördes inte 28 projekt. Antingen på grund av att de återkallades, avgjordes genom skriftliga avgöranden eller avslogs. Fem av ansökningarna avslogs. Den vanligaste orsaken till att ansökan återkallades var att sökanden ändrat sina planer efter att ha diskuterat med ministeriet.

9.4.2 Den finska regleringen skapar förutsättningar för överblick

Den finska regeringen har initierat åtgärder för att öka produktiviteten i kommunernas byggbestånd. Som en del i det har regeringen givit Landskapens lokalcentral AB i uppdrag att ta fram en heltäckande bild av kommunernas bygg- och lokalbestånd. Avsikten är att stödja förvaltningen av det offentliga byggnadsbeståndet och att utvidga kunskapsunderlaget.

Landskapens lokalcentral AB är ett helägt dotterbolag till det statligt ägda Senatfastigheter som har en lagstadgad uppgift att förvalta statens fastighetstillgångar. Tanken var att de inför landskapsreformen, som inte genomfördes, skulle ha gått över till landskapens ägo (Landskapens lokalcentral, 2018).

Landskapens lokalcentral har bland annat i uppgift att skapa en lägesbild över kommunernas fastigheter och hjälpa kommunerna att förbättra fastighetsförvaltningens produktivitet. Den ska visa jämförbar, riksomfattande information om offentliga lokalers antal, area,

användningsändamål, skick, kostnader, investeringar samt miljöpåverkan. För detta ändamål har de tagit fram en digital lokalinformationstjänst. Den ska:

- Innehålla stöd för beslutsfattandet utifrån aktuella uppgifter för investeringar, förändringsledning och verksamhetsplanering.
- Vara ett enkelt verktyg för daglig lokalförvaltning.
- Innehålla information för planering av servicenätet samt fastighets- och lokalstrategin.
- Innehålla utveckling av lösningar tillsammans med det nationella samarbetsnätet.[12]

9.5 Danmark

Den danska regionala och lokala nivån leder och organiserar den danska hälso- och sjukvården, men den statliga nivån står för stora delar av finansieringen. Systemet är decentraliserat samtidigt som det skett en gradvis centralisering av övergripande planering och reglering till nationell nivå.

Den nationella nivån är ansvarig för reglering och tillsyn, övergripande planering och kvalitetsmonitorering. Regionerna är ansvariga för att organisera och utföra sjukhusvård. Regionerna finansieras till 77 procent via anslagsfinansierade bidrag från staten och 3 procent via aktivitetsbaserade bidrag från staten. De resterande 20 procenten av finansieringen står kommunerna för. Kommunerna har beskattningsrätt och skatteintäkter står för 75 procent av deras verksamhet och statliga anslag för 25 procent. Kommunerna är ansvariga för förebyggande hälsovård, prevention, rehabilitering, hemsjukvård och icke-specialiserad långtidsvård (Vårdanalys, 2014b och OECD, 2019f).

9.5.1 Strukturreformen förändrade hälso- och sjukvårdssystemet i Danmark

År 2007 genomfördes en strukturreform där 14 landsting bildade fem större regioner, och de 275 kommunerna ombildades till 98. Reformen är en av de största reformerna som någonsin genomförts i Danmark

[12] Landskapens lokalcentral https://www.maakuntientilakeskus.fi/.

och den omfattade styrningen av hela den danska välfärdssektorn. Hälso- och sjukvården påverkades särskilt av reformen eftersom den bland annat ledde till en omorganisering av sjukhusen som blev färre, större och mer specialiserade.

Målet med reformen var att få en mer effektiv offentlig sektor och för hälso- och sjukvården specifikt mer kvalitet för pengarna, kortare väntetider och vård i internationell toppklass och minskad byråkrati. För att uppnå detta behövde resurser både centraliseras och koncentreras, exempelvis bedömdes regionerna vara för små för att kunna tillhandahålla specialiserade sjukhustjänster. Staten fick ett ökat planerings- och uppföljningsansvar. Staten (via Sundhedsstyrelsen) ska nu godkänna regionernas fördelning och organisering av kirurgiska specialiteter. I den nya sjukhusstrukturen anses att sjukhusen behöver ha ett befolkningsunderlag på 200 000 till 400 000 invånare för att säkerställa kvalitet.

Förutom modernisering av sjukhusen var den bakomliggande tanken också att skapa mer sammanhängande vårdkedjor och bättre kvalitetskontroll. Samtidigt togs initiativ som syftade till att stärka koordinering av vård på alla nivåer. De handlade bland annat om att åtgärda bristen på allmänläkare och att få till en bättre vård för de med kroniska tillstånd (Vårdanalys, 2014b och OECD, 2019f).

9.5.2 Flera nya sjukhus finansieras av regionerna och staten

I Danmark genomförs just nu stora investeringar i 16 nya sjukhus som fått anslag av den så kallade kvalitetsfonden. Sammanlagt omfattar de investeringar i storleksordningen 41,4 miljarder DKR varav 25 miljarder är särskilt anslagna medel från staten.

År 2007 inrättades en statlig expertpanel för sjukhusinvesteringar. Panelen består av experter inom sjukvård, hälsoekonomi, sjukhusarkitektur och byggindustri. De har i uppgift att bedöma vilka sjukhusprojekt som ska få medel ur kvalitetsfonden. Kriterier vid bedömningen är:

- Koncentration av funktioner och specialiteter till färre enheter.
- Efterlevnad av Sundhedsstyrelsens (2007) anvisningar inom akutområdet.
- Den prehospitala insatsen.

- Förhållande till övriga regioner.

De enskilda projekten värderas utifrån följande kriterier:

- Projektets roll i en ny sjukhusstruktur, såväl regionalt som för landet som helhet.
- Andra möjliga alternativ.
- Behovsframskrivning, kapacitetsutnyttjande, geografiska behov och ekonomi.
- Produktivitets- och driftsförbättringar.

På en webbplats (godtsygehusbyggeri.dk) finns de 16 sjukhusprojekten presenterade tillsammans med regionernas övriga stora investeringar i sjukhusbyggnader, totalt 43 sjukhusprojekt inklusive de 16 som fått medel via kvalitetsfonden. Där publiceras löpande information om projektens mål, utveckling och kostnader.[13]

De 16 sjukhusprojekten som fått finansiering via kvalitetsfonden följs också upp av regeringen och de har särskilda effektiviseringskrav på sig. Sundheds- og ældreministeriet skriver i en särskild skrivelse att varenda krona som regionerna sparar på grund av de nya sjukhusen ska gå till finansiering av ny sjukhusaktivitet på det kvalitetsfondsstöttade sjukhuset eller annat sjukhus i regionen.[14] Projekten ska även lämna kvartalsvisa rapporter till en, för detta ändamål särskilt inrättad, enhet på Sundheds- og ældreministeriet. Enheten granskar rapporterna som sedan ligger till grund för fortsatt utbetalning av medel från Kvalitetsfonden. De granskar att de fortsatt håller sig till de nationella planerna inom området men också att en viss andel av medlen som reserverats för investeringar i it och medicinteknisk utrustning bibehålls.[15]

De fem regionerna har egna strategiska planer för den regionala vården och för investeringar i sjukhusinfrastruktur. De har gemensamma principer i styrning och ledningsfrågor som gäller för samtliga projekt inom området. De har exempelvis en gemensam vision som

[13] Godt sygehusbyggeri, https://godtsygehusbyggeri.dk/.
[14] Det er vigtigt at understrege, at hver eneste krone, som regionerne sparer på mere effektiv drift på de nye sygehuse, bliver i regionerne til finansiering af ny sygehusaktivitet – på både de kvalitetsfondsstøttede sygehuse og landets øvrige sygehuse (Sundheds- og ældreministeriet 2019).
[15] Sundheds- og ældreministeriet, https://sum.dk.

lyfter vikten av att den samlade infrastrukturen fokuserar på patienten, att den ökar effektiviteten och att den är framtidssäker, det vill säga flexibla lösningar då man ännu inte vet helt hur framtidens sjukvård kommer att se ut.

Att fokusera på patienten betyder i detta sammanhang att ta tillvara nya organisationsformer för behandling av patienter och att byggnaden är säker ur ett patientperspektiv. Med ökad effektivitet åsyftas mer koordinerad vård, innovativa lösningar och organisationsformer samt ett effektivt nyttjande av ny teknologi.

9.5.3 Gemensam modell för styrning av byggprojekt

I samband med kommunreformen 2007 undersöktes kommunerna och regionernas praxis och styrning av byggprojekt (EY, 2008). Undersökningen låg sedan till grund för en skrift som gavs ut av Danska Regioner, Kommunernas Landsförening, Finansministeriet och Velfærdsministeriet. Skriften riktar sig till regionalt och kommunalt ledande politiker och beskriver en modell för god styrning av byggprojekt. Rapporten kan sammanfattas i följande huvudpunkter (Finansministeriet 2008):

- Godkänn styrmodellen politiskt och använd den aktivt.
- Ta fram en genomarbetad och realistisk budget.
- Värdera, kvantifiera och följ upp risk.
- Styr mot involvering av brukare och medarbetare med flera.
- Ta fram tydliga krav och förväntningar på rådgivare och entreprenörer.
- Etablera och använd en standardiserad genomförandeplan för byggprojekt.

Regionerna samarbetar kring effekt- och resultatutvärderingar av projekten och har tagit fram fem gemensamma principer för den finansiella styrningen och konstruktionsstyrningen av projekten. De fem principerna är:

1. **Strategisk besluts- och tillsynsprocess för projekten**
   Den politiska ledningen fattar strategiska beslut för byggprojektet. Det handlar om ekonomiska ramar, visioner, strategiska mål och framgångskriterier. Den politiska ledningen följer löpande utvecklingen av bygget och säkrar genom styrmanualer en systematisk uppföljning av kostnader och framåtskridande.

2. **Framtagning av styrmanualer**
   Det utarbetas en styrmanual för de större byggprojekten som beskriver hur de centrala delarna av byggprocessen organiseras och styrs inklusive den löpande budgetuppföljningen och rapporteringen. Styrmanualen tydliggör den politiska ledningens monitoreringsansvar och fastställer hur och när rapporter ska produceras till den politiska ledningen. Styrmanualen godkänns av regionsrådet (den politiska beslutande församlingen).

3. **En robust och beslutsför byggorganisation**
   Det etableras en robust och beslutsför byggorganisation som i alla faser av byggprojektet kan matcha de externa samarbetspartnerna, exempelvis i samband med avtal och kontraktsupprättanden och i den löpande uppföljningen av byggprojektet. Organisationen kan etableras decentraliserat som en självständig byggenhet eller som en del i en existerande byggförvaltning. Delar kan också utgöras av externa leverantörer.

4. **Systematisk och transparent riskhantering/styrning**
   För varje större byggprojekt formuleras en tydlig riskpolicy, som bygger på politiskt vedertagna mål och policys, vilket inkluderar hur kontrollparametrar som tid, kvalitet och kostnad ska prioriteras. Riskpolicyn utgör en central del av styrmanualen och det finns en tydlig koppling mellan riskhanteringen och uppföljningsprocessen.

5. **Oberoende monitorering**
   Det ska etableras en oberoende monitorering/kontroll för de större byggprojekten. Denna uppgift ska utföras fristående från byggprojektet och kan placeras inom en annan förvaltning eller hos ett externt företag.[16]

[16] Godt sygehusbyggeri, https://godtsygehusbyggeri.dk/.

9.6 England

Storbritanniens hälso- och sjukvård är delegerad till fyra riksdelar (England, Skottland, Wales och Nordirland). Det innebär att alla har utvecklat olika system för sjukvården. Gemensamt för samtliga är dock att de utgår från en skattefinansierad modell inom National Health Service (NHS). Regeringen finansierar hälso- och sjukvården genom ramanslag riktade till de fyra riksdelarna.

Gemensamt för de olika systemen är målet att bättre kunna vårda personer med kroniska tillstånd inom primärvården, och ambitionen att skapa team mellan hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen (OECD, 2019g).

9.6.1 England har en strategisk plan för investeringar i hälso- och sjukvårdens infrastruktur

NHS England och NHS Improvement är sedan april 2019 en och samma organisation, NHSE&I. Organisationen svarar för cirka 90 procent av all hälso- och sjukvård i England. Den bakomliggande idén med sammanslagningen var att eftersom vården behöver utvecklas och integreras, behöver även den övergripande stödstrukturen förändras, det vill säga NHS.

Utgångspunkten är att den nya organisationen ska stödja genomförandet av NHS Long Term Plan, en 10-årsplan som syftar till att bygga ut och integrera den nära vården, effektivisera och utnyttja potentialen i ny teknologi och stärka det förebyggande arbetet (NHS Improvement, 2019).

Regeringen ansvarar för att NHSE&I håller budget, både den löpande budgeten och kapitalinvesteringsbudgeten. Under NHSE&I sorterar de olika NHS stiftelserna (NHS Trusts) vilka är dem som organiserar och utför hälso- och sjukvård.

NHSE&I kapitalinvesteringsbudget avser investeringar i nya byggnader, medicintekniska produkter och annan utrustning samt upprustning och ersättning av desamma. Den avser med andra ord både underhåll av befintliga tillgångar och utveckling av infrastruktur som stödjer nya vårdmodeller. Kapitalinvesteringsbudgeten ses som avgörande för att uppnå de förändringar som behövs för en långsiktigt hållbar vård (NAO, 2020).

NHS-stiftelserna presenterar sina kapitalinvesteringsbehov i investeringsplaner som sedan lämnas in och bearbetas av NHSE&I. Det finns nationella riktlinjer för investeringsplanernas innehåll. Generellt sett ska de ska ligga i linje med lokala investeringsinitiativ samt strategiska planer på nationell och lokal nivå.

9.6.2 En strategisk kapitalinvesteringsplan för sjukhusinvesteringar

För att ambitionerna i NHS Long Term Plan ska kunna realiseras har en separat strategisk plan för kapitalinvesteringar i sjukhus tagits fram av regeringen (Department of Health and Social Care, 2019). Planen är uppbyggd på femårs-rullande scheman och innehåller öronmärkt kapital för att:

- Bygga nya sjukhus.
- Modernisera primärvårdens byggnader.
- Förbättra psykiatrins lokaler.
- Investera i nya diagnostiska metoder och i ny teknologi.
- Bidra till att ta bort patientsäkerhetsrisker i nuvarande byggnader.

Planen innehåller också förslag till ett enklare tillvägagångssätt för att godkänna och styra investeringar i sjukhus. Den tidigare godkännandeprocessen bedömdes allt för byråkratisk, vilket lett till att det varit svårt att få igenom projekt som faktiskt levererar värde för patienter. Den hade också saknat den långsiktighet som krävs för stora projekt som löper över många år.

Som bakgrund till planen anges också att Englands sjukhusinfrastruktur bedöms vara ålderstigen och det har konstaterats vara ett stort gap (1,7 miljarder GBP) mellan behov av kapitalinvesteringar som presenterats av NHS-stiftelserna och de tilldelade medlen från regeringen. Man har också, bland annat av kostnadsskäl, upphört med att finansiera sjukhusbyggen med så kallade OPS-lösningar (PFI och PF2) vilket medför ett större statligt åtagande för investeringarna (se till exempel SOU 2020:15). Vidare konstaterades att det varit oklart huruvida investeringarna legat i linje med lokala och nationella prio-

riteringar, patienternas behov och vilka finansieringskällor som kan användas.

NHS såg därför behov av att lyfta upp bedömningen av dessa typer av investeringar på systemnivå i stället för att utgå ifrån de enskilda utförarnas behov. Investeringarna ska därmed ta hänsyn till den långsiktiga planen (NHS Long Term Plan) där målet om ett integrerat vårdsystem ska implementeras i England senast april 2021. Strategins vision är en infrastruktur som:

- Ligger i linje med NHS vision för vård och social omsorg (som definieras i NHS långsiktiga plan) och nya vårdmodeller.
- Säkerställer att lokala strategiska investeringsplaner också reflekterar de förändrade vårdmodellerna.
- Ligger i linje med nuvarande och framtida kliniska tjänstestrategier.
- Proaktivt agerar för att underhålla tillgångar och reducerar den eftersatta upprustningen.
- Byter ut det som inte kostnadseffektivt kan underhållas och gör sig av med det som inte längre behövs, maximerar användningen av intäkter som kan återinvesteras i nya byggnader, nya tjänster, ökar ekonomisk tillväxt och skapar nya hem.
- Omgärdas av korrekt och jämförbar information om bland annat kostnader för tillgångarna och som stödjer beslutsfattande.
- Använder experter där det behövs samtidigt som egen kapacitet byggs upp för att öka effektiviteten och förbättra informationen.

Utöver detta innehåller den strategiska planen särskilda målsättningar för att de tekniska investeringarna i informationsteknologi är en del av infrastrukturen. Digitaliseringen ska även här användas för att åstadkomma en bättre, mer integrerad, transformerad och effektiv vård och social omsorg.

Strategin beskriver också en förenklad och mer enhetlig godkännandeprocess. Den innehåller två delar där den första handlar om att ge mer stöd i processen att utforma underlagen för projekten. Stödet innebär att mer resurser kan användas för detta steg, att ett utbildningspaket tas fram och att en särskild stödfunktion bildas. Den andra delen av strategin handlar om en förkortad ansökningsprocess där regeringen (Departement of Health and Social Care) och NHSE&I

ger förtur till särskilt komplexa och politiskt prioriterade ärenden. Department of Health and Social Care och NHSE&I har även bildat en investeringskommitté för att minska antalet godkännandenivåer.

Inom strategin ligger sex stora sjukhusprojekt som ska vara klara till 2025 och 21 projekt som blivit godkända för att utveckla sina investeringsplaner, med målet att vara klara mellan år 2025 och 2030. Totalt handlar det om mer än 40 sjukhusbyggnadsprojekt (NHS, 2019).

9.7 Nederländerna

Det nederländska hälso- och sjukvårdssystemet skiljer sig från de nordiska ländernas, och England såtillvida att det inte primärt finansieras via skattemedel utan att det organiseras i ett försäkringssystem där staten, arbetsgivarna och arbetstagarna bidrar. Merparten av sjukvården utförs av ideella icke vinstdrivande organisationer (Vårdanalys, 2014b).

Den nederländska regeringen är ansvarig för reglering, tillsyn och för styrningen av hälso- och sjukvårdsystemet, som består av tre delar: (1) konkurrensutsatta hälsoförsäkringar, (2) ett enhetligt hälso- och sjukvårdsförsäkringssystem för långtidsvård och (3) lokalt skattefinansierad social omsorg.

Den första delen innehåller en försäkringsmarknad där medborgare är skyldiga att teckna en hälso- och sjukvårdsförsäkring som täcker primärvård, specialiserad vård, läkemedel, medicinska hjälpmedel, psykiatrisk vård, viss rehabilitering och primärprevention samt olika sjuksköterskeinsatser. Medborgarna väljer både försäkringsbolag och vårdgivare. Försäkringsbolagen måste acceptera alla försäkringstagare. Tanken är att försäkringsbolagen ska konkurrera med kvalitet och pris.

Sjukvårdsförsäkringssystemet för långtidsvård omfattar omsorg om personer med psykisk ohälsa och boende på sjukhem. Systemet omfattar hela befolkningen och finansieringen till vårdgivarna kommer från en och samma statliga källa. Utförare blir det regionalt dominanta försäkringsbolaget för hälso- och sjukvårdsförsäkringar.

Den lokalt skattefinansierade omsorgen utförs av kommunerna. Omsorgen omfattar särskilt boende, hemtjänst och dagliga aktiviteter (OECD, 2019e).

9.7.1 Från centralstyrning till marknadsstyrning av investeringsprojekt

Sedan 2008 har ansvaret för sjukhusbyggnader förts över till sjukhusadministratörerna själva som nu helt står för infrastrukturen. Detta var en del i den avreglering som det nederländska sjukhussystemet genomgått.

Innan dess fanns det en särskild lag som reglerade sjukhusinvesteringar (Wet Ziekenhuis Voorzieningen). Regeringsbeslut krävdes för att göra bygginvesteringar eller för att expandera sjukvårdsanläggningar. Godkännanden gavs endast till de projekt som inte översteg ett förutbestämt mått på produktionsvolym i form av vårdplatser vid specialistvårdskliniker. Investeringsbesluten var även tvungna att hålla sig inom ramen för den årliga investeringsbudgeten (Zwart, 2014).

I en forskningsartikel beskrivs hur denna förändring lett till att risken på lån för investeringar i sjukhus ökat då staten inte längre står som garant för finansieringen. Det har i sin tur lett till att det är svårare att få finansiering från banker och att sjukhusen i stället får ingå samarbeten med privata investeringsbolag (Zwart m.fl., 2010).

9.8 Sammanfattande iakttagelser

En internationell utblick ger en bild av hur andra länder hittar lösningar på likartade problem som i det egna landet. Funna lösningar kan dock vara svåra att införa utan justeringar eftersom systemen och ländernas problem, om än liknande, i regel inte är helt jämförbara eller överförbara. Trots det kan en del liknande fenomen identifieras i de länder utredningen studerat och nedan ges en beskrivning av dessa.

9.8.1 Sedan länge identifierat problem i många länder

De europeiska initiativ som beskrivs inledningsvis, såsom nätverket EuHPN och den kunskapsöversikt som nätverket i samarbete med European Observatory on Health Systems and Policies tagit fram, visar att flera länder har identifierat att investeringar i sjukhus är ett stort och svårt åtagande. De länder som ingår i redovisningen i det här kapitlet har samtliga någon form av samlat system för att hantera sjukhusinvesteringar. En del länder har särskilda lagar som reglerar

delar av investeringarna, exempelvis Finland och Norge. Regleringen omfattar både dimensioneringen och lokaliseringen av sjukhus och ska även säkerställa att byggnaderna är rätt utformade för det vårdinnehåll som förväntas. Endast Nederländerna har gått i en motsatt riktning och decentraliserat investeringsbesluten i anslutning till införandet av försäkringsmarknader för sjukvården, men även där hade man en central beslutsprocess innan dess.

9.8.2 Behov av nationell överblick och planering

I nästan samtliga studerade länder finns nationella system för att godkänna och styra investeringsprojekten som kopplar till strategiska planer för vårdens utveckling. I England har man två planer, en för vårdens utveckling och till den, en särskild strategisk plan för kapitalinvesteringarna i sjukvård.

I länderna finns också exempel på planering med utgångspunkt i befolkningsunderlaget. I Norge sätts till exempel anslagen till hälsoföretagen i relation till befolkningsunderlaget. För att stora byggprojekt ska godkännas av regeringen ska man visa att det ligger i linje med den nationella hälso- och sjukvårdsplanen. I Finland godkänns också investeringar med hänsyn till befolkningsunderlaget i relation till vilken typ av sjukhus som avses.

I Danmarks satsning har staten godkänt 16 nya sjukhus i särskild ordning samtidigt som regionerna kommit överens om gemensamma principer för styrning och uppföljning av samtliga stora byggprojekt inom hälso- och sjukvården.

Flera länder har också samlat kompetens inom området i särskilda organisationer, exempelvis Godt sykehusbyggeri i Danmark, Sykehusbygg i Norge och Landskapens lokalcentral AB i Finland.

9.8.3 Förekomst av funktioner för stöd och extern granskning vid start samt monitorering under projektets gång

I Finland, Norge, Danmark och England har man vid projektstart för vårdbyggnadsinvesteringar och i Norges fall under projektets gång någon form av oberoende eller extern granskning av projekten. Då granskas om projektet ligger i linje med strategiska planer men också ekonomiska aspekter samt riskhanteringen i projekten. Gränsen mel-

lan granskning och stöd är ibland flytande. Ett exempel på det är i Finland där det under godkännandeprocessen för dispens att bygga också förs dialog med den sökande så att sökanden kan ändra eller ta tillbaka ansökan.

Exemplen från Norge och Danmark visar att flera olika typer av kompetenser involveras i beslut om vilka kapitalinvesteringar som ska göras. I det rådgivande organet i Danmark sitter exempelvis personer med kompetens i frågor som gäller vårdarkitektur, hälsoekonomi, byggindustri och sjukvård. Norges stödorganisation Sykehusbygg har i uppdrag att samla kompetens inom området och stötta hälsoföretagen. I England föreslås det finnas en särskild stödfunktion vid utformandet av Business Cases, och innan dess hjälpte NHS Improvement till med design av byggprojekten.

10 Analys och överväganden

10.1 Hälso- och sjukvård – ett nationellt intresse

Målet för den svenska hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen [2017:30], HSL). Ambitionerna är höga och i internationella jämförelser visar svensk hälso- och sjukvård goda medicinska resultat. Sverige faller sämre ut i internationella jämförelser gällande kontinuitet, samverkan, väntetider och personcentrering. Samtidigt står hälso- och sjukvården inför stora utmaningar. Befolkningsutvecklingen tillsammans med den tekniska utvecklingen och nya arbetsmetoder leder till förändrat resursbehov inom hälso- och sjukvården. Stora delar av den svenska vårdinfrastrukturen, framför allt sjukhusen, byggdes under 1960- och 1970-talen. Byggnadernas tekniska livslängd medför att stora byggnadsinvesteringar nu genomförs och planeras i regionerna.

Nya behandlingsmetoder skapar möjligheter men förutsätter förändringar. Utvecklingen innebär ökade möjligheter att behandla nya patientgrupper och att ge patienter tillgång till mer effektiv behandling där allt fler botas. När fler tillstånd kan behandlas ökar trycket på sjukvården samtidigt som utvecklingen också innebär att patientens genomsnittliga tid på sjukhus kunnat förkortas.

Utvecklingen av behandlingsmetoder och arbetssätt innebär dels ökad specialisering och att en mer individuellt anpassad vård kan ges, dels att det skapas möjligheter att erbjuda patienter vård i andra delar av vårdkedjan än på sjukhusen. Utvecklingen är en drivkraft för nivåstrukturering av vården där framför allt delar av den högspecialiserade vården koncentreras. Samtidigt lyfts behovet av att stärka primärvårdens roll genom utveckling av den nära vården. Arbete med nivåstrukturering sker på såväl nationell som regional nivå.

Samhällskostnaden för ohälsa är mycket hög. Den är emellertid inte helt lätt att beräkna. Förutom den direkta kostnaden för hälso-

och sjukvården ska andra kostnader till följd av sjukdom som till exempel faller på kommunerna, patienter och anhöriga samt produktionsbortfallet i ekonomin inkluderas. Gralén m.fl. (2019) har för år 2017 beräknat den totala kostnaden för sjukdom i Sverige till 872 miljarder kronor, motsvarande 18 procent av BNP. Denna beräkning är dock en underskattning då den inte tar hänsyn till kostnader för patienter och anhöriga. Ramsberg och Ekelund (2011) beräknade för år 2005 kostnaden till 823 miljarder kronor, motsvarande 25 procent av BNP. Om vi utifrån dessa beräkningar uppskattar att kostnaderna för ohälsa i Sverige motsvarar ungefär en fjärdedel av BNP skulle kostnaden för 2019 vara drygt 1 200 miljarder kronor.

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet präglas av sin decentraliserade struktur där 21 regioner och 290 kommuner har ansvar för utförandet av hälso- och sjukvården. Staten har ett övergripande ansvar, som inbegriper normering och styrning genom till exempel tillsyn, kunskapsstöd och ekonomiska bidrag. Staten är vidare huvudman för verksamheter som är nära sammankopplade med hälso- och sjukvården, bland annat utbildning och forskning. Verksamhetsförlagd utbildning och klinisk forskning är exempel på insatser som förutsätter genomförande i hälso- och sjukvården. Den sammantagna bilden är att styrningen av hälso- och sjukvården är komplex. Utredningen Effektiv vård (SOU 2016:2) konstaterade att det saknas väsentlig samordning av styrningen av vården och att detta medför ineffektivitet. En iakttagelse som är giltig även för de frågor denna utredning har att undersöka.

För att uppnå målen för hälso- och sjukvården krävs att flera faktorer samverkar. Dels är hälso- och sjukvårdens möjligheter att påverka hälsan i befolkningen begränsad då människors hälsa beror på många andra faktorer som ligger utanför vårdens möjligheter att påverka. Insatser för att förebygga ohälsa och främja hälsa kan ha stor betydelse för kostnaderna i vården och hur resurser kan användas. Dels är hälso- och sjukvårdens funktionssätt beroende av att flera utmaningar kan mötas.

Erfarenheterna från covid-19-pandemin visar att beredskapen för kriser i hälso- och sjukvården behöver förbättras. Ett annat exempel är den demografiska utvecklingen som kan förväntas öka trycket på vården samtidigt som den ytterligare förstärker utmaningen att klara kompetensförsörjningen. Detta kräver att utbildningen av olika personalkategorier kan anpassas till behovet av vård, vilket i sin tur förut-

sätter tillgång till utbildningsplatser såväl på lärosätena som ute i hälso- och sjukvården. Dessa exempel belyser vikten av att beslut om systempåverkande förändringar i vården tar hänsyn till påverkan på hälso- och sjukvårdssystemet i stort.

Sammantaget kan konstateras att hälso- och sjukvården har en central ställning i samhället, vilket kommer till uttryck i ett stort antal statliga åtaganden och höga ambitioner om en god vård på lika villkor till hela befolkningen. Utredningen konstaterar att detta förutsätter att nationella intressen beaktas, tillsammans med regionala och lokala intressen. Vårdens infrastruktur i form av lokaler, utrustning och digitala strukturer sätter ramar för vårdverksamheten och påverkar hur det övergripande målet i lagstiftningen kan uppnås. Som anges i utredningens direktiv är det viktigt att de strategiska beslut som fattas av hälso- och sjukvårdens huvudmän förutom de regionala behoven även svarar mot de nationella behoven.

10.2 Representanter för patienter och professioner efterfrågar tydligare nationell styrning

Utredningen har mottagit yttranden från patientrepresentanter och professionsföreträdare för att kunna tillgodogöra sig deras perspektiv på de frågor som utredningen har till uppgift att undersöka.

Patientorganisationerna Forum Spetspatient och Nätverket mot cancer menar att regionerna inte har tillräckliga förutsättningar för att anlägga ett helhetsperspektiv vid överväganden om infrastruktursatsningar inom hälso- och sjukvård samt omsorg. De menar att förutsättningarna för samordning mellan regionerna och staten behöver förbättras och att en statlig aktör bör ha ansvaret för samordningen. Därtill framhåller patientorganisationerna att utbildningen av ny vårdpersonal har stor betydelse i besluten om strategiska investeringar i vårdinfrastruktur.

Även yrkes- och fackförbundet Vårdförbundet framför att företrädare för olika professioner i organisationen och patienter behöver medverka vid infrastrukturinvesteringar eftersom de kan förväntas påverka personalen under lång tid. På motsvarande sätt menar Fysioterapeuterna att det behövs strategiska satsningar i vårdinfrastruktur som följs av strategiska satsningar på kompetensutveckling i hela vårdkedjan.

Flertalet av de organisationer som företräder professionerna menar att den nationella samordningen är otillräcklig och att staten behöver ta ett större roll i styrningen av sjukvården. Till exempel menar Sveriges Läkarförbund att dagens förutsättningar för regionerna att anlägga ett helhetsperspektiv vid överväganden om infrastruktursatsningar inte är tillräckliga. I den mån det finns arenor för samtal mellan regioner finns det ändå inte en styrmekanism som gör att helheten tas i beaktande, menar man. Kommunal menar att staten bör ta en samordnande roll när det gäller framtiden investeringar i hälso- och sjukvård. Sjukhusläkarna instämmer i att dagens styrning är bristfällig, men konstaterar också att också staten är spretigt organiserad, med många myndigheter som är involverade i patientsäkerhetsfrågor. Sjukhusläkarna framhåller också att hälso- och sjukvården är komplex vilket innebär att styrningen på området också är komplex.

Patient- och professionsföreträdarnas yttranden bekräftar i hög utsträckning de iakttagelser som utredningen har gjort under arbetets gång. Även om organisationerna har sina egna ingångar till frågorna konstaterar utredningen att statens medverkan vid systempåverkande beslut är efterfrågad.

10.3 Det behövs tydligare reglering för hur regioner och kommuner ska beakta nationella intressen vid investeringar i vårdinfrastruktur

Den övergripande rättsliga regleringen på hälso- och sjukvårdsområdet har karaktären av ramlagstiftning vilket innebär att lagstiftningen primärt innehåller bestämmelser om mål, ansvarsförhållanden och riktlinjer för verksamheten. Inom dessa ramar har kommuner och regioner ett visst handlingsutrymme att anpassa sin verksamhet efter regionala och lokala behov och förutsättningar. Av HSL framgår att det övergripande målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska vidare vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

Samtidigt har HSL kompletterats med ett stort antal andra författningar, vilket kan tolkas som ett tecken på hälso- och sjukvårdens stora betydelse i samhället.

Regionerna ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård till de som är bosatta inom regionen. Regioner får också, i fråga om nationell högspecialiserad vård eller om regioner kommit överens om det, erbjuda hälso- och sjukvård åt den som omfattas av en annan regions ansvar. Regionerna ansvarar vidare för planeringen av hälso- och sjukvården. Den regionala planeringen av hälso- och sjukvård ska ske med utgångspunkt i befolkningens behov av vård. Uppfyllelse av målet med hälso- och sjukvården, en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, kräver därför bland annat samverkan, såväl med andra aktörer som mellan regioner.

I sin planering och utveckling av hälso- och sjukvården ska regionerna samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. I frågor om hälso- och sjukvård som berör flera regioner ska regionerna därtill samverka sinsemellan. Hur samverkan ska gå till och vad samverkan innebär i praktiken är inte närmare reglerat.

Av HSL framgår att regeringen får meddela föreskrifter om att landet ska delas in i samverkansregioner[1] för den hälso- och sjukvård som berör flera regioner. Regeringen har i hälso- och sjukvårdsförordningen beslutat hur landet är indelat i samverkansregionerna. Formerna för och innehållet i samverkan i samverkansregioner är inte reglerat. Med hänsyn till att regionerna sköter sina angelägenheter, inklusive hälso- och sjukvården, på den kommunala självstyrelsens grund innebär dessa övergripande rättsregler i HSL att formerna för och innehållet i samverkan är överlämnat till regionerna att besluta om. Regionerna behöver vid samverkan förhålla sig till kommunallagens (2017:725) regelverk som anger grunderna för kommunal och regional samverkan. Utöver den vård som regionerna ansvarar för har kommunerna enligt HSL ansvar för viss hälso- och sjukvård.

På vissa områden, exempelvis krisberedskap, finns ytterligare skyldigheter för kommuner och regioner att planera sin vårdverksamhet. Till exempel ska regionerna planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls (7 kap. 2 § 3 st. HSL). Enligt lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap är kommuner och regioner därtill skyldiga att analysera vilka extraordi-

[1] Tidigare benämnda sjukvårdsregioner.

nära händelser i fredstid som kan inträffa i kommunen respektive regionen och hur dessa händelser kan påverka den egna verksamheten. Resultatet av arbetet ska värderas och sammanställas i en risk- och sårbarhetsanalys. Bestämmelserna i lagen syftar till att kommuner och regioner ska minska sårbarheten i sin verksamhet och ha en god förmåga att hantera krissituationer i fredstid.

Befintliga regler innebär alltså en skyldighet för kommuner och regioner att planera sin verksamhet samt att samverka vid planeringen av hälso- och sjukvården samt avseende vård som berör flera regioner. Beslut som avser investeringar i vårdinfrastruktur är starkt systempåverkande och ställer höga krav på att nationella intressen beaktas. I dag saknas det dock formella strukturer för samverkan inför beslut om investeringar i vårdinfrastruktur. Utredningen konstaterar att det finns olika nätverk där regionföreträdare möts, men få eller inga av de nationella intressena är reglerade på ett sådant sätt att det finns en tydlig kontrollmekanism av efterlevnaden eller en konsekvens för det fall att efterlevnaden brister. De nationella intressena är heller inte tillräckligt väl definierade för att skapa goda planeringsförutsättningar för kommuner och regioner.

En annan befintlig samverkansform är överenskommelser mellan regeringen och SKR. Även om överenskommelser i hög utsträckning är styrande är de inte rättsligt bindande för kommuners och regioners beslutsfattande. Vidare är överenskommelserna inte föremål för en systematisk uppföljning och kontroll. Därutöver anges det inte tydligt i överenskommelserna vad som händer om överenskommelserna inte följs i tillräcklig grad.

Det nybildade rådet för kompetensförsörjning i vården är ett organ som syftar till att åstadkomma en helhetsbild och stärka förutsättningarna för beslut inom utbildningsområdet. Rådet är dock i huvudsak ett samarbets- eller samrådsorgan, vilket betyder att beslutsfattandet gällande frågorna inte är förändrat i någon del. Det finns inget uttalat om vad som händer för det fall att besluten i kommuner och regioner avseende kompetensanvändning inte harmoniserar med de nationella intressena.

Det saknas i dag en sammanhållen rättslig reglering om vilka intressen och behov, utöver befolkningens behov av vård inom den egna regionen eller kommunen, som behöver tas hänsyn till i planeringen. Det blir således en uppgift för respektive region och kommun att bedöma hur resultatet av samverkan samt vilka intressen och behov

som faktiskt får betydelse i planeringen, inklusive investeringar och andra beslut gällande vårdinfrastruktur. Staten har alltså förväntningar på att kommuner och regioner kommer att beakta nationella intressen, men den rättsliga regleringen motsvarar inte dessa förväntningar. Vilka intressen som tas i beaktande i ett beslut om en investering eller andra beslut om vårdinfrastruktur är upp till respektive kommun eller region att bestämma, vilket innebär en risk för att vissa intressen frånses. Det faktiska stödet från statens sida i mer precisa planeringsförutsättningar är också splittrat och otydligt. Det finns numera ingen statlig myndighet som har ett tydligt uppdrag att tillhandahålla den typen av mer precis vägledning eller planeringsförutsättning till regioner och kommuner.

Sammanfattningsvis saknas i dag ett system som tydliggör vilka nationella intressen och behov som ska ligga till grund för investeringar i infrastruktur för hälso- och sjukvården. I synnerhet som sådana investeringar har stor systempåverkande effekt under många års tid bedömer utredningen att avsaknaden av ett sådant system utgör en betydande risk. Utredningen menar att gapet mellan *behovet* av att ta hänsyn till nationella intressen och *regleringen* för att ta hänsyn till nationella intressen är alltför stort. Konsekvenser av bristande hänsyn till nationella intressen kan bli omfattande, i form av samhällsekonomiska kostnader och ojämlik vård, se bland annat avsnitt 10.5.5.

Inom andra sektorer, exempelvis naturvård, totalförsvar och kulturmiljövård, finns sedan länge lagstiftning om riksintressen. Det är ett etablerat sätt för staten att säkerställa att vissa riksintressen beaktas i faktiska beslut som fattas av kommuner (eller regioner). Regleringen av riksintressen har mekanismer för kontroll och konsekvenser, för det fall att staten bedömer att de kommunala besluten inte tagit tillräcklig hänsyn till riksintresset i fråga. Även om det finns olikheter mellan sektorer och utmaningar i tillämpningen av riksintressereglerna, så bedömer utredningen att den principiella utformningen kan överföras till de frågor som utredningen har att besvara.

I det följande fokuseras resonemangen på regionernas och kommunernas beslut om vårdinfrastruktur. I princip kan motsvarande analys göras för regionernas eller kommunernas beslutsfattande gällande andra beslut på hälso- och sjukvårdsområdet som har tydliga behov av nationell koordinering.

10.4 Investeringar i vårdinfrastruktur

Utredningen har i uppdrag att kartlägga och analysera investeringar i sjukhus. En hög andel av dagens vårdinfrastruktur byggdes på 1960- och 1970-talen. Många av dessa byggnader har nu nått en ålder där den tekniska livslängden gör ersättningsinvesteringar nödvändiga. Samtidigt medför utvecklingen inom hälso- och sjukvården ett förändrat behov av lokaler med om- och tillbyggnader som följd. Sammantaget innebär detta att investeringsbehoven i regionerna är stora. De senaste årens investeringar i regionerna har således varit höga. Omfattande investeringar i vårdbyggnader pågår och planeras att göras inom kommande år. Såsom beskrivs i tidigare kapitel saknas nationell koordinering av dessa investeringar.

Utredningen har i kontakter med regionerna, företrädare för patienter och professioner, statliga myndigheter och genom olika studier och rapporter kunnat identifierat ett antal olika utmaningar. Dels finns det frågor om vilka långsiktiga behov investeringarna behöver svara mot. Dels finns det frågor om genomförandet av investeringarna.

Utredningen har identifierat att många intressenter uppfattar det som oklart vilken strategisk riktning investeringarna ska stödja. Det är därmed otydligt hur dagens investeringar stödjer pågående omställningsarbete i vården, vilket även bekräftas i de två fördjupande studier som utredningen låtit genomföra, se bilaga (Winblad m.fl. samt Meijling). Utredningen har även identifierat en efterfrågan gällande tydligare vägledning från nationellt håll, som stödjer regionerna i det strategiska beslutfattandet på regional nivå.

Större byggnadsinvesteringar beskrivs som sällanhändelser i många av regionerna vilket medför utmaningar i såväl planering som genomförande. Här beskrivs ett behov av ökat erfarenhetsutbyte mellan projekt och regioner. Något som försvårar detta är de skillnader som finns mellan regionerna när det gäller organisation, processer, roller och terminologi.

10.4.1 Kostnaderna för vården ökar

Samtidigt som regionerna står inför stora investeringsbehov och det finns utmaningar i genomförandet är ekonomin ansträngd. Det kraftigt positiva resultatet i regionerna 2020 är en tillfällig effekt av statsbidrag kopplat till covid-19-pandemin i kombination med att viss

planerad vård ställts in. Under kommande år förväntas högre kostnader då denna så kallade vårdskuld ska tas om hand. Prognoser över den demografiska utvecklingen med en stigande försörjningskvot till följd av växande andel äldre i befolkningen pekar dessutom på ökade kostnader och en minskning av den relativa skattebasen i framtiden.

Hälso- och sjukvårdskostnaderna har ökat under lång tid (SKR, 2020f). Ökningstakten 2019 var 3,8 procent vilket är väsentligt lägre än den genomsnittliga årliga ökningen under perioden 2013 till 2018 som var 4,8 procent. Ökningen 2019 var störst i specialiserad somatisk vård med 4,6 procent, vilket också är väsentligt lägre än tidigare år. År 2018 var ökningen 6,5 procent och den genomsnittliga årliga ökningen 2013 till 2018 var 5,0 procent. Primärvårdens kostnader ökade med 3,6 procent under 2019 vilket även det är väsentligt lägre än genomsnittet 2013 till 2018 om 5,3 procent.

Det finns flera förklaringar till kostnadsökningen. Dels möjliggör den medicinska och tekniska utvecklingen behandling av allt fler tillstånd. Dels påverkar den växande och åldrande befolkningen totalkostnaden. Att kostnaderna för primärvården ökar är i linje med omställningen till nära vård. Kostnaderna för specialiserad somatisk vård fortsätter dock att öka i högre takt än vårdproduktionen. Enligt SKL (2019d) har produktiviteten fallit även sedan hänsyn tagits till att den vård som blir kvar inom slutenvården är mer komplicerad, som en effekt av att viss enklare vård flyttar ut till den öppna vården.

10.4.2 Investeringar i vårdinfrastruktur har stor systempåverkande effekt under lång tidsperiod

De långa tidsperspektiven i fastighetsinvesteringar och de korta perspektiven med en dynamisk utveckling av hälso- och sjukvården är en komplicerande faktor vid investeringsbeslut. I en av utredningens underlagsrapporter (Winblad m.fl., 2021) samt utredningens kontakter i övrigt har nödvändigheten av att bygga flexibelt för att ta höjd för kommande behov och en utveckling med allt mer och avancerad medicinteknisk utrustning framförts. Detta för att de lokaler som byggs eller byggs om i dag ska ge goda förutsättningar för en fortsatt utveckling av vården. Samtidigt kan konstateras att flexibilitet medför ökade kostnader (se bl.a. beskrivning av Nya Karolinska Solna, Johannesson och Smas, 2021).

Sjukhus, vårdcentraler, hälsorum och andra lokaler för vårdverksamhet utgör vissa ramar för vårdens utveckling. De lokaler där vården bedrivs kan ge förutsättningar för utveckling av vårdverksamheten och möjliggöra att ny medicinteknisk utrustning kan användas. På samma sätt finns det en risk att lokaler cementerar befintliga strukturer och hämmar utvecklingen om de inte är utformade så att nya möjligheter kan tas i anspråk.

Den totala summan av de investeringar som nu genomförs i regionerna är på en historiskt hög nivå. Den totala projektkostnaden för nu pågående och planerade investeringsprojekt i akutsjukhus inklusive universitetssjukhusen beräknas till 100 miljarder kronor. De årliga kostnaderna för investeringarna i vårdbyggnader och medicinteknisk utrustning uppgår till drygt 20 miljarder kronor.

En effekt av den höga investeringstakten är ett ökat externt finansieringsbehov i regionerna. Skuldsättningen har ökat från 55 till 73 miljarder kronor under de senaste fem åren. Utredningen har dock inte funnit något underlag som talar för att regionerna generellt sett upplever att finansieringen av investeringarna är problematisk.

Det är rimligt att anta att en ökad skuldsättning begränsar regionernas ekonomiska handlingsutrymme i framtiden. Det bör dock poängteras att skuldens fördelning mellan regionerna varierar. Det finns en handfull regioner utan externa skulder. Över 70 procent av regionernas samlade upplåning år 2019 kan hänföras till Region Stockholm. Denna andel minskar dock och antalet regioner utan externa skulder minskar till följd av att flera regioner nu genomför större investeringar i vårdinfrastruktur.

Kostnaden för investeringar i nya vårdbyggnader, utrustning och digital infrastruktur kan emellertid på lång sikt förväntas vara lägre än dess potentiella effekt på vårdverksamheten. Detta eftersom investeringarna ska stödja en verksamhet vars totalkostnad uppgår till över 500 miljarder kronor årligen varav regionerna står för 325 miljarder kronor. Utmaningen är att utforma investeringarna så att de stödjer omställningen i vården mot dels ökad koncentration av högspecialiserad vård, dels vidareutveckling och högre vårdproduktion i den nära vården så att effektivitetsvinster i form av förbättrad patientmiljö, kortare vårdtider och bättre arbetsmiljö för personalen realiseras.

Investeringar i infrastruktur för hälso- och sjukvården handlar således om stora belopp och investeringarna ska ge förutsättningar för hälso- och sjukvårdsverksamheten under många år. Med tanke på

hälso- och sjukvårdens komplexitet och det stora behovet av samverkan och samordning i olika frågor kan det uppstå betydande negativa effekter om nationella hänsyn inte tas när regionerna investerar i nya vårdbyggnader. Ytterst drabbar detta patienterna och försämrar förutsättningarna att nå målen om en god vård på lika villkor för hela befolkningen.

10.4.3 Infrastrukturens betydelse för hälso- och sjukvårdens resultat

Investeringar i vårdinfrastruktur är komplexa. De största satsningarna handlar om stora summor pengar och påverkar många människor. I kraft av deras storlek blir sådana satsningar viktiga ur andra politiska perspektiv, till exempel ur ett arbetsmarknadsperspektiv. De ska vara förenliga med ett antal regelverk både avseende vårdverksamheten och allmänna regler för byggnader. Därutöver behöver byggnaderna vara tillräckligt flexibla för att kunna stödja framtidens arbetssätt. Med ökad flexibilitet kompliceras och fördyras projekten. De långa tidsperspektiven komplicerar projekten ytterligare. Förändrade politiska mål eller teknisk utveckling kan medföra att gamla beslut behöver omprövas.

När byggnaden väl är byggd har vårdlokalernas utformning påverkan på patienterna och deras hälsa. Evidensbaserad kunskap och beprövad erfarenhet finns numera inte bara avseende vården, utan omfattar även byggnaders utformning. Kunskapen om arkitekturens betydelse som en del av en läkande miljö har etablerats internationellt under benämningen evidensbaserad design (EBD). Forskning inom området visar att byggnadens utformning kan bidra till att öka patientsäkerhet, förhindra infektionsspridning, minska tiden för behandling, minska medicinering och stress med mera (Se t.ex. Lawson, 2013 och CVA och PTS, 2011). Detta har haft stort genomslag internationellt vilket lett till att det i många länder krävs specialistkunskap inom området för att få planera och bygga sjukhus (CVA och PTS, 2011).

Exempel på forskningsresultat som visar på byggnadens betydelse för hälso- och sjukvårdens resultat är studier kring enpatientrum. Studier visar på kraftigt reducerad spridning av sjukhussjuka efter ombyggnad till exempel från intensivvård i flerbäddsrum till enkelrum (se till

exempel Walch m.fl., 2005).[2] Enpatientrum har även visat sig minska skadliga och kostsamma förflyttningar av patienter samt förbättra kommunikationen mellan personal och patienter (CVA och PTS, 2011). Andra forskningsresultat visar hur högre exponering för dagsljus kan minska upplevd smärta och intag av smärtstillande medicin (Teltsch m.fl., 2011).[3] Ett tredje exempel är att inslag av natur, exempelvis genom utblickar mot natur och grönska eller bilder och konst med naturmotiv, i studier visat sig minska upplevd smärta hos patienten (CVA och PTS, 2011). Byggnadens utformning har även visats ha effekt på behandlingstiden (Lawson och Phiri, 2013).[4]

Forskning visar att utformningen av byggnader även har betydelse för personalens effektivitet då till exempel planlösningar vid äldre vårdavdelningar innebär personalen tillbringar en stor del av sin tid (30 till 40 procent) gåendes mellan olika rum (Institute of Medicine, 2004 och Hendrich m.fl., 2008). Studierna visar att ineffektiviteten ökar trötthet och stress hos vårdpersonalen, och minskar den tillgängliga patienttiden. Därmed är byggnadernas utformning även en viktig arbetsmiljöfråga.

10.4.4 Behov av förbättrade planeringsförutsättningar och stöd i planerings- och genomförandeprocessen

Utredningen har som beskrivs i kapitel 8 identifierat två kluster av utmaningar kopplade till investeringar i vårdbyggnader. Det första rör oklara planeringsförutsättningar (behov 1); att det är svårt för huvudmännen att identifiera vilka behov investeringarna ska svara mot lokalt, regionalt och nationellt. Studien från Uppsala universitet (Winblad m.fl., 2021) visar att det är svårt för regionerna att veta i detalj hur nationella reformer till exempel utvecklingen av nära vård, påverkar vårdinfrastrukturinvesteringar. Det gäller behoven i dag och ännu mer avseende framtida behov. Detta kommer alltid att vara en utmaning givet den osäkerhet som präglar vårdens utveckling och som innebär

[2] En studie från McGill University Hospital i Montreal (Teltsch m.fl., 2011) visade att omställningen från 25-bädds intensivvårdsavdelning till enpatientrum medförde en reduktion i antal fall av C. difficile med 43 procent, MRSA med 46 procent och jästtillväxt med 51 procent.
[3] En studie fann t.ex. att patienter som genomgått kirurgi och tilldelats rum med stort insläpp av dagsljus tog 22 procent mindre smärtstillande läkemedel jämfört med liknande patienter som tilldelats rum på den skuggiga sidan av samma byggnad (Walch m.fl., 2005).
[4] Ett forskningsprojekt vid University of Sheffield finansierat av NHS fann att patienter påverkas av den arkitektoniska miljön i sjukhus och att behandlingstiden för patienter på medicinavdelning minskade med 21 procent.

att framtida behov är otydliga. Det andra klustret som utredningen har identifierat handlar om förutsättningarna för ett effektivt genomförande (behov 2).

Behov 1: förbättrade planeringsförutsättningar

Långsiktigt hållbar planering på hälso- och sjukvårdsområdet är en komplicerad process. Planeringsarbetet underlättas emellertid om förutsättningarna är tydliga.

Planering och beslut utifrån regionala intressen räcker inte till

Medan staten ansvarar för normgivning, tillsyn och viss finansiering är regioner och kommuner huvudmän för vårdverksamheten. För att svara upp mot framtidens utmaningar när det gäller vården har staten beslutat om två större reformer under senare tid: reformen om nationellt högspecialiserad vård och reformen om en god och nära vård.

Reformen av den högspecialiserade vården innebär att vissa avancerade behandlingar koncentreras till ett mindre antal platser i landet. Högspecialiserad vård kännetecknas av att den är avancerad, investeringstung och sällan förekommande.

Omställningen till en god och nära vård har beskrivits som ”ett nytt sätt att tänka” snarare än införande av en ny vårdnivå. En god och nära vård lägger större tonvikt vid annan vårdinfrastruktur än sjukhus, till exempel vårdcentraler, specialistmottagningar och mobila team.

Staten fastställer mål för hälso- och sjukvårdspolitiken, beslutar om nationella reformer för hälso- och sjukvårdens organisation och inriktning samt finansierar i viss utsträckning hälso- och sjukvården. Därutöver har staten åtaganden som påverkar möjligheten att utföra vård, både i dag och i framtiden. Utredningen har identifierat ett antal åtaganden på hälso- och sjukvårdsområdet som påverkas av och påverkar vilka infrastruktursatsningar som är ändamålsenliga. Utöver innehållet i hälso- och sjukvårdspolitiken handlar det om forskning och utbildning, kompetensförsörjning och beredskapsfrågor.

För att underlätta för regioner och kommuner att leva upp till sitt huvudmannaskap för vården bidrar staten med ekonomiska medel, dels i form av generella statsbidrag, dels i form av riktade bidrag för

att till exempel genomföra reformer eller korrigera oönskade effekter i form av långa väntetider i vården.

Beslut om investeringar behöver stödja omställningen. Därför behöver investeringar hanteras integrerat med vårdens innehåll. I takt med att vårdens innehåll ur ett strukturellt perspektiv får fler dimensioner av mellanregional och nationell karaktär behöver investeringar beakta sådana intressen, vilket det i dag saknas strukturer för.

Gapet mellan de behov och intressen som finns på en övergripande nivå och förutsättningarna för att beakta sådana behov och intressen på regional nivå är i dag alltför stort. Utvecklingen innebär att regionen som planeringsnivå inte räcker till. Detta konstateras återkommande när det gäller bland annat digital infrastruktur, jämlik vård samt högspecialiserad vård. Den nationella styrningen är trots det fortsatt svag.

Som beskrivs i detta betänkande har dessa brister påpekats i en rad utredningar det senaste decenniet. Ett mer sammanhållet system i olika former har efterfrågats och föreslagits för att öka systemeffektiviteten, men få förslag har genomförts.

Behov 2: genomförande kan underlättas genom förbättrat stöd i planerings- och genomförandeprocessen

Förbättrat stöd i planerings- och genomförandeprocessen kan svara mot det andra klustret av utmaningar som beskrivs i kapitel 8. Utredningen menar att de utmaningar och behov som tidigare har identifierats alltjämt är relevanta och även omfattar regionernas arbete med investeringar. I synnerhet gäller det iakttagelsen om att varje region själv får finna lösningar när det gäller infrastruktur, analyser, praktiska och tekniska lösningar och drift, utan andra verksamheter att ”låna” lösningar av.[5] Vid PTS Forum har det beskrivits som att ”hjulet uppfinns på flera ställen”. CVA och PTS framförde en liknande bild i en rapport avseende planeringsprocessen för vårdbyggnader redan 2011:

> Med SPRI:s nedläggning överfördes huvudansvaret för kunskapsutveckling och planering av vårdbyggnader till de enskilda landstingen. Dessa har utvecklat egna planeringsprocesser och verktyg och central samordning, ”benchmarking” och kunskapsutbyte saknas ofta. Vad som också saknas är systematisk hantering av forskningsbaserad kunskap.

[5] Se vidare SOU 2016:2.

Denna bild stämmer överens med behovet av mer processtöd och mer standardiserad vägledning som förmedlats till utredningen av regionsföreträdare, experter på vårdarkitektur och andra intressenter.

Det mest komplexa och kostsamma projektet – att bygga ett nytt sjukhus – kan vara en engångsföreteelse för såväl en politisk ledning som tjänstemän i en region. I och med att uppbyggd kunskap i dag inte tas till vara på ett systematiskt sätt och att det inte finns någon sammanhållen process för investeringar i hälso- och sjukvård uppfinns hjulet på flera ställen, om och om igen (PTS, 2016). Mot bakgrund av att flera regioner nu planerar och genomför stora investeringar, samt att det i många regioner handlar om sällanhändelser kan konsekvenserna bli stora.

Denna utmaning är inte lika beroende av en viss planeringsnivå utan relaterar mer till hur ändamålsenlig processtyrning och standardisering kan uppnås och vara till stöd i framtida investeringar. Här pekar problembilden mot att det i nuläget tycks finnas för svagt stöd och svag styrning i planerings- och genomförandeprocessen för att det ska kunna stödja arbetet på bästa sätt. Utredningen menar att detta behov i princip skulle kunna tillgodoses av regionala huvudmän i samverkan. Samtidigt konstaterar utredningen att systematisk kunskapsöverföring eller mer utvecklad samverkan inte förekommer i dag, trots att kunskapen om bristerna funnits under lång tid och att utvecklingsinitiativ tagits.

Sverige är inte ensamt om dessa utmaningar. Såsom beskrivs i den internationella utblicken (kapitel 9) finns liknande utmaningar i andra jämförbara länder. Ett exempel är Norge, där man efter flera negativa erfarenheter av stora investeringsprojekt – i form av stora kostnadsökningar, förseningar och projekt som givit en begränsad samhällsnytta – byggt upp en omfattande stödstruktur. Ett annat exempel är Finland där regeringen kan stoppa regionala projekt.

10.5 Hamnar pengarna rätt?

10.5.1 Stuprör motverkar en samhällsekonomiskt effektiv resursallokering

Kostnaderna för hälso- och sjukvården uppgick 2019 till 526 miljarder kronor. Samhällskostnaden för ohälsa är emellertid avsevärt högre till följd av kostnader för patienter och anhöriga och det pro-

duktionsbortfall i ekonomin som sjukdom medför. Som beskrivs ovan kan den totala samhällskostnaden för ohälsa baserat på tidigare beräkningar uppskattas till i storleksordningen 25 procent av BNP vilket för 2019 är drygt 1 200 miljarder kronor.

De stora summor som hälso- och sjukvården omfattar understryker behovet av ökad koordinering och hänsyn till nationella behov vid investeringar, eftersom dessa sätter ramarna för hälso- och sjukvården för lång tid framöver. Goda planeringsförutsättningar för huvudmännen för hälso- och sjukvården är viktigt för att uppnå en samhällsekonomiskt effektiv resursallokering i hälso- och sjukvården. Detta är särskilt betydelsefullt vid beslut som är systempåverkande och vars effekter påverkar förutsättningarna för hälso- och sjukvården under lång tid. Investeringar i vårdinfrastruktur är exempel på denna typ av beslut.

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet präglas av sin decentraliserade struktur där 21 regioner och 290 kommuner har ansvar för hälso- och sjukvården. Staten har ett övergripande systemansvar, vilket inkluderar normering och tillsyn, kunskapsstöd och ekonomiska bidrag. Detta skapar en komplex situation som utmanar en samhällsekonomiskt effektiv allokering av resurser i hälso- och sjukvårdssystemet.

10.5.2 Investeringar i vårdbyggnader och planering av hälso- och sjukvårdsverksamhet går inte i takt

Hälso- och sjukvården beskrivs ibland som den mest komplexa tjänsteverksamheten av alla. Den snabba förändringstakten och den pågående strukturomvandlingen tillför en dynamik som även innebär hög komplexitet på systemnivå. Investeringar, som ska stödja hälso- och sjukvården inklusive den påbörjade omställningen, kräver långa planeringshorisonter vilket innebär ytterligare utmaningar.

Investeringar i vårdbyggnader behöver planeras integrerat med inriktningen av vården för att säkerställa att investeringarna stödjer omställningen. Vikten av detta har framhållits återkommande av regionrepresentanter och andra intressenter som utredningen varit i kontakt med. Denna koppling är viktig inte minst givet vårdinfrastrukturens potential att möjliggöra eller hämma utvecklingen inom hälso- och sjukvården.

För att det ska ske integrerat krävs att investeringarna planeras på samma organisatoriska nivå som reformarbetet kring vårdens innehåll, men i dag görs det på olika nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet. Utredningen menar att gapet mellan nivåerna är alltför stort.

10.5.3 Områden där det finns nationella intressen som behöver beaktas av regioner och kommuner

En förutsättning för att framtidens hälso- och sjukvård ska kunna möta befolkningens behov och uppnå lagstiftningens övergripande mål om god vård på lika villkor för hela befolkningen är att relevanta intressen, beaktas. Det gäller inte bara regionala och lokala intressen, utan även nationella. Nedan följer en översikt av angelägna områden utifrån utredningens uppdrag, där det finns nationella intressen och förväntningar från statens sida att dessa intressen beaktas av kommuner och regioner.

Beredskap

Covid-19-pandemin har blottlagt vissa brister i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Flera har uppmärksammat behovet av tydligare statlig styrning på hälso- och sjukvårdsområdet, bland annat gällande krisberedskap.

Men beredskapsfrågorna hade redan innan pandemin fått ökad uppmärksamhet. Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap och Utredningen om civilt försvar tillsattes 2018. Den förstnämnda har hittills lämnat två delbetänkanden (SOU 2020:23 och SOU 2021:19) vari det senare lägger stor vikt vid tillgången till läkemedel och andra sjukvårdsprodukter.

Utredningen om civilt försvar (SOU 2021:25) lämnade sitt slutbetänkande under våren 2021. Utredningen föreslog att beredskapssektorn hälsa, vård om omsorg ska inrättas. Den ska enligt förslaget bestå av Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket och E-hälsomyndigheten. Därutöver föreslog man att kommuner och regioner ska rapportera till lämplig myndighet vilka förberedelser som gjorts för krissituationer. Som exempel nämner utredningen att regioner ska rapportera tidiga planer på nya akutsjukhus där beredskapsaspekter behöver beaktas tidigt i olika processer.

Covid-19-pandemin har prövat samhällets förmåga att hantera plötsliga kriser. Det är ännu för tidigt att dra säkra slutsatser om hanteringen av den, men det kan konstateras att det finns samband mellan krisberedskap och vårdinfrastrukturens utformning.

I linje med vad som framförts av utredningen om civilt försvar menar utredningen att beredskapsperspektivet behöver beaktas vid investeringar i infrastruktur för hälso- och sjukvården. I dag finns en vägledning avseende skydd och funktionssäkerhet i sjukhusbyggnader, Den robusta sjukhusbyggnaden, som utarbetas av MSB. Det har även inom ramen för SKR:s arbete med beredskapsfrågor efterfrågats motsvarande vägledningar gällande primärvårdens fastigheter och kommunernas omsorgsverksamhet. Vägledningarna utgår från att alla vårdbyggnader inte behöver ha samma robusthet. Det är respektive regions planering och organisation för krisberedskap som ligger till grund för vilken grad av robusthet som väljs.

Alla regioner ska enligt HSL ha en katastrofmedicinsk beredskapsplan som beskriver hur hälso- och sjukvården ska organiseras vid en särskild händelse. Socialstyrelsen ger ut föreskrifter på området, men det finns ingen övergripande katastrofmedicinsk beredskapsplan på nationell nivå. Det finns inte heller några krav på vilken katastrofmedicinsk kapacitet som regionerna behöver bygga upp. Erfarenheterna från covid-19-pandemin visar på behovet av att under längre tid kunna öka kapaciteten i vården och på begränsningar i befintliga vårdbyggnader. Under pandemin ökades antalet IVA-platser dels inom ramen för befintliga vårdbyggnader, dels genom att Försvarsmakten bistod i uppbyggnaden av två fältsjukhus. Så vitt utredningen erfar är en erfarenhet av detta att flexibla lokaler som ger möjlighet att växla upp hälso- och sjukvårdsverksamheten en framgångsfaktor. Det ger möjlighet till resurseffektiv användning. Tillgång till personal är ofta en kritisk faktor som blir än mer kritisk om den är utspridd i flera olika lokaler.

Avsaknaden av samordnad nationell planering innebär att regionerna själva, utan närmare vägledning från staten, avgör vilken robusthet i vårdbyggnader och vilken katastrofmedicinsk förmåga som byggs upp i respektive region. Det resulterar i att förmågan i kris varierar mellan regionerna. Detta trots att intresset för att bygga upp kapaciteten för sådana situationer är stort. Utredningens bedömning är att det behövs mer av nationell samsyn och planering på dessa områden. Vidare behöver denna planering integreras med ordinarie planering

för hälso- och sjukvårdens kapacitet så att beredskapsbehoven kan förenas med andra intressen som följer av målsättningarna för hälso- och sjukvården i termer av till exempel nära vård och arkitektonisk utformning för läkande miljöer.

Kompetensförsörjning

Kompetensförsörjningen är en av vårdens stora utmaningar. Det råder brist på utbildad personal inom flera vårdyrken i dag och bedömningen är att det fram till 2035 fortsatt kommer att vara brist eller stor brist.

Den demografiska utvecklingen med en relativt större andel äldre innebär allt annat lika att en allt större andel av arbetskraften behöver arbeta i vården. För att undvika en ohållbar arbetssituation för personalen behöver de investeringar som genomförs i vårdlokaler och utrustning i största möjliga mån underlätta för vårdpersonalen att genomföra sitt uppdrag på ett effektivt sätt. Detta eftersom lokalerna påverkar personalens arbetssituation, hur många patienter vårdpersonalen kan vårda, hur väl olika arbetssätt fungerar och andra förutsättningar för vårdpersonalen att vårda patienterna. Forskning visar att byggnaders utformning har stor betydelse för personalens effektivitet. Ett exempel är att äldre vårdavdelningar ofta har planlösningar som kräver att personalen tillbringar en stor del av sin tid (30 till 40 procent) gående mellan olika rum (Institute of Medicine, 2004; Hendrich m.fl., 2008). Ineffektiviteten ökar trötthet och stress hos vårdpersonalen, minskar arbetstillfredsställelsen samt den tillgängliga patienttiden (ibid.). Därmed är byggnadernas utformning även en viktig arbetsmiljöfråga.

Kompetensförsörjningen innebär också en utmaning för förmågan att tillhandahålla patientsäker vård. Socialstyrelsen slår i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024 fast att en grundläggande förutsättning för säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kunskap och kompetens.

Kompetensförsörjningen har av vissa intressenter till utredningen lyfts fram som en viktig fråga vid planering av investeringar i vårdbyggnader. Prognoserna över den framtida bristsituationen innebär att regionerna behöver förbereda sig på en situation där relativt färre vårdpersonal kommer att behöva utföra mer vård. Den framtida vårdinfrastrukturen behöver vara anpassad till en sådan situation. I annat

fall finns det en risk att en del av de moderna vårdplatser regionerna nu investerar i av patientsäkerhetsskäl kommer att stå tomma.

Utredningen har mottagit ett gemensamt yttrande från de medicinska fakulteterna i Sverige. I yttrandet framhålls att kompetensförsörjningen är en komplex fråga som förutsätter samarbete mellan olika nivåer och huvudmän. Studenter och VFU-platser (verksamhetsförlagd utbildning) är viktiga för kompetensförsörjningen, men, menar dekanerna vid de medicinska fakulteterna, de glöms ibland bort vid ny-, om- eller tillbyggnad samt renovering av sjukhusmiljöer. Hänsyn till de behov VFU-studenter har för sin utbildning är viktigt för den långsiktiga kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården, menar dekanerna i yttrandet.

Det är utredningens bedömning att denna utveckling främst bör hanteras genom systemsyn vid vårdinfrastrukturinvesteringar där gemensamma överväganden görs kring hur en effektiv vårdinfrastruktur byggs för att skapa en uthållig, patientsäker och personaleffektiv hälso- och sjukvård.

Nationella reformer

Staten har det övergripande ansvaret för lagstiftning och annan normering på hälso- och sjukvårdsområdet. Det tar sig uttryck i hälso- och sjukvårdslagen, men också i ett stort antal författningar med mer detaljerade bestämmelser.

På senare år har nationella reformer som medför en förändrad struktur i hälso- och sjukvårdssystemet initierats. De tydligaste reformspåren är omställningen mot en god och nära vård samt ökad koncentration av högspecialiserad vård. Ett tredje reformspår är åtgärder för ökat patientfokus. Två övergripande mål med reformerna är ökad effektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet och ökad kvalitet för patienten.

Koncentration av högspecialiserad vård där patienten får avancerad behandling som bara utförs på ett fåtal platser i landet innebär inte sällan fortsatt vård på ett mindre sjukhus närmare hemmet. Trenden är även att patienternas tid på sjukhus förkortas, att allt mer avancerad sjukvård bedrivs utanför sjukhus. Utvecklingen av den nära vården där allt fler tillstånd kan behandlas närmare patienten i regional eller kommunal regi påverkar vilka behov framtidens vårdlokaler behöver möta. Utvecklingen med en större geografisk rörlighet för patien-

ter kräver en sammanhängande vårdinfrastruktur, fysisk och digital, som stödjer hela vårdförloppet.

Hälso- och sjukvårdens behov av vårdbyggnader och deras utformning kommer att påverkas av denna utveckling. Exakt *hur* behovet kommer att påverkas är emellertid svårt att fastslå med säkerhet. Denna utmaning bekräftas av CVA (2021) och i underlagsrapporterna som utredningen låtit göra (se bilagor). Vi kan utgå ifrån att denna osäkerhet kommer att bidra ytterligare till komplexiteten i att utforma nya vårdbyggnader som kan dra nytta av den framtida utvecklingen. Underlagsrapporterna visar också att huvudmännen i flera fall har försökt ta höjd för osäkerheten om vilka möjligheter som kommer att finnas i framtiden genom att bygga flexibla byggnader som kan anpassas till nya krav.

Regeringens ambitioner på life science-området är också ett uttryck för reformbehov som förutsätter nationell styrning och samordning. Precisionsmedicin skapar stora möjligheter till bättre behandlingar, och kommer, enligt en utredning från Vårdanalys, sannolikt att påverka hela vårdsystemet i framtiden. För att detta ska förverkligas krävs såväl internationell som nationell samverkan, och för Sveriges del bland annat en nationellt sammanhållen infrastruktur för hälsodata som bygger på nationella standarder. Genomförandet av precisionsmedicin förutsätter ett sammanhållet och personcentrerat system, hela vägen från den mest avancerade vården till den nära vården, oberoende av geografiska och administrativa gränser.

För att bättre kunna möta de utmaningar och ta till vara de möjligheter som utvecklingen inom vården medför kan det inte uteslutas att staten i framtiden behöver ta ett större ansvar för riktlinjer om befolkningsunderlag och placering av sjukhus, i synnerhet akutsjukhus, ungefär som man på olika sätt har gjort i våra grannländer (se kapitel 9).

Forskning och utbildning

Det finns ett ömsesidigt beroende mellan utbildning och forskning och hälso- och sjukvården. Såväl utbildning av personal med medicinsk kompetens som en stor del av den medicinska och kliniska forskningen är beroende av att vara integrerad med hälso- och sjukvården. Samtidigt är tillgången till utbildad personal en förutsättning för att hälso- och sjukvården ska klara kompetensförsörjningen och den

medicinska forskningen en förutsättning för fortsatt utveckling av hälso- och sjukvården. Till detta kommer de senaste årens medicinska utveckling till exempel inom området precisionsmedicin som innebär att sjukvården behöver tillgång till resurser inom forskningen i form av apparatur, datorkraft och kompetens för att utföra nödvändiga patientspecifika analyser vid utformningen av en behandling.

De medicinska fakulteterna har i ett yttrande till utredningen framfört att regionerna behöver samverka mer med universiteten inför stora investeringsbeslut tidigt i planeringsprocessen oavsett vilka stora investeringar som planeras samt att konsekvenserna för klinisk forskning och utbildning behöver analyseras vid beslut om investeringar i vårdinfrastruktur.

Enligt SCB:s prognoser över befolkningsutvecklingen och arbetskraftsbehoven inom hälso- och sjukvården krävs det år 2035 ytterligare 12 000 sjuksköterskor och 7 600 specialistsjuksköterskor. För att uppnå det krävs enligt Universitetskanslersämbetet att utbildningen av specialistsjuksköterskor kan ökas med 900 platser per år. Gällande läkare är behovet år 2035 ytterligare 11 000, vilket kräver att läkarutbildningen utökas med 500 platser per år om behoven ska kunna täckas med inhemskt utbildade läkare.

Dessa utbildningar förutsätter verksamhetsförlagda utbildningsplatser (VFU) i hälso- och sjukvården, se även ovan gällande kompetensförsörjning. I flera regioner är det redan i dag brist på VFU-platser. Två tredjedelar av lärosätena pekar i sina årsredovisningar ut bristen på VFU-platser som ett hinder för att expandera utbildningar där det finns behov av ytterligare arbetskraft och studentunderlag. I dialoger med lärosäten har det till utredningen framförts att det krävs planering och anpassning för VFU-platser. En grundläggande förutsättning är att patientgrupperna i vårdverksamheten är tillräckliga i utbildningshänseende. Utrymmen behöver dimensioneras med hänsyn till att studenter finns i verksamheten. Det kan gälla omklädningsrum, att mottagningsrum även har plats för studenten utöver patienten och vårdpersonalen. Andra exempel är utrymmen för handledning där aktuella fall kan diskuteras. Utöver detta krävs handledarresurser i vården. Utmaningen med VFU-platser omfattar således såväl hälso- och sjukvårdens organisation, personalfrågor som lokalfrågor.

Vid genomförande av strukturförändringar i hälso- och sjukvårdssystemet är det nödvändigt att beakta effekter på utbildning och forskning. Ett exempel som illustrerar detta är de förändringar som

genomfördes i projektet Nya Karolinska Solna (se till exempel Grafström m.fl. red. 2021). Koncentrationen av högspecialiserad vård med mindre patientgrupper påverkade förutsättningarna för utbildning av ny personal.

Digital infrastruktur

Ett stort antal intressenter utredningen har varit i kontakt med har framfört behovet av bättre digitala verktyg och system. Möjligheterna att förbättra förutsättningarna för vården tack vare digitala verktyg och system är stora och handlar till exempel om att göra vården mer tillgänglig för patienten och hantering av journaldata samt uppföljning av vårdresultat.

Digitala lösningar förväntas få effekter på behovet av vård i fysiska lokaler. Utvecklingen av digitala verktyg och system som stödjer vårdinsatser måste därför beaktas vid planering av hälso- och sjukvårdens framtida lokalbehov.

Med beaktande av pågående reformer bedömer utredningen att digitala verktyg och system som stödjer effektiv kommunikation mellan olika organisatoriska enheter i hälso- och sjukvården är en viktig förutsättning. Ett aktuellt exempel är digitala journalsystem där regioner valt olika system, och använder olika standarder och begrepp, vilket försvårar kommunikation mellan vårdgivare. Intressenter som utredningen har varit i kontakt med menar att dagens situation är otillfredsställande och att det behövs ökad nationell styrning för att ta fram en gemensam standard för att säkerställa interoperabilitet mellan system och effektiv kommunikation och interaktion mellan vårdgivare.

Digital infrastruktur påverkar hälso- och sjukvårdssystemets förmåga i såväl normalt läge som i kris. Avsaknad av gemensam standard som säkerställer att de olika digitala lösningar som valts i regionerna kan kommunicera med varandra medför problem att snabbt samla in information på nationell nivå. Ett exempel under covid-19-pandemin är att om en gemensam standard för laboratorieinformation varit implementerad i regionerna hade realtidsinformation om infektioner i covid-19 kunnat finnas tillgänglig och inrapporteringsfördröjning hade inte varit något problem.

En gemensam digital infrastruktur ger också förutsättningar att effektivt samla in hälsodata som produceras inom olika delar av vården och omsorgen. Digitaliserade hälsodata har stor potential att bidra till en säkrare vård, ökad tillgänglighet och ökad patientautonomi (se till exempel smer.se/teman/halsodata/). Det är också en förutsättning för precisionsmedicin, se ovan. Sammanhållna journaler som ger tillgång till patientdata från alla berörda vårdgivare kan påverka patientsäkerheten i positiv riktning. Analyser av data från stora mängder individer kan ha betydelse för exempelvis förebyggande insatser, diagnostik eller behandling. Denna typ av analyser bedöms få en central roll för framtida metodutveckling och kvalitetssäkring inom vården. Möjligheter skapas också för en mer individbaserad vård, där behandlingen utformas efter patientens specifika förutsättningar. En grundläggande förutsättning för denna typ av utvecklingsarbete är en gemensam digital infrastruktur för hela hälso- och sjukvården.

Relaterat till frågor om digital infrastruktur är frågor om informationssäkerhet, cybersäkerhet och digital suveränitet. Det är utmanande områden som ställer mycket höga krav på informationshanteringen på alla nivåer. Exempelvis rör det vilka aktörer som kan ges tillgång till patienters hälsodata och på vilka grunder som hälsodata får användas. Detta har bland annat diskuterats i relation till privata aktörer och privata vårdgivare med utländskt ägarskap. Utredningen går inte närmare in på dessa frågeställningar, men konstaterar att digital infrastruktur är av starkt nationellt intresse.

10.5.4 Det samhällsekonomiska perspektivet är inte tydligt

Utredningen konstaterar att det finns ett antal nationella intressen som i dag inte har någon tydligt reglerad koppling till de investeringar i vårdinfrastruktur som görs. En observation är att investeringar i regel inte varit en del av det nationella reformarbetet för framtidens hälso- och sjukvård.

I tidigare avsnitt konstateras att den regionala beslutsnivån inte räcker till när det gäller investeringar i infrastruktur för framtidens hälso- och sjukvård. Beslutsstrukturer som inte är utformade för att beakta alla relevanta perspektiv innebär att risken ökar för att investeringar i stället för att stödja den framtida vården hindrar eller hämmar effektiva metoder inom hälso- och sjukvården.

Av kapitel 5 framgår att staten fram till 1990-talet tog ett stort ansvar i fråga om nya vårdbyggnader, först i form av tillståndsprövning och senare i form av planering, stöd och styrning. Att döma av hälso- och sjukvårdslagens förarbeten har behovet av samverkan mellan staten och regionerna i fastighetsfrågor emellertid bedömts mindre betydelsefullt i takt med att investeringarna avtagit till lägre nivåer under 1980- och 90-talen.

I stället har lagstiftaren prioriterat decentralisering, där regionerna i ökad utsträckning tar ansvar för att utföra hälso- och sjukvården. Från statens sida har det tagit sig uttryck i styrning via ramlagar och mål- och resultatstyrning.

Hälso- och sjukvårdssystemets ökade komplexitet, befolkningens behov och förväntningar samt nuvarande förhållanden där insatser från samhället kommer från olika håll har emellertid blottlagt behovet av ökad systemsyn och ett helhetsperspektiv. Det gäller inte minst vid investeringar i vårdinfrastruktur som kan förutsättas vara styrande för hälso- och sjukvårdens utförande under kommande decennier.

Under utredningsarbetet har flera företrädare från såväl regioner som statliga myndigheter framfört att kopplingen mellan å ena sidan hälso- och sjukvårdsverksamheten som utförs i kommuner och regioner och, å andra sidan, statens olika ambitioner och åtaganden är för svag.

Utredningen har fört dialog med företrädare för vårdens professioner samt patientrepresentanter. I dialog med dessa organisationer har problembeskrivningen preciserats, utifrån deras respektive perspektiv. Det sammantagna intrycket är att det finns ett alltför stort gap mellan de nationella målbestämmelserna och de regionala besluten. Det orsakar ineffektivitet och bidrar till sämre förutsättningar för vårdens professioner att agera utifrån det yrkesmässiga mandatet. Ytterst drabbar sådana brister i styrkedjan patienterna.

Såsom beskrivs i detta betänkande tillämpas ofta det som Riksrevisionen benämner otraditionella styrmedel på hälso- och sjukvårdsområdet. Tidigare utredningar har framfört behovet av ökad samverkan, både mellan regionerna sinsemellan, och mellan staten och regionerna. I utredningsarbetet har det framkommit att den senare typen av samverkan, mellan staten och regionerna, är svag och ofta saknar konkretion och långsiktig hållbarhet.

10.5.5 Samhällskostnaden för bristande helhetsperspektiv är potentiellt stor

Det faktum att investeringar planeras och beslutas regionalt samt att de inte explicit behandlats inom ramen för nationella reformer som nationellt högspecialiserad vård eller god och nära vård innebär sammantaget att det är omöjligt att besvara frågan om de investeringar som nu planeras eller genomförs stödjer den pågående strukturomvandlingen av vården och om de skapar goda förutsättningar för utvecklingen av framtidens vård. Utredningen kan konstatera att utmaningarna i samband med investeringar är stora och att det i regionerna finns uttalade behov av såväl förbättrade planeringsförutsättningar som stöd för ett effektivt genomförande. Utredningens bedömning är att regionerna utifrån rådande förutsättningar försöker hantera de utmaningar som kan identifieras. I en av utredningens underlagsrapporter framhålls att det är svårt för regionerna att överblicka hur investeringar motsvarar befolkningens framtida behov av hälso- och sjukvård. Utredningen konstaterar att det saknas formella processer för att tillgodose nationella intressen i infrastruktursatsningar för framtidens hälso- och sjukvård.

Att hantera den utmaning som kompetensförsörjningen utgör kommer att vara centralt för hälso- och sjukvårdens kapacitet under kommande decennier. Som framgår ovan har byggnaderna och dess utformning visat sig ha betydelse för detta till exempel gällande vårdtider samt vårdpersonalens arbetsförhållanden och effektivitet.

Ytterst är kompetensförsörjningen en patientsäkerhetsfråga. Samhällets förmåga att möta behovet av vårdpersonal kommer att vara styrande för hur många vårdplatser som kommer att finnas. Ur detta perspektiv är det centralt att vårdbyggnadsfrågan hanteras ur ett systemperspektiv så att den nya vårdinfrastruktur som nu planeras möjliggör ökad effektivitet och en patientsäker vård. Under utredningens arbete har frågetecken uppkommit angående den regionala nivåns förmåga att säkerställa att detta sker. Konsekvenserna av en suboptimal vårdinfrastruktur riskerar att bli stora. Beslut om framtidens vårdinfrastruktur behöver därför fattas ur ett helhetsperspektiv, där samtliga relevanta samhällsintressen beaktas.

Vikten av tillgång till personal med adekvat kompetens för att säkerställa patientsäkerhet i vården framhålls av Socialstyrelsen (2020). För att få en uppfattning om vilka värden som står på spel kan vi

hämta ett exempel från kostnaderna för vårdskador. Det vill säga skador som hade kunna undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården (1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659)). Vårdskadorna minskar långsamt i sjukhusvården enligt Socialstyrelsen (2021). Andelen vårdtillfällen med vårdskada 2019 var 7,1 procent, motsvarande siffra för år 2013 var 8,7 procent. Vårdskadorna ökar den genomsnittliga behandlingstiden per vårdtillfälle med 7,1 dagar till en totalkostnad om 7 till 8 miljarder kronor för det ökade antalet vårddagar. Det finns så vitt känt för utredningen inte någon aktuell beräkning av samhällskostnaden för vårdskador, det vill säga direkta sjukvårdskostnader och indirekta kostnader för patienter och anhöriga samt produktionsbortfallet i ekonomin. För att göra en uppskattning antar vi att kostnaderna för vårdskador fördelar sig på samma sätt som totalkostnaderna för ohälsa, som diskuterats ovan i kapitlet. Det skulle innebära att samhällskostnaden kan uppskattas till i storleksordningen 18 till 20 miljarder kronor per år (relationen mellan direkta vårdkostnader och indirekta kostnader 40 procent mot 60).

Om brister i kompetensförsörjningen skulle leda till att vårdskadorna ökar igen uppstår stora kostnader i såväl vården som för samhället som helhet. Antag att vårdskadorna stiger till nivån för år 2013, det vill säga med 1,6 procentenheter. SKR (2013) beräknade kostnaden till nära 11,5 miljarder kronor för den längre vårdtid som vårdskadorna år 2013 medförde. Det innebär en uppskattad ökning av samhällskostnaden om 8 till 10 miljarder kronor per år. Det här är en grov uppskattning men det visar att små skillnader i vårdutfall får stora samhällsekonomiska konsekvenser.

Utredningens bedömning är att de potentiellt stora värden som står på spel, både mänskliga och ekonomiska, motiverar insatser för att säkerställa systemperspektiv och att alla relevanta samhällsekonomiska aspekter vägs in i beslut om investeringar i vårdinfrastruktur.

10.5.6 Det finns intressen som behöver beaktas vid investeringar i infrastruktur för hälso- och sjukvården

I avsaknad av strukturer för att säkerställa systemperspektiv inom hälso- och sjukvården har utredningen tagit intryck från lagstiftning gällande riksintressen. Begreppet ”riksintresse” som sådant definieras inte i rättskällorna (SOU 2015:99, s. 270), men konstruktionen är

inte främmande för hälso- och sjukvårdsområdet: Utredningen beskriver i tidigare kapitel hur man tidigare använt begrepp som ”rikssjukvård” och ”riksplaner” inom hälso- och sjukvårdsområdet. De befintliga riksintresseområdena förutsätts ha sådana kvaliteter att de är av intresse för hela riket och att skyddsvärdet anses vara så pass tydligt att gemene man kan förstå dess betydelse. Begreppet riksintresse understryker därför att all planering gällande infrastruktur för hälso- och sjukvården måste ske med hänsyn till intressen som är gemensamma för hela landet.

I dag kommer riksintresset främst till uttryck i regler för hushållningen med mark- och vattenområden (3 och 4 kap. miljöbalken [1998:808]). Mark- och vattenområden som har stor betydelse i ett nationellt perspektiv kan pekas ut som områden av riksintresse.

Enligt regelverket om riksintressen i miljöbalken ska Boverket samordna de olika myndigheternas arbete med underlag för tillämpningen av reglerna för riksintressen. Boverket ska även ha allmän uppsikt över hushållningen med mark- och vattenområden medan respektive länsstyrelse ska ha uppsikt över hushållningen med sådana områden inom länet.

I dagsläget är det 12 myndigheter (utöver Boverket och länsstyrelserna) som har särskilt ansvar för att bidra med uppgifter gällande riksintressen inom sina respektive arbetsfält.[6]

Riksintresseutredningen konstaterade att innan de så kallade hushållningsbestämmelserna som reglerade riksintresset på miljöområdet infördes 1987 dominerade ofta det kommunala (inbegripet det regionala) initiativet i planeringen för att tillgodose behovet av bland annat bostäder, kommunikationer och arbetsplatser. I dag möts behovet av bostäder etc. på mer marknadsmässiga grunder, vilket förstärker behovet av ett regelsystem som säkerställer att viktiga samhällsintressen tas till vara i planeringen (SOU 2015:99, s. 423).

Utredningen menar att det finns intressen som är att betraktas som riksintressen inom hälso- och sjukvården och som behöver beaktas av kommuner och regioner i beslut om vårdinfrastruktur, för att säkerställa att vårdinfrastrukturen ger förutsättningar för att uppnå

[6] Förordning (1998:896) om hushållning med mark- och vattenområden. Myndigheterna är Sametinget, Havs- och vattenmyndigheten, Naturvårdsverket, Riksantikvarieämbetet, Sveriges geologiska undersökning, Tillväxtverket, Statens energimyndighet, Strålsäkerhetsmyndigheten, Trafikverket, Post- och telestyrelsen, Försvarsmakten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

det övergripande målet i hälso- och sjukvårdslagen om god vård på lika villkor för hela befolkningen.

10.6 Hållbara investeringar för framtidens hälso- och sjukvård

10.6.1 Allmänna överväganden

Utredningens bedömning: Sjukhusinvesteringar är systempåverkande för hälso- och sjukvården och behöver tillsammans med övrig vårdinfrastruktur behandlas ur ett helhetsperspektiv. Nationella intressen som har betydelse för vårdinfrastrukturens förmåga att svara mot befolkningens behov av och förväntningar på framtidens hälso- och sjukvård behöver beaktas i beslut som påverkar vårdinfrastruktur, tillsammans med lokala och regionala intressen. Det är i dagsläget otydligt hur nationella intressen ska beaktas i dessa beslut.

Utredningens uppdrag är att genom kartläggning och analys utreda hur pågående och planerade investeringsprojekt i sjukhus förhåller sig till den pågående utvecklingen av hälso- och sjukvården på nationell nivå. 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 befolkningens behov av och förväntningar på framtidens hälso- och sjukvård ur ett nationellt perspektiv. Utredningen ska vidare analysera eventuella behov av samverkan för att bidra till den nationella utvecklingen av hälso- och sjukvårdsområdet och överväga om någon statlig aktör bör ha ett samordnande uppdrag.

I kartläggningen har utredningen lagt särskilt fokus på investeringar i sjukhus. Det är emellertid utredningens bedömning att investeringar måste sättas in i sitt sammanhang. Därvid krävs ett helhetsperspektiv på hälso- och sjukvården, och att frågor om styrning, pågående strukturomvandling och utmaningar beaktas.

Investeringar bör analyseras ur ett systemperspektiv där de olika investeringsprojekt som genomförs i regionerna ska bidra till en nationell helhet med förutsättningar för en vård på lika villkor för hela befolkningen såsom framgår av hälso- och sjukvårdslagen. Det behövs

nationell samsyn och att en rad olika intressen vägs och hanteras för att hälso- och sjukvårdens ska kunna möta befolkningens behov på kort och lång sikt. Systemperspektivet innebär vidare att fokus bör riktas mot vårdinfrastruktur i stort, inte enbart mot sjukhusen. I takt med att allt mer vård kan (och kommer att) ges utanför sjukhusen bör fler typer av byggnader beaktas, till exempel särskilda boenden för äldre. Vidare behöver byggnadernas funktion beaktas, såsom exempelvis förutsättningar för medicinteknisk utrustning och digital infrastruktur. Systemperspektivet innebär därmed att olika typer av investeringar som tillsammans utgör vårdinfrastruktur bör hanteras ur ett helhetsperspektiv.

Utredningen kan konstatera att det saknas nationell överblick över pågående investeringar i vårdinfrastruktur och hur dessa bidrar till hälso- och sjukvården som helhet. Det som kan utläsas av tillgängliga data från SCB och SKR är att regionernas investeringar är på en historiskt hög nivå och att en stor del av de investeringar som planeras och genomförs för vården omfattar sjukhusbyggnader. Avsaknaden av nationell överblick framgår av att kopplingen mellan planerade investeringar och pågående strukturomvandling av hälso- och sjukvården är svag, vilket visats såväl i utredningens analys som i andra rapporter på området (se till exempel CVA, 2021, Winblad m.fl., 2021 och Meijling, 2021).

Utredningens bedömning är att vårdinfrastrukturen, byggnader och lokaler inklusive utrustning och digital infrastruktur är systempåverkande. Infrastrukturen är dimensionerande för hälso- och sjukvårdssystemets kapacitet som helhet och påverkar förutsättningarna för den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvården. Pågående strukturomvandling i vården, såsom utveckling av den nära vården, högspecialiserad vård och digitalisering, påverkar och kommer att påverka lokalbehoven i såväl regioner som kommuner. Trots detta har lokalfrågorna kommit i skymundan. I dagsläget finns det inget svar på frågan om hur pågående sjukhusinvesteringar stödjer omställningen till nära vård och koncentrationen av högspecialiserad vård.

I den vårdinfrastruktur som uppförs i dag ska vård bedrivas under flera decennier framåt. När ett sjukhus eller en annan vårdlokal byggs påverkas således ramarna för sjukvården i regionen för lång tid framöver. Även ramarna för närliggande regioner och för riket i stort kan påverkas.

Större infrastruktursatsningar på hälso- och sjukvårdsområdet är typiskt sett sällanhändelser i alla regioner. Det finns inget som tyder på att de erfarenheter som finns och lärdomar som dras från enskilda projekt på ett systematiskt sätt kommer framtida projekt till nytta. Utredningens bedömning är att det uppstått en kunskapslucka i dessa avseenden sedan avvecklingen av statliga aktörer som Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande (NUU) och Nämnden för socialvårdens och sjukvårdens byggnader (NSB). De nätverk och stöd genom till exempel Program för Teknisk Standard (PTS) som därefter utvecklats av regionerna bedöms inte vara tillräckliga.

I det korta perspektivet är infrastrukturen given och dimensionerande för vården. Samtidigt behöver hälso- och sjukvårdssystemet kunna svara mot befolkningens behov av vård i såväl normala tider som i krissituationer. I den pågående covid-19-pandemin har detta blivit uppenbart. Ett exempel på detta är då ökning av antalet IVA-platser krävdes och användningen av IVA-platser behövde bli mer effektiv. Den ökning som nyttjats hittills klarades inom ramen för befintligt fastighetsbestånd men med hjälp av Försvarsmakten byggdes även två fältsjukhus upp.

Det ligger inte i utredningens uppdrag att utreda beredskapsfrågor. Det är emellertid utredningens bedömning att vårdinfrastrukturen är dimensionerande för förmågorna såväl i normalt läge som vid krissituationer. Tidigare utredningar på beredskapsområdet har belyst att infrastrukturen har en viktig roll och bland annat diskuterat behovet av anmälningsplikt för investeringar i akutsjukhus (SOU 2021:19). Det har också konstaterats att det krävs nationell samsyn kring katastrofmedicinsk beredskap för att motverka att oönskade skillnader i beredskapsförmåga mellan regioner (SOU 2020:23).

Det är utredningens bedömning att planering av vårdinfrastruktur måste göras med ett helhetsperspektiv och det måste stå klart hur en enskild investering bidrar till vårdinfrastrukturen och hälso- och sjukvårdens förmågor i såväl normala tider som i kris så att vård på lika villkor för hela befolkningen kan upprätthållas. I sammanhanget kan nämnas att Sverige i ett internationellt perspektiv avviker i att denna typ av beslut om vårdinfrastruktur är helt regionala. I våra nordiska grannländer har staten någon form av roll i beslut och/eller kontroll i frågor som gäller investeringar i infrastruktur för hälso- och sjukvården. Men även i Sverige har staten tidigare haft en aktiv

roll vid beslut om investeringar i vårdbyggnader, till exempel genom NSB, Spri och NUU, vilket varit styrande för utformningen av den vårdinfrastruktur som nu successivt ersätts eller förändras.

Utredningens bedömning är att det behövs ökad nationell koordination och planering på dessa områden. Vidare menar utredningen att denna planering bör integreras med planeringen för hälso- och sjukvårdens kapacitet i normala situationer så att beredskapsbehoven kan förenas med andra intressen som följer av målsättningarna för hälso- och sjukvården i termer av till exempel nära vård, digitalisering, forskning och utbildning samt arkitektonisk utformning för läkande miljöer.

Ökat helhetsperspektiv synliggör potentiella målkonflikter. Det kan till exempel gälla robusthet eller närhet kontra läkande miljöer. Ett exempel är modulbyggen som lyfts fram som ett sätt att relativt snabbt etablera lokaler för vård närmare patienter. Det har visat sig att sådana modulbyggen kan ha begränsade ljusinsläpp med negativa konsekvenser för den läkande miljön som följd. Vårdbyggnader ska även vara dimensionerade för att på ett adekvat sätt svara upp emot de behov som följer av verksamhetsförlagda utbildningsplatser vilket inte alltid beaktas när andra frågor prioriteras. Det är utredningens bedömning att den nationella samordningen av sådana intressekonflikter behöver stärkas. I de undersökningar som genomförts inom ramen för denna utredning framkommer att en sådan samordning förutsätter riktlinjer och konkretisering av olika riksintressen.

Investeringar i hälso- och sjukvården, i synnerhet stora sjukhus är ett slags megaprojekt. Kännetecknande för sådana projekt är dess komplexitet. Utredningen har under arbetets gång stött på synpunkter om att det finns för många krav och att det är för krångligt att göra investeringar i hälso- och sjukvården. Det riskerar att medföra ökad komplexitet, omfattande utredningar och svåra avvägningar. Men hälso- och sjukvården är en komplex verksamhet och livsviktig för de svårast sjuka patienterna. Det är avgörande att vårdverksamheten har tillgång till en vårdinfrastruktur som ger så goda förutsättningar som möjligt för dagens sjukvård och för framtidens hälso- och sjukvård. Det kräver att dagens lokaler är utformade för såväl normala tillstånd som kris; att den arkitektoniska utformningen bidrar i vården ur såväl patientperspektiv som arbetsmiljöperspektiv; att det finns tillräckliga utrymmen för den verksamhetsförlagda utbildningen så att vårdens långsiktiga kompetensförsörjning inte äventyras; att förut-

sättningar finns för klinisk forskning; att det finns en nationell digital infrastruktur som möjliggör effektiv kommunikation mellan olika organisatoriska delar i hälso- och sjukvårdssystemet såväl i normalt läge som vid kris. Utredningens bedömning är att det är nödvändigt att vårdinfrastrukturen svarar mot de olika krav och intressen som finns, inklusive de nationella.

Staten har åtaganden i hälso- och sjukvården genom framför allt lagstiftning, statsbidrag, tillsyn samt ett särskilt ansvar för nationell högspecialiserad vård. Staten ansvarar för forskning och utbildning, där en del av genomförandet förutsätter tillgång till klinisk verksamhet för att fullgöra forsknings- eller utbildningsverksamheten. Staten har också ansvar för frågor om beredskap i samhället, där kapacitet och hållbarhet i krissituationer är nära knutet till förekomst av vårdinfrastruktur, inklusive digital infrastruktur.

Staten och regionerna samverkar genom vad som av Riksrevisionen (2017) beskrivits som otraditionella styrmedel såsom överenskommelser mellan regeringen och SKR. Dessa överenskommelser har ingen rättsligt bindande verkan för kommuners och regioners beslutsfattande. Inte heller är överenskommelserna föremål för en systematisk uppföljning och kontroll, och det finns inte tydligt angivet vad som händer om överenskommelserna inte följs i tillräcklig grad.

Sammantaget finns det nationella intressen i hälso- och sjukvården, som ofta är vagt formulerade eller inte alls rättsligt reglerade. Staten har således förväntningar på att kommuner och regioner kommer att beakta nationella intressen, samtidigt som det inte är reglerat hur regioner och kommuner ska beakta dessa. Det faktiska stödet från staten i mer precisa planeringsförutsättningar är därtill splittrat och otydligt. Utredningen menar att gapet mellan behovet av att ta nationell hänsyn och regleringen för att ta sådan nationell hänsyn är alltför stort.

Utredningens bedömning är att det behövs nationell samordning genom ett sammanhållet system för att säkerställa att samtliga intressen som vårdens infrastruktur ska svara mot beaktas i regionala och kommunala beslut. Om nationella intressen inte beaktas i tillräcklig grad medför det negativa effekter som ytterst drabbar patienterna och möjligheterna att nå målsättningarna om god vård på lika villkor för hela befolkningen. De samhällsekonomiska kostnaderna för en bristfällig vårdinfrastruktur kan bli mycket höga. För att ge regionerna och kommunerna bättre planeringsförutsättningar och för att undvika

oönskade skillnader över landet behöver staten bistå med ökad tydlighet om vilka värden och intressen som ska beaktas.

10.6.2 Statens styrning inom hälso- och sjukvårdsområdet behöver stärkas

Utredningens bedömning: Nationella intressen och ett ökat helhetsperspektiv kan realiseras genom att staten tar ett större ansvar för hälso- och sjukvården. Överväganden gällande förstatligande av hälso- och sjukvården ligger utanför utredningens uppdrag. Utredningen konstaterar emellertid att statens styrning gällande vårdinfrastruktur behöver stärkas för att åtgärda den problembild som utredningen redovisat. Det behövs långsiktigt hållbara regler som ger tydliga planeringsförutsättningar och som har en rättsverkan på kommunala och regionala beslut om vårdinfrastruktur. Regelverket behöver precisera ansvar och befogenheter för statliga myndigheter, kommuner och regioner samt behöver vara förenat med en fungerande nationell kontrollmekanism.

Som utredningen beskriver i detta betänkande förutsätter en god vårdinfrastruktur att ett flertal nationella intressen beaktas i beslut om investeringar och andra förändringar av infrastrukturen. Om de nationella intressena inte beaktas i tillräcklig grad leder det till negativa konsekvenser för bland annat forskning och utbildning, beredskap, digital kommunikation samt genomförandet av nationella reformer såsom omställningen till nära vård och koncentration av viss högspecialiserad vård. Otillräcklig hänsyn till nationella intressen riskerar orsaka höga samhällsekonomiska kostnader och drabbar ytterst patienterna samt försämrar förutsättningarna för hälso- och sjukvården att nå målet om en god vård på lika villkor till hela befolkningen.

Under arbetets gång har utredningen mottagit synpunkter som lyfter förstatligande av hälso- och sjukvården som en lösning på detta behov. Utredningen konstaterar att det skulle vara ett sätt att omhänderta frågeställningen, men bedömer att en sådan analys inte ryms inom denna utrednings uppdrag. Samtidigt bedömer utredningen att en fortsatt användning av de styrformer som i dagsläget dominerar inte är ändamålsenligt för att lösa de brister som identifierats gällande en nationellt hållbar vårdinfrastruktur. Som beskrivs ovan är det vanligt

med styrning och samordning som bygger på överenskommelser mellan staten och SKR eller staten och regionerna. Dessa överenskommelser är ofta tillfälliga, riktade och förknippade med en bristande uppföljning (se bland annat Riksrevisionen, 2017). Regeringsuppdrag till statliga myndigheter angående stöd till regioner och samordning av vissa frågor är ett annat exempel på en styrform som inte bedöms ändamålsenlig för de nu aktuella frågorna. Utredningen bedömer att det som behövs för att åtgärda problembilden knutet till vårdinfrastruktur är långsiktigt hållbara regler som ger tydliga planeringsförutsättningar för kommuner och regioner och som har en rättsverkan på besluten om vårdinfrastruktur. Regelverket behöver precisera ansvar och befogenheter för statliga myndigheter, kommuner och regioner samt behöver vara förenat med en fungerande nationell kontrollmekanism.

10.6.3 Samverkan och samordning är viktigt men inte tillräckligt

Utredningens bedömning: Samverkan mellan kommuner och regioner sinsemellan respektive mellan kommuner, regioner och staten är viktigt och nödvändigt i dag och framöver. Krav på ökad samverkan eller ökad samordning är dock inte tillräckligt för att säkerställa att tillräcklig hänsyn tas till nationella intressen vid beslut om investeringar i vårdinfrastruktur.

Kommuner och regioner har i lagstiftning tilldelats ett stort ansvar inom hälso- och sjukvårdsområdet. I princip ansvarar kommuner och regioner för hela utförandet, inklusive planering, av hälso- och sjukvården. För att uppnå målet med hälso- och sjukvården, en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, organisera hälso- och sjukvården kostnadseffektivt och även i övrigt kunna bedriva god vård är samverkan en viktig komponent. Betydelsen av en väl fungerande samverkan mellan regioner och kommuner har uppmärksammats vid ett antal tillfällen. Till exempel framförde Ansvarskommittén (SOU 2007:10) att det är av avgörande vikt att de finner former för dialog och samverkan inom sina utvecklingsområden. Utredningen instämmer i Ansvarskommitténs värdering av ett väl fungerande sam-

råd mellan regionerna och välkomnar de initiativ för att stärka samverkan som regionsföreträdare har framfört till utredningen.

Hälso- och sjukvårdslagen innehåller regler som innebär att kommuner och regioner är skyldiga att samverka. Vad regionerna ska samverka om har dock inte preciserats. Som framgår i detta betänkande samverkar regioner i dag främst i frågor om högspecialiserad vård samt kunskapsstyrning. Därtill samverkar regioner i frågor om vårdinfrastruktur i forum såsom PTS (Program för Teknisk Standard), PTS-forum, Forum vårdbyggnad och genom att bidra till finansieringen och uppbyggnaden av Centrum för vårdens arkitektur (CVA) vid Chalmers tekniska högskola. Utredningen bedömer att det finns behov av att utveckla den befintliga samverkan.

Hälso- och sjukvårdslagen innehåller vidare krav på kommuner och regioner att i planering och utveckling av hälso- och sjukvården samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare (7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § HSL). Regioner ska också samverka med andra regioner i frågor om hälso- och sjukvård som berör flera regioner (7 kap. 8 § HSL). Utredningen konstaterar att det finns grupper där regionsföreträdare möts. Få eller inga av de nationella intressen som beskrivs i utredningen är dock reglerade på ett sådant sätt att det går att följa upp dess efterlevnad. Inte heller finns det i dag några konsekvenser för det fall att hänsyn till nationella intressen inte tas.

Att förlita sig på ökad samverkan mellan regionerna när det gäller hållbara infrastruktur för framtidens hälso- och sjukvård innebär i praktiken ingen utveckling från den situation vi befinner oss i dag. Utredningen bedömer att det inte finns stöd för att ökad samverkan skulle vara en lösning på de problem som utredningen har identifierat. Att rikta detaljerade krav på ökad samverkan mellan kommuner, regioner och andra aktörer i frågor om investeringar i vårdinfrastruktur skulle därtill kunna leda till administrativa kostnader som inte bedöms stå i proportion till den potentiella nytta sådana krav skulle medföra.

Ett annat alternativ skulle kunna vara regeringsuppdrag till en eller flera statliga myndigheter, med eller utan deltagande från regioner och kommuner, om att öka samordning och stöd gällande dessa frågor. Detta är en inte ovanlig styrform. Utredningen konstaterar dock att även denna möjlighet i dagsläget redan står till buds. Staten och regionerna har ett flertal samarbets- och samordningsarenor, däribland nationell högspecialiserad vård, digitalisering, kunskapsstyrning och

kompetensförsörjning, som på olika sätt har kopplingar till vårdinfrastruktur. Som utredningen beskrivit i detta betänkande har dessa arenor inte hittills räckt till för att hantera bristerna vad gäller beaktande av nationella intressen i beslut om vårdinfrastruktur. Utredningen bedömer att den typen av frivilliga och oreglerade strukturer inte har förutsättningar för att uppnå önskad effekt i de aktuella frågorna. Dels för att sådana strukturer vanligen är svåra att utforma med tillräcklig tydlighet om rollfördelning, ansvar och befogenheter, dels för att beslut om vårdinfrastruktur rör komplexa processer över lång tid där planeringsförutsättningarna behöver vara tydliga och konkreta och kopplade till det faktiska beslutsfattandet.

Sammantaget bedömer utredningen att ökad samverkan och samordning är positivt och nödvändigt, särskilt i frågor om planering och utveckling av vårdbyggnader och vårdlokaler, men inte tillräckligt för att tillgodose att effekter på såväl övriga delar av hälso- och sjukvården som övriga relevanta sektorer i samhället i tillräcklig utsträckning beaktas i regionala beslut. Utredningen menar emellertid att regionerna bör fortsätta att utveckla sin samverkan på de sätt som bäst passar för de olika regionerna och att dessa fora för samverkan och samordning mellan staten och regionerna fortsatt bör utvecklas.

10.6.4 Att utöka samverkansregionernas uppgifter är inte ändamålsenligt

Utredningens bedömning: Att utöka samverkansregionernas ansvar och rikta en reglering mot samverkansregionerna avseende investeringar i vårdinfrastruktur är inte ändamålsenligt och svårt att förena med den kommunala självstyrelsen samt rättsordningen i övrigt. För att utöka ansvar och befogenheter för samverkansregionerna krävs lagstiftning riktad mot regionerna, vilket bedöms svårhanterligt. Sådan reglering bedöms därtill inte uppnå önskade effekter och lösa de problem som utredningen identifierat.

För sådan vård som berör flera regioner har landet delats in i samverkansregioner. Samverkansregionernas uppgifter och indelning beskrivs i kapitel 5. Ett sätt att bidra till ökad samverkan och koordinering gällande hälso- och sjukvårdens infrastruktur kan det övervägas att utöka samverkansregionernas ansvar på detta område.

Samverkansregionerna är sparsamt reglerade i lagstiftning. Av 6 kap. 1 § 1 p. HSL framgår att regeringen får meddela föreskrifter om att landet ska delas in i samverkansregioner för den hälso- och sjukvård som berör flera regioner. Regeringen har i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) föreskrivit om en sådan indelning. 7 kap. 8 § HSL stadgar därtill att regionerna ska samverka i frågor som rör flera regioner. Staten har alltså ålagt regionerna en samverkansskyldighet och beslutat om samverkansregional indelning. Staten har däremot inte preciserat formerna för denna samverkan inom samverkansregionerna, vilket har gjort att samverkansformerna varierar.

Samverkansregioner har alltså etablerats i lagstiftning men det saknas en reglering av deras uppgifter och juridiska status. Staten har skapat indelningen och ålagt regionerna en samverkansskyldighet men överlåtit till dem att själva bestämma om samverkansformerna och det närmare innehållet i samverkan. En konsekvens av detta är att det i dagsläget är svårt att rikta föreskrifter direkt mot samverkansregionerna då dessa inte är juridiska personer (bortsett från den samverkansregion som valt att skapa ett kommunalförbund).

Ett möjligt alternativ skulle vara att införa lagstiftning som stadgar en skyldighet för regionerna att ingå kommunalförbund inom ramen för respektive samverkansregion samt att förtydliga samverkansregionernas uppgifter. En liknande reglering finns i 2 kap. 2 § andra stycket lagen (2010:1065) om kollektivtrafik där det stadgas att det i de län där kommunerna och regionerna har ett gemensamt ansvar för kollektivtrafiken ska den regionala trafikmyndigheten organiseras som ett kommunalförbund. I tredje stycket framgår dock att det finns en möjlighet att i stället organisera myndigheten som en gemensam nämnd. Av 2 kap. 4 § framgår vidare att regeringen har mandat att bestämma om bland annat förbundsordningen om parterna inte kan komma överens. För att föreskrifter gentemot samverkansregionernas kommunalförbund ska ha någon effekt måste lagstiftningen även ålägga regionerna att överföra vissa uppgifter och beslutsmandat till samverkansregionens kommunalförbund.

Det finns dock en rad svårigheter med en sådan reglering. Ett problem är att det finns en risk att ytterligare en besluts- och organisationsnivå i vården kan göra ansvarsutkrävande mer komplicerat då systemet blir mer komplext. En sådan ordning riskerar att låsa fast regionerna i komplicerade beslutsstrukturer. En sådan reglering skulle också sakna tillräcklig flexibilitet för att ta hand om regionala förut-

sättningar på ett tillräckligt bra sätt. Därtill leder svårigheterna med att införa en sådan reglering till att det är svårt att avgöra om det skulle lösa de utmaningar och problem som utredningen identifierat. En vinst med förslaget skulle vara att kunskapsöverföringen mellan regioner skulle kunna förstärkas. Inget hindrar dock att sådan samverkan sker redan i dag. Ett krav på ökad samverkan i samverkansregioner skulle inte heller säkerställa att de nationella hänsyn som utredningen identifierat skulle tas om hand. Därtill riskerar de administrativa kostnaderna att öka.

Att kräva en specifik organisationsform inom samverkansregionerna samt ålägga regioner att överlåta visst ansvar till samverkansregionerna bedöms vara en allt för långtgående inskränkning i den kommunala självstyrelsen som utredningen inte bedömer kan motiveras mot bakgrund av de behov som identifierats. Sammantaget bedömer utredningen att det i nuläget inte är ändamålsenligt att utöka samverkansregionernas ansvar avseende investeringar i vårdinfrastruktur.

10.6.5 Samrådsplikt mellan stat och region är ineffektivt

Utredningens bedömning: En samrådsplikt mellan regioner respektive kommuner och staten skulle kunna leda till förbättrad koordination och ett ökat kunskapsutbyte med positiva effekter som följd. Mot bakgrund av den risk för ökade administrativa kostnader kombinerat med frågetecken kring effektiviteten med en samrådsplikt, bedömer utredningen att en sådan samrådsplikt inte är ändamålsenligt för att säkerställa att tillräcklig hänsyn tas till nationella intressen i regionala och kommunala beslut om investeringar i vårdinfrastruktur.

Utredningen har identifierat ett behov av nationell styrning för att säkerställa en ändamålsenlig utveckling av vårdinfrastrukturen, inte minst i ljuset av pågående strukturomvandlingar inom vården. Ökat statligt engagemang är en förutsättning för att nationella intressen ska tillgodoses vid vårdinfrastrukturens utbyggnad. Tidigare i detta kapitel beskrivs några sådana nationella intressen, riksintressen. Regionernas primära uppgift är att ta till vara den egna regionens intressen medan staten har ett övergripande nationellt perspektiv. Motsvarande princip gäller för kommunerna. Denna grundläggande skillnad i per-

spektiv talar för att staten bör ha en ledande roll i att skapa mer av nationell samordning. Med hänsyn till den kommunala självstyrelsen bör statens roll inte vara större än nödvändigt för att uppnå de eftersträvade målen. Ett möjligt sätt att förstärka den nationella samordningen skulle vara att reglera en samrådsskyldighet för regionerna och staten avseende investeringar i vårdinfrastruktur.

En sådan ordning skulle kunna utformas så att ett obligatoriskt samråd mellan regioner och staten ska ske inför större investeringar i vårdinfrastruktur. Samrådet skulle utgöra en möjlighet för staten och regionerna att samråda i fråga om vad de pågående strukturomvandlingarna inom vården bör få för konsekvenser för vårdinfrastrukturens utveckling. Gemensamma utmaningar skulle kunna lösas tillsammans och vissa frågor gällande bristande kunskapsöverföring skulle kunna överbryggas. Samrådet skulle i princip kunna gälla även kommuner vid liknande beslut.

Även om regionerna och kommunerna under sådana omständigheter skulle behålla full beslutskompetens och ta fullt ansvar för sina investeringar, skulle de behöva samråda med staten. En samrådsplikt skulle sannolikt i praktiken påminna om den sortens tillståndsprövning som fanns under 1900-talet (se kapitel 5). Det finns vissa fördelar med en sådan ordning. Processen är tydlig och transparent, vilket inte är oväsentligt med tanke på beslutens betydelse. Systemet med tillståndsplikt tycks också har tvingat fram den sortens frivilliga samråd och hänsyn till nationella intressen som utredningen har att utreda, vilket talar för en obligatorisk samrådsskyldighet.

Samtidigt har systemet med tillståndsplikt en gång övergivits av skäl som alltjämt förefaller välgrundade. Vidare menar utredningen att de administrativa kostnaderna för en sådan ordning inte skulle stå i proportion till den eventuella nytta regleringen skulle bidra med. Därutöver är det tveksamt om de utmaningar som framkommit i utredningen skulle lösas enbart genom att införa en samrådsplikt. En samrådsplikt skulle svårligen kunna svara mot den snabba utvecklingen på hälso- och sjukvårdsområdet kombinerat med de långa tidshorisonterna i större investeringsprojekt. En samrådsplikt skulle innebära en inskränkning i den kommunala självstyrelsen som inte kan motiveras mot bakgrund i att de problem som utredningen identifierat inte bedöms lösas. Sammantaget bedömer utredningen därför att en reglering med samrådsskyldighet inte är ändamålsenlig.

10.6.6 En nationell investeringsstrategi har begränsade effekter

Utredningens bedömning: En nationell strategi för investeringar i hälso- och sjukvården skulle kunna ha positiva effekter genom att den skapar nationell överblick över investeringar i vårdinfrastruktur. Effektiviteten med en sådan strategi kan dock ifrågasättas. Arbetet med en nationell investeringsstrategi skulle kräva en omfattande administration och behöva kompletteras med ett tvingande regelverk för att få fullt genomslag. Utredningens bedömning är att detta inte är en ändamålsenlig lösning.

Utredningens kartläggning av pågående och planerade sjukhusinvesteringar visar att regionerna inom den närmsta tiden planerar och genomför betydande investeringar i vårdinfrastruktur. Utredningen visar även att det saknas en nationell koordination av investeringarna. Detta innebär dels att det saknas ett strukturerat kunskapsutbyte mellan regionerna, vilket kan leda till ineffektiva byggprocesser, dels att det finns en risk att det byggs sjukhus som inte är optimerade för framtidens vård vilket medför höga samhällsekonomiska kostnader.

Ett tänkbart förbättringsförslag är att staten utformar en nationell investeringsstrategi för hälso- och sjukvården. En sådan strategi skulle kunna bidra till tydligare struktur och samtidigt vara tillräckligt flexibel för att kunna utvecklas med tiden. Staten skulle i så fall behöva ta ett tydligare ansvar för att systemperspektiv anläggs vid investeringar i infrastruktur för hälso- och sjukvården i syfte att stödja regionerna i deras arbeta med att erbjuda befolkningen en vård på lika villkor.

Det närmaste alternativet är att staten behåller huvudmannaskapet för den nationella investeringsstrategin, men man kan också tänka sig ett delat huvudmannaskap mellan staten och regionerna. För att strategin ska få legitimitet och för att beakta alla relevanta perspektiv skulle regionerna behöva ha en stor roll i framtagandet av strategin. Även kommunerna skulle behöva inkluderas i arbetet mot bakgrund av att en växande del av vården, och därmed frågorna om vårdinfrastruktur, finns i kommunal regi.

Att skapa en sammanhållen strategi för investeringar i infrastruktur för hälso- och sjukvården är emellertid en komplex uppgift. Strategins största nackdelar är att de administrativa kostnaderna för att ta

fram en strategi bedöms vara stora samtidigt som dess effektivitet kan ifrågasättas. För att få genomslag i kommunala och regionala investeringsbeslut skulle den behöva kompletteras med ett juridiskt bindande regelverk. Enbart förekomsten av en strategi medför inga långsiktigt hållbara effekter för det faktiska beslutsfattandet. Med hänsyn till att effektiviteten kan ifrågasättas bedömer utredningen att en nationell investeringsstrategi inte på ett ändamålsenligt sätt svarar mot de identifierade behoven och utmaningarna.

10.6.7 Statligt stöd för investeringar i vårdinfrastruktur löser inte de identifierade problemen

Utredningens bedömning: Stöd till investeringar i infrastruktur för hälso- och sjukvården löser inte de problem som utredningen har identifierat.

Utredningen har övervägt införandet av ett riktat statsbidrag för investeringar i vårdinfrastruktur som villkoras med att hänsyn till nationella intressen tas. Ett sådant bidrag skulle kunna utgöra ett incitament för regionerna (och kommunerna i förekommande fall) att beakta de riksintressen som utredningen har beskrivit. Samtidigt ligger det i regionernas intresse att redan i dag beakta olika riksintressen vid investeringar i infrastruktur för hälso- och sjukvården. Införandet av ett statligt stöd innebär ingen inskränkning i den kommunala självstyrelsen då ansökningsprocessen skulle vara frivillig. Utredningens bedömning är att en sådan ordning är ett effektivt medel för att säkerställa nationellt genomslag för riksintressen i vårdinfrastrukturen. Det har inte uttalats från regionerna att det saknas medel för att genomföra investeringar. Ett investeringsbidrag innebär inte stärkt statlig styrning då bidraget är frivilligt och således inte säkerställer nationellt genomslag för nationella intressen. Statligt stöd skulle även medföra nya stora specialdestinerade statsbidrag. Utredningens bedömning är att ekonomiska förutsättningar inte är problemet när regioner investerar i infrastruktur för hälso- och sjukvården. Det skulle dessutom gå emot den allmänna inriktningen om att minska specialdestinerade statsbidrag till förmån för de generella statsbidragen (se bland annat Winblad m.fl., 2021 och SOU 2018:38). Utredningen bedömer att ett statligt stöd för investeringar i vårdinfrastruktur inte är en ändamålsenlig

lösning på den problembild som utredningen identifierar i detta betänkande. För att uppnå stärkt statlig styrning krävs att systemet är tvingande. Utredningen bedömer att om staten ska ta ekonomiskt ansvar för att finansiera framtidens vårdinfrastruktur genomförs detta mer effektivt genom statligt ägande av vårdinfrastrukturen (se kapitel 11).

11 Förslag

11.1 Fyra förslag för en nationell vårdinfrastruktur

Mot bakgrund av de överväganden som beskrivs i kapitel 10 lämnar utredningen fyra förslag som syftar till att säkerställa att nationella intressen beaktas i beslut om investeringar i vårdinfrastruktur. Förslagen behandlar ökad helhetssyn, ökad effektivitet genom gemensamma definitioner och standarder, systematisk erfarenhetsuppbyggnad samt stärkt kunskapsuppbyggnad. Utredningen föreslår:

- Stärkt statlig styrning genom definierade riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet som ska beaktas vid regionala och kommunala beslut som påverkar vårdinfrastruktur.
- Reglering av interregional samverkan i utveckling av standarder på vårdbyggnadsområdet.
- Systematisk erfarenhetsuppbyggnad och en sammanhållen fastighetsstruktur genom ett statligt ägt bolag för vårdfastigheter, eventuellt med regionalt delägande.
- Ökat statligt stöd till forskning inom området vårdinfrastruktur.

Utredningen bedömer att dessa förslag sammantaget ger förutsättningar för att utveckla en nationell vårdinfrastruktur som svarar mot behoven i framtidens hälso- och sjukvård och bidrar till målet om en god vård på lika villkor för hela befolkningen.

11.2 En reglering om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet

Utredningens förslag:

- En lag om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet införs. Regioner och kommuner ska i beslut som påverkar hälso- och sjukvårdens infrastruktur beakta riksintressena.
- Regeringen bemyndigas att besluta om på vilka områden det finns riksintressen. Ett antal statliga myndigheter utses med uppdrag att precisera riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet. Representanter för patienter och professioner ska involveras.
- Socialstyrelsen tilldelas ett samordnande ansvar för riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet.
- En tillsynsmyndighet granskar att riksintressena beaktas av regionerna och kommunerna. Om riksintressena inte beaktas i tillräcklig grad ska tillsynsmyndigheten upphäva det regionala eller kommunala beslutet eller förelägga regionen eller kommunen att vidta lämpliga åtgärder.
- En genomförandekommitté tillsätts med uppdrag att precisera de förslag och åtgärder som behövs för att regleringen ska kunna genomföras.
- Lagen träder i kraft den 1 juli 2023.

11.2.1 En lag om riksintressen i hälso- och sjukvården för genomslag i kommunala och regionala beslut

Under utredningsarbetet har behovet av förbättrade planeringsförutsättningar och ökat helhetsperspektiv gällande investeringar i vårdinfrastruktur belysts. Bakgrunden är att de enskilda regionerna som planerings- och beslutsnivå inte räcker till. Nationella behov och intressen är avgörande för att åstadkomma en långsiktigt hållbar och ändamålsenlig vårdinfrastruktur. Frågan om vårdinfrastruktur i kommunerna har inte aktualiserats i lika stor utsträckning, men i princip är utmaningarna vid kommunala investeringar i vårdinfrastruktur likartade. Mot denna bakgrund föreslår utredningen att en reglering

om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet införs. På så sätt minskas gapet mellan *behovet* av att ta hänsyn till nationella intressen och *regleringen* för att ta hänsyn till nationella intressen i kommuners och regioners beslut. Utifrån utredningens uppdrag avgränsas förslagen om riksintresse till frågor om beslut som har en stark påverkan på vårdinfrastruktur.

Vårdinfrastrukturens utformning, till exempel vårdbyggnaders placering, lokalernas utformning och arkitektoniska egenskaper samt den digitala infrastrukturen påverkar förutsättningarna för vårdverksamheten och dess utvecklingsmöjligheter. Samtliga relevanta intressen, såväl nationella som regionala och lokala, måste beaktas i regioners och kommuners beslut för att resultera i en nationell vårdinfrastruktur som ger förutsättningar för en god vård på lika villkor för hela befolkningen och som svarar mot behoven vid utvecklingen av framtidens hälso- och sjukvård.

Förslaget om en riksintressereglering på hälso- och sjukvårdsområdet bygger i korthet på att staten å ena sidan samt kommuner och regioner å andra sidan tar ansvar för att relevanta samhällsperspektiv beaktas vid beslut som påverkar vårdinfrastruktur. Staten åläggs enligt förslaget att peka ut och precisera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet som behöver beaktas av kommuner och regioner i frågor om vårdinfrastruktur. Kommuner och regioner behåller beslutanderätten men statens förväntningar och krav på kommuner och regioner blir tydligare och den statliga styrningen förstärks.

Regeringen får enligt förslaget meddela föreskrifter om riksintressen, och ange på vilka områden det finns riksintressen. Ett antal statliga myndigheter pekas ut som ansvariga riksintressemyndigheter och får i uppdrag att precisera de olika riksintressen som ska beaktas av kommuner och regioner. Socialstyrelsen får i uppgift att samordna riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet, verka för att de beaktas hos kommuner och regioner samt lämna vägledning om hur intressena bör beaktas hos kommuner och regioner. Företrädare för patienter och professioner ska involveras. En ändamålsenlig implementering av regleringen förutsätter aktiv dialog såväl mellan kommuner och regioner sinsemellan som mellan staten, regioner och kommuner. En statlig tillsynsmyndighet ska därutöver utöva tillsyn över kommuners och regioners tillämpning av riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet.

Vissa regioner planerar i dag för hur hälso- och sjukvården inom regionen bör utvecklas och tar fram strategidokument samt planer för utvecklingen, medan andra regioner saknar ett sådant arbete. På regional nivå varierar det följaktligen huruvida det finns en regionalstrategisk plan att förhålla sig till. I den utsträckning regionerna har ett eget strategiskt utvecklingsarbete är det inte alltid kopplat till nationella behov. Detta trots att en sådan koppling är betydelsefull för att säkerställa att investeringarna stödjer hälso- och sjukvårdsverksamheten. En orsak till detta är att staten inte alltid uttryckt behoven tillräckligt tydligt.

Den befintliga riksintresseregleringen, såsom den har utformats i miljöbalken (1998:808) samt näraliggande lagar och andra föreskrifter, syftar till att uppnå samma effekt som utredningens förslag, men skiljer sig i den praktiska utformningen på en del punkter från utredningens förslag. Utredningen menar dock att sättet att reglera hur nationella intressen ska tas om hand i kommunala beslut fungerar väl som modell för en reglering om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet. Förslaget innebär att kommuner och regioner fortsätter att fatta beslut om vårdinfrastruktur, men att kommuner och regioner i dessa beslut behöver beakta vissa nationella intressen. Statens förväntningar och krav på kommuner och regioner förtydligas därigenom, samtidigt som beslutanderätten ligger kvar hos kommuner och regioner. En reglering som hämtat inspiration från dagens riksintresseregelering och som pekar ut ansvarsfördelning mellan å ena sidan staten och å andra sidan kommuner och regioner bedömer utredningen därför är lämplig för att åtgärda de brister inom området vårdinfrastruktur som redovisas i detta betänkande.

Riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet skiljer sig i utredningens förslag åt från riksintressen enligt miljöbalken på så sätt att det inte är mark- och vattenområden som utgör riksintressen. Med riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet avses områden där staten har förväntningar och krav på kommuner och regioner avseende beslut som påverkar vårdinfrastruktur nationellt, se bland annat avsnitt 10.5.3. Exempel är beredskapsfrågor med koppling till infrastruktur vilket kan gälla såväl robusthet som förmåga att snabbt öka antal vårdplatser i kris, digitaliseringsfrågor såsom till exempel interoperabilitet samt förutsättningar för utbildning och forskning där vårdbyggnadernas, särskilt sjukhusens, roll är betydelsefull. Frågor som alla påverkar hälso- och sjukvårdens förmåga på lång sikt.

Förslaget innebär en ordning där kommuner och regioner planerar och fattar beslut om infrastruktur för hälso- och sjukvården, men där staten genom regeringen och olika myndigheter preciserar de riksintressen som behöver beaktas, samt att en statlig tillsynsmyndighet får i uppdrag att utöva tillsyn över hur riksintressena beaktas hos kommuner och regioner. I det fall ett riksintresse inte beaktas i tillräcklig utsträckning kan tillsynsmyndigheten komma att upphäva ett kommunalt eller regionalt beslut eller förelägga en kommun eller region att vidta de åtgärder som behövs. Tillsynsbesluten kan i sin tur överklagas. Ordningen ger huvudmännen för hälso- och sjukvården handlingsfrihet inom lagens ramar. En sådan ordning är i linje med styrningen på hälso- och sjukvårdsområdet i övrigt.

Det är framförallt regionerna som träffas av den föreslagna regleringen, då de största investeringarna i vårdinfrastruktur ännu görs av regionerna. Regelverket föreslås dock även omfatta kommuner eftersom de har en viktig och växande roll inom vården.

Utredningen föreslår att bestämmelserna om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet placeras i en ny lag. Att föra in den föreslagna regleringen i en befintlig lag, exempelvis någon av de lagar som i dag styr hälso- och sjukvården, bedöms inte vara lämpligt av lagtekniska skäl.

11.2.2 Riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet bestäms och preciseras av regeringen och statliga myndigheter

På vilka områden det ska finnas riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet bestäms enligt förslaget av regeringen genom förordning. Regeringen får i sin tur möjlighet att bemyndiga statliga myndigheter att med föreskrifter bestämma och precisera respektive riksintresse på hälso- och sjukvårdsområdet. Den föreslagna regleringen lämnar flexibilitet till regeringen och myndigheterna vilket bedöms nödvändigt av flera skäl. Att i lag definiera och precisera riksintressena skulle riskera att göra riksintressenas innehåll allt för statiskt vilket på sikt skulle kunna leda till att utvecklingen av hälso- och sjukvården hämmas. Genom att låta regeringen i förordning bestämma på vilka området det finns riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet och myndigheter att i sin tur precisera riksintressena, möjliggörs en reglering som kan följa med i utvecklingen och anpassas över tid. Därtill kan formerna för precisering av respektive riksintresse på hälso- och sjukvårds-

området variera. Vissa riksintressen kan eventuellt behöva kompletteras med ytterligare vägledning i form av allmänna råd eller riktlinjer, varför viss flexibilitet är nödvändig. Sammantaget bedömer utredningen att en lämplig ordning är att regeringen bestämmer på vilka områden det ska finnas riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet i förordning och att de myndigheter regeringen bestämmer i sin tur preciserar riksintressena genom bland annat bindande föreskrifter.

En viktig princip i utformning av riksintressen är att de ska vara generellt utformade för att styra egenskaper i vårdinfrastrukturen utan att vara hämmande för utveckling och innovation. Detta är analogt med lagstiftning på till exempel produktsäkerhetsområdet där kraven är generellt formulerade egenskaper utan krav på specifika tekniska lösningar. De standarder som finns på området och som utarbetas inom standardiseringsorganen svarar mot lagstiftningen.

Förslagets utformning innebär alltså att ramarna för riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet anges i lag, regeringen i förordningen bestämmer på vilka områden det ska finnas riksintressen och myndigheter bestämmer och preciserar respektive riksintresse. En sådan reglering bedöms vara förenlig med 8 kap. 2, 3 och 10 §§ regeringsformen. Vidare bedömer utredningen att de föreslagna reglerna är proportionerliga i förhållande till den kommunala självstyrelsen, se närmare beskrivning i avsnitt 12.1.4.

Det är viktigt att riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet preciseras så tydligt som möjligt för att möjliggöra att kommuner och regioner på ett effektivt sätt kan beakta dem i sitt beslutsfattande. I sina uppdrag att precisera riksintressena bör myndigheterna, utöver bemyndiganden att meddela föreskrifter, även ges i uppdrag att utreda bland annat hur respektive riksintresse på hälso- och sjukvårdsområdet förhåller sig till befintlig reglering och föreslå de ändringar som krävs för att riksintresset i fråga ska få genomslag. Utredningens bedömning är som utgångspunkt att förslaget kompletterar befintlig reglering på området, men beroende på hur respektive riksintresse kommer att preciseras över tid bör förhållandet till rättsordningen i övrigt beaktas vid framtida beslut.

För att möjliggöra en effektiv tillsyn över kommuners och regioners efterlevnad av riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet, behöver den nya lagens tillämpning följas upp, för att identifiera behov av ytterligare regeländringar, främst avses regler om offentlighet och sekretess. En naturlig del av myndigheternas arbete är att belysa konse-

kvenserna av preciseringen av respektive riksintresse på hälso- och sjukvårdsområdet. Skulle preciseringen av ett riksintresse på hälso- och sjukvårdsområdet innebära att kostnaderna för kommuner eller regioner ökar behöver dessa konsekvenser inklusive finansiering av dem beskrivas, se även kapitel 12.

Utredningen konstaterar att staten redan i dag har förväntningar på regionerna när det gäller vilka frågor som ska beaktas vid investeringar i infrastruktur för hälso- och sjukvården. Nationella reformer såsom omställningen till en mer nära vård respektive viss nationell högspecialiserad vård har tydliga kopplingar till vårdinfrastrukturen. Som redovisas i detta betänkande är dock inte statens förväntningar alltid precisa eller definierade och det saknas formella strukturer för att stödja genomförandet av de nationella intressena. Förslaget handlar således i hög utsträckning om att formalisera de krav och förväntningar som finns redan i dag och möjliggöra en allsidig avvägning mellan olika, potentiellt motstridiga, nationella intressen.

Utredningen bedömer att i ett första steg bör ett antal områden för riksintressen bestämmas och preciseras, se närmare beskrivning av berörda områden i avsnitt 10.5.3. Ett sådant område handlar om beredskap och katastrofmedicinsk beredskap och hur hänsyn till sådana intressen behöver tas i beslut som påverkar vårdinfrastruktur. På detta område finns i dag viss reglering som inte direkt anger hur dessa frågor ska tas om hand avseende vårdinfrastruktur. Lämpliga myndigheter för att precisera detta riksintresse kan vara Socialstyrelsen eller Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, eller de två myndigheterna i samråd. I utformningen av riksintressen på beredskapsområdet bör det särskilt övervägas om en sammanhållen nationell beredskapsplanering för såväl katastrofmedicinsk beredskap som beredskap för en kris eller krigssituation ska ligga till grund. En förutsättning för en sådan planering är också tydliga definitioner av till exempel vad som avses med och vilka förmågor ett (eller olika typer av) akutsjukhus ska kunna upprätthålla, eller till exempel definition av IVA-plats. Detta för att säkerställa nationell överblick över den totala förmågan.

Ett annat område där det finns nationella intressen som behöver beaktas vid beslut som påverkar vårdinfrastruktur handlar om kompetensförsörjning. Som beskrivs tidigare i betänkandet är kompetensförsörjningen en av vårdens stora utmaningar. Det råder i dag brist på utbildad personal inom flera vårdyrken, en brist som bedöms hålla i sig även framöver. Kompetensförsörjningsfrågor är direkt kopplade

till vårdinfrastruktur eftersom infrastrukturen påverkar vårdpersonalens förutsättningar att utföra en vård av god kvalitet. Kompetensförsörjning bör således införas som ett område för riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet.

Nationella reformer såsom omställningen till nära vård, ökad koncentration av högspecialiserad vård samt ökat patientfokus kan enligt utredningen komma till uttryck i olika behov vid utformningen av vårdinfrastruktur. Hur sådana riksintressen formuleras är beroende av vad den aktuella reformen avser. Exempel som bör övervägas är geografisk närhet och vad det betyder för vårdinfrastrukturen som helhet, till exempel gällande patientunderlag för akutsjukhusen när den nära vården ökar och mer av vården flyttar närmare patienten genom primärvård och hemsjukvård. Notera att denna typ av överväganden även bör tas hänsyn till i beredskapsplaneringen. Socialstyrelsen bedöms vara en lämplig myndighet för att precisera riksintressen inom området nationella reformer Även nya behandlingsmetoder bör kunna omfattas av riksintressen inom området utifrån behovet av nationell koordinering. Detta genom att de införs i en nationellt definierad process med en lokal och enhetlig implementering och tillsyn. Två exempel är komplicerad diagnostik som helgenomsekvensering eller beslutsstödda AI-modeller. Socialstyrelsen bedöms vara lämplig myndighet för precisering av sådana riksintressen.

På området forskning och utbildning bör införas riksintressen, som till exempel kan syfta till att säkerställa antalet VFU-platser (verksamhetsförlagd utbildning) på nationell nivå och att de investeringar som genomförs i vårdinfrastruktur svarar mot de krav som VFU ställer på lokalers utformning. VFU ställer till exempel krav på dimensionering av omklädningsrum och lunchrum, tillgång till utrymmen för handledning men även att olika typer av vårdrum är utformade så att utrymme finns för patient, vårdpersonal och student. Avseende detta riksintresseområde bedöms Socialstyrelsen, Universitetskanslersämbetet eller ett eller flera lärosäten vara lämpliga myndigheter för att precisera riksintresset. På området finns i dag bland annat ALF-avtal med staten och regionerna som part, trots detta är tillgången till VFU-platser en hämmande faktor för att klara den långsiktiga kompetensförsörjningen i vården. Gällande forskning kan riksintressen formuleras för att säkerställa att lokaler svarar mot forskningens behov av till exempel tillgång till laboratorier, arbetsrum och att digitala struk-

turer har tillräcklig förmåga för hantering och överföring av stora datamängder.

Därtill bör riksintressen kopplade till området digital infrastruktur införas. Den digitala infrastrukturen är central till exempel för användande av hälsodata vilket påverkar patientsäkerheten, möjligheter för utvärdering och utveckling av behandlingsmetoder, förutsättningar för individbaserad vård och stärkt patientautonomi. Ett riksintresse på detta område bör till exempel vara tillämpning av gemensamma standarder som säkerställer digital kommunikation och interoperabilitet inom hela hälso- och sjukvårdssystemet och möjliggöra effektivt tillgängliggörande av realtidsdata. Dagens utmaningar gällande tillgång till journaldata är välkända. Ett aktuellt exempel från covid-19-pandemin är överföring och sammanställning av laboratoriedata, där dagens fragmentiserade system har medfört att Sverige inte har tillgång till testdata i realtid. Relaterat är insamling och hantering av hälsodata. En nationell hantering av hälsodata ger förutsättningar för metodutveckling och uppföljning av vården. Samtidigt ger det förutsättningar för stärkt säkerhet och kontroll över tillgången till befolkningens hälsodata. En lämplig myndighet för precisering av riksintressen på digitaliseringsområdet vid beslut som påverkar vårdinfrastruktur är Myndigheten för digital förvaltning (DIGG).

11.2.3 Socialstyrelsen ska samordna riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet

Socialstyrelsen får i uppdrag att samordna riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet. Det innebär att Socialstyrelsen ska inhämta och sammanställa de utredningar, nationella behovsöversikter och annat planeringsunderlag som har betydelse för att hänsyn kan tas till riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet i de beslut som påverkar vårdinfrastruktur samt tillhandahålla underlagen till kommuner och regioner. Socialstyrelsen ska alltså samla arbetet med riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet.

Socialstyrelsen ska också lämna vägledning till kommuner och regioner om hur riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet bör beaktas. Sådan vägledning ska lämnas direkt till berörd kommun eller region och vara specifik på så sätt att den ska vägleda kommunen eller regionen i hur ett eller flera riksintressen bör beaktas i ett beslut. Vilka kommunala och regionala beslut som kommuner och regioner kan

inhämta vägledning om regleras inte. Avsikten är att det kan röra sig om såväl strategiska beslut om planering och övergripande utveckling av vårdinfrastrukturen som beslut om specifika investeringar i vårdinfrastruktur. Vägledning ska lämnas skriftligen på begäran från en kommun eller en region. På så sätt fungerar Socialstyrelsen som kontaktpunkt för kommuner och regioner. Om en kommun eller region är osäker på hur ett eller flera riksintressen bör beaktas ska det finnas en statlig aktör att vända sig till. Att detta ansvar inte fragmenteras, utan att statens intressen företräds av en aktör gentemot kommuner och regioner bedömer utredningen vara viktigt och stämmer väl överens med lärdomar från exempelvis hur länsstyrelserna bevakar statens intressen gentemot kommuner inom ramen för plan- och bygglagen (2010:900). Om en situation där två eller flera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet inte kan förenas i ett beslut ska Socialstyrelsen lämna vägledning om vilket intresse som bör ha företräde. Sådan vägledning är inte rättsligt bindande för kommuner och regioner. Tillsynsmyndigheten behöver dock ta hänsyn till vägledning som Socialstyrelsen lämnat (se nedan om tillsynsmyndighetens uppgifter).

11.2.4 Företrädare för patienter och professioner ska involveras

De brister gällande planering och beslutsfattande i frågor som gäller vårdinfrastruktur som redovisas i detta betänkande påverkar förutsättningarna för att nå målet om god vård på lika villkor för hela befolkningen, samt den samlade förmågan i riket att svara mot de behov hos befolkningen som framtidens hälso- och sjukvård behöver möta. Ytterst medför brister i vårdinfrastruktur negativa effekter på kvalitet och säkerhet för patienter och negativa effekter för kompetensutveckling och arbetsmiljö för yrkesutövare inom hälso- och sjukvården. De dialoger utredningen fört med representanter för patienter och professioner samt de yttranden som utredningen mottagit bekräftar vikten av bättre nationell styrning. Utredningen bedömer att patienters och professioners kunskap och perspektiv är viktiga att tillvarata i processen för riksintressen.

En utgångspunkt för utredningens analys har varit de former för samråd med medborgare som i dag finns inom ramen för samhällsplaneringen. I arbetet med översiktsplaner och detaljplaner har kommuner en formell samrådsskyldighet med kommuninvånarna som är

reglerat i plan- och bygglagen (PBL). Den formella samrådsskyldigheten enligt PBL är en del av medborgardialogen, men dialogen med medborgarna behöver påbörjas i ett tidigare skede, helst långt innan den formella planprocessen börjar (Boverket, 2021).

En utformning anpassad till hälso- och sjukvårdens område, med särskild tanke på vårdinfrastruktur, bör enligt utredningens mening ta sikte på den kunskap och erfarenhet som patienter och professioner inom hälso- och sjukvården besitter. Ett nytt riksintressesystem på hälso- och sjukvårdsområdet kommer att behöva utvecklas stegvis och företrädare för patienter och professioner bör ges möjlighet att bidra. Riksintressen för och beslut gällande vårdinfrastruktur kräver en del förförståelse och kommer sannolikt inte i alla delar att vara konkret och nära människors egen vardag. Det handlar om vilken vårdinfrastruktur som behövs för att möta långsiktiga behov i framtidens hälso- och sjukvård, vilket i sig förutsätter god systemförståelse och helhetsperspektiv på de nationella, regionala och lokala intressena som påverkar detta.

Utredningen föreslår mot denna bakgrund att den nya lagen om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet anger att företrädare för patienter och professioner ska involveras i processen med riksintressen. I lagen regleras att företrädare för patienter samt legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska ges möjlighet att delta i de statliga myndigheternas arbete med att precisera riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet. Regeringen, eller den myndighet regeringen bestämmer, bemyndigas att meddela föreskrifter om närmare föreskriva om formerna för sådan involvering och involveringen i övrigt. Detta skapar förutsättningar för regeringen att uppdra åt myndigheter att precisera formerna för involveringen och utveckla dessa över tid. Utöver patienters och professioners deltagande i de statliga myndigheternas arbete, som utredningen väljer att föreslå en lagreglering kring, är det utredningens bedömning att patienter och professioner i de utsträckning det är möjligt bör involveras även vid tillämpningen på regional och kommunal nivå. Hur patienter och professioner ska involveras på kommunal och regional nivå bedömer dock utredningen inte kräver reglering i lags form.

11.2.5 Kommuner och regioner behåller beslutanderätten men reglerna om riksintressen är tvingande

Den föreslagna regleringen innebär att kommuner och regioner behåller beslutanderätten i frågor om vårdinfrastruktur. Regleringen innebär dock att kommuner och regioner behöver beakta utpekade riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet vid beslut som påverkar vårdinfrastruktur.

Avsikten är att regleringen ska svara mot den komplexitet som omgärdar kommuners och regioners planering och beslutsfattande gällande vårdinfrastruktur och i synnerhet större investeringar.

Utredningen har övervägt olika alternativ till när riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet ska beaktas. Att exempelvis ange ett belopp i kronor avseende vilka investeringar som ska omfattas av regleringen bedöms inte ändamålsenligt mot bakgrund av att varje investeringsprojekt är komplext, sträcker sig över lång tid och omgärdas av flera överväganden och beslut. Därtill kommer att kommuner och regioner är olika stora och har olika behov av investeringar och förändringar i vårdinfrastruktur. Även beslut om mindre investeringar i vårdinfrastruktur kan få systempåverkande effekter inom och utom kommunen och regionen. Att fastslå en beloppsgräns eller på annat sätt avgränsa regleringen att omfatta endast större investeringsprojekt riskerar också, åtminstone i teorin, att skapa incitament att undvika sådana större investeringar och i stället göra flera mindre investeringar. En reglering som avgränsar när riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet ska beaktas till att endast omfatta investeringar över ett visst belopp riskerar därför att inte lösa de problem som utredningen identifierat.

Det är därtill angeläget att hänsyn till riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet blir en naturlig del i kommuner och regioners löpande planering av och beslutsfattande avseende vårdinfrastruktur. Att riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet ska beaktas vid beslut som *påverkar* vårdinfrastruktur innebär att kommunen eller regionen inför beslut som påverkar vårdinfrastrukturen också behöver beakta hur de påverkar riksintressena. Det rör således exempelvis beslut om investeringar, såsom nybyggnation eller förändringar, samt även nedläggningar. Med vårdinfrastruktur avses fastigheter, byggnader och anläggningar för hälso- och sjukvård, medicinteknisk utrustning samt digital infrastruktur. Utredningens bild är att regioner regel-

mässigt vill och försöker ta hänsyn till nationella intressen redan i dag, men att det saknas tydliga former för hur sådana hänsyn ska tas. Införandet av en reglering som ställer tydliga krav på kommuner och regioner innebär således i praktiken ett stöd för kommuner och regionerna i deras beslutsprocesser.

En reglering om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet innebär ett nytt system som framför allt tydliggör hur nationella intressen behöver tas om hand när kommuner och regioner beslutar i frågor som påverkar vårdinfrastruktur. Regleringen innebär alltså att staten genom att uttrycka riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet tydliggör vilka krav och förväntningar som finns på kommuner och regioner i fråga om vårdinfrastruktur. Kommuner och regioner behåller beslutanderätten men behöver beakta ett antal uppräknade riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet i sina beslut om vårdinfrastruktur. Om en kommun eller region är osäker på hur ett riksintresse på hälso- och sjukvårdsområdet ska beaktas ska Socialstyrelsen, som ovan beskrivits, lämna vägledning till kommuner och regioner.

Mot bakgrund av utredningens uppdrag innebär förslaget att kommuner och regioner ska beakta riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet vid beslut som påverkar vårdinfrastruktur. Systemet kan dock i princip utvecklas för att omhänderta även andra nationella aspekter i kommuners och regioners beslut inom hälso- och sjukvårdsområdet.

11.2.6 En statlig myndighet utövar tillsyn över riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet

För att regleringen om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet ska få fullt genomslag bedömer utredningen att det behövs en ordning för effektiv statlig tillsyn. En tillsynsmyndighet får ansvar för att utöva tillsyn över att kommuner och regioner i tillräcklig utsträckning beaktar riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet. Om en kommun eller region inte beaktat ett eller flera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet i tillräcklig utsträckning ska tillsynsmyndigheten upphäva kommunens eller regionens beslut eller förelägga en kommun eller region att vidta de åtgärder som behövs. Tillsynsmyndighetens beslut i enskilda tillsynsärenden kommer att vara beroende av hur tydligt och precist riksintressena formulerats. Kommunen eller regionen får överklaga tillsynsmyndighetens upphävande eller föreläggande till allmän förvaltningsdomstol. Tillsynen utövas av den myndighet reger-

ingen bestämmer. I dag utövar Inspektionen för vård och omsorg (IVO) tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal. Utredningen bedömer därför att myndigheten kan vara en lämplig tillsynsmyndighet. En genomförandekommitté ges i uppdrag att precisera ansvarig tillsynsmyndighet och dess uppdrag på området, se nedan.

Tillsynens former regleras i lag. Förslaget innebär huvudsakligen två tillsynssituationer. Den första aktualiseras när kommuner och regioner fattar beslut som har en påtaglig systempåverkande effekt på hälso- och sjukvården eller på ett eller flera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet. Kommunen eller regionen ska när ett sådant beslut fattats meddela tillsynsmyndigheten om detta. Meddelandet ska innehålla ett protokollsutdrag med beslutet samt underlag som visar hur riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet beaktats i beslutet. Meddelandet ska skickas senast dagen efter att protokollet har justerats. Avsikten är att de beslut som får störst påverkan på hälso- och sjukvården samt riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet ska skickas in till tillsynsmyndigheten.

Med påtaglig systempåverkande effekt avser utredningen primärt beslut om större investeringar i nya eller befintliga vårdbyggnader, men såsom nämnts ovan kan även andra större investeringar och beslut som har sådan effekt komma att inkluderas. Utredningen bedömer att det inte är lämpligt att i lag definiera vilka beslut som ska skickas in till tillsynsmyndigheten. För att bevara en viss flexibilitet och att kunna svara mot samhällsförändringar samt olikheter i kommuners och regioners organisation bör därför regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer bemyndigas att meddela föreskrifter om vilka beslut som avses. För att tillsynen ska bli effektiv är det viktigt att de beslut som omfattas är beslut i ett tidigt skede av planeringen av en större investering eller liknande. Aktualiseras tillsynen i ett för sent skede riskerar tillsynen att bli såväl ineffektiv som fördyrande. Föreskrifter om vilka beslut som omfattas kan således komma behöva ta hänsyn till beslutens form och innehåll. Det är utredningens bedömning att sådana bestämmelser bör finnas på plats när regleringen om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet införs.

Efter att tillsynsmyndigheten fått meddelandet ska myndigheten inom fem veckor fatta ett beslut om myndigheten ska överpröva kommunens eller regionens beslut. Tillsynsmyndigheten ska överpröva beslutet om det kan antas innebära att ett eller flera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet inte beaktats i tillräcklig utsträckning.

Ett beslut om att överpröva regionens eller kommunens beslut får inte överklagas. Tillsynsmyndigheten ska därefter inom två månader från att ha beslutat om att överprövning ska ske, besluta om att upphäva kommunens eller regionens beslut om ett eller flera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet inte i tillräcklig utsträckning har beaktats, om inte längre tid är nödvändig med hänsyn till ärendets omfattning eller andra särskilda omständigheter. Normalt sett bör beslut alltså fattas inom två månader. Det kan dock inte uteslutas att det i undantagsfall kan röra sig om ärenden med exempelvis mycket omfattande material eller ärenden som kräver komplicerade överväganden från tillsynsmyndigheten. Därför bör tillsynsmyndigheten ha möjlighet att vid behov skjuta på att fatta beslut. Tillsynsmyndigheten bör alltid sträva efter en enkel, snabb och kostnadseffektiv hantering av tillsynsärenden.

Den andra tillsynssituationen initieras av tillsynsmyndigheten. Om myndigheten får kännedom om en omständighet som kan antas innebära att ett eller fler riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet inte beaktas i tillräcklig utsträckning i en kommun eller region kan tillsynsmyndigheten inleda en utredning. Om tillsynsmyndigheten i en sådan utredning finner att ett eller flera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet inte beaktas i tillräcklig utsträckning ska tillsynsmyndigheten förelägga kommunen eller regionen att vidta de åtgärder som krävs för att riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet ska tillgodoses i befintliga eller nya vårdbyggnader. Ett sådant föreläggande får förenas med vite.

För att tillsynsmyndigheten ska kunna bedriva en effektiv tillsyn krävs att myndigheten får tillgång till relevanta underlag. Enligt förslaget är därför kommuner och regioner skyldiga att på tillsynsmyndighetens begäran lämna över handlingar och annat material samt lämna de upplysningar om verksamheten som tillsynsmyndigheten behöver för sin tillsyn. Detta gäller oavsett om tillsynen initierats genom att kommunen eller regionen skickat in beslutet till tillsynsmyndigheten eller om tillsynen initierats av tillsynsmyndigheten. Tillsynsmyndigheten får förelägga kommunen eller regionen att tillhandahålla begärda uppgifter. Ett beslut om föreläggande får förenas med vite. Det är viktigt att tillsynsmyndigheten även inhämtar övrig information i den mån det är nödvändigt. För det fall en kommun eller region fått vägledning från Socialstyrelsen behöver tillsynsmyndigheten beakta vägledningens innehåll i sin tillsyn.

Beslut av tillsynsmyndigheten att överpröva ett kommunalt eller regionalt beslut eller att inleda en utredning får inte överklagas. Beslut av tillsynsmyndigheten att upphäva ett kommunalt eller regionalt beslut, föreläggande om att vidta åtgärder samt föreläggande att tillhandahålla handlingar och annat material samt lämna upplysningar får överklagas av kommunen eller regionen till allmän förvaltningsdomstol. Utredningen bedömer att det bör finnas en möjlighet för kommuner och regioner att överklaga beslut av tillsynsmyndigheten som innebär upphävande av kommunala och regionala beslut eller förelägganden. Utredningen har övervägt olika alternativ till överklagandeinstans och funnit att de två alternativ som är lämpliga är att kommuner och regioner får överklaga tillsynsmyndighetens beslut till allmän förvaltningsdomstol eller till regeringen. Det finns skäl som talar för och emot båda alternativen.

På det område som utredningen hämtat inspiration till regleringsform, nämligen riksintressen enligt miljöbalken och framför allt hur riksintressen ska beaktas av kommuner enligt plan- och bygglagen, förekommer att frågor om hur riksintressena ska beaktas prövas av såväl domstol som regeringen. Exempelvis har berörda enskilda under vissa förutsättningar möjlighet att överklaga en kommuns beslut att anta, ändra eller upphäva en detaljplan till mark- och miljödomstol. Länsstyrelsens beslut att upphäva en detaljplan överklagas i stället hos regeringen. Regleringen har även likheter med den tillsyn som IVO i dag utövar över hälso- och sjukvården enligt patientsäkerhetslagen (2010:659). IVO har i sin tillsyn möjlighet att meddela föreläggande till vårdgivare att fullgöra sina skyldigheter eller att inkomma med uppgifter. Sådana förelägganden får överklagas till allmän förvaltningsdomstol.

Den föreslagna regleringen om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet innebär primärt att kommuner och regioner ska beakta rättsligt reglerade riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet. Tillsynsmyndighetens tillsyn omfattar primärt efterlevnaden av dessa rättsligt reglerade riksintressena. Mot denna bakgrund föreslås tillsynsmyndighetens beslut kunna överklagas av kommunen eller regionen till allmän förvaltningsdomstol.

Den föreslagna lagen innehåller också ett bemyndigande till regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer om att meddela ytterligare föreskrifter om formerna för tillsyn. Sådana föreskrifter kan exempelvis ta sikte på att reglera hur ett meddelande som kom-

munen eller regionen är skyldig att skicka till tillsynsmyndigheten ska skickas in eller närmare bestämmelser om vad ett sådant meddelande ska innehålla.

11.2.7 En genomförandekommitté tillsätts med uppdrag att precisera och genomföra uppdrag till myndigheterna

En genomförandekommitté tillsätts med uppdrag att genomföra de åtgärder och precisera de förändringar som behövs för att den föreslagna regleringen om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet ska genomföras. I uppdraget ingår att definiera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet och lämna förslag till förordning. Därtill ingår att formulera uppdrag till de myndigheter som ska precisera respektive riksintresse samt att formulera uppdrag till Socialstyrelsen att samordna riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet, inklusive att verka för att riksintressena beaktas av kommuner och regioner och ge vägledning till kommuner och regioner i detta syfte. Genomförandekommittén ska också föreslå vilken myndighet som ska vara tillsynsmyndighet samt formulera ett uppdrag till myndigheten. Sedvanliga konsekvensbeskrivningar och analyser, inklusive förslag om finansiering av eventuella kostnadsökningar ska göras av genomförandekommittén. Genomförandekommittén ska samverka med berörda myndigheter, regioner och kommuner samt företrädare för patienter och professioner.

Utredningen bedömer att en genomförandekommitté är det mest ändamålsenliga sättet att genomföra de åtgärder och precisera de förändringar och uppdrag som behövs för att regleringen om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet ska genomföras. Det förslag som utredningen presenterar innebär i huvudsak en regleringsmodell med tydligare statlig styrning genom utpekade riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet. Förslagets införande bygger på att det finns utpekade och preciserade riksintressen. Det kräver i sin tur att berörda myndigheter har fått i uppdrag att precisera riksintressena i fråga. Det är enligt utredningens bedömning lämpligt att det inledningsvis finns ett antal utpekade och preciserade riksintressen på plats när regleringen träder i kraft. Som redovisas i detta betänkande bedömer utredningen att det i första hand är inom följande områden som riksintressen behöver preciseras:

- Beredskap
- Kompetensförsörjning
- Nationella reformer (i första hand nära vård och högspecialiserad vård)
- Forskning och utbildning
- Digital infrastruktur.

Arbetet med att bestämma och precisera de riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet som bör införas i ett första steg bör ske samlat och samordnat varför det bedöms lämpligt att en genomförandekommitté får detta uppdrag. Genomförandekommitténs arbete bedöms kunna genomföras under en tidsperiod om högst ett år.

11.2.8 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Lagen om riksintressen föreslås träda i kraft den 1 juli 2023. Utredningen bedömer att genomförandekommitténs arbete, som beskrivs ovan, bör genomföras under en tidsperiod om högst ett år. Under denna tid bör berörda myndigheter få i uppdrag att precisera de identifierade riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet. Därefter behövs eventuellt viss tid att få de förordningar och föreskrifter som behövs på plats för att regelverket ska kunna genomföras. Därtill behöver hänsyn tas till den omställning som eventuellt krävs hos regioner och kommuner inför ett nytt regelverk. Detta bör inledas och genomföras parallellt med genomförandekommitténs arbete. Utredningen bedömer sammantaget att lagen ska träda i kraft den 1 juli 2023.

Lagen blir tillämplig på kommunala beslut som fattas efter den 1 juli 2023. Det innebär att riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet behöver beaktas av kommuner och regioner från och med detta datum. Kommuners och regioners beslut som har påtaglig systempåverkande effekt på hälso- och sjukvården eller på ett eller flera riksintressen och som fattats efter den 1 juli 2023 ska skickas in till tillsynsmyndigheten. Tillsynsmyndighetens möjlighet att förelägga kommuner och regioner att vidta de åtgärder som behövs för att ett eller flera riksintressen ska beaktas i tillräcklig utsträckning ska också gälla från och med ikraftträdandedatumet.

11.3 Utveckla gemensamma definitioner och standarder för vårdbyggnadsområdet

Utredningens förslag: I hälso- och sjukvårdslagen införs en bestämmelse om att regioner ska samverka med andra regioner i frågor om planering och utveckling av vårdens lokaler. Syftet med samverkan är att bidra med kunskapsöverföring mellan regioner. Samverkan ska särskilt ta sikte på att producera standardiserade definitioner och modeller för planering och utveckling av vårdens lokaler. Arbetet ska bedrivas i enlighet med regelverken för befintliga standardiseringsorganisationer. Förändringen ska träda i kraft den 1 juli 2022.

Större investeringar i vårdinfrastruktur är sällanhändelser utifrån ett regionalt och lokalt perspektiv men inte ur ett nationellt perspektiv. Exempelvis bygger varje region sällan ett nytt sjukhus, men i hela landet byggs sjukhus med en viss regelbundenhet. Dagens former för kunskapsöverföring och erfarenhetsutbyte bedöms dock inte vara tillräckliga, vilket redovisas i detta betänkande. Utredningen bedömer att det finns potential för en effektivare investeringsprocess om det sker ett regelbundet erfarenhetsutbyte så att inte varje region (eller kommun) behöver lösa liknande problem individuellt. Ett alternativ är att en statlig myndighet tar ett nationellt ansvar för att samla in och strukturera kunskap för att sedan utfärda rekommendationer och processtöd. Detta borde emellertid regionerna kunna göra själva. Det finns inte heller – till skillnad från i frågan om vad som ska byggas – något uppenbart nationellt intresse utöver definierade riksintressen som kräver statlig styrning. Mot denna bakgrund föreslår utredningen att existerande regionala samarbeten på nationell nivå utvecklas och förstärks.

Utredningen konstaterar att det finns ett uttalat behov i regionerna av tydligare stöd i planerings- och genomförandeprocessen av vårdinfrastrukturinvesteringar. Utredningens bedömning är att det uppstod en lucka gällande kunskap och erfarenhetsåterföring när staten avvecklade de tidigare besluts- och planeringsorganen tillika kunskapsorganisationerna på området, till exempel Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande (NUU) och Nämnden för sjuk-

vårds- och socialvårdsbyggnader (NSB). Regionerna har verkat för att täcka denna lucka genom Fastighetsrådet, regionernas FoU-fond för fastighetsfrågor och genom bland annat nätverk för information och erfarenhetsutbyten, PTS-forum, Forum vårdbyggnad och genom att bidra till finansieringen och uppbyggnaden av Centrum för vårdens arkitektur (CVA) vid Chalmers tekniska högskola. Utredningens bedömning är att det trots dessa ansträngningar finns behov av att rendodla roller och utveckla arbetet med gemensamma definitioner. Detta omfattar även arbetet med att skapa tydlighet kring hur gemensamt framtagna dokument för till exempel typrum tas fram hur de och hålls aktuella och vilken status de har. För att effektivisera genomförandet av investeringar i vårdinfrastruktur behöver därför det interregionala samarbetet utvecklas.

Utredningen konstaterar i detta betänkande att en utmaning för regionerna är att alla gör olika. Att gemensamma termer, definitioner och projektmodeller saknas i flera fall och inte tillämpas i tillräcklig utsträckning är ett hinder för systematisk gemensam erfarenhetsuppbyggnad och erfarenhetsöverföring mellan projekt. I förlängningen innebär detta även hinder för den inhemska innovationskraften inom vårdbyggnadsområdet. PTS och CVA (2018) har föreslagit att regionerna bör utarbeta en gemensam planerings- och utvecklingsmodell för vårdmiljöer för att överbrygga vissa av dessa problem. Det är utredningens bedömning att detta är ett viktigt steg för att öka förutsättningarna för erfarenhetsutbyte och bör därför tas om hand inom ramen för detta förslag. Utredningen kan också konstatera, viket redovisas i detta betänkande, att behoven av enhetliga principer som är gemensamma för hela landet och användning av samma begrepps- och referensramar betonades redan då den statliga detaljstyrningen av hälso- och sjukvården minskade genom införandet av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (se prop. 1981/82:97).

Utredningen föreslår därför att regionerna får ansvar för att samverka i frågor om planering och utveckling av vårdens lokaler. Utredningens förslag om ett statligt bolag för vårdfastigheter, som beskrivs nedan, tar i huvudsak om hand den problematik som ligger till grund för detta förslag om utveckling av gemensamma standarder. Förslaget ska därmed ses som en åtgärd i avvaktan på ett gemensamt bolag för vårdfastigheter. I den mån en indelning av ägandet av vårdfastigheter i flera bolag övervägs vill utredningen framhålla vikten av tydlig

ägarstyrning från staten för att åstadkomma enhetlighet och erfarenhetsöverföring mellan projekt även mellan bolagen.

Regioner är redan i dag skyldiga att samverka enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Enligt 7 kap. 7 och 8 §§ HSL ska regioner samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården, och i frågor om hälso- och sjukvård som berör flera regioner ska regioner samverka sinsemellan. Förslaget innebär således att regionernas samverkansskyldighet förtydligas gällande frågor om planering och utveckling av vårdens lokaler. Förslaget syftar primärt till kunskapsöverföring mellan regionerna rörande planering och utveckling av vårdinfrastruktur. Samverkan ska särskilt inriktas mot att ta fram standardiserade definitioner och modeller för planering och utveckling av vårdinfrastruktur. Den nya bestämmelsen införs som ett andra stycke i 7 kap. 7 § HSL. Formerna för detta regleras inte, regionerna får således själva bestämma om samverkan bäst utvecklas i befintliga nätverk med mera, eller om det finns behov för nya samverkansstrukturer.

Standarder är ett effektivt verktyg i flera avseenden. Under förutsättning att de baseras på aktuellt kunskapsläge och beaktar de olika perspektiv och intressen som är relevanta för ändamålet är det effektiva verktyg för erfarenhetsöverföring och kunskapsspridning. Tillämpning av relevanta standarder ger också förutsättningar för systematisk erfarenhetsuppbyggnad genom de gemensamma utgångspunkter som standarden medför. En förutsättning för framgångsrik tillämpning av standarder är att det finns för ändamålet relevanta standarder att tillgå. Därvid är det viktigt med tydlighet om vilken status en aktuell standard har, hur den beslutats, vad den fyller för syften och hur den förhåller sig till övriga tillgängliga standarder.

Ett argument som inte sällan hörs rörande beslutsfattande och val av olika lösningar inom hälso- och sjukvården är att det finns fördelar med att prova olika typer av lösningar och att diversiteten gör att man undviker att en mindre lyckosam lösning implementeras i hela hälso- och sjukvårdssystemet. Detta förefaller bygga på en övertro på kunskapsnivån och innovationsförmågan i enskilda projekt. Den bild som förmedlats till utredningen är snarare att större investeringar är sällanhändelser i regionerna. De flesta som är inblandade i en sjukhusinvestering är bara med om det en gång under yrkeskarriären, det gäller särskilt företrädare för vårdverksamheten.

Utredningens bedömning är att standardisering är en effektiv metod för att motverka en del av dessa utmaningar. Det krävs dock att standarden tas fram på rätt sätt så att dess innehåll svarar mot ändamålet. I likhet med regelverken för den reguljära standardiseringen inom till exempel Svenska institutet för standarder (SIS) krävs en öppen och transparent process där alla relevanta intressen beaktas och de aktörer som företräder olika perspektiv deltar. För ett typrum gäller detta allt från hur till exempel installationer placeras till hygienkrav och arbetsmiljökrav, men även att den arkitektoniska utformningen beaktar patientperspektivet genom en läkande miljö eller tar hänsyn till att undervisning bedrivs i lokalerna och de krav som detta medför. En särskild utmaning inom standardiseringen är hur ekonomiskt svaga grupper kan beredas möjlighet att delta i framtagande av standarder. På vårdinfrastrukturområdet rör detta till exempel hur patientperspektivet beaktas och att patientorganisationer bereds möjligheter att delta i arbetet. I det arbete som i dag bedrivs inom ramen för PTS-forum finns ett brukarråd med syfte att fånga dessa perspektiv. Utredningens bedömning är att patientorganisationernas representation behöver tas om hand på ett mer strukturerat sätt i standardiseringsarbetet.

Det är frivilligt att använda standarder och utredningens bedömning är att detta även bör gälla på vårdbyggnadsområdet. En standard ska vara ett medel för att effektivisera och ett verktyg för att säkerställa att relevanta hänsyn tas i beaktande och att aktuella regelverk är uppfyllda, i den mån inte annat följer av aktuellt regelverk. Detta gäller även de av staten fastlagda riksintressen i de fall de påverkar lokalernas direkta utformning. I de fall valet att inte tillämpa en standard görs är man emellertid skyldig att på annat sätt visa att aktuella regelverk är uppfyllda. Frivilligheten innebär även att i de fall befintliga standarder inte tar hänsyn till vårdverksamhetens behov till exempel tekniska och medicinska utvecklingssprång står det fritt att välja alternativa lösningar som uppfyller gällande regelverk.

Förslaget bör träda i kraft så snart som lagstiftningsprocessen tillåter, vilket utredningen bedömer är den 1 juli 2022. Förändringen är framför allt ett förtydligande av regionernas befintliga samverkansskyldighet och det arbete som till stor del redan görs. Några övergångsbestämmelser bedöms inte behövas.

11.4 Ett statligt fastighetsbolag för hälso- och sjukvården stärker det nationella perspektivet ytterligare

Utredningens förslag: En organisationskommitté tillsätts för att detaljera och i erforderlig utsträckning genomföra de praktiska förutsättningarna för att överföra ägandet av befintliga lokaler för hälso- och sjukvården helt eller delvis från regionerna till ett statligt ägt bolag som uppdras att ansvara för att hälso- och sjukvårdsverksamheten bedrivs i ändamålsenliga lokaler.

Frågan om kunskapsöverföring och erfarenhetsutbyte har i olika sammanhang framförts som en svår fråga att hantera med dagens system. I synnerhet gäller det iakttagelsen om att varje region själv får finna lösningar när det gäller infrastruktur, analyser, praktiska och tekniska lösningar och drift, utan andra verksamheter att ”låna” lösningar av. Det har beskrivits som att ”hjulet uppfinns på flera ställen”. I utredningen har detta identifierats som behov 2, utmaningar kopplade till brister i planerings- och genomförandeprocessen (se kapitel 8 och 10).

Eftersom dagens former för kunskapsöverföring saknar formell betydelse kan de inte, utan starkare beslutsmandat, få önskvärd effekt.

För att stärka möjligheterna till kunskapsöverföring och erfarenhetsutbyte föreslår utredningen därför att en organisationskommitté tillsätts med uppdrag att detaljera och i erforderlig utsträckning genomföra en överföring av ägandeskapet av befintliga lokaler för hälso- och sjukvården helt eller delvis till ett statligt ägt bolag. Regionerna kommer i stället från dagens situation hyra vårdinfrastruktur av bolaget. Regionerna kan, precis som i dag, fortsättningsvis även hyra lokaler av privata fastighetsbolag. Ett sammanhållet ägande av åtminstone de större sjukhusen och ett samlat ansvar för framtida investeringar skulle innebära stora möjligheter till koordinering både mellan olika regioner och mellan olika beslutsnivåer i sjukvården. Dagens situation med svag kunskapsöverföring mellan olika projekt skulle ersättas med en organisation där infrastruktursatsningar på hälso- och sjukvårdsområdet inte är sällanhändelser.

Som beskrivs i detta betänkande har den typen av uppdelning gjorts, till exempel inom högskolevärlden och för annan statlig verksamhet som behöver speciella fastigheter.

Även om det funnits invändningar mot en sådan uppdelning inom dessa politikområden visar uppföljningar som har gjorts att det i huvudsak fungerar väl. Det tänkta bolaget kommer sannolikt att vara större än utredningens jämförelseobjekt Akademiska Hus och Specialfastigheter vilket ställer krav på effektiv förvaltning inom bolaget och nära kontakt med hälso- och sjukvårdsverksamheten i respektive region, inte minst eftersom bolaget behöver ta ansvar för underhåll och fastighetsdrift. Samtidigt är bolagets storlek ett av de främsta argumenten för förslaget eftersom kunskapsöverföringen kan förväntas bli bättre och sällanhändelser vanligare.

Att placera ansvaret för investeringar och underhåll i ett enda bolag bedöms innebära skalfördelar, och en ökad effektivitet för investeringskedjan i sin helhet. Behoven av bättre stöd i planerings- och genomförandeprocesser, till exempel i form av standardiserad vägledning, kan ges bättre förutsättningar då kompetensuppbyggnad och professionalisering underlättas genom organisering i ett större specialiserat fastighetsbolag. Vidare skulle ett sådant bolag kunna upprätthålla en stark beställarkompetens på upphandlingsområdet, med stora effektiviseringsvinster som följd.

Investeringar i vårdbyggnader är ett slags megaprojekt som typiskt sett är komplexa och medför finansiella risker för huvudmannen. När det gäller Nya Karolinska Solna (NKS) valdes finansieringsmodellen offentlig privat samverkan (OPS) bland annat för att bättre kunna hantera dessa finansiella risker (SOU 2020:15). Att placera vårdbyggnaderna i ett statligt bolag innebär att de finansiella riskerna förknippade med investeringar i vårdbyggnader inte kommer att belasta regionerna. I kraft av sin storlek kommer bolaget att ha en stark ställning när det gäller att attrahera finansiering för kommande investeringar, vilket talar för ytterligare effektivitetsvinster jämfört med dagens situation.

Utredningens bedömning är att bolaget bör vara helägt av staten men att det kan övervägas om regionerna ska dela bördan i form av ett samägt bolag. Trots de fördelar som finns med ett stort bolag kan man också tänka sig tre till fyra mindre bolag som verkar inom geografiskt avgränsade områden som överensstämmer med en eller flera samverkansregioner, men argumenten för en sådan lösning bedöms svagare. Eftersom staten i dag delar kostnaden för hälso- och sjukvården med regionerna kan eventuellt överskott i bolaget återföras till regionerna.

Genom ett sammanhållet offentligt ägande av vårdfastigheter skapas förutsättningar för att jämna ut villkoren mellan regionerna i hela landet och möjliggöra för regionerna att fullt ut fokusera på vårdverksamheten.

En komplicerande förutsättning är att dagens ägarstruktur inte är anpassad till en sådan förändring eftersom respektive region i dag äger sin egen infrastruktur. Att överföra fastigheterna till ett gemensamt bolag skulle således på kort sikt innebära stora ekonomiska transaktioner. På längre sikt skulle dock kostnaderna vägas upp av inbetalda hyror.

En bolagisering innebär att genomförandet av viktiga investeringar flyttas från den regionala nivån till nationell nivå. Utöver de praktiska för- och nackdelar med ett bolag är frågan kopplad till mer övergripande styrningsideal. Å ena sidan decentralisering och å andra sidan ökad systemsyn.

Även ett offentligt ägt bolag behöver ta hänsyn till olika riksintressen och behovet av koordinering mellan regionala planer, varför även ett sådant bolag skulle kunna underkastas en prövning i likhet med den som beskrivs ovan.

Ett offentligt bolag skulle även kunna avgränsas till ett servicebolag, som är helt inriktat på kunskapsuppbyggnaden och stöd till regionerna vid investeringsprojekten, vars komplexitet beskrivs i detta betänkande.

Utöver själva ägarskapet finns ett antal utestående frågor om det praktiska genomförandet som behöver lösas innan ett förslag kan realiseras. Utredningen föreslår därför att regeringen tillsätter en organisationskommitté med uppgift att precisera och i erforderlig utsträckning genomföra de närmare förutsättningarna för ett sådant bolag. I uppdraget bör även ingå en analys av förutsättningar och lämplighet i ett överfört ägandeskap även gällande lokaler för hälso- och sjukvård som ägs av kommunerna.

Organisationskommittén bör vidare få till uppgift att redovisa en ekonomisk plan för överförandet av infrastrukturen och lämna förslag om bolagets organisation och verksamhet samt överväga olika alternativ för ägandefrågan och bolagets närmare organisation. Därutöver bör organisationskommittén uppdras att genomföra de praktiska åtgärder som är förknippade med bildandet av bolaget.

11.5 Stärk förutsättningarna för kunskapsuppbyggnad inom området vårdinfrastruktur

Utredningens förslag: Staten stärker området vårdinfrastruktur genom ytterligare forskningsmedel, samt övertar ansvaret för finansiering av Centrum för vårdens arkitektur vid Chalmers tekniska högskola.

Vårdinfrastruktur, i synnerhet sjukhus, är komplexa byggnader som ska tillgodose många olika behov. Det kan handla om att stödja sjukvårdsverksamhetens processer, tillgodose särskilda behov vid krissituationer och, inte minst, bidra till patienternas välmående och tillfrisknande. Vårdmiljön har hälsofrämjande effekter som är av betydelse för patienter, anhöriga och vårdpersonal. Utformningen av inre och yttre miljöer har visats ge snabbare läkning, påverka vårdförlopp och vårdtider. Läkande miljöer och ”evidence-based design” bör vara centrala utgångspunkter i en personcentrerad vård och kan bidra till ökad effektivitet i hälso- och sjukvården. Den pågående omställningen av vården med ökade koncentration av högspecialiserad vård respektive utveckling av den nära vården medför fortsatta utmaningar kopplade till patientens väg genom vården. Behovet av utvecklade processperspektiv i vården kommer att öka och ställa nya krav på hur vårdsammanhang kan formuleras i personcentrerad vård.

Utredningen bedömer att forskningsområdet behöver stärkas ytterligare för att ge tydligare avtryck i de nya vårdbyggnader som uppförs och föreslår därför ökade anslag till detta område. Detta för att på sikt även kunna utforma riksintressen som främjar personcentrerad vård som tar sin utgångspunkt i läkande miljöer. Utredningen bedömer att denna förstärkning och fördelning av anslag bör hanteras inom ramen för ordinarie processer för forskningsanslag.

År 1998 tillträdde den första professorn i vårdbyggnad. Professuren i vårdbyggnad inrättades av Forum vårdbyggnad i samarbete med Chalmers för att komplettera grundutbildningen av arkitekter samt etablera vårdbyggnad som ett forskningsområde.

År 2010 instiftades Centrum för vårdens arkitektur (CVA) vid Chalmers. CVA är en centrumbildning för skapande, översättning, utbyte och spridning av kunskap om vårdarkitektur. CVA bedriver forsk-

ning, genomför forskarutbildning samt bidrar till grund- och vidareutbildning inom området.

I styrgruppen för centret ingår representanter från Fastighetsrådet, Forum Vårdbyggnad, Västra Götalandsregionen samt Chalmers. Professuren finansieras i dag av Forum vårdbyggnad och Västra Götalandsregionen. Fastighetsrådet bidrar till en forskningsplattform. En vidareutbildning om att planera och utforma lokaler för vård och omsorg genomförs kontinuerligt. Utbildningen genomförs i samarbete av CVA Chalmers, PTS forum och Forum Vårdbyggnad.

Utredningens bedömning är att CVA är en viktig aktör inom området vårdbyggnad som har en central roll för såväl kunskapsutveckling som kunskapsspridning och utbildning på vårdbyggnadsområdet.

Utredningen bedömer att staten bör stärka förutsättningarna för kunskapsutveckling och utbildning och därmed även innovation på vårdområdet. Förstärkningen är en del i en helhet som omfattar utredningens övriga förslag gällande nationell normering genom riksintressen, utveckling av standarder för ökad effektivitet och främjande av innovation i vårdbyggnadsinvesteringar, samt ökad samordning mellan investeringsprojekt i ett gemensamt bolag. Utredningen föreslår därför att CVA bör stärkas för att öka samhällets förmåga att genom vårdinfrastrukturen öka effektiviteten i vårdverksamheten. Detta förutsätter utveckling och tillgängliggörande av kunskap, utvärdering av lokalers effekter på vårdverksamheten och att öka effektiviteten i planering- och genomförande genom att utveckla standarder på vårdbyggnadsområdet som speglar det aktuella kunskapsläget inom forskningsområdet vårdbyggnadens arkitektur. Utredningen bedömer vidare att det finns behov av löpande utvärdering av hur utformning av lokaler svarar mot den pågående omställningen av vården. CVA som kunskapsorganisation är viktigt i detta sammanhang och utredningen bedömer att dessa utredningar skulle stärkas om CVA var oberoende av grundfinansiering från regionsektorn.

CVA har i dag tidsbegränsad finansiering med olika löptider från olika finansiärer, enligt ovan. Utredningen föreslår att staten övertar ansvaret för finansieringen av CVA och att anslagen gäller tillsvidare.

12 Konsekvenser av utredningens förslag

I enlighet med 14-15a §§ kommittéförordningen (1998:1474) ska konsekvenserna av utredningens förslag anges i betänkandet. Av 15a § kommittéförordningen följer att konsekvenserna ska anges på ett sätt som motsvarar de krav på innehållet i konsekvensutredningar som finns i 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning. Vidare anges i utredningens direktiv (dir. 2019:69) att bland annat ekonomiska konsekvenser för de aktuella aktörerna, konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män samt proportionalitetsprincipen när det gäller eventuella inskränkningar av den kommunala självstyrelsen i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen ska beaktas. I detta kapitel redogörs konsekvenserna av utredningens förslag.

12.1 En reglering av riksintressen

12.1.1 Förslaget i korthet

Utredningens förslag om att införa en riksintressereglering på hälso- och sjukvårdsområdet innebär att staten genom riksdag, regering och förvaltningsmyndigheter bestämmer och preciserar riksintressen som i sin tur behöver beaktas av kommuner och regioner i beslut som påverkar vårdsinfrastruktur. Enligt förslaget får regeringen bestämma på vilka områden det finns riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet. Riksintressena preciseras sedan av de myndigheter som regeringen bestämmer. Socialstyrelsen får i uppgift att samordna riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet, att verka för att de beaktas i kommuner och regioner samt lämna vägledning till kommuner och regioner. Företrädare för patienter och professioner ska involveras.

Kommuner och regioner behåller beslutanderätten i frågor om vårdsinfrastruktur. En myndighet som regeringen utser får i uppgift att utöva tillsyn över hur riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet beaktas. Tillsynsmyndigheten har enligt förslaget möjlighet att upphäva kommuners eller regioners beslut, samt att förelägga kommuner och regioner att vidta de åtgärder som behövs, om ett eller flera riksintressen inte beaktas i tillräcklig utsträckning. En genomförandekommitté tillsätts med uppdrag att precisera och detaljera riksintressen och riksintressemyndigheter.

12.1.2 Konsekvenser för ansvarsfördelningen mellan stat, region och kommun

I dag ansvarar regioner och kommuner för utförandet av hälso- och sjukvården. Statens åtaganden på hälso- och sjukvårdsområdet handlar framför allt om lagstiftning, fördelning av statsbidrag, tillsyn samt ett särskilt ansvar för nationell högspecialiserad vård. Nära kopplat till investeringar i vårdinfrastruktur är statens ansvar för forskning och utbildning, beredskap och nationella reformer inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Genom förslaget om en riksintresseregelering på hälso- och sjukvårdsområdet behåller regioner och kommuner huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården, inklusive beslutanderätten i frågor om investeringar och infrastruktur i övrigt. Förslaget innebär att staten preciserar särskilt viktiga nationella intressen som behöver beaktas i regionala och kommunala beslut.

Riksintresseregleringen syftar till att öka tydligheten, säkerställa genomslag för nationella behov i regionala och kommunala beslut samt ge regioner och kommuner förbättrade planeringsförutsättningar. Det är utredningens bedömning att regionerna redan i dag enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och till exempel ALF-avtalen ska beakta en rad nationella intressen i regionala beslut. I princip gäller motsvarande för kommunala beslut. Det saknas dock en reglering och tillräcklig precisering om de intressen som ska beaktas. Mot bakgrund av utredningens uppdrag om investeringar i vårdinfrastruktur är förslagen fokuserade på denna typ av beslut.

12.1.3 Ekonomiska konsekvenser

Ekonomiska konsekvenser för staten

Utredningens bedömning är att konsekvenserna av förslaget om riksintressen framför allt påverkar staten och de myndigheter som ges uppdrag att precisera de intressen som beslutas ingå i regelverket. Förslaget är i sin kärna en regleringsteknik som kan fyllas med innehåll efter behov. De områden där utredningen identifierat att det finns nationella intressen som behöver beaktas i regionala eller kommunala beslut om investeringar i vårdinfrastruktur är i sig inte nya eller okända. Förslaget är snarare en styrmodell där staten genom normgivning säkerställer genomslaget för nationella intressen i regionala och kommunala beslut. Ytterst är syftet att nå målet om vård på lika villkor för hela befolkningen. Styrmodellen med riksintressen är sedan länge etablerad inom andra samhällsområden, men är en ny typ av styrning inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Den problembild som utredningen beskrivit visar på risker för mycket höga samhällsekonomiska kostnader på lång sikt om vårdinfrastrukturen inte stödjer de nationella behoven. Att säkerställa att nationella intressen får genomslag i regionala och kommunala investeringsbeslut är därför, enligt utredningens bedömning, nödvändigt. De mjukare former för styrning som tillämpas i dagens system bedöms inte ändamålsenliga. Detta gäller till exempel överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Riksrevisionen har kritiserat regeringen för valet av otraditionella styrformer och regionerna har uttryckt att tillfälliga överenskommelser medför oförutsägbarhet och snedvrider incitamenten för regionala beslut. Vidare är specialdestinerade bidrag förknippade med vissa problem, vilket ytterligare understryker behovet av förbättrad styrning.

Förslaget kan i förlängningen innebära nya uppgifter för myndigheterna, samtidigt som det ger förutsättningar för mer effektivt arbete i frågor där flera av myndigheterna i nuvarande system har ansvar och ska ge stöd till regionerna på olika sätt. Vilka ekonomiska konsekvenser riksintresseregleringen får för respektive myndighet kommer att vara avhängigt av vilka områden som kommer att omfattas av systemet. De detaljerade riksintressena och preciseringen av myndigheter är en fråga för normgivning på förordningsnivå och vad som ska omfattas av systemet omfattas inte av utredningens förslag, utan föreslås tas om hand av en genomförandekommitté.

En ny uppgift enligt förslaget är uppdraget till Socialstyrelsen att samordna arbetet med riksintressen och vara en gemensam ingång för kommuner och regionerna till staten i dessa frågor. Myndigheten behöver tillföras medel i proportion till omfattningen av det nya uppdraget. Omfattningen av detta uppdrag, kommer dels att vara beroende på val av omfattning och utformning av riksintressen, dels att vara beroende av vilka åtgärder regionerna vidtar för att i enlighet med utredningens förslag att utveckla gemensamma definitioner och standarder på vårdbyggnadsområdet. Om ett effektivt gemensamt implementeringsarbete kommer till stånd på det sätt som utredningen föreslår bedömer utredningen att samordningen från Socialstyrelsen medför avsevärt mindre arbete jämfört med en fortsättning likt dagens situation där respektive region i stor omfattning på egen hand gör egna tolkningar och val av hur nationella intressen ska beaktas.

En ny uppgift enligt förslaget är tillsyn på detta område. Oavsett vilken myndighet som uppdras att utöva tillsyn över riksintresseregleringen kommer det att vara en ny uppgift. Omfattningen av denna är analogt med tidigare resonemang emellertid beroende dels av omfattningen av och utformningen av riksintressen, dels hur regionerna (och i förekommande fall kommunerna) väljer att implementera de fastställda intressen som ska beaktas i regionala och kommunala beslut. Utredningen bedömer att tillsynsverksamheten kommer att påverkas av i vilken utsträckning samarbete och tydliga öppna processer med bred representation av olika intressen om gemensamma definitioner i enlighet med utredningens förslag kommer till stånd. Utredningen bedömer att utmaningarna förknippade med tillsynen, och som en konsekvens, de ytterligare medel som behöver tillföras tillsynsverksamheten ökar i avsaknad av en process för gemensamma definitioner och stödjande verktyg i enlighet med utredningens förslag.

Utredningen menar att regleringens effekt i första hand kommer att vara bättre planeringsförutsättningar och därmed beslut som i ökad utsträckning tar tillräcklig hänsyn till nationella intressen. En sådan effekt bör leda till att tillsynsbesluten i praktiken kommer att vara få till antalet.

Ekonomiska konsekvenser för kommuner och regioner

Förslaget omfattar en regleringsteknik för ökat genomslag samt ökad tydlighet och långsiktighet i den statliga styrningen på hälso- och sjukvårdsområdet. Förslaget innebär att dagens styrning med otydliga planeringsförutsättningar för regioner och kommuner utifrån nationella intressen ersätts med tydlig normgivning från staten. Genom riksintressena preciseras de nationella intressena. Förslaget innebär inte att några nya eller i dag frivilliga uppgifter görs obligatoriska för kommuner eller regioner. Någon kommunal eller regional angelägenhet tas inte bort från kommunernas ansvar. Förslaget innebär inte att ambitionsnivån för befintliga kommunala eller regionala uppgifter ändras eller att kommunernas eller regionernas möjligheter att ta ut avgifter påverkas, så inte heller kommunernas eller regionernas möjligheter till andra inkomster. Utredningen bedömer att förslaget leder till förbättrade planeringsförutsättningar för kommuner och regioner och därmed förutsättningar för ökad effektivitet i resursutnyttjandet på regional nivå.

I betänkandet har utredningen diskuterat och exemplifierat problem kopplade till investeringar i vårdinfrastruktur som kan lösas med denna regleringsteknik. Den reglering som föreslås leder principiellt inte till några ökade kostnader för kommuner eller regioner. Vilka konsekvenser respektive definierat riksintresse får för regioner och kommuner kommer i stället att vara beroende dels av vilka intressen som preciseras i reglering, dels av vilket ansvar regionerna och kommunerna har på området i dag. I den mån syftet med precisering av ett riksintresse inte medför nya uppgifter för regioner och, i förekommande fall, kommuner utan avser ökad tydlighet och att etablera gemensamma nationella utgångspunkter bedöms konsekvensen för kommunsektorn som helhet manifesteras i lägre kostnader. Utredningen kan konstatera att kommuner och regioner i dag är skyldiga att enligt hälso- och sjukvårdslagen att organisera vården så att den främjar kostnadseffektivitet, regionerna ska samverka sinsemellan och med andra samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

I den mån preciseringen av ett riksintresse medför nya krav på eller en ambitionshöjning för regioner eller kommuner ska konsekvenserna för kommunsektorn utredas i sedvanlig ordning och kompensation till sektorn övervägas i enlighet med rådande ordning av den myndighet som får i uppdrag att precisera riksintresset. I detta

avseende innebär utredningens förslag om ny regleringsteknik och tydligare statlig styrning av hälso- och sjukvårdsområdet inte någon förändring.

Utredningens förslag innebär att om det inte framgår av ett beslut hur ett definierat riksintresse beaktas, eller om ett definierat riksintresse inte beaktas fullt ut medför detta åtgärder från tillsynsmyndigheten. Detta kan leda till administrativa kostnader för regionen eller kommunen i fråga, till exempel som en följd av behov av ytterligare precisering av grunderna för beslutet. I de fall tillsynsmyndigheten finner att beslutet inte har beaktat det preciserade intresset i tillräcklig utsträckning får detta konsekvenser för beslutets status, beslutet kan komma att upphävas. Följden blir att ytterligare beredning krävs innan ett nytt beslut kan fattas, viket medför kostnader för aktuell region eller kommun. Utredningens bedömning är att förslaget innebär ökad tydlighet och därmed förbättrade förutsättningar för kommunsektorn att beakta beslutade riksintressen. Utredningen konstaterar att om den statliga normgivningen beaktas i regionala och kommunala beslut medför denna regleringsteknik med ökad tydlighet inte några ytterligare kostnader för regioner eller kommuner.

Finansiering av kostnaderna

Utredningens bedömning är att förslaget kommer att medföra ökade kostnader för staten genom nya uppdrag till myndigheter. Syftet med förslaget är att öka tydligheten och effektiviteten i den statliga styrningen för att ge regioner och kommuner förbättrade planeringsförutsättningar och mer effektiv resursanvändning. Vid given ambitionsnivå bedöms därmed förslaget vara kostnadsbesparande för hälso- och sjukvården som helhet. Staten finansierar en del av hälso- och sjukvården och omsorgen genom statsbidrag till regionerna och kommunerna. Drygt en femtedel av kommunsektorns intäkter utgörs av statsbidrag. Utredningen bedömer att de ökade kostnader för staten som uppkommer av förslaget kan finansieras genom omfördelning av bidragen till regioner och kommuner.

Övriga samhällsekonomiska konsekvenser

Utredningen konstaterar att det planeras och genomförs investeringar i regionerna på en historiskt hög nivå. Den övervägande delen av de årliga investeringarna avser hälso- och sjukvården och en stor del går till sjukhusen. Dessa investeringar påverkar och formar den framtida vårdinfrastrukturen och kommer således att under lång tid framöver att vara en del av förutsättningarna för hälso- och sjukvårdsverksamheten och dess utveckling. Det är emellertid svårt att få överblick över hur dessa investeringar förhåller sig till varandra. Enligt utredningens beräkningar uppgår den totala projektsumman för planerade och pågående investeringar i akutsjukhusen till i storleksordningen 100 miljarder kronor. Det saknas dock gemensamma nationella utgångspunkter för dessa investeringar och det går inte att besvara frågan om hur de nu beslutade sjukhusinvesteringarna svarar mot kraven i pågående nationella reformer. Den pågående omställningen av vården med ökad centralisering av viss högspecialiserad vård och utveckling av den nära vården påverkar lokalbehoven i olika delar av vårdsystemet och förutsättningarna för omställningen påverkas även av utvecklingen av vårdinfrastrukturens övriga delar, till exempel den digitala infrastrukturen. Trots detta har det konstaterats att lokalfrågor har kommit i skymundan i omställningsarbetet. Utredningen kan även konstatera att det finns en efterfrågan i regionerna på ökad tydlighet samt gemensamma nationella utgångspunkter och definitioner för att bättre svara mot de utmaningar omställningsarbetet medför för regionerna. Därutöver konstaterar utredningen att det saknas nationell överblick och det faktum att lokalperspektivet kommit i skymundan medför att ingen heller kan beskriva hur de nu planerade och pågående investeringarna påverkar vårdinfrastrukturen som helhet och hur detta svarar mot framtidsbehoven i befolkningen av hälso- och sjukvård.

Utredningens bedömning är att ökad tydlighet i den statliga styrningen genom den föreslagna regleringstekniken ger ökade förutsättningar för nationell samsyn och mindre dubbelarbete i regionerna. Vidare leder det till mer stabila och förbättrade planeringsförutsättningar för regioner och kommuner och därmed ökade förutsättningar för ett effektivt resursutnyttjande där regionalt och lokalt genomförda investeringar på ett ordnat sätt bidrar till en effektiv nationell vårdinfrastruktur. En vårdinfrastruktur som svarar mot hälso- och

sjukvårdsverksamhetens behov i såväl normala tider som i kristider och som stödjer den fortsatta utvecklingen av vården. Sammantaget bedömer utredningen att förslaget innebär ökad samhällsekonomisk effektivitet och bidrar till att öka förutsättningarna för en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

12.1.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Enligt 14 kap. 3 § regeringsformen ska inskränkningar i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett inskränkningen. Bestämmelsen innebär att en proportionalitetsbedömning ska göras. Proportionalitetsbedömningen har huvudsakligen två delar, dels ska konsekvenserna av ett förslag som innebär en inskränkning i den kommunala självstyrelsen analyseras, dels ska en avvägning mellan kommunala självstyrelseintressena och nationella intressen som förslaget ska tillgodose göras (Statskontoret, 2011a, s. 65). Förslaget om att införa en reglering om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet som ska beaktas av kommuner och regioner vid beslut som påverkar vårdsinfrastruktur innebär en inskränkning av den kommunala självstyrelsen.

Förslaget innebär att kommuners och regioners utrymme att på egen hand besluta i frågor om hälso- och sjukvårdsinfrastruktur begränsas. Detta eftersom förslaget innebär att kommuner och regioner i dessa beslut behöver beakta vissa av staten utpekade intressen. De intressen som kommer att utgöra riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet är primärt sådana intressen som redan i dag behöver tas om hand av kommuner och regioner. Förslaget innebär således framför allt en förändring från befintlig reglering på så sätt det införs en tvingande reglering om att dessa intressen ska beaktas av kommuner och regioner. På detta sätt tydliggörs vilka förväntningar och krav som staten har på kommuner och regioner.

Förslaget innebär också att en statlig myndighet får ett tillsynsansvar över lagens efterlevnad. Tillsynsmyndigheten har mandat att upphäva kommunala och regionala beslut samt att förelägga kommuner och regioner att vidta de åtgärder som krävs, om tillsynsmyndigheten kommer fram till att en kommun eller region inte i tillräcklig utsträckning beaktat ett riksintresse. Förslaget i denna del innebär en inskränkning av den kommunala självstyrelsen genom den statliga myndighe-

tens verktyg för att säkerställa att riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet får genomslag hos kommuner och regioner.

Inskränkningarna i den kommunala självstyrelsen ska vägas mot bland annat de nationella intressen som föranlett förslaget. Som framgår av betänkandet har utredningen identifierat en rad utmaningar och problem kopplade till satsningar på vårdinfrastruktur. I tidigare kapitel redogör utredningen för hur befintlig reglering ger uttryck för en förväntan från statens sida på kommuner och regioner samtidigt som regleringen lämnar över till kommuner och regioner att lösa de problem som identifierats. Utredningen bedömer alltså att de nationella intressen som föranleder förslaget, primärt behovet av hållbar nationell vårdinfrastruktur, behöver regleras. I kapitel 10 analyseras för- och nackdelar med olika regleringsalternativ, inklusive respektive alternativs påverkan på den kommunala självstyrelsen. För att lösa de problem och möta de utmaningar som utredningen har identifierat bedöms ingen mindre ingripande åtgärd vara lämplig. Därmed bedöms förslaget om en reglering av riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet vara proportionerligt i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen.

12.2 Utveckla gemensamma definitioner och standarder på vårdbyggnadsområdet

12.2.1 Förslaget i korthet

Utredningen föreslår att regionerna genom reglering i hälso- och sjukvårdslagen får ett preciserat ansvar för att samverka i frågor om planering och utveckling av vårdens lokaler. Utredningens bedömning är att regionerna bör utveckla det arbete inom området gemensamma definitioner och standarder som i dag bedrivs inom olika fora till exempel Program för teknisk standard (PTS). Syftet är att öka transparensen och tydligheten kring detta arbete och de produkter som produceras inom ramen för detta.

12.2.2 Konsekvenser för ansvarsfördelningen mellan stat, region och kommun

Förslaget bedöms inte ge några konsekvenser för ansvarsfördelningen mellan stat, region och kommun. Regionerna bedriver som huvudmän för hälso- och sjukvården redan i dag ett sådant arbete och föreslås fortsatt ansvara för denna verksamhet. Staten föreslås delta i relevanta arbetsgrupper men normgivningen och den statliga styrningen sker genom reglering av riksintressen som i sin tur ska beaktas i det arbete som är relevant för detta förslag.

12.2.3 Ekonomiska konsekvenser

Ekonomiska konsekvenser för staten

De direkta ekonomiska konsekvenserna för staten av förslaget utgörs av kostnader för deltagande i relevanta arbetsgrupper. Kostnadernas omfattning kommer att vara beroende av vilken typ av arbete som är aktuellt. Utredningens bedömning är att staten bör se detta arbete som en del i implementeringen av de normer som fastställs inom ramen för riksintressesystemet.

Det är angeläget att tempot i detta arbete kan hållas på en hög nivå. Därmed bör relevanta myndigheter ges i uppdrag att prioritera deltagande i detta arbete.

Staten bör därutöver ta ett särskilt ansvar för att bereda vissa grupper att delta i arbetet. Det gäller ekonomiskt svaga grupper vars perspektiv behöver beaktas, till exempel företrädare för patient- och anhörigperspektiv. Kostnaderna för att stödja sådana gruppers deltagande i arbetet är inte möjliga för utredningen att i nuläget bedöma i detalj. Dessa kommer att vara beroende dels på arbetets omfattning, dels på vilka områden som är aktuella.

Ekonomiska konsekvenser för kommuner och regioner

Regioner är redan i dag skyldiga att samverka enligt HSL. Enligt 7 kap. 7 och 8 §§ HSL ska regioner samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården, och i frågor om hälso- och sjukvård som berör flera regioner ska regioner samverka sinsemellan. Förslaget innebär således att

regionernas samverkansskyldighet förtydligas gällande frågor om planering och utveckling av vårdbyggnad och vårdlokaler. Samverkan syftar primärt till kunskapsöverföring mellan regionerna rörande planering och utveckling av vårdbyggnader och vårdlokaler.

Regionerna bedriver redan i dag arbete inom området i olika fora. Utredningens förslag innebär att detta arbete ges mer av struktur liknande den som finns inom standardiseringsorganisationerna, till exempel Svenska institutet för standarder (SIS). Detta för att säkerställa transparens och öppet deltagande i processen och ökad tydlighet kring framtagna produkters status och inbördes förhållanden.

Utredningen erfar att de brister som finns i dagens system innebär otydlighet och dubbelarbete. Det genomförs gemensamma arbeten, vilka sedan tas som utgångspunkt för fortsatt lokal utveckling inom ramen för regionernas planering- och genomförande av vårdinfrastrukturinvesteringar. Det innebär att varianter på samma arbete upprepas i region efter region. Utredningens bedömning är att ökad struktur och transparens i detta arbete kommer att vara kostnadsbesparande för regionerna som helhet.

I den mån kommunerna berörs gäller motsvarande resonemang som ovan. Förslaget avser sådant arbete som oavsett organisering behöver finnas på plats för att på ett effektivt sätt planera och genomföra investeringar i vårdinfrastruktur, inklusive kopplingar till omsorgsverksamhet. Därmed är utredningens bedömning att regioner och i förekommande fall kommuners deltagande i ett strukturerat arbete kommer att vara kostnadsbesparande för kommunsektorn som helhet.

Vidare är utredningens bedömning att förslaget medför bättre förutsättningar för erfarenhetsutbyten och kunskapsspridning samt ökar effektiviteten i planering och genomförande av vårdinfrastrukturinvesteringar.

Finansiering av kostnaderna

Förslaget bedöms medföra minskade kostnader för regioner och kommuner som helhet. De ökade kostnader som förslaget bedöms medföra för staten rör myndigheters deltagande i relevanta arbetsgrupper samt visst stöd för att främja deltagande av ekonomiskt svaga grupper till exempel företrädare för patient- och anhörigperspektiv. Som helhet bedöms de samhällsekonomiska kostnaderna av förslaget att

vara positiva och visas såväl i ökad effektivitet i planerings- och genomförandeprocesser som genom ökad effektivitet i vårdinfrastrukturen. Dessa positiva effekter påverkar på lång sikt såväl regioner och i förekommande fall kommuner som staten. Den största vinsten bedöms uppstå för patienten genom de ökade förutsättningar en effektiv vårdinfrastruktur ger för fortsatt utveckling av hälso- och sjukvården och omsorgen.

Övriga samhällsekonomiska konsekvenser

Förslaget bedöms ge ökade förutsättningar att skapa ökad enhetlighet i vårdinfrastrukturen. Tillämpning av relevanta standarder bedöms medföra mindre eller inga onödiga eller omotiverade skillnader i utformningen av vårdinfrastrukturens olika delar. Förslaget bedöms även vara ett effektivt verktyg för enhetligt beaktande av fastställda riksintressen. Vidare bör förslaget medföra ökad effektivitet vid såväl planering som genomförande av investeringar i vårdinfrastruktur. Som beskrivits tidigare i betänkandet erfar utredningen att det finns behov av ökat stöd för planerings- och genomförandeprocesserna i regionerna. Befintliga strukturer för erfarenhetsutbyte och dokument till exempel i form av typrum fyller inte detta behov. Förslaget bedöms slutligen främja spridningen av aktuellt kunskapsläge och därmed skapa ökade förutsättningar för en modern utformning av vårdinfrastrukturen.

12.2.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Förslaget innebär i huvudsak att samverkansskyldigheten förtydligas avseende frågor om planering och utveckling av vårdens lokaler. Sedan tidigare finns krav på samverkan mellan regioner. För att lösa de problem som identifierats i utredningen och att säkra kunskaps- och erfarenhetsöverföring mellan regioner är samverkan nödvändig. Redan i dag samverkar regioner i viss utsträckning i dessa frågor. Arbetet behöver dock vara transparent och tydligt. Förslaget innebär ett nytt krav på samverkan i frågor som specifikt rör vårdens lokaler. För att lösa de problem som identifierats bedömer utredningen att någon mindre ingripande reglering inte är ändamålsenlig med hänsyn till de ändamål som motiverar förslaget. Den inskränkning som förslaget

innebär i den kommunala självstyrelsen är liten. Formerna för och det närmare innehållet i samverkan lämnas till regionerna att bestämma. Sammantaget bedömer utredningen att förslaget därmed är proportionerligt i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen. Att öppna upp och bjuda in relevanta intressen i detta arbete är inte någon ny uppgift för kommuner och regioner. Regionerna framhåller att inom befintligt arbete verkar nationella brukarråd i kvalitetssäkrande arbete. Av hälso- och sjukvårdslagen följer krav på regionerna, och i förekommande fall kommunerna, att beakta olika intressen vid beslut om hälso- och sjukvården.

12.3 Ett fastighetsbolag för hälso- och sjukvården

12.3.1 Förslaget i korthet

Förslaget innebär att en organisationskommitté tillsätts för att precisera och i erforderlig utsträckning genomföra de praktiska förutsättningarna för att överföra ägandet av befintlig infrastruktur för hälso- och sjukvården från regionerna till ett statligt ägt bolag som uppdras att ansvara för att hälso- och sjukvårdsverksamheten bedrivs i ändamålsenliga lokaler genom att hyra ut lokaler till regioner och kommuner. Ett regionalt delägande i bolaget kan övervägas.

12.3.2 Konsekvenser för ansvarsfördelningen mellan stat, region och kommun

Bildandet av en organisationskommitté påverkar inte ansvarsfördelningen mellan stat, region och kommun. Vilka konsekvenser föreslaget om övertagande av fastigheter medför för ansvarsfördelningen behöver analyseras och beskrivas i av organisationskommittén som ett led i arbetet med att föregå en sådan reform.

12.3.3 Ekonomiska konsekvenser

Ekonomiska konsekvenser för staten

De ekonomiska konsekvenserna av förslaget inskränker sig till kostnader för att tillsätta en organisationskommitté med ett sekretariat. Utredningens bedömning är att en sådan kommitté uppskattningsvis bör kunna genomföras med en budget om fem till sex miljoner kronor under ett års tid.

Ekonomiska konsekvenser för kommuner och regioner

Att staten utreder frågan medför inga ekonomiska konsekvenser för kommuner och regioner. Vilka ekonomiska konsekvenser ett övertagande av fastigheter medför för ansvarsfördelningen behöver analyseras och beskrivas av organisationskommittén som ett led i arbetet med att föregå en sådan reform.

Övriga samhällsekonomiska konsekvenser

Bildandet av en organisationskommitté medför inga samhällsekonomiska konsekvenser utöver statens kostnader för att tillsätta och bemanna en utredning. Utredningens bedömning är att ett fastighetsbolag för hälso- och sjukvården skulle medföra skalfördelar och ökad effektivitet i investeringskedjan som helhet. Behoven av bättre stöd till planerings- och genomförandeprocesser som identifierats av föreliggande utredning bedöms uppnås genom att kompetensuppbyggnad och professionalisering underlättas genom organisering i ett större specialiserat fastighetsbolag. Effektivisering av drift och förvaltning möjliggörs genom den föreslagna lösningen.

12.3.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Att staten utreder frågan medför inga konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.

12.4 Stärk förutsättningarna för forskningen inom området vårdinfrastruktur

12.4.1 Förslaget i korthet

Vårdinfrastruktur, i synnerhet sjukhus, är komplexa byggnader som ska tillgodose många olika behov. Det kan handla om att stödja sjukvårdsverksamhetens processer, tillgodose särskilda behov vid krissituationer och, inte minst, bidra till patienternas välmående och tillfrisknande. Vårdmiljön har hälsofrämjande effekter som är av betydelse för patienter, anhöriga och vårdpersonal. Utredningen bedömer att forskning om vårdinfrastruktur behöver stärkas ytterligare för att ge tydligare avtryck i de nya vårdbyggnader som uppförs och föreslår därför ökade anslag till detta forskningsområde. Förslaget innebär även att staten tar över ansvaret för finansieringen av Centrum för vårdens arkitektur (CVA) vid Chalmers tekniska högskola.

12.4.2 Konsekvenser för ansvarsfördelningen mellan stat, region och kommun

Förslaget innebär att staten tar över finansieringsansvaret från regionerna.

12.4.3 Ekonomiska konsekvenser

Ekonomiska konsekvenser för staten

Forskningen inom området vårdinfrastruktur är relativt begränsad. Mindre projekt bedrivs vid olika lärosäten och inom olika discipliner. Utredningens bedömning är att ytterligare medel till denna typ av forskning är ett viktigt led för att öka kunskapen om betydelsen i hälso- och sjukvården av byggnadens och miljöns utformning. Utredningen tar emellertid inte ställning till i vilken om fattning denna typ

av stöd bör öka. Utredningens bedömning är att detta bäst tas om hand inom befintliga strukturer för beslut om storlek och fördelning av forskningsanslag.

CVA har i dag tidsbegränsad finansiering från Forum vårdbyggnad, Fastighetsrådet, Västra Götalandsregionen och Chalmers tekniska högskola. Grundfinansieringen om 1,5 miljoner kronor per år från Fastighetsrådet löper på femåriga avtal och avser finansiering av gästprofessor, föreståndare (på 20 procent) koordinator (på 25 procent). Kostnader för en konstnärlig professor 3+3 år som kan förlängas efter dispens om 3 år (80 procent) 1,7 miljoner kronor per år finansieras av Forum vårdbyggnad, Västra Götalandsregionen och Chalmers tekniska högskola. Den del av finansieringen av professuren som kommer från Chalmers utgörs av ersättning för utbildning vid kurser, 0,3 miljoner kronor per år. Forskningsfinansiering baserat på tvååriga avtal med Västra Götalandsregionen om knappt 1 miljon kronor per år. Total kostnad per år exklusive ersättning för utförd undervisning uppgår således till 3,9 miljoner kronor per år.

Ekonomiska konsekvenser för kommuner och regioner

Kostnaderna för regionerna minskar till följd av förslaget enligt vad som redovisats ovan.

Finansiering av kostnaderna

Statens ökade kostnader för finansiering av CVA motsvaras av lägre kostnader för regionerna. Ökade forskningsanslag till området vårdinfrastruktur syftar till ökad träffsäkerhet vid investeringar och ökad effektivitet i vårdinfrastrukturen. Ökade forskningsanslag bedöms därmed på lång sikt leda till att regioner och kommuner får lägre kostnader för hälso- och sjukvården.

Övriga samhällsekonomiska konsekvenser

Utredningen har identifierat utmaningar förknippade med investeringar i vårdbyggnader och övrig vårdinfrastruktur. Omställningen av vården påverkar lokalbehoven, samtidigt har fastighetsfrågorna emel-

lertid kommit i skymundan och den osäkerhet om lokalbehoven och dess utformning resulterar i olika strategier i regionerna, vissa väljer att bygga flexibelt och andra avvaktar. Utredningens bedömning är att lokalernas utformning ger viktiga förutsättningar för vårdverksamheten och dess utveckling. Därför bedömer utredningen att systematiserad kunskapsutveckling och spridning av forskningsresultat på området är av betydelse för vårdens fortsatta utveckling. En mer evidensbaserad och strukturerad process kring lokaler kan påverka verksamhetskostnaderna inom hälso- och sjukvården. Stora nyttor bedöms kunna skapas genom att integrera verksamhetsutveckling med lokalfrågor. I detta arbete krävs även utvärdering och framtagning av modeller för att utvärdera vilka effekter som uppnås i de lokaler som byggs för framtidens vård. Utredningen bedömer att ökat stöd till forskningen inom området vårdinfrastruktur är ett viktigt led i detta arbete. Utredningen bedömer vidare att verksamheten vid CVA är viktig och av nationellt intresse. Verksamheten skulle gynnas av stabil finansiering från staten för att stärka oberoendet i forskning och utveckling på området.

12.4.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Förslaget bedöms inte påverka den kommunala självstyrelsen.

12.5 Övriga konsekvenser (samtliga förslag)

Konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet

Utredningens förslag bedöms inte ha några konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet.

Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet

Utredningens förslag bedöms inte ha några konsekvenser för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet.

Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män

Utredningens förslag bedöms inte ha några konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män.

Konsekvenser för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen

Utredningens förslag bedöms inte ha några konsekvenser för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.

Konsekvenser för Sveriges medlemskap i EU

Utredningens förslag bedöms vara i överensstämmelse med de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till Europeiska unionen.

Konsekvenser för företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt

Utredningens förslag bedöms inte ha några konsekvenser för företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt.

Konsekvenser för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags

Utredningens förslag bedöms inte ha några konsekvenser för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags.

13 Författningskommentar

13.1 Förslaget till lag om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet

1 kap. Lagens innehåll och syfte

1 §

Paragrafen anger lagens innehåll. Av paragrafen framgår att lagen innehåller bestämmelser om hur riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet bestäms och samordnas av staten. Lagen innehåller också bestämmelser om när kommuner och regioner är skyldiga att beakta riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet samt om tillsyn.

2 §

Av paragrafen framgår att riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet är intressen av nationell betydelse. Det innebär att riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet är ett sätt för staten att säkerställa att nationella intressen beaktas hos kommuner och regioner. Av paragrafen framgår också att riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet syftar till att målet om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) uppnås. Avsikten är att detta mål ska få genomslag såväl i hur riksintressena bestäms och närmare preciseras i förordning och föreskrifter som i beslutsfattandet hos kommuner och regioner i frågor om denna lag. Regeringen och de statliga myndigheter regeringen bestämmer bör beakta detta när riksintressena bestäms och preciseras.

2 kap. Riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet och statliga myndigheters samordning

1 §

Regeringen bemyndigas enligt paragrafen att meddela föreskrifter om på vilka områden det finns riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet genom förordning. Beskrivning av vilka områden som initialt bör regleras finns i övervägandena i avsnitt 11.2.2. Bemyndigandet meddelas med stöd av 8 kap. 3 § regeringsformen (1974:152), som medger att riksdagen får bemyndiga regeringen att meddela föreskrifter om kommuners befogenheter och åligganden som enligt 8 kap. 2 § 3 regeringsformen som huvudregel ska meddelas av riksdagen.

Paragrafen innebär vidare att regeringen i sin tur får bemyndiga de myndigheter regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet i övrigt. Därigenom ges myndigheter möjlighet att bestämma och precisera riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet genom föreskrifter. Avsikten är således att de myndigheter som regeringen bestämmer får i uppdrag att avseende respektive riksintresse på hälso- och sjukvårdsområdet meddela de föreskrifter som behövs för att relevanta riksintressen ska kunna beaktas av kommuner och regioner. Bemyndigandet meddelas med stöd av 8 kap. 10 § regeringsformen enligt vilken riksdagen kan medge att regeringen bemyndigar en förvaltningsmyndighet att meddela föreskrifter på ett område där riksdagen bemyndigat regeringen att meddela föreskrifter. Överväganden finns i avsnitt 11.2.2.

2 §

Paragrafen stadgar att Socialstyrelsen får i uppgift att samordna riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet. Att Socialstyrelsen ska samordna riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet innebär bland annat att Socialstyrelsen behöver ha kännedom och kunskap om samtliga riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet och ha ett helhetsperspektiv på dessa. Socialstyrelsen kan också komma att behöva samverka med andra statliga aktörer som enligt 1 § bemyndigats att meddela föreskrifter om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet.

Socialstyrelsen ska vidare verka för att riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet beaktas av kommuner och regioner, vilket innebär

att Socialstyrelsen i lämplig omfattning ska arbeta för att nå ut med kunskap om riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet till kommuner och regioner. I detta ingår också att tillhandahålla utredningar, nationella behovsöversikter och annat planeringsunderlag som har betydelse för riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet till kommuner och regioner.

Socialstyrelsen ska vidare på begäran av en kommun eller region lämna vägledning till kommuner och regioner om hur riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet bör beaktas i ett beslut. Vägledningen ska lämnas skriftligen och på begäran av en kommun eller region. Vilka beslut som kommunen eller regionen kan begära vägledning om regleras inte. Beslut kan avse såväl strategiska beslut som rör planering och övergripande utveckling av vårdinfrastrukturen som specifika beslut om investeringar (se vidare författningskommentar till 3 kap. 1 § nedan). Vägledningen kan ta sikte på hur ett visst riksintresse på hälso- och sjukvårdsområdet bör beaktas. Det kan också krävas att Socialstyrelsen gör en intresseavvägning mellan olika riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet och lämnar vägledning om vilket eller vilka intressen som bör ha företräde. Vägledning ska lämnas avseende hur riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet bör beaktas i ett specifikt kommunalt eller regionalt beslut. Det är således fråga om en direkt kommunikation mellan kommunen eller regionen och Socialstyrelsen där Socialstyrelsen behöver lämna specifik vägledning om kommunens eller regionens förestående beslut. Överväganden finns i avsnitt 11.2.3.

3 §

Paragrafen anger att företrädare för patienter och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska ges möjlighet att delta i myndigheternas arbete enligt andra kapitlet. Det innebär att företrädare för patienter och personal ska ges möjlighet att involveras i såväl framtagandet av riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet som i Socialstyrelsens samordning. Hur och i vilken utsträckning företrädare för patienter och professioner ska delta regleras inte i lagen. Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer bemyndigas i stället att meddela föreskrifter om formerna för deltagande och deltagandet i övrigt. Överväganden finns i avsnitt 11.2.4.

3 kap. När riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet ska beaktas

1 §

Paragrafen anger att kommuner och regioner ska beakta riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet vid beslut som påverkar hälso- och sjukvårdsinfrastruktur. Bestämmelsen kompletterar således befintlig reglering i framför allt HSL, där det framgår att regioner och kommuner ska planera sin hälso- och sjukvård (7 kap. 2 § och 11 kap. 2 § HSL). Bestämmelsen innebär att riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet ska beaktas vid alla kommunala och regionala beslut som påverkar hälso- och sjukvårdsinfrastruktur. Med hälso- och sjukvårdsinfrastruktur avses i paragrafen fastigheter, byggnader och anläggningar för hälso- och sjukvård, medicinteknisk utrustning samt digital infrastruktur.

Kravet på att beakta riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet är således inte begränsat till vissa typer av beslut, i stället är avsikten att riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet löpande ska genomsyra kommuners och regioners beslut som påverkar vårdinfrastruktur. Olika typer av beslut kan kräva att riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet beaktas i olika utsträckning.

Hur riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet ska beaktas beror på hur de olika riksintressena har kommit att uttryckas i förordning och föreskrifter. Överväganden finns i avsnitt 11.2.5.

4 kap. Tillsyn

1 §

Enligt paragrafen utövas tillsyn av den myndighet som regeringen bestämmer.

2 §

Av paragrafen framgår att för beslut som kommuner och regioner fattar där riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet ska beaktas enligt 3 kap. 1 § som har en påtaglig systempåverkande effekt på den hälso- och sjukvård som bedrivs i landet eller på ett eller flera

riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet ska kommunen eller regionen skicka ett meddelande om detta till tillsynsmyndigheten. Genom att endast beslut som har påtaglig systempåverkande effekt på den hälso- och sjukvård som bedrivs i landet begränsas vilka beslut som ska skickas till tillsynsmyndigheten. Även beslut som får en påtaglig systempåverkande effekt på ett eller flera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet omfattas av paragrafen.

Av paragrafens andra stycke framgår att regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilka beslut som avses i första stycket. Sådana föreskrifter bör precisera inte bara vad som avses med påtaglig systempåverkade effekt innebär utan också vilken typ av beslut som omfattas. Överväganden finns i avsnitt 11.2.6.

3 §

Ett meddelande som en kommun eller region ska skicka till tillsynsmyndigheten enligt 2 § ska innehålla ett protokollsutdrag med beslutet samt underlag som visar hur riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet beaktats i beslutet. Syftet med att underlagen ska skickas med är att tillsynsmyndigheten skyndsamt ska kunna ta ställning till om en överprövning behöver göras eller inte. Meddelandet ska skickas senast dagen efter att det protokoll som innehåller beslutet justerats.

4 §

Paragrafens första stycke anger att tillsynsmyndigheten ska besluta att överpröva kommunens eller regionens beslut enligt 2 § om beslutet kan antas innebära att ett eller flera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet inte beaktats i tillräcklig utsträckning. Beslutet ska fattas inom fem veckor från det att tillsynsmyndigheten har fått meddelandet. Beslut bör regelmässigt fattas oavsett om tillsynsmyndigheten väljer att inleda en överprövning av beslutet eller inte. Överväganden finns i avsnitt 11.2.6.

5 §

Enligt paragrafen ska tillsynsmyndigheten upphäva kommunens eller regionens beslut om ett eller flera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet inte beaktats i tillräcklig utsträckning. Inför sitt beslut ska tillsynsmyndigheten beakta alla relevanta omständigheter. I det fall Socialstyrelsen lämnat vägledning i enlighet med 2 kap. 2 § tredje stycket ska tillsynsmyndigheten enligt paragrafen även beakta innehållet i den vägledning som lämnats av Socialstyrelsen.

Beslutet ska som huvudregel fattas inom två månader från det att tillsynsmyndigheten beslutat att inleda en överprövning enligt 4 §. Paragrafen möjliggör dock för att tillsynsmyndigheten tar längre tid på sig att fatta ett beslut om det är nödvändigt med hänsyn till ärendets omfattning eller andra särskilda omständigheter. Avsikten är att tillsynsmyndigheten regelmässigt ska fatta beslut inom två månader. Det kan dock inte uteslutas att tillsynsmyndigheten, exempelvis till följd av omfattande material eller komplicerade överväganden i undantagsfall kan behöva längre tid på sig. Överväganden finns i avsnitt 11.2.6.

6 §

Paragrafen stadgar att tillsynsmyndigheten ska följa utvecklingen av riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet. Det innebär att tillsynsmyndigheten bör hålla sig väl informerad om riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet samt hur situationen ser ut runt om i landet. Om tillsynsmyndigheten får kännedom om en omständighet som kan antas innebära att ett riksintresse på hälso- och sjukvårdsområdet inte beaktas i tillräcklig utsträckning i en kommun eller region får tillsynsmyndigheten inleda en utredning. Överväganden finns i avsnitt 11.2.6.

7 §

Om tillsynsmyndigheten i en utredning som inletts enligt 6 § finner att ett eller flera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet inte beaktas i tillräcklig utsträckning hos en kommun eller region ska tillsynsmyndigheten enligt paragrafen förelägga kommunen eller regionen att vidta de åtgärder som krävs för att riksintressena på hälso- och

sjukvårdsområdet ska beaktas i tillräcklig utsträckning. Vilka åtgärder som kan komma i fråga kan variera beroende på vilket riksintresse på hälso- och sjukvårdens områden som berörs. Ett föreläggande får förenas med vite. Överväganden finns i avsnitt 11.2.6.

8 §

Enligt paragrafen är kommuner och regioner skyldiga att på tillsynsmyndigheten begäran lämna över handlingar och annat material samt lämna de upplysningar som tillsynsmyndigheten behöver för sin tillsyn enligt kapitlet. Det är viktigt att tillsynsmyndigheten får tillgång till det material som den behöver på ett effektivt sätt. Exempelvis bör tillsynsmyndigheten kunna begära in material i såväl digital som analog form. Bestämmelsen reglerar inte i vilken form handlingar, material och upplysningar ska lämnas. Sådana bestämmelser kan dock komma i fråga i författningar som meddelas med stöd av 10 § (se nedan). Bestämmelsen gäller oavsett om tillsynen inletts genom att en kommun eller region skickat ett beslut till tilltillsynsmyndigheten enligt 2 och 3 §§ eller på tillsynsmyndighetens initiativ enligt 6 §.

9 §

Paragrafen innebär att tillsynsmyndighetens beslut om att upphäva en kommuns eller regions beslut enligt 5 §, förelägganden om att vidta åtgärder enligt 7 § samt förelägganden om att lämna handlingar, annat material och de upplysningar som behövs enligt 8 § får överklagas av kommunen eller regionen till allmän förvaltningsdomstol. Tillsynsmyndighetens beslut om att överpröva en kommuns eller regions beslut enligt 4 § samt tillsynsmyndighetens beslut att inleda en utredning enligt 6 § får inte överklagas. Överväganden finns i avsnitt 11.2.6.

10 §

I paragrafen bemyndigas regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om formerna för tillsynen enligt lagen. Frågor som kan komma i fråga handlar bland annat om hur meddelande enligt 2 § ska skickas till tillsynsmyndigheten. Även närmare

bestämmelser som kompletterar 3 § om vad ett sådant meddelande ska innehålla kan regleras i sådana föreskrifter. Därtill kan frågor om hur handlingar, annat material och upplysningar som tillsynsmyndigheten enligt 8 § får begära in från kommuner och regioner ska göras tillgängliga för tillsynsmyndigheten komma i fråga.

13.2 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

7 kap. 7 §

Förslaget innebär att ett nytt andra stycke införs i 7 kap. 7 §. I enlighet med 7 kap. 7 § ska regioner i planering och utveckling av hälso- och sjukvården samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. Därtill ska regionerna samverka i frågor om hälso- och sjukvård som berör flera regioner. Genom det nya stycket i 7 kap. 7 § förtydligas regioners befintliga samverkansskyldighet att särskilt omfatta frågor om planering och utveckling av vårdens lokaler. Arbetet ska enligt bestämmelsen särskilt vara inriktat mot att ta fram standardiserade definitioner och modeller för planering och utveckling av vårdens lokaler. Samverkan kring frågor om planering och utveckling av vårdbyggnader och vårdlokaler förekommer redan på regionernas initiativ. Genom bestämmelsen görs denna samverkan obligatorisk.

Det närmare innehållet i samverkan i frågor om planering och utveckling av vårdens lokaler regleras inte mer än att det särskilt ska inriktas mot att ta fram standardiserade definitioner och modeller för planering och utveckling av vårdbyggnader och vårdlokaler. De frågor som kan komma att omfattas av samverkan i denna del kan således vara olika beroende på vilka erfarenheter och behov som finns hos regionerna. Samverkan behöver ta utgångspunkt i gällande regelverk. Frågor som samverkan kan hantera är exempelvis utformning av vårdbyggnader och vårdlokaler men även modeller avseende projektering med mera. Arbetet behöver naturligtvis ta hänsyn till den ständiga utvecklingen av hälso- och sjukvården. Det primära syftet med samverkan är att bidra med kunskapsöverföring mellan regionerna för att undvika att kunskap som är nyttig för sjukvårdssystemet som helhet inte stannar i enskilda regioner. Formerna för samverkan regleras inte vilket innebär att regionerna själva får bestämma hur samverkan ska gå till. Överväganden finns i avsnitt 11.3.

Referenser

Adler, P. S. (2001) Market, Hierarchy, and Trust: The Knowledge Economy and the Future of Capitalism. *Organization Science* 12(2), 215–234 april 2001.

Ahlbäck Öberg, S. och Widmalm, S. (2016) Att göra rätt – även när ingen ser på. *Statsvetenskaplig tidskrift*, 118(1) 7–17.

Anell, A. (2020) *Vården är värd en bättre styrning*, SNS Forskningsrapport.

Boverket (2015). *Synpunkter från samrådet redovisas i granskningsutlåtandet*. https://www.boverket.se/sv/PBL-kunskapsbanken/planering/detaljplan/detaljplaneprocessen/standardforfarande/samrad/synpunkter-fran-samradet-redovisas-i-granskningsutlatandet/ Hämtad 2021-07-22.

Boverket (2019a) *Workshop – Vårdens arkitektur och utemiljö i stadsplanering: Utveckla vårdens miljöer*, fokusgrupp kommuner 2019-06-18, tillgänglig på www.boverket.se.

Boverket (2019b) *Workshop – Vårdens arkitektur: Utveckla vårdens miljöer*, fokusgrupp experter vårdarkitektur 2019-06-25, tillgänglig på www.boverket.se.

Boverket (2020a) *Översyn kriterier riksintressen Regeringsuppdrag till Boverket att samordna fem myndigheters översyn av kriterierna för riksintresseanspråk.* Rapport 2020:26.

Boverket (2020b) *Internationell förstudie av nationella anspråk i fysisk planering* Uppdrag 5 i Boverkets regleringsbrev 2020. Rapport 2020:29.

Boverket (2020c). Vägledning om arkitekturstrategier. https://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/arkitektur-och-gestaltad-livsmiljo/arbetssatt/arkitekturstrategi/vagledning-arkitekturstrategier/ Hämtad 2021-07-22.

Boverket (2021). *Vad är medborgardialog*. https://www.boverket.se/sv/PBL-kunskapsbanken/Allmant-om-PBL/teman/medborgardialog/vad_ar/ Hämtad 2021-07-11.

Commonwealth Fund (2016) *International Health Policy Survey (IHP)*.

Decentraliseringsutredningen (1949) *Decentraliseringsutredningens sammanfattande redogörelse för företagen översyn ur decentraliseringssynpunkt av den civila statsförvaltningen* / avgiven den 7 september 1949.

Department of Health and Social Care (2019), *Health and Infrastructure Plan – A new strategic approach to improving our hospitals and health infrastructure*, Policy Paper published 30 September 2019.

DIGG (2019) *Säkert och effektivt elektroniskt informationsutbyte inom den offentliga sektorn* (DIGG dnr 2019-100), Myndigheten för digital förvaltning.

Direktiv 2018:77 *Hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap.* Socialdepartementet.

Direktiv 2019:83 *Tilläggsdirektiv till Utredningen om hälso-och sjukvårdens beredskap (S 2018:09).* Socialdepartementet.

Direktiv 2020:84 *Tilläggsdirektiv till Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09).* Socialdepartementet.

Doty, M., Tikkanen, R., Shah, A. och Schneider, E. C. (2019) Primary Care Physicians' Role in Coordinating Medical and Health-Related Social Needs in Eleven Countries. *Health Affairs*, december 2019. https://doi.org/10.26099/fktx-pe24.

Ds Kn 1977:6 *Decentralisering av beslut om hälso- och sjukvårdens byggnadsinvesteringar.*

E-hälsomyndigheten (2018) *Stöd för utveckling och förvaltning av gemensamma, nationella specifikationer*. Återrapportering av E-hälsomyndighetens regeringsuppdrag N2016/04455.

E-hälsomyndigheten (2019) *Uppdrag att tillgängliggöra och förvalta gemensamma nationella specifikationer.* Delrapport 1 i regeringsuppdraget S2019/01521/FS.

Eliason, M. (2013) Ändrad grundlagsreglering av den kommunala självstyrelsen – Hur gick det sedan? i Bull, T. m.fl. (red.) *Allmänt och enskilt – offentlig rätt i omvandling: Festskrift till Lena Marcusson.* Uppsala, Iustitius.

ESO (2019) *Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv*. Rapport till Expertgruppen för Studier i Offentlig ekonomi, 2019:8.

EY (2008), *Kommuners og regioners gennemførelse af anlægsprojekter – endelig rapport*, Samarbejdsprojektet for den decentrale offentlige sektor. 03-11-2008.

EY (2018) *Granskning av landstingets uppföljning av investeringar.* Revisionsrapport skriven på uppdrag av Landstinget i Blekinge, september 2018.

Finansdepartementet (2019), *Rundskriv R – Statens prosjektmodell – Krav til utredning, planleggning og kvalitetssikring av store investeringsprosjekter i staten*, nr R-108/19, Dato: 08.03.2019.

Finansministeriet, Välfærdsministeriet, Danske Regioner, Kommunernas Landsforening, *God anlægsstyring i kommuner og regioner* 15-12-2008.

Finansutskottets betänkande 1978/79:35 *om den kommunala ekonomin m.m. jämte motioner.*

Finansutskottets betänkande 1987/88:FiU30 *om de allmänna riktlinjerna för den ekonomiska politiken och för budgetregleringen m.m.*

Finansutskottets betänkande 1988/89:FiU26 *Statlig lokalförsörjning*

Finansutskottets betänkande 1991/92:FiU8 *Den statliga fastighetsförsörjningen och ombildningen av Byggnadsstyrelsen m.m.*

Forska!Sverige (2019) *Precisionsmedicin*. Faktablad: www.forskasverige.se/ wp-content/ uploads/ Precisions medicin.pdf.

Forsström, H. Häggman, J. och Wessén, C. (2020) *Fastighetsförvaltning och underhåll*. Revisionsrapport från PwC skriven på uppdrag av Region Gävleborg, mars 2020.

Fransson, M. Quist, J. och Wetter-Edman, K. (2019) *Politisk handlingskraft i en regeringsnära utvecklingsmiljö.* Forskningsrapport, Tillitsdelegationen.

Förordning (1977:433) *med instruktion för nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande.*

Förordning (1986:777) *om byggnadstillstånd*.

GPCC (2018) *Tillsammans för en bättre vård. GPCC – Centrum för personcentrerad vård*, Göteborgs universitet.

Gadolin, C. (2019) Kompetens. Kap 3 i Krohwinkel, A. och Mannerheim, U. (red.) (2019) *Moderna Policies: inspel för en framtidsinriktad hälso- och sjukvårdsdebatt.* LHC Report nr 3, 2019.

Gralén, K., Hjalte, F. och Persson, U. (2019) *Hälso- och sjukvårdsutgifternas utveckling i Sverige,* IHE Rapport 2019:5.

Grafström, M., Qvist, M. och Sundström, G., (red.) (2021) *Megaprojektet Nya Karolinska Solna, Beslutsprocesserna bakom en sjukvårdsreform*, Makadam förlag.

Hallin, B. och Siverbo, S. (2003) *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvården*. Studentlitteratur, Lund.

Harrison, M. I. och Calltorp, J. (2000) The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health-care. *Health Policy* 50(3) 219–240, februari 2000.

Helse- og omsorgsdepartementet (2019) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*.

Hendrich m.fl. (2008) A 36-hospital time and motion study: How do medical-surgical nurses spend their time? *The Permanente Journal*, 12(3), 25–34.

Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:30).

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).

Institute of Medicine (2004) *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. Washington, DC: National Academies Press.

Ivarsson Westerberg, A. (2014) Sextisju, sextisju – vart har du tagit vägen nu? i Jacobsson, Bengt och Sundström, Göran (2014) *Demokrati och förvaltning: En festskrift till Rune Premfors* Stockholm: Stockholm School of Economics Institute for Research.

Johannesson, L. och Smas, L (2021) ”Idén om att bygga framtidens sjukhus”, i Grafström, M., Qvist, M. och Sundström, G., (red.) *Megaprojektet Nya Karolinska Solna, Beslutsprocesserna bakom en sjukvårdsreform*, Makadam förlag.

Johnsson, L-Å. (2017) *Kommentar till Hälso- och sjukvårdslagen*. Wolters Kluwer.

KBM (2008) *Det robusta sjukhuset*. Utgåva 2008. KBM Rekommenderar 2008:2. Krisberedskapsmyndigheten.

Kock, W. (1963) *Medicinalväsendet i Sverige 1813–1962*, Stockholm: AB Nordiska Bokhandelns förlag.

Kommuninvest (2020) *Den kommunala låneskulden 2020*.

KPMG (2018) *Granskning av Fastighetsinvesteringar*. Rapport skriven på uppdrag av Region Skånes förtroendevalda revisorer.

Krohwinkel, A. (2018) Spetspatienter, en idé vars tid har kommit – en kort historik kring patientens formella ställning i svensk hälso- och sjukvård och hur den kan utvecklas framåt, kap 1 i Krohwinkel, A., Riggare, S. och Conning, H. (red.) (2018) *Spetspatienter: En ny resurs för hälsa*.

Krohwinkel, A. och Mannerheim, U. (red.) (2019) *Moderna Policies: inspel för en framtidsinriktad hälso- och sjukvårdsdebatt.* LHC Report nr 3, 2019.

Krohwinkel, A. (red.), Mannerheim, U., Rognes, J. och Larsson, I. (2019) *Värdebaserad vård: en organisationsteoretisk genomlysning av innehåll, ändamålsenlighet och lärdomar för framtiden.* LHC Report nr 2, 2019.

KU 1973:26 *Konstitutionsutskottets betänkande med anledning av propositionen 1973:90 med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning m.m. jämte motioner.*

KU 1974:8 *Konstitutionsutskottets betänkande med uppgift på vilande förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning, m.m.*

Lag (1971:1204) *om byggnadstillstånd m.m.*

Lag (1980:11) *om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.*

Lag (1993:387) *om stöd och service till vissa funktionshindrade.*

Lag (2008:962) *om valfrihetssystem.*

Lag (2016:1145) *om offentlig upphandling.*

Lag (2017:612) *om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.*

Landskapens lokalcentral (2018), *I din tjänst - En översikt över landskapens lokalberedning* – Våren 2018, Maakuntientilakeskus.

Lawson, B. (2013) Design and the Evidence, *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 105 (2013) 30–37.

Lawson, B. och Phiri, M. (2003) *The Architectural Healthcare Environment and its effects on Patient Health Outcomes,* A Report on an NHS Estates Funded Research Project.

Leading Health Care (2016) *Målgruppsanpassad vård – ett analysramverk*. LHC Working Paper 2016:01.

Läkartidningen (2020) Kraftig ökning av digital vård. *Läkartidningen*, 2020-05-11.

Lundin, O. och Madell, T. (2021). *Kommunallagen* [Elektronisk resurs] en kommentar. Upplaga 3 Stockholm: Norstedts juridik.

McCormack, B., m.fl. Person-centredness – the 'state' of the art. *International Practice Development journal* 5(1).

Meijling, J. (2020) *Marknadisering: En idé och dess former inom sjukvård och järnväg, 1970–2000.* Doktorsavhandling vid KTH. Stockholm 2020.

Meijling, J. (2021) Sjukhusbyggandets beståndsdelar: brister och möjligheter. Fyra fallstudier av pågående sjukhusbyggen i Sverige, våren 2021.

Molander, P. (2017) *Dags för omprövning – en ESO-rapport om styrning av offentlig verksamhet.* 2017:1.

Motion 1992/93:So433 *Nedläggning av SPRI.*

MSB (2021) *Den robusta sjukhusbyggnaden. En vägledning för driftsäkra sjukhusbyggnader.* Förhandsutgåva. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014a) *VIP i vården? – om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*. Rapport 2014:2

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014b), *Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem – Erfarenheter från Danmark, Norge, England och Nederländerna*, Rapport 2014:8.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016) *Samordnad vård och omsorg: En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*. PM 2016:1.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017) *Lag utan genomslag: Utvärdering av patientlagen 2014–2017*. Rapport 2017:2.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018) *Förnuft och känsla. Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården*, Rapport 2018:4.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020) *Primärt i vården: En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler.* Rapport 2020:9.

National Audit Office (2020) *Department of Health and Social Care Review of capital expenditure in the NHS*, HC 43 Session 2019-20 February 2020.

National Health Service (NHS) (2019), *The NHS Long Term Plan*, Version 1.2 with corrections, August 2019.

National Health Service (NHS) (2019) Preparing the healthcare workforce to deliver the digital future. An independent report on behalf of the Secretary of State for Health and Social Care. February 2019. *The Topol Review*.

Näringsdepartementet (2018) *Färdplan life science – vägen till en nationell strategi.*

OECD (2017) *Health at a Glance 2017: OECD Indicators.* OECD Publishing, Paris.

OECD (2019a) *Health at a glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.

OECD (2019b) *Sweden: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

OECD (2019c) *Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems, OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, Paris.

OECD (2019d), *Norway: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU,* OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

OECD (2019e), *Finland: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU,* OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

OECD (2019f), *Denmark: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

OECD (2019g), *United Kingdom: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

Olsson LE, Jakobsson Ung E, Swedberg K, Ekman I. (2013) Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials - a systematic review. *J Clin Nurs*. 2013;22(3-4):456-65.

Osborne, D. och Gaebler, T. (1992) *Reinventing Government*. New York: Penguin Press.

CVA och PTS (2011) *Den goda vårdavdelningen.* Slutrapport 2011-12-31. Centrum för vårdens arkitektur, Chalmers Tekniska Högskola.

Patientlag (2014:821).

Patientsäkerhetslag (2020:659).

PTS (2016) *Lokaler för öppenvård: kunskapsunderlag vid planering av vårdcentraler och mottagningar*. 2016-01-27. Chalmers, Göteborgs universitet.

PTS och CVA (2018) *Planerings- och utvecklingsmodell för vårdmiljöer, nuläge – utmaningar – möjligheter*, Program för teknisk standard (PTS) och Centrum för vårdens arkitektur (CVA), Chalmers.

Prop. 1959:19 *Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till sjukhuslag m.m*.

Prop. 1973:90 *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning m.m.*

Prop. 1978/79:95 *om den kommunala ekonomin.*

Prop. 1978/79:*174 om avveckling av nämnden för sjukvårds- och socialvårdsbyggnader (NSB).*

Prop. 1979/80:6 *om Socialstyrelsens uppgifter och organisation m.m.*

Prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag, m.m.

Prop. 1982/83:174 *om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen, m.m.*

Prop. 1987/88:100 *med förslag till statsbudget för budgetåret 1988/89.*

Prop. 1988/89:150 *med förslag till slutgiltig reglering av statsbudgeten för budgetåret 1989/90, m.m.* (kompletteringsproposition).

Prop. 1991/92:44 *om riktlinjer för den statliga fastighetsförvaltningen och ombildning av Byggnadsstyrelsen, m.m.*

Prop. 1991/92:150 *med förslag om slutlig reglering av statsbudgeten för budgetåret 1992/93, m.m.* (kompletteringproposition).

Prop. 1992/93:37 *om ny organisation för förvaltning av statens fastigheter och lokaler m.m.*

Prop. 1993/94:150 *Förslag till slutlig reglering av statsbudgeten för budgetåret 1994/95, m.m.* (kompletteringsproposition).

Prop. 2009/10:80 *En reformerad grundlag.*

Prop. 2009/10:170 *En enklare plan- och bygglag.*

Prop. 2009/10:175 *Offentlig förvaltning för demokrati, delaktighet och tillväxt.*

Prop. 2011/12:107 *Samverkan mellan kommuner om samhällsorientering m.m.*

Prop. 2013/14:106 *Patientlag*.

Prop. 2015/16:1 *Budgetpropositionen för 2016.*

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.*

Prop. 2017/18:249 *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik*.

Prop. 2019/20:1 *Budgetpropositionen för 2020.*

Prop. 2019/20:164 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*.

Quist, J. och Fransson, M. (2014) *Tjänstelogik för offentlig förvaltning – en bok för förnyelsebyråkrater.* Stockholm. Liber.

Ramsberg, J. och Ekelund M. (2011) Stuprörstänkande gör samhällets kostnader för ohälsa onödigt höga. *Ekonomisk debatt* nr 5. 41–53.

Rechel B, Wright S, Edwards N, Dowdeswell B och McKee M (2009), Investing in hospitals of the future, European Observatory on Health Systems and Policies, European Health Property Network (EuHPN), *Observatory Studies Series* No 16.

Regeringskansliet (2020) *Uppdrag till Statskontoret att följa utvecklingen av statens styrning av kommuner och regioner*. Fi2020/02999/K, 2020-05-25.

Region Blekinge (2019) *Regionplan 2020–2022 med budget för 2020.*

Region Dalarna (2019) *Vi mår bra – i hela Dalarna! Regionplan, budget och finansplan 2020–2022*.

Region Gotland (2019) *Strategisk plan och budget 2020–2022.*

Region Gävleborg (2019) *Samhällsbygget, Välfärd kunskap hållbarhet. Budget 2020 och ekonomisk plan 2021–2022.*

Region Halland (2019) *Mål och budget 2020–2022*.

Region Jämtland Härjedalen (2019) *Regionplan och budget 2020–2022.*

Region Jönköpings län (2019) *Budget med verksamhetsplan 2020. Flerårsplan 2021–2022.*

Region Kalmar län (2019) *Tillsammans för ett friskare, tryggare och rikare liv*, Regionplan 2020–2022.

Region Kronoberg (2019) *Budget 2020 med flerårsplan 2021–2022.*

Region Norrbotten (2019) *Finansplan 2020–2022.*

Region Skåne (2019) *Region Skånes verksamhetsplan och budget 2020 med plan för 2021–2022.*

Region Stockholm (2019a) *Strategisk planering och samordning av vårdfastigheter*. Rapport nr 8/2019 från Regionrevisorerna.

Region Stockholm (2019b) *Med ansvar för framtiden. Budget 2020.*

Region Sörmland (2019) *Mål och budget. Planperioden 2020–2022.*

Region Uppsala (2019) *Regionplan och budget 2020–2022.*

Region Värmland (2019) *Regionplan 2020. Regionplan 2020 och flerårsplan 2020–2022.*

Region Västerbotten (2019) *Regionplan 2020–2023.*

Region Västernorrland (2019) *Liv, hälsa och hållbar utveckling i Västernorrland. Regionplan 2020–2022*.

Region Västmanland (2019) *Regionplan och budget 2020–2022.*

Region Örebro län (2019) *Verksamhetsplan med budget 2020 och planeringsförutsättningar 2021–2022.*

Region Östergötland (2019) *Strategisk plan med treårsbudget 2020–2022. Region Östergötland – drivkraft för hållbar utveckling och livskvalitet. Attraktivitet, Handlingskraft, Goda livsvillkor.*

Riksrevisionen (2013) *Statens hantering av riksintressen – ett hinder för bostadsbyggande.* RiR 2013:21.

Riksrevisionen (2017) *Staten och SKL – En slutrapport om statens styrning på vårdområdet.* RiR 2017:3.

Riksrevisionen (2018a) *Lärosätenas lokalförsörjning – rum för utveckling.* RiR 2018:15.

Riksrevisionen (2018b) *Oklara effekter av investeringsstödet till byggande av särskilt boende för äldre.* RiR 2018:24.

Riksrevisionen (2020) *Effektiviteten vid Kriminalvårdens anstalter.* RiR 2020:16.

Ring, L. (2017) *Spri-tiden: Planering av vårdbyggnader i Sverige 1968 till 1989.*

Rognes, J., Axelson, M. och Krohwinkel, A. (2014) *Nätverkssjukvård i praktiken*. LHC Report 2014 nr 2.

Rothstein, B. (2010) *Vad bör staten göra? Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik*. 3:e upplagan, SNS förlag, Falun.

Sandberg, S. (2017) *Strukturella reformer riktade mot den lokala nivån i Danmark, Finland och Norge 2000–2008*. Underlagsrapport till Kommunutredningen (Fi 2017:2).

Sjukvårdskungörelsen (1972:676).

Sjukvårdslagen (1962:242).

SCB (2020) *Hälsoräkenskaper 2018.*

SFS 2012:412 *Lag om upphävande av lagen (1971:1204) om byggnadstillstånd m.m.*

SKL och Finansdepartementet (2007) *Den kommunala finansieringsprincipen, Informationsmaterial.*

SKL (2013) *Patientsäkerhet lönar sig. Kostnader för skador och vårdskador i slutenvården år 2013.*

SKL (2014) *Fastighetsutvecklingsplanen: planering för morgondagens sjukhusområde.* FoU-fonden för fastighetsfrågor.

SKL (2016) *Träning ger färdighet – koncentrera vården för patientens bästa SOU 2015:98.* Yttrande 2016-04-15. Dnr 16/00232.

SKL (2018a) *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2018: Befolkningens attityder till, förväntningar på och erfarenheter av hälso- och sjukvården.*

SKL (2018b) *Patientkontrakt.* Slutrapport januari 2018. Samarbetsprojekt i tre landsting/regioner Dnr: S2017/02482/FS.

SKL (2019a) *Hälso- och sjukvårdsrapport 2019.*

SKL (2019b) *Vårderbjudanden med digitala tjänster för ordinerad egenvård och hemmonitorering – Nulägesbeskrivning och analys av läget i Sverige.* Rapport från projekt Ordnat införande av digitala produkter och tjänster.

SKL (2019c) *Medborgardialog i styrning*.

SKL (2019d) *Ekonomirapporten, maj 2019. Om kommunernas och regionernas ekonomi*, Sveriges Kommuner och Landsting.

SKR (2020a) *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2019: Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården.*

SKR (2020b) *Nära vård: nya sätt att utvärdera ändamålsenlighet och systemeffekter.*

SKR (2020c) *Tabeller Sektorn i siffror juni 2020*, Sveriges Kommuner och Regioner.

SKR (2020d) *Fastighetsnyckeltal 2019.* Sammandrag Regioner – FoU-Fonden för regionernas fastighetsfrågor. Sveriges Kommuner och Regioner.

SKR (2020e) *Ekonomirapporten, maj 2020.* Om kommunernas och regionernas ekonomi. Sveriges Kommuner och Regioner.

SKR (2020f) *Ekonomirapporten, oktober 2020.* Om kommunernas och regionernas ekonomi. Sveriges Kommuner och Regioner.

SKR (2021) *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2020: Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården.*

Skr 2020/21:105 *Ungdomspolitisk skrivelse*.

Sveriges regioner i samverkan och SKR (2016) *Nationell patientenkät.*

Sveriges regioner i samverkan och SKR (2018) *Nationell patientenkät.*

Sveriges regioner i samverkan och SKR (2020) *Nationell patientenkät.*

Socialdepartementet (2003) Departementspromemoria, 2003:56, *Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag.*

Socialdepartementet (2009) *Nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården*. Regeringsbeslut 2009-06-25.

Socialdepartementet (2020) *Bemyndigande att träffa en överenskommelse om God och nära vård 2020 – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården.* Protokoll vid regeringssammanträde, 2020-01-30. S2020/00440/FS.

Socialstyrelsen (2018) *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet. Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten.*

Socialstyrelsen (2019a) *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård:* Förstudie.

Socialstyrelsen (2019b) *Att kunna följa patientens väg genom vården. Sätt att koppla samman vårdhändelser i patientens vårdprocess.*

Socialstyrelsen (2019c) *Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård.*

Socialstyrelsen (2020a) *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård*: Lägesrapport 2020.

Socialstyrelsen (2020b) *Agera för säker vård. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024.*

Socialstyrelsen (2021) *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård*, Lägesrapport 2021.

Socialtjänstlag (1980:620).

SOU 1934:22 *Den slutna kroppssjukvården i riket jämte vissa därmed sammanhängande spörsmål.* Betänkande avgivet av Statens sjukvårdskommitté.

SOU 1956:27 *Betänkande med förslag till sjukhuslag m.m.*

SOU 1967:11 *Programbudgetering*. Statskontorets programbudgetutredning, Del 1. Finansdepartementet.

SOU 1992:79 Statens fastigheter och lokaler.

SOU 1997:154 *Patienten har rätt. Delbetänkande av HSU 2000.*

SOU 2007:10 *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft.* Slutbetänkande från Ansvarskommittén. Stockholm 2007.

SOU 2007:12 *Hälso- och sjukvården*. Sekretariatsrapport från Ansvarskommittén.

SOU 2008:127 *Patientens rätt: Några förslag för att stärka patientens ställning.* Delbetänkande av Utredningen om patientens rätt. Stockholm 2008.

SOU 2009:11 *En nationell cancerstrategi för framtiden.* Betänkande av utredningen En nationell cancerstrategi. Stockholm 2009.

SOU 2011:31 *Staten som fastighetsägare och hyresgäst*.

SOU 2011:65 *Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem – en kartläggning.* Delbetänkande av Statens vård- och omsorgsutredning. Stockholm 2011.

SOU 2013:40 *Att tänka nytt för att göra nytta - om perspektivskiften i offentlig verksamhet*. Slutbetänkande av Innovationsrådet. Stockholm 2013.

SOU 2014:59 *Bostadsförsörjning och riksintressen*, Delbetänkande av Riksintresseutredningen. Stockholm 2014.

SOU 2015:32 *Nästa fas i e-hälsoarbetet.* Betänkande av E-hälsokommittén. Stockholm 2015.

SOU 2015:98 *Träning ger färdighet: Koncentrera vården för patientens bästa.* Betänkande av Utredningen om högspecialiserad vård. Stockholm 2015.

SOU 2015:99 *Planering och beslut för hållbar utveckling Miljöbalkens hushållningsbestämmelser*, Slutbetänkande av Riksintresseutredningen. Stockholm 2015.

SOU 2016:2 *Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för ett effektivt resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.* Stockholm 2016.

SOU 2016:48 *Regional indelning – tre nya län.* Delbetänkande av Indelningskommittén. Stockholm 2016.

SOU 2016:89 *För digitalisering i tiden.* Slutbetänkande av Digitaliseringskommissionen. Stockholm 2016.

SOU 2017:56 *Jakten på den perfekta ersättningsmodellen.*

SOU 2018:38 *Styra och leda med tillit – Forskning och praktik*. Forskningsantologi från Tillitsdelegationen. Stockholm 2018.

SOU 2018:39 *God och nära vård: En primärvårdsreform*. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. Stockholm 2018.

SOU 2018:47 *Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn.* Huvudbetänkande av Tillitsdelegationen. Stockholm 2018.

SOU 2019:29 *God och nära vård: vård i samverkan.* Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. Stockholm 2019.

SOU 2019:42 *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*. Slutbetänkande av utredningen Styrning för en mer jämlik vård. Stockholm 2019.

SOU 2020:15 *Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS.* Slutbetänkande av Utredningen om offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll. Stockholm 2020.

SOU 2020:19 *God och nära vård: En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.* Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. Stockholm 2020.

SOU 2020:23 *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning.* Delbetänkande av Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap. Stockholm 2020.

SOU 2020:76 *Funktionalitet och enhetlighet – hyresmodell för fem kulturinstitutioners huvudbyggnader.*

SOU 2020:80 *Äldreomsorgen under pandemin.* Delbetänkande av Coronakommissionen.

SOU 2021:25 *Struktur för ökad motståndskraft.* Slutbetänkande av Utredningen om civilt försvar. Stockholm 2021.

Socialutskottets betänkande SoU 1975:15

Socialutskottets betänkande 1989/90:SoU:19 *Forskning inom socialdepartementets verksamhetsområde.*

Socialutskottets betänkande 2013/14:SoU24 *Patientlag.*

Socialutskottets betänkande 2015/16:SoU1 *Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.*

Socialutskottets betänkande 2016/17:SoU5 *En ny hälso- och sjukvårdslag.*

Socialutskottets betänkande 2017/18:SoU22 Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.

Socialutskottets betänkande 2020/21:SoU2 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

Statskontoret (2011a) *Kommunalt självstyre och proportionalitet*. 2011:17.

Statskontoret (2011b) *Tänk efter före. Om viss styrning av kommuner och landsting*. 2011:22.

Statskontoret (2016) *Statens styrning av kommunerna*. 2016:24.

Statskontoret (2018) *Utveckling av den statliga styrningen av kommuner och landsting 2017.*

Statskontoret (2019) *Utveckling av den statliga styrningen av kommuner och landsting 2018.*

Statskontoret (2020) *Utveckling av den statliga styrningen av kommuner och landsting 2019.*

Steen Carlsson, K., Berne, C., Johansen, P., Lanne, G. och Gerdtham, U. (2013) *Behandling av diabetes i ett hundraårigt perspektiv*. SNS Förlag.

Sterzel, F. (2009) *Författning i utveckling*. Uppsala: Iustus.

Sundheds- og ældreministeriet (2019), *Kvalitetsfondsbyggerier og effektiviseringskrav*, Notat, 03-11-2019.

Sundhedsstyrelsen (2007), *Styrket akutberedskab planlægnings-grundlag for det regionale sundhedsvæsen,* version 2.0 versionsdato 26. juni 2007.

Sundström, Göran (2003) *Stat på villovägar.* Stockholms universitet.

Sykehusbygg (2017), *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*. sep./okt.2017.

Söderlind, D. och Petersson, O. (1988) *Svensk förvaltningspolitik. Uppsala*: Diskurs förlag.

Tahvilzadeh, N. (2015) ”Det våras för medborgardialoger” i *Låt fler forma framtiden! Forskarantologi* SOU 2015:96 Teisman, G., van Buuren, A. och Gerrits, L. (ed) (2009), *Managing Complex Governance Systems. Dynamics, Self-Organization and Coevolution in Public Investments.* New York: Routledge.

Teltsch, D. Y., Hanley, J., Loo, V., Goldberg, P. Gursahaney, A., and Buckeridge, D. L. (2011) Infection acquisition following intensive care unit room privatization. *Archives of Internal Medicine*, 171(1), 32–38.

Thodelius, C., Widmark, J., Lindahl, G. och Adam, A. (2021) *Framtidens vårdbyggnadsstruktur: Hälso- och sjukvårdsbyggnader i regionerna efter omställningen* (2021:1) Centrum för vårdens arkitektur: Chalmers: Göteborg.

Thoresson, K. (2012) *På väg mot en värdefull styrning – Ersättningssystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre*. LHC Report nr 1, 2012.

Utbildningsutskottets uppföljning 1996/97:URD2 *Den nya organisationen för universitetens och högskolornas lokalförsörjning – en uppföljning.*

Vetenskapsrådet (2020) *Yttrande över Strukturförändring och investering i hälso-och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS* (SOU 2020:15). Dnr. 1.1.3-2020-05643 GD-2020-137.

Västra Götalandsregionen (2016) *Ändamålsenlighet i regionens investeringsprocess.* Dnr: REV 2016-00180 (REV 54-2016). Rapport från Revisionsenheten.

Västra Götalandsregionen (2019) *Budget 2020 samt plan för ekonomin åren 2021–2022 för Västra Götalandsregionen.*

Watson J. och Agger S. (2009) "The economic and community impact of health capital investment" i Rechel B, Wright S, Edwards N, Dowdeswell B, McKee M, (2009), Investing in hospitals of the future, European Observatory on Health Systems and Policies, European Health Property Network (EuHPN), *Observatory Studies Series* No 16.

Walch, J. M., Rabin, B. S., Day, R., Williams, J. N., Choi, K., and Kang, J. D. (2005) The effect of sunlight on post-operative analgesic medication usage: A prospective study of patients undergoing spinal surgery. *Psychosomatic Medicine*, 67, 156–163.

Winblad, U., Fredriksson, M., Åhfeldt, E., Swenning, A-K., Modigh, A. och Hedström, G. (2021) *Hur samordnas omställningen av hälso- och sjukvården med behov av investeringar i vårdbyggande?* Institutionen för folkhälso-och vårdvetenskap. Uppsala Universitet.

Zwart, J. (2014), *Building for a better hospital- value adding management & design of healthcare real estate*, Delft University of Technology, Faculty of Architecture and the Built Environment, Department of Real Estate & Housing, nr 13 2014.

Zwart, J. Voordt, T.och Jonge, H. (2010), Private Investment in Hospitals: A Comparison of Three Healthcare Systems and Possible Implications for Real Estate Strategies, *HERD Volume* 3, Number 3, pp 70–86.

Åman, A. (1976) *Om den offentliga vården: byggnader och verksamheter vid svenska vårdinstitutioner under 1800- och 1900-talen: en arkitekturhistorisk undersökning.* Sveriges arkitekturmuseum, Stockholm.

Öhrming, J. (2017) *Allt görs liksom baklänges. Verksamheten vid Nya Karolinska Solna*, Södertörns högskola.

Kommittédirektiv 2019:69

Ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård

Beslut vid regeringssammanträde den 17 oktober 2019.

Sammanfattning

En särskild utredare ska genom kartläggning och analys utreda hur pågående och planerade investeringsprojekt i sjukhus förhåller sig till den pågående utvecklingen av hälso- och sjukvården på nationell nivå. Syftet är att bidra till ökade 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 landstingen,
- 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.

Uppdraget ska redovisas senast den 15 januari 2021.

Hälso- och sjukvårdens utmaningar och pågående utvecklingsarbete

Svensk hälso- och sjukvård håller hög kvalitet och står sig väl i jämförelse med andra länder. Uppföljningar visar på goda medicinska resultat, att patienter överlag är nöjda med kvaliteten och att förtroendet för hälso- och sjukvården är gott och stigande.

Samtidigt står svensk hälso- och sjukvård inför en rad utmaningar och problem. I takt med att befolkningen lever allt längre ökar vårdbehovet i befolkningen. Den psykiska ohälsan ökar, framför allt bland barn och unga, och allt fler lever med komplexa och kroniska sjukdomstillstånd som kräver samverkan mellan olika aktörer inom hälso- och sjukvården.

Dessutom visar uppföljningar på en rad strukturproblem. Tillgängligheten till vården brister då patienter upplever att de får vänta för länge på vård, jämlikheten varierar och det råder personalbrist inom hälso- och sjukvården.

För att möta de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför behöver en rad strukturella åtgärder genomföras och den potential som finns i det hälso-främjande och sjukdomsförebyggande arbetet tas tillvara. Kvaliteten i hälso- och sjukvården behöver öka och resurserna behöver användas mer effektivt. Regeringen har därför inlett ett omfattande reformarbete som tar sikte på båda dessa delar.

Reformarbetet består till exempel av koncentration av den högspecialiserade vården samt ökat fokus på tillgänglighet, kompetensförsörjning och digitalisering.

En central del i reformarbetet är arbetet med att vidareutveckla den nära vården med fokus på primärvården. Svensk hälso- och sjukvård som historiskt sett dominerats av investeringar i specialistvård och akutsjukhus behöver ställa om så att första linjens sjukvård får en starkare roll och bättre förutsättningar att arbeta förebyggande än i dag. En förstärkning och utveckling av primärvården är därför nödvändig. Det är dock angeläget att säkerställa att detta inte sker på bekostnad av kvaliteten inom den sjukvård som bedrivs på sjukhus och inom övrig specialistvård.

Inom ramen för den pågående utvecklingen av hälso- och sjukvården på nationell nivå har regeringen även bland annat tillsatt en utredning om hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap (dir. 2018:77).

Uppdraget att kartlägga och analysera pågående och planerade investeringsprojekt

Landstingen investerar i hälso- och sjukvårdens infrastruktur, för att bland annat ersätta ett åldrat fastighetsbestånd och för att möta den demografiska utvecklingen, men investerar även för att stödja nya arbetssätt och framtidens hälso- och sjukvård.

På nationell nivå bedriver regeringen ett utvecklingsarbete som bland annat innefattar nivåstrukturering och koncentration av den högspecialiserade vården samt utvecklingen av den nära vården.

För att hälso- och sjukvården ska utvecklas, till exempel genom en utvecklad primärvård, och för att offentliga medel ska användas så resurseffektivt som möjligt är det viktigt att de strategiska beslut som fattas av hälso- och sjuk-vårdens huvudmän förutom de regionala behoven även svarar mot behoven och den utpekade inriktningen ur ett nationellt perspektiv. Regeringen ser därför behov av att stödja huvudmännen i arbetet med att bidra till hälso- och sjukvårdens utveckling på nationell nivå.

Ett första steg i detta är att skapa en samlad bild av pågående och planerade större investeringsprojekt vad gäller sjukhus inom hälso- och sjukvården i landstingen samt att analysera hur dessa investeringsprojekt förhåller sig till den pågående nationella utvecklingen av hälso- och sjukvården. Ett sådant underlag kan utgöra stöd till hälso- och sjukvårdens huvudmän i deras arbete med att fatta samhällsekonomiskt effektiva beslut och skapa förutsättningar för en långsiktigt hållbar omstrukturering av hälso- och sjukvården som kan möta såväl dagens som framtida behov.

Utredaren ska därför

– kartlägga de större investeringsprojekt i sjukhus som pågår och som planeras inom landstingen, och
– analysera hur dessa investeringsprojekt förhåller sig till den pågående utvecklingen av hälso- och sjukvården på nationell nivå.

Uppdraget att analysera samverkan samt hur denna kan bidra till den nationella utvecklingen av hälso- och sjukvården och till ökad samhällsekonomisk effektivitet

Svensk hälso- och sjukvård styrs av flera aktörer med olika förutsättningar och styrmedel att tillgå. På nationell nivå är lagstiftning ett centralt styrmedel liksom möjligheten att rikta statliga medel dit där behoven är som störst. Landsting och kommuner har å sin sida ansvar för att organisera och bedriva hälso- och sjukvård.

För att den samlade styrningen av hälso- och sjukvården ska kunna bidra till effektiva verksamheter med god och jämlik kvalitet behöver de beslut som fattas på olika nivåer stödja varandra och stödja helheten.

Regeringen bedömer att förutsättningarna för samhällsekonomiskt effektiva beslut behöver bli bättre och att samverkan, till exempel mellan stat och landsting liksom mellan landsting, är ett viktigt led i detta.

Utredaren ska därför

– analysera samverkan samt hur denna kan bidra till den nationella utvecklingen av hälso- och sjukvården och till ökad samhällsekonomisk effektivitet

Konsekvensbeskrivningar

I enlighet med 15 § kommittéförordningen (1998:1474) ska utredaren i sina redogörelser och analyser bland annat beakta ekonomiska konsekvenser för de aktuella aktörerna, och konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män samt proportionalitetsprincipen när det gäller eventuella inskränkningar av den kommunala självstyrelsen i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Utredaren ska ha dialog med företrädare för hälso- och sjukvårdens huvudmän, myndigheter, professionerna, patienter och andra berörda aktörer. Utredaren ska även ha dialog med relevanta utredningar så som utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga

inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap (dir. 2018:77).

Utredaren ska fortlöpande informera Regeringskansliet (Socialdepartementet) om arbetet.

Uppdraget ska redovisas senast den 15 januari 2021.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2020:116

Tilläggsdirektiv till Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård (S 2019:03)

Beslut vid regeringssammanträde den 5 november 2020

Utvidgning av och förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 17 oktober 2019 kommittédirektiv om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård (dir. 2019:69). Enligt direktiven skulle uppdraget redovisas senast den 15 januari 2021.

Uppdraget utvidgas och utredaren får nu också i uppdrag att göra följande

- Analysera större sjukhusinvesteringarnas beståndsdelar och komplexitet och eventuella behov av samverkan för att bidra till den nationella utvecklingen av hälso-och sjukvården.
- Analysera för- och nackdelar med, inklusive konsekvenserna av, olika former av samverkan, t.ex. mellan stat och regioner liksom mellan regioner, och vid behov lämna förslag på ändamålsenlig och kostnadseffektiv samverkan för nationell utveckling. Syftet är att öka förutsättningarna för att de större sjukhusinvesteringar som genomförs regionalt bidrar till den nationella utvecklingen av hälso- och sjukvården och till ökad ändamålsenlighet och samhällsekonomisk effektivitet. Utredaren ska särskilt beakta behovet av att hålla de administrativa kostnaderna vid samverkan på låg nivå.

– Överväga om någon statlig aktör, och i så fall vilken, bör ha ett samordnande uppdrag och vid behov lämna förslag på hur ett sådant uppdrag kan utformas, i syfte att öka förutsättningarna för regionerna att beakta det nationella perspektivet i samband med större sjukhusinvesteringar i hälso- och sjukvården.

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska i stället redovisas senast den 31 augusti 2021.

Uppdraget att utreda behov av ökad samverkan vid investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård

De ursprungliga direktiven pekar bl.a. på att beslut som fattas på olika nivåer behöver stödja både varandra och helheten för att den samlade styrningen av hälso- och sjukvården ska kunna bidra till effektiva verksamheter med god och jämlik kvalitet. Det nationella perspektivet kan även komplettera det regionala perspektivet för att öka jämlikheten i landet t.ex. när det gäller vårdens kvalitet och tillgänglighet samt hälso- och sjukvårdspersonalens förutsättningar att ge god och patientsäker vård. Regeringen ser även behov av såväl ökat samarbete som ökad statlig samordning inom hälso- och sjukvården.

Ytterst är det regionerna som ansvarar för vården men staten kan stödja regionerna genom att skapa goda förutsättningar för att de åtgärder som prioriteras i regionerna är de mest ändamålsenliga och kostnadseffektiva. Förutsättningarna för samhällsekonomiska beslut behöver bli bättre och utvecklad samverkan, till exempel mellan stat och regioner liksom inom regioner, är ett viktigt led i detta. Det kan bland annat innebära att man från nationellt håll bistår regionerna genom att stödja samarbeten och samordnar dialoger mellan och inom regionerna samt med andra berörda aktörer.

Utredningen om offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll skriver i sitt betänkande Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården (SOU 2020:15) att regionerna samverkar på olika sätt, inom samverkansregionerna och nationellt inom ramen för Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) olika nätverk. Det finns dock såvitt utredningen erfar inte någon nationellt gemensam samordning och planering av investeringar inom sjukvården. Utöver att utreda hur samverkan kan bidra till den nationella utvecklingen kan det därför finnas behov av att lämna förslag på ändamålsenlig och kost-

nadseffektiv samverkan mellan t.ex. stat och regioner liksom mellan regioner. Även klinisk forskning och utbildning vid sjukhus som bedriver universitetssjukvård berörs av stora investeringar, t.ex. i forskningsinfrastruktur.

Det framgår också av SOU 2020:15 att det lärande exemplet Nya Karolinska Solna inte bara är ett byggprojekt utan lika mycket ett verksamhetsprojekt. Utredningen konstaterar att frågor om upphandling, investeringar och organisationsförändringar är mycket nära kopplade till varandra i komplexa processer som ställer krav på helhetsperspektiv.

Utredningen skriver även att investeringsbehovet i regionerna är stort samt att regionernas ekonomi är ansträngd. Detta understryker frågan om det nationella hälso- och sjukvårdsperspektivet i högre grad bör beaktas, t.ex. av kostnadseffektivitetsskäl.

Utredaren ska, utöver vad som framgår av de ursprungliga direktiven göra följande:

– Analysera större sjukhusinvesteringar beståndsdelar och komplexitet och eventuella behov av samverkan för att bidra till den nationella utvecklingen av hälso-och sjukvården.

– Analysera för- och nackdelar med, inklusive konsekvenserna av, olika former av samverkan, t.ex. mellan stat och regioner liksom mellan regioner, och vid behov lämna förslag på ändamålsenlig och kostnadseffektiv samverkan för nationell utveckling. Syftet är att öka förutsättningarna för att de större sjukhusinvesteringar som genomförs regionalt bidrar till den nationella utvecklingen av hälso- och sjukvården och till ökad ändamålsenlighet och samhällsekonomisk effektivitet. Utredaren ska särskilt beakta behovet av att hålla de administrativa kostnaderna vid samverkan på låg nivå.

– Överväga om någon statlig aktör, och i så fall vilken, bör ha ett samordnande uppdrag och vid behov lämna förslag på hur ett sådant uppdrag kan utformas, i syfte att öka förutsättningarna för regionerna att beakta det nationella perspektivet i samband med större sjukhusinvesteringar i hälso- och sjukvården.

Arbetets genomförande, kontakter och redovisning av uppdraget

Utöver vad som sägs om kontakter i de ursprungliga direktiven ska utredaren ha samråd med Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09), Coronakommissionen (S 2020:09). Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S 2020:12) och andra utredningar och myndigheter som har ett uppdrag som berör utredarens uppdrag. Utredningen ska där det är lämpligt beakta ett hållbarhets- och klimatperspektiv i sina analyser.

Enligt de ursprungliga direktiven skulle uppdraget redovisas senast den 15 januari 2021. Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska i stället redovisas senast den 31 augusti 2021.

(Socialdepartementet)

UPPSALA
UNIVERSITET

Hur samordnas strukturomvandlingen av hälso- och sjukvården med behov av investeringar i vårdbyggnader?

Ulrika Winblad, Anna-Karin Swenning, Anton Modigh, Emanuel Åhlfeldt, Gustaf Hedström & Mio Fredriksson

Hälso- och sjukvårdsforskning
Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap
Uppsala universitet

2021-08-04

Innehåll

Inledning ... 3
Bakgrund ... 3
Syfte och frågeställningar ... 4
Genomförande av studien ... 4
Delstudie 1: Regionernas arbete ... 6
Omställningen mot en nära vård ... 6
Målbilder och konkreta åtgärder för att uppnå en nära vård ... 6
Organisering av omställningen mot en nära vård ... 7
Samverkan med kommunerna ... 9
Nivåstrukturering och fördelning av högspecialiserad vård ... 11
Nivåstrukturering i strategier och planer ... 11
Nivåstrukturering i praktiken ... 12
Regionernas uppfattning av den nationella styrningen ... 13
Samordning med investeringar i vårdbyggnader ... 13
Behov av samordning ... 13
Hinder som försvårar samordningen ... 14
Olika sätt att åstadkomma samordning ... 15
Behov av stöd från nationell nivå ... 17
Delstudie 2: Samverkansregionernas arbete ... 19
Samverkansregionernas organisation, arbetssätt och mandat ... 19
Politiskt samarbetsorgan och beslutsmandat ... 20
Tjänstemannaledning och administrativa resurser ... 21
Områden för samverkan ... 23
Övergripande målsättningar och samverkansområden ... 23
Fördelning av den regionala högspecialiserade vården ... 24
Omställningen mot en nära vård ... 26
Investeringar i vårdbyggnader ... 26
Hur kan samverkansregionens roll utvecklas? ... 27
Sammanfattning och reflektioner ... 29
Referenser ... 33

Inledning

Bakgrund

Av tidigare statliga utredningar framgår att regionerna har stora investeringsbehov, såväl omedelbara som framtida (1,2). Det handlar om omfattande investeringar i vårdbyggnader, framför allt i sjukhus, som måste genomföras för att kunna uppfylla gällande krav, riktlinjer och behov vad gäller hälso- och sjukvård och arbetsmiljö. Parallellt med dessa investeringar pågår en strukturomvandling av hälso- och sjukvården, vilken förväntas påverka såväl lokaler och teknik som personal.

Omställningen mot en nära vård utgör en central del av strukturomvandlingen och innebär bland annat att primärvården ska utgöra basen i hälso- och sjukvården och att det ska ske en förflyttning från en sjukhustung vård mot en nära vård. Nära vård ska dock inte betraktas som en ny organisationsnivå eller som en ny benämning på primärvården, utan ska istället ses som ”ett sätt att tänka kring hur man organiserar all hälso- och sjukvård med utgångspunkt i patienters och brukares individuella behov, förutsättningar och preferenser så att hela hens livssituation kan beaktas”(3). Under de senaste åren har ett omfattande utredningsarbete på nationell nivå genomförts där betänkandet *Effektiv vård* (4) utgjorde ett startskott för omställningen mot en nära vård. Under 2017 tillsattes utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (5) som bland annat har presenterat en gemensam färdplan och målbild för omställningen. I målbilden anges bland annat att ”primärvården är navet i vården och omsorgen och samspelar både med annan specialistvård på och utanför sjukhusen, med övrig kommunal hälso-och sjukvård och med socialtjänsten”(3). Ansvaret för att planera hur omställningen mot en nära vård ska genomföras ligger dock på regionerna i samverkan med kommunerna (2,3,6,7).

En ytterligare del av strukturomvandlingen handlar om nivåstrukturering av den högspecialiserade vården, vilken innebär att viss vård som är komplex, investeringstung och sällan förekommande koncentreras eller fördelas till ett begränsat antal enheter inom hälso- och sjukvårdssystemet. Syftet med denna förändring är bland annat att bidra till ökad kvalitet, patientsäkerhet och jämlikhet i vården (1). Det finns idag både nationell och regional högspecialiserad vård. Ansvaret för nivåstrukturering av den *nationella* högspecialiserade vården ligger på staten och det är Socialstyrelsen som ansvarar för processen att definiera vilken högspecialiserad vård som ska bedrivas nationellt och regionerna får sedan ansöka om att få bedriva denna vård. Vad gäller nivåstruktureringen av den *regionala* högspecialiserade vården ligger ansvaret för att koncentrera eller fördela den på de enskilda regionerna och till viss del även på de sex samverkansregioner som utgör samarbetsplattformar för regionerna (1,8).

En farhåga som uttrycks i tidigare utredningar är att det inte sker en tillräcklig samordning av de investeringar i vårdbyggnader som genomförs med den strukturomvandling av hälso- och sjukvården som pågår. Utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (5) pekar bland annat i sitt huvudbetänkande på att de byggprojekt som pågår och planeras riskerar att cementera gamla vårdstrukturer och stuprör om det inte sker en samverkan mellan olika delar av regionens verksamheter och fastighetsfunktioner i omställningsarbetet (2). Frågan har även uppmärksammats av regeringen och i oktober 2019 tillsattes *Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård* (9) med uppgift att utreda hur pågående och planerade investeringsprojekt i sjukhus förhåller sig till den pågående utvecklingen av hälso- och sjukvården på nationell nivå. Syftet med utredningen är att öka förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens huvudmän och regeringen att fatta strategiska beslut om hälso- och sjukvård som svarar mot behoven ur ett nationellt perspektiv (10). Utredningen ska redovisa sitt uppdrag senast den 31 augusti 2021 (11).

Syfte och frågeställningar

Föreliggande studie har genomförts på uppdrag av *Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård* (9). Syftet är att undersöka hur regionerna arbetar med strukturomvandlingen av hälso- och sjukvården, och vad som görs *inom* och *mellan* regionerna för att samordna detta arbete med de investeringar i vårdbyggnader som behöver göras. Med strukturomvandling av hälso- och sjukvården inbegriper vi fortsättningsvis i rapporten både omställningen mot en nära vård och arbetet med nivåstrukturering av högspecialiserad vård. Studien har genomförts som två delstudier.

Den **första delstudien** fokuserar på hur regionerna arbetar med omställningen mot en nära vård och nivåstrukturering av högspecialiserad vård samt hur detta arbete förhåller sig till den nationella styrningen. Delstudien fokuserar även på hur regionerna internt samordnar den utveckling av hälso- och sjukvården som pågår med de investeringar i vårdbyggnader som behöver göras. Dessutom undersöks vilket stöd från nationell nivå som regionerna kan behöva för att öka förutsättningarna för att de större investeringar i vårdbyggnader som genomförs regionalt ska harmoniera med och bidra till den pågående strukturomvandlingen av hälso- och sjukvården. Frågorna för delstudien är:

- Hur arbetar regionerna med omställningen mot en nära vård och nivåstrukturering av högspecialiserad vård och hur uppfattar de den nationella styrningen kring dessa reformer?
- Hur samordnas regionernas investeringsbehov i vårdbyggnader med den utveckling av hälso- och sjukvården som pågår?
- Vilket stöd från nationell nivå behövs för att underlätta strukturomvandlingen av hälso- och sjukvården och för att detta arbete ska kunna harmoniseras med de större investeringar i vårdbyggnader som genomförs på regional nivå?

Den **andra delstudien** fokuserar på vilken samverkan som sker inom de sex reglerade samverkansregionerna med avseende på strukturomvandlingen av hälso- och sjukvården och de investeringar i vårdbyggnader som behöver göras i respektive region. Frågorna för delstudien är:

- Hur är samverkansregionernas arbete organiserat och vilka områden samverkar man kring?
- Hur sker samverkan inom samverkansregionerna kring omställningen mot en nära vård, fördelningen av regional högspecialiserad vård och behovet av investeringar i vårdbyggnader?
- Vilka erfarenheter finns av att genomföra gemensamma investeringar inom samverkansregionen?
- Hur kan samverkansregionernas roll utvecklas för att bidra till ett helhetsperspektiv på hälso- och sjukvården?

Genomförande av studien

Delstudierna har genomförts under perioden februari till och med juni 2021 genom kvalitativ dokumentanalys och intervjuer med nyckelpersoner inom regioner och samverkansregioner. Dokumentanalysen syftar till att ge en övergripande bild av hur utvecklingen av hälso- och sjukvården på regional nivå förhåller sig till de nationella reformerna i omställningsarbetet. Den syftar även till att ge en överblick över samverkansregionernas mandat, uppgifter och organisation. Tio utvalda regioner och samtliga sex samverkansregioner omfattas av dokumentanalysen (se tabellen nedan).

Samverkansregion	Regioner
Samverkansnämnden Stockholm-Gotland	Region Stockholm
Sydöstra sjukvårdsregionen	Region Östergötland Region Jönköpings län
Södra sjukvårdsregionen	Region Skåne Region Kronoberg
Västra Sjukvårdsregionen	Region Halland
Sjukvårdsregion Mellansverige	Region Uppsala Region Gävleborg
Norra sjukvårdsregionförbundet	Region Västerbotten Region Jämtland-Härjedalen

Materialet för analysen består av offentliga dokument såsom de övergripande mål- och inriktningsdokument som regionerna har tagit fram för utvecklingen av hälso- och sjukvården, samt utredningar, rapporter och annat material från t.ex. regeringen och Socialstyrelsen. I analysen av samverkansregionerna har vi studerat avtal och överenskommelser som reglerar samverkansregionernas arbete, informationsmaterial från samverkansregionerna samt ett begränsat urval av protokoll från samverkansnämndernas möten.

För att fördjupa bilden har vi sedan genomfört intervjuer med ett urval av högre chefer och tjänstemän samt vissa regionpolitiker inom undersökta regioner och samverkansregioner. Totalt har 25 personer intervjuats utifrån en semi-strukturerad intervjuguide baserad på studiens frågeställningar. Intervjupersonerna har primärt intervjuats individuellt och intervjutiden har varierat mellan 45-60 minuter. Intervjuerna har transkriberats ordagrant och sedan analyserats genom deduktiv kvalitativ innehållsanalys.

Delstudie 1: Regionernas arbete

Nedan presenteras resultaten från den första delstudien som har fokuserat på hur regionerna arbetar med omställningen mot en nära vård och nivåstrukturering av högspecialiserad vård och hur detta arbete förhåller sig till den nationella styrningen. I avsnittet beskrivs även hur regionerna internt samordnar utvecklingen av hälso- och sjukvården med de investeringar i vårdbyggnader som behöver göras samt vilket stöd från nationell nivå som regionerna kan behöva för att underlätta strukturomvandlingen av hälso- och sjukvården och harmonisera detta arbete med de större investeringar i vårdbyggnader som genomförs på regional nivå.

Omställningen mot en nära vård

Målbilder och konkreta åtgärder för att uppnå en nära vård

Under de senaste tre åren har överenskommelser ingåtts mellan regeringen och Sveriges kommuner och regioner (SKR) för att stödja omställningen mot en nära värd (12–14). Överenskommelserna ger ekonomiska incitament för regionerna att arbeta med omställningen och konkretiserar i viss mån vilken typ av insatser som omställningen kan innebära. Under 2020 genomförde Socialstyrelsen en uppföljning av överenskommelsen för 2019 (12) som visar att ett arbete i riktning mot en mer nära vård med fokus på primärvården pågår i samtliga regioner. Nästan alla regioner har tagit fram målbilder eller strategier som på olika sätt berör omställningen mot en nära vård. Regionerna befinner sig dock i olika faser och det finns vissa skillnader i arbetssätt och åtgärder som genomförs eller planeras (15). Denna övergripande bild bekräftas även av den dokumentanalys och de intervjuer som vi genomfört i ett urval av regioner. Utifrån de mål- och inriktningsdokument som analyserats framgår att samtliga studerade regioner har inlett ett arbete med att utveckla en nära vård (16–25). Intervjuerna visar dock att omställningsarbetet till stor del befinner sig i ett inledande skede. De konkreta åtgärder som genomförs verkar ofta handla om avgränsade projekt, som ännu inte resulterat i några större strukturomvandlingar eller någon mer omfattande omfördelning av resurser.

En del av de studerade regionerna har genomfört någon form av eget utrednings- och analysarbete som utgångspunkt för omställningsarbetet mot en nära vård, vilket exempelvis har syftat till att identifiera utmaningar och förutsättningar för utvecklingen av hälso- och sjukvården i den egna regionen. Regionerna har också i varierande omfattning tagit fram mål, handlingsplaner och indikatorer för omställningsarbetet. I vissa fall har specifika strategidokument för omställningen mot en nära vård tagits fram (se exempelvis 26,27), i andra fall beskrivs omställningen mot en nära vård som en del i en mer övergripande strategi för hur hälso- och sjukvården ska utvecklas i framtiden (se exempelvis 21,28,29). Av dokumentanalysen framgår att omställningen betraktas som en långsiktig process och en del av regionerna beskriver hur arbetet kommer att bedrivas i olika faser under de närmaste 5–10 åren (26,27).

Det finns många likheter i de målbilder och strategier som tagits fram av de studerade regionerna. Det övergripande målet beskrivs ofta som tvådelat, dels handlar det om ökad kvalitet, dels om ökad kostnadseffektivitet. Överlag beskrivs att det behöver ske en förflyttning av vården från sjukhus till mer öppna vårdformer. Primärvården ska tydligare utgöra basen för hälso- och sjukvården och den nära vården ska utgå från invånarnas behov. Fokus ska flyttas från sjukdom och behandling mot mer av förebyggande åtgärder och hälsofrämjande levnadssätt. Andra målsättningar som lyfts fram handlar exempelvis om en mer personcentrerad vård, ökad patientdelaktighet, kontinuitet, samordning och tillgänglighet.

För att uppnå målen beskrivs olika konkreta åtgärder eller utvecklingsområden för det fortsatta arbetet. Det handlar till exempel om att erbjuda fast läkarkontakt och individuell planering. Andra åtgärder och utvecklingsområden är att utföra mer vård i hemmet och skapa bättre förutsättningar för egenvård och hemmonitorering, utveckling av mobila team och digitala lösningar, som digitala vårdrum och vårdmöten och distanskonsultation med specialister. Ytterligare åtgärder är utveckling av en enkel ingång till vården, exempelvis nämns begreppet ”en väg in” i intervjuerna. Även digital hälso- och sjukvårdsrådgivning lyfts

fram som ett utvecklingsområde för att skapa enkla vägar in i vården på rätt nivå. Vidare lyfts ökad samverkan och samordning mellan sluten och öppen vård samt mellan regioner och kommuner fram som viktiga förutsättningar för en nära vård. I samtliga intervjuer lyfts samverkan med kommunerna fram som ett avgörande utvecklingsområde.

En del regioner beskriver även att de planerar att etablera så kallade vårdcentrum eller närvårdscenter med större utbud och kapacitet än vanliga vårdcentraler (16,23,25). I Region Uppsala beskrivs att dessa centrum bland annat ska inkludera närvårdsplatser och samordning av mobil verksamhet. Tanken är att en del av den verksamhet som idag bedrivs vid sjukhus eller inom ramen för vårdval i framtiden ska kunna bedrivas i anslutning till vårdcentrum.

> *Ett vårdcentrum är en slags utvecklad vårdcentral, en geografisk nod med hälsocentral, närvårdsavdelning, geriatrik, mobila närvårdsteam och ett förstärkt hälsouppdrag där region, kommun och andra aktörer i området arbetar för att förbättra hälsan hos invånarna. Även olika kommunala verksamheter som korttidsplatser kan ingå i ett vårdcentrum. Närvårdsavdelningarna ska vara öppna dygnet runt och kommer erbjuda geriatrik, internmedicin och allmänmedicin, röntgen och laboratorium när de är fullt utbyggda. Även psykiatri och barnmedicin ska på sikt ingå i ett vårdcentrum* (30).

Region Östergötland har redan etablerat ett vårdcentrum och planerar att etablera konceptet på ytterligare platser i regionen (31). En av de intervjuade i en annan region beskriver att de vill vidga idén om vårdcentrum till att inkludera ett bredare hälsouppdrag som inte bara utgår från ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. I detta skulle även ytterligare kompetenser vid sidan av hälso- och sjukvårdsprofessionerna ingå, exempelvis hälsocoacher och andra rådgivande funktioner samt ett tätare samarbete med civilsamhället. Samtidigt framkommer ett fåtal lite mer kritiska reflektioner kring utvecklingen av vårdcentrum och närvårdsplatser i intervjuerna. En intervjuad pekar exempelvis på att etableringen av nya närvårdsplatser inte går i linje med utvecklingen av framtidens hälso- och sjukvårdssystem, där behovet av vårdplatser förväntas minska.

Sammanfattningsvis kan konstateras att regionernas omställningsarbete mot en nära vård inkluderar en lång rad åtgärder, idéer och lösningar. Det konkreta arbete som pågår för närvarande verkar ofta handla om att erbjuda fast vårdkontakt och individuella planer samt om att utveckla mobila team, digitala vårdmöten och tätare samverkan med kommunerna, exempelvis i samband med utskrivning från sjukhus. I viss mån förekommer även ett konkret arbete med att utveckla vårdcentrum. En del av dessa åtgärder är sådant som regionerna har arbetat med sedan en längre tid tillbaka, men valt att integrera eller presentera som en del av omställningsarbetet mot en nära vård, då de går i linje med de grundläggande idéerna i nära vård. I intervjuerna framkommer exempelvis att flera av regionerna sedan tidigare drivit projekt för att utveckla mobila team och att det även bedrivits en mängd projekt i ”nära vård-anda” som nu inkluderats i det strategiska omställningsarbetet. Det finns också exempel på regioner som sedan tidigare drivit gemensamma vårdverksamheter i samverkan med kommunerna. Till stor del befinner sig omställningen dock fortfarande i ett inledande skede och även om ett arbete har påbörjats inom vissa områden så är det i de flesta fall i en tidig fas. Många av de intervjuade pekar på att en del av de åtgärder som planerats har fått skjutas på framtiden på grund av pandemin. Samtidigt menar en del av de intervjuade att pandemin också påskyndat utvecklingen av vissa förutsättningar för omställningen till en nära vård, som exempelvis digitalisering och samverkan med kommunerna.

Organisering av omställningen mot en nära vård

De flesta regioner har inrättat någon form av organisation för att driva omställningen mot en mer nära vård och arbetet leds i många fall av hälso- och sjukvårdsdirektören tillsammans med hälso- och sjukvårdsledningen (15). I flera av de studerade regionerna har olika funktioner, styrgrupper eller liknande skapats för att driva på omställningsarbetet. I några av de studerade regionerna har programkontor etablerats för omställningsarbetet, som exempelvis i Region Uppsala där kontoret utgörs av en programchef

tillsammans med en samordnare och ett antal ytterligare funktioner. I utvecklingsprojekten ingår sedan verksamhetschefer och medarbetare från verksamheterna (15).

Vidare organiseras omställningsarbetet ofta i någon form av struktur, där övergripande program- eller strategiområden pekats ut inom vilka det bedrivs ett större antal utvecklingsprojekt. Detta kan exemplifieras med Region Gävleborg som organiserar omställningen mot en nära vård i sju programområden. För varje programområde finns en programansvarig samt en tvärsammansatt styrgrupp med verksamhetschefer från sjukhus och primärvård, privata vårdgivare och i vissa fall även kommunala representanter. Inom programområdena bedrivs olika utvecklingsprojekt och arbetet sker stegvis i treårsperioder där årliga mål sätts upp (32).

I många fall ligger nära vård-organisationen under hälso- och sjukvårdsdirektören. Alla regioner har dock inte valt att organisera sig på detta sätt. I intervjuerna framgår att en region istället lagt denna organisation direkt under regiondirektören. Ett argument för detta var att omställningsarbetet inte bara har ett hälso- och sjukvårdsperspektiv, utan ett bredare hälsoperspektiv. I intervjun beskrivs exempelvis att arbetet med hälsofrämjande och förebyggande insatser inkluderar regionens avdelning för regional utveckling. Därigenom nyttjas denna avdelnings kompetenser och nära kontakter med kommunerna, vilket man menar stärker det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

Sidoordnat utvecklingsarbete eller integrerat arbete i verksamheten

Alla regioner har inte heller valt att driva omställningsarbetet mot en nära vård genom en särskild organisation. I synnerhet en av de studerade regionerna beskriver att arbetet istället drivs mer integrerat i den ordinarie verksamheten och ledningsstrukturen. En av de intervjuade uttrycker en kritik mot idén att organisera ett omfattande och långsiktigt utvecklingsarbete som nära vård i en separat organisatorisk enhet vid sidan av den ordinarie verksamheten. Det huvudsakliga argumentet för detta är att en sidoordnad utvecklingsprocess löper stor risk att bli en parallellverksamhet som får svårt att bidra med långsiktig förändring av kärnverksamheten. I intervjun kopplas detta resonemang till att utvecklingen av en nära vård ses som en kontinuerlig förändringsprocess och fortsättning på en redan pågående utvecklingstrend snarare än en radikal omställning. Argumentet här är att stora och snabba förändringar som inte har fäste i historien löper stor risk att svänga tillbaka då de är svåra att tillvarata långsiktigt.

Flera av de intervjuade tar upp att även om det skapats särskilda strategier, organisationer och utvecklingsprojekt för omställningsarbetet, så är det viktigt att inte se det som ett avgränsat eller isolerat förändringsarbete, utan som något som måste genomsyra alla verksamheter. Några av de intervjuade pekar på att omställningen måste bäras av vården och professionerna. Omställningen kan väcka starka känslor och motstånd, inte minst då det handlar om att omfördela resurser, flytta eller lägga ner verksamheter eller förändra hur olika åtgärder ska prioriteras. Därför är förankringen av omställningsarbetet internt i verksamheterna en av de viktigaste frågorna. En intervjuperson beskriver hur arbetet med att ta fram målbilder och strategier för omställningen av hälso- och sjukvården involverar ett stort antal personer från verksamheterna. Syftet är att skapa engagemang, förankra arbetet och få igång diskussioner i verksamheterna. En annan intervjuperson beskriver vikten av förankring och delaktighet på följande sätt:

> *Jag är helt övertygad om att de dryga [xx] [förf ändring]medarbetare vi har, om de förstår varför det här görs och att det här görs i något syfte för att förbättra vården och deras arbetsmiljö och för patienterna förstås så kommer incitamenten att öka för att vara delaktiga och komma på de kreativa idéerna. Vi kan som hälso- och sjukvårdsledning komma på, med den lilla konstellation vi är, ett antal förslag, men de kommer bli väldigt mycket mer grundade och bättre om medarbetarna själva känner drivet för varför det här ska göras, så ett av de stora jobben är just att kommunicera […] I förlängningen sen, efter det, så måste man ju självklart ut till befolkningen och förklara för dem, men det är oftast vårdens medarbetare som bär det här i dialogen med sina patienter så att först måste vi få kläm på dem. (IP1)*

Att möjliggöra denna delaktighet från verksamheterna kan vara ett sätt att skapa mer integrerade utvecklingsprocesser som inte blir rena parallellverksamheter (33). Det ökar förutsättningarna att förändringarna får fäste och blir långsiktigt hållbara (34). Samtidigt beskriver några av de intervjuade att förankringsarbetet är svårt och långt ifrån färdigt. Det räcker inte med enstaka workshops eller att chefer och medarbetare får lufta sina synpunkter i olika forum. En del beskriver att det kommer att krävas en kulturförändring, då verksamheterna och professionerna ofta är djupt rotade i gamla strukturer, normer, värderingar och arbetssätt.

Sammanfattningsvis visar dokumentanalysen och intervjuerna att omställningsarbetet mot en nära vård genererar en mängd olika utvecklingsprojekt, där det varierar om de organiseras inom eller vid sidan av den ordinarie ledningsstrukturen. En bidragande orsak till detta kan vara att de nationella överenskommelserna med korta, riktade utvecklingsmedel tenderar att skapa denna typ av projekt.

Samverkan med kommunerna

Att regionerna utvecklar en gemensam målbild för nära vård tillsammans med kommunerna är något som flera regioner lyfter fram som en förutsättning för att lyckas med omställningen. Av Socialstyrelsens uppföljning framkommer att ett arbete med att ta fram gemensamma målbilder har påbörjats i flera regioner, men att det ännu inte kommit så långt (15). Analysen av dokument från de studerade regionerna och intervjuer bekräftar denna bild. Samverkan med kommunerna beskrivs som en viktig förutsättning för omställningen mot en nära vård och av såväl dokument (19,21,23–25) som intervjuer framgår att det krävs ett fortsatt arbete för att utveckla och förbättra samverkan med kommunerna. En intervjuad trycker på att samverkan med kommunerna, och framförallt äldreomsorgen, är ett av de viktigaste utvecklingsområdena i omställningen. Det motiveras av att nära vård till så stor del handlar om primärvård och att en fjärdedel av all primärvård tillhandahålls av kommunerna.

Frågor som det samverkas kring gällande nära vård är exempelvis målbilder för omställningen eller prioriteringar kring vilka insatser som ska genomföras. Det sker också en samverkan kring behovet av vårdcentraler, vårdcentrum och närvårdsplatser. En av de intervjuade beskriver hur regionen har samfinansierat familjecentraler med kommunerna och att de även delar vissa lokaler med kommunerna. En annan av de intervjuade beskriver hur de har gemensamma vårdavdelningar ute i glesbygdskommunerna. En annan intervjuad i samma region berättar hur regionen planerar att samordna personalresurser mellan regionen och kommuner, framförallt i glesbygd, för att säkra personalförsörjningen och undvika konkurrens om samma personal. På verksamhetsnivå sker det ofta samverkan kring utskrivningsprocesser och informationsutbyte kring patienter.

I regionerna finns vanligtvis sedan tidigare etablerade strukturer och forum för samverkan med kommunerna både på politisk nivå och på tjänstemannanivå. Samverkan regleras genom olika överenskommelser och organiseras i samverkansforum och nätverk på olika nivåer (15). Flera intervjuade beskriver dessa strukturer och forum som relativt välfungerande. De beskrivs även som en viktig grund att bygga vidare på vad gäller samverkan inom ramen för omställningen mot en nära vård. En av de intervjuade berättar exempelvis att frågor om nära vård lyfts i ett av deras redan befintliga samverkansforum för politiker och högre tjänstemän och att det numera är dessa frågor som till stor del sätter agendan i detta forum.

En annan intervjuad beskriver också att de har strukturer och forum för samverkan med kommunerna, men menar att det som framförallt saknas är tid och engagemang för samverkan. Enligt den intervjuade har flera kommundirektörer exempelvis meddelat att deras förvaltningschefer inte kunnat prioritera länsgemensam samverkan. De har dock försökt hantera och styra upp detta genom överenskommelser mellan regiondirektören och kommundirektörerna, men möjligheten att prioritera samverkan är fortsatt begränsad för de flesta chefer.

Samtidigt som samverkan med kommunerna lyfts fram som helt centralt för omställningen till en nära vård, ges några exempel på att kommunerna i några fall involverades sent och på regionernas villkor. En del

beskriver hur strategier för framtidens sjukvård arbetats fram utan att involvera kommunerna i processen och att man sedan försökt inkludera kommunerna när strategin skulle omsättas i konkret utvecklingsarbete. En intervjuad beskriver hur de nu jobbar för att engagera kommunerna i styrgrupper, arbetsgrupper och projekt kring nära vård, vilket dock försvåras av att kommunerna inte var delaktiga när den övergripande framtidsstrategin togs fram.

> *Det har väl inte varit helt enkelt, jag kan nog säga att kommunerna är väl inte helt nöjda med att vi tog fram vår strategi för framtiden utan att involvera dem. Det är klart att vi får en liten uppförsbacke när vi då kan uppfattas som att: "jamen nu har vi tagit fram vår strategi för framtiden" och så kommer vi i efterhand och säger "vill ni vara med?". Men vi försöker hantera det. (IP21)*

Flera av de intervjuade beskriver att det finns ett gott samarbete med kommunerna där man har tillit och förtroende för varandra. Många pekar även på att pandemin bidragit till att utveckla och stärka samverkan med kommunerna. Samtidigt ges det i intervjuerna även exempel på hur konflikter och bristande tillit försvårar samverkan och omställningen till en nära vård. Det kan exemplifieras med följande citat om patientansvar och betalningsansvar:

> *Det har ju varit en del konflikter om patientansvar och det har utfärdats lagar om säker utskrivning och annat för att få det att fungera bättre - man har bråkat om vem som ska betala helt enkelt. Och det är ju fortfarande så, men det går ju absolut åt det bättre hållet. (IP5)*

I en annan intervju beskrivs hur samverkan försvåras av att regioner och kommuner har olika organisationskulturer då hälso- och sjukvård och socialtjänst organiseras på olika sätt och styrs av olika lagar. Exempelvis menar den intervjuade att regionerna är skyldiga att tillhandahålla hälso- och vård medan kommunerna handlägger ärenden och fattar biståndsbeslut som reglerar insatserna. Det gör att kommunerna kan ha en bättre kostnadskontroll medan regionerna har "ett oändligt, aldrig avslutande krav vilket gör att pengarna rinner ur våra system på ett annat sätt". Dessa skillnader kan leda till konflikter då det i slutändan handlar om resurser. Ett generellt intryck från intervjuerna är att samverkan som rör resursfördelning och ekonomiska villkor för regionerna och kommunerna är svårt och riskerar att leda till mest spänningar och konflikter.

Andra hinder för samverkan som lyfts i intervjuerna är att regioner med många kommuner har svårare att organisera en effektiv samverkan. Därtill lyfter flera att samverkan försvåras om kommunerna skiljer sig mycket från varandra, exempelvis om vissa är små glesbygdskommuner och andra är större kommuner med större städer. En av de intervjuade påpekar exempelvis att det är stor skillnad att samverka med en kommun med över 100 000 invånare och en liten kommun med mindre än 3000 invånare. Den stora skillnaden mellan kommunerna gjorde att regionen inte samverkade med alla kommuner på samma organisatoriska nivå.

Ytterligare ett hinder för samverkan som framkommer i en av intervjuerna är att privata utförare i vissa fall involveras i samverkansarbetet utan mandat att fatta beslut eller föra huvudmannens talan. En av de intervjuade beskriver att de i en kommun enbart hade privata utförare som deltagit i samverkan med otydliga förväntningar på sig.

> *Vi har till exempel en kommun där vi bara har privata utförare och så tror vi att de ska kunna representera huvudmannen, men det kan man ju aldrig lägga över på en privat utförare, och det innebär att de kommunala representanterna har förväntningar på dem som de inte kan tillgodose. (IP24)*

Citatet visar att representationen i samverkan är en viktig fråga som behöver tas på allvar. Det behöver vara tydligt vad deltagarna representerar och vem som kan representera vilken organisation eller huvudman. Samverkan behöver involvera rätt aktörer i rätt frågor.

Ett sista hinder för samverkan som vi väljer att lyfta fram här handlar om lagstiftning kring informationsdelning, sekretess och datasäkerhet. Flera av de intervjuade menar att lagstiftningen försvårar

en effektiv samverkan mellan regioner och kommuner, vilket i sin tur försvårar omställningen mot en nära vård. Intervjuerna synliggör att olika intressen står emot varandra, där skydd för individens integritet står emot krav på digitalisering, men flera menar att regelverket behöver ses över för att bättre anpassas till den tekniska utvecklingen.

Nivåstrukturering och fördelning av högspecialiserad vård

Nivåstrukturering i strategier och planer

De flesta av regionerna i studien lyfter på olika sätt fram att de ser ett behov av en ökad nivåstrukturering och ofta beskrivs detta som en del av omställningen mot en nära vård, men det handlar också om hur den högspecialiserade vården ska fördelas inom regionen. Dokumentanalysen visar att flera regioner har som målsättning att vårdinsatser som förekommer sällan och kräver specifika kompetenser ska centraliseras och koncentreras på någon eller några få enheter, medan vårdinstanser som medborgarna behöver ofta ska decentraliseras och föras längre ut i systemet. Den generella bilden är att andelen vård som bedrivs på sjukhus behöver minska till förmån för den nära vården, där regional och kommunal primärvård utgör basen och där mer vård ska bedrivas i hemmen med egenvårdsstöd, hemmonitorering, mobila team och digitala lösningar. Samtidigt ska specialiserad sjukhusvård finnas tillgänglig när den behövs och vård som kräver större volymer för att kvalitet och patientsäkerhet ska kunna upprätthållas ska koncentreras till färre och större enheter i regionen eller organiseras som regional högspecialiserad vård genom avtal med andra regioner i samverkansregionen (21,26,28,29).

I strategidokument och planer för utvecklingen av hälso- och sjukvården beskriver flera regioner att omställningen delvis handlar om att etablera nya vårdnivåer eller vårdformer. Det tydligaste exemplet på detta är vårdcentrum med närvårdsplatser som i både dokument och intervjuer beskrivs som en ny mellannivå mellan sjukhusvård och primärvård. Men även mobila team och digitala vårdmöten beskrivs som nya vårdnivåer eller vårdformer som möjliggör att vård flyttas längre ut i systemet. Följande lista kan illustrera en vårdnivåstruktur. Listan är dock inte hämtad från en specifik region utan är en sammanställning av vårdnivåer eller vårdformer från flera regioner:

1. Egenvård och egenvårdsstöd
2. Vård i hemmet, mobila team, digitala vårdmöten
3. Digitala vårdrum
4. Närmottagningar
5. Vårdcentraler/hälsocentraler
6. Vårdcentrum med närvårdsplatser
7. Specialiserad vård utanför sjukhus
8. Specialiserad sjukhusvård
9. Regional högspecialiserad vård
10. Nationell högspecialiserad vård

I både dokumentanalysen och intervjuerna märks bitvis en principiell skillnad mellan två olika synsätt när det gäller relationen mellan nära vård och nivåstrukturering. För det första används nära vård som ett organisatoriskt begrepp där det åsyftar vissa vårdformer eller vårdnivåer. Enligt detta synsätt är nära vård liktydigt med de lägre vårdnivåerna eller vårdformerna utanför sjukhusen, exempelvis nivå 1–7. Sjukhusvården, dvs. där den högspecialiserade sjukvården bedrivs, skulle då inbegripa nivå 8–10. För det andra används nära vård som ett mer dynamiskt begrepp som ringar in en förändringsprocess som är tänkt att genomsyra hela hälso- och sjukvårdssystemet. Enligt detta synsätt betraktas nära vård som en process, där resurser, kompetenser, patienter och insatser så långt det är möjligt flyttas mot de lägre vårdnivåerna. Processen är dock inte enkelriktad utan viss vård kommer även behöva flyttas uppåt i systemet och koncentreras på de högre vårdnivåerna. Exempelvis är tanken att ett vårdcentrum ska samla mer avancerad vård än vad de vanliga vårdcentralerna kan erbjuda. De kan ta emot uppdrag från både sjukhusen och

vårdcentralerna. Detta andra synsätt innebär mer av ett systemperspektiv där omställningen mot en nära vård antas medföra förändringar på alla nivåer i systemet.

De två synsätten speglar i viss mån den distinktion som görs i utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (5), där det påpekas att nära vård inte ska betraktas som en ny organisationsnivå eller benämning på primärvården, utan istället ska ses som ett sätt att tänka kring hur man organiserar all hälso- och sjukvård med utgångspunkt i idén om personcentrerad vård (3). Vi kan konstatera att det andra synsättet ovan ligger mer i linje med utredningens intentioner och definition av nära vård. Vi kan dock inte se någon tydlig skillnad mellan regionerna som skulle innebära att vissa regioner betonar ett visst synsätt mer än andra. De två synsätten förekommer i flera fall parallellt i de studerade regionerna och i intervjuerna kan samma informant till och med skifta mellan synsätten i olika delar av intervjun.

Nivåstrukturering i praktiken

Det generella intrycket från intervjuerna är att ett mer systematiskt arbete med nivåstrukturering i praktiken ännu inte kommit så långt. Det finns enstaka projekt om vårdcentrum och projekt om mobila team och digitala lösningar, men få av de intervjuade beskriver något mer långtgående arbete, där man tagit ett helhetsgrepp på arbetet med nivåstrukturering utifrån ett systemperspektiv. Det förekommer en viss fördelning av regional högspecialiserad eller specialiserad vård mellan olika sjukhus, exempelvis mellan olika länssjukhus inom regionerna. Detta beskrivs dock mestadels som en horisontell förflyttning av vårduppdrag, och i mindre utsträckning som en vertikal nivåstrukturering där vårdinsatser antingen koncentreras till färre enheter eller flyttas ut till fler enheter. En annan aspekt som till viss del berörs i intervjuerna handlar om utifrån vilket perspektiv som arbetet med nivåstrukturering kopplat till omställningen bedrivs. Sker det främst genom att fokusera på vad som kan flyttas ut från sjukhusen, det vill säga utifrån ett organisatoriskt perspektiv, eller utgår det mer från vilken vård som medborgarna behöver i sin närhet, det vill säga utifrån ett personcentrerat perspektiv (se även 35)? En del av de intervjuade pekar på att arbetet behöver börja mer underifrån genom att se på vilka behov som finns och vilka effekter som nya arbetssätt ger.

Intervjuerna indikerar att det kan finnas olika utmaningar i arbetet med nivåstrukturering. Det är inte bara rationella överväganden och analyser som styr fördelningen av vården, utan processen påverkas även i hög grad av lokalpolitiska intressen, professionsintressen och snäva verksamhetsintressen. En del av de intervjuade pekar exempelvis på att det är politiskt svårt eller omöjligt att lägga ner avdelningar och sjukhus för att verksamheten ska flyttas. En intervjuad beskriver att invånarna har starkt förtroende för sjukhusen men sämre förtroende för primärvården. Det gör det svårare att flytta ut vård från sjukhusen. Det framkommer också att professionerna, i synnerhet läkarna, kan göra motstånd när verksamheter ska flyttas. I många fall är en verksamhet starkt knuten till den eller de enskilda läkare som byggt upp och utvecklat verksamheten och dessa läkare går inte att flytta på hur som helst. Olika arbetsplatser är dessutom olika attraktiva och har olika status och många dras till de större sjukhusen och universitetssjukhusen. Återkommande i intervjuerna nämns behovet av kulturförändringar, då professionerna och verksamheterna ofta upplevs sitta fast i gamla föreställningar och arbetssätt. Vidare framkommer att snäva verksamhetsintressen försvårar fördelningen av vården. Enskilda verksamhetschefer värnar sina resurser och uppdrag. En intervjuad beskriver exempelvis att det ofta är lätt att utöka verksamheten och ta nya uppdrag, men svårt att skära ner på verksamheten och släppa ifrån sig uppdrag.

Utifrån denna bild blir det tydligt att det är en svår utmaning att organisera nivåstrukturering och fördelning av regional högspecialiserad vård utifrån ett systemperspektiv. Det är en process som påverkas av många spänningsfält och även om det finns tydliga målsättningar att förändra vårdstrukturen utifrån kvalitets- och kostnadseffektivitetsskäl, så beskrivs ofta fördelningen av vård som en bitvis komplex och känslig process som kan vara svår att planera fram och styra uppifrån. En del av de intervjuade pekar på att det är svårt att se vilket stöd som staten skulle kunna bidra med för att underlätta denna process mot bakgrund av det är ett regionalt ansvar. En av de intervjuade tar dock upp att en tydligare dimensioneringsgrund på nationell nivå för hur många akutsjukhus som bör finnas i en region möjligen skulle kunna utgöra ett stöd inför regionernas beslut om lokalisering och utformning av verksamheterna.

Regionernas uppfattning av den nationella styrningen

En ytterligare fråga som undersöks i studien är hur regionerna uppfattar den nationella styrningen vad gäller den strukturomvandling av hälso- och sjukvården som pågår. När frågor kring detta ställts i intervjuerna är det främst den nationella styrningen mot nära vård som berörts av de intervjuade. Något som inledningsvis kan noteras är att även om det i huvudsak handlar om en mjuk styrning, så verkar den ha resulterat i ett visst förändringstryck på regionerna. Av dokumentanalysen framgår som tidigare beskrivits att någon form av omställningsarbete har inletts i alla regioner och att det på en övergripande nivå verkar råda en samsyn kring behovet av att ställa om hälso- och sjukvården mot en nära vård. Detta kan delvis förklaras av de gemensamma utmaningarna avseende exempelvis ekonomi, demografi och kompetensförsörjning som regionerna och kommunerna står inför och som på sikt kräver förändringar av hälso- och sjukvården. Något annat som sannolikt bidragit till att skapa legitimitet för reformarbetet är den omfattade dialog som utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (5) har fört med berörda aktörer under arbetets gång för att förankra utgångspunkter och förslag. Samtidigt visar Socialstyrelsens uppföljning att regionerna ser ett behov av att tydligare definiera vad nära vård är samt att en del önskar mer stöd i hur omställningen ska ske och hur den långsiktiga målbilden ska kunna nås (15).

Den övergripande bild som ges i intervjuerna är att den nationella styrningen mot nära vård uppfattas vara tydlig vad gäller vilken generell utveckling av hälso- och sjukvårdssystemet som eftersträvas. Däremot uppfattas styrningen inte vara lika tydligt kring vad regionerna förväntas göra för att nå dit, vilka åtgärder som krävs och vilka lösningar staten vill se. Samtidigt pekar flera av de intervjuade på att styrningen mot nära vård är så tydlig som den kan vara utifrån perspektivet att det är regionerna som är ansvariga för hälso- och sjukvården och har bäst förutsättningar att bedöma hur vården i den egna regionen kan och bör organiseras. Det finns också olika förutsättningar i olika regioner, inte minst beroende på om det är en storstads- eller glesbygdsregion. Målen kan vara gemensamma, exempelvis kring ökad patientdelaktighet och utveckling av en effektiv samverkan med kommunerna, men vägarna dit behöver vara olika beroende på de enskilda regionernas förutsättningar. Några av de intervjuade tar dock upp att staten inte agerar på ett samordnat sätt med en tydlig röst, då ansvaret för att stödja omställningen mot en nära vård är uppdelat på flera olika myndigheter. En del intervjupersoner efterfrågar en tydligare samordning på nationell nivå för att underlätta omställningen samt ökad tydlighet kring hur den nationella uppföljningen ska se ut.

Samordning med investeringar i vårdbyggnader

Behov av samordning

En farhåga som lyfts i utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (5) är att de investeringar i byggnader som pågår och planeras riskerar att cementera gamla vårdstrukturer och stuprör om det inte sker en samverkan mellan olika delar av regionens verksamheter och fastighetsfunktioner i omställningsarbetet (2). Denna farhåga tas även upp av en del av de intervjuade och de pekar på att det finns ett behov av att samordna den utveckling av hälso- och sjukvården som pågår med de investeringar i vårdbyggnader som planeras och genomförs inom regionerna. En av de intervjuade uttrycker det på följande sätt:

> *Om man inte kopplar det här till framtidens arbete: ja men hur vill vi jobba i framtiden? Vilka förflyttningar gör vi mot nära vård? Vilka saker gör vi idag på sjukhusen där det egentligen finns bättre alternativ, att göra det i hemmet eller på andra arenor, eller om man säger: i vilken mån kompenserar sjukhusens vårdplatser andra delar av samhället som inte fungerar? Och hur vill vi jobba med de sakerna? På vilket sätt använder vi teknik, digitalisering, så att man bara är på ett sjukhus när man verkligen behöver vara där men sen kan följas upp på distans. Om man inte jobbar in det i hur man beskriver behovet av framtidens fysiska infrastruktur, då kommer man att bygga stort och dyrt. Och så är det risk att man faktiskt cementerar gamla arbetssätt och det är klart att jag ser den farhågan […] (IP21)*

Vidare framkommer av intervjuerna att omställningen mot en nära vård i hög grad förväntas komma att påverka det framtida behovet av vårdbyggnader genom de förändringar av exempelvis arbetssätt och vårdstrukturer som planeras. En del av de intervjuade beskriver att det finns olika processer i regionerna för att identifiera och planera investeringar i vårdbyggnader, vilka involverar olika delar av organisationen i olika skeden. En del av regionerna har också tagit fram planer som beskriver behoven av fastighetsutveckling på längre sikt och i vissa fall uttrycks det en ambition att de investeringar som planeras ska samordnas med andra behov. Exempelvis anger Region Jönköping i sin budget för de kommande åren att när investeringar ska prioriteras inom regionen ska detta alltid prövas utifrån hur de stödjer förflyttningen till nära vård. Detta gäller allt ifrån lokaler och utrustning till IT (19). Vidare visar intervjuerna att flera av regionerna på olika sätt har initierat ett arbete för att samordna omställningen mot en nära vård med exempelvis fastighetsutvecklingen. Detta arbete befinner sig dock till stor del i en inledande fas och det ges inte så många exempel i intervjuerna på hur omställningen på ett mer systematiskt sätt har påverkat pågående planering av investeringar i vårdbyggnader och teknik.

Denna bild överensstämmer också med de resultat som Centrum för vårdens arkitektur (CVA) vid Chalmers presenterat i en nyligen publicerad rapport. CVA har genomfört en kartläggning och analys av vilket arbete som pågår inom regionerna avseende omställningen mot en nära vård och på vilket sätt lokal-, bygg- och fastighetsfrågor aktualiseras i detta arbete. I rapporten konstateras bland annat att även om regionerna lyfter fram lokalfrågan som en central aspekt av omställningsarbetet, så saknas det ofta konkreta planer för hur lokal- och fastighetsrelaterade frågor ska hanteras (35).

Hinder som försvårar samordningen

Ett av de övergripande hindren som tas upp av de flesta intervjuade handlar om att det är svårt att få en överblick över hur de förändringar som planeras och genomförs kommer att påverka hälso- och sjukvården och behovet av vårdbyggnader på längre sikt. Som tidigare beskrivits befinner sig de flesta regioner fortfarande i ett relativt tidigt skede av omställningsarbetet, vilket medför att det är svårt att redan nu bedöma effekter av förändrade arbetssätt och vårdstrukturer och hur detta kan påverka behov av fysiska lokaler.

> *Nej, men vi försöker titta på verksamheten och försöka blicka framåt och hur det kommer att se ut och så, men det är väldigt svårt att kunna säga att "jo om sju år, när det där huset ska stå upp, då har vi ställt om till god och nära vård" och då kanske vi skulle ha byggt någon form av mellanvård eller nåt sånt med kommunerna där vi skulle ha en stor del exempelvis av äldre och multisjuka som inte behöver ligga på specialistsjukhuset - men vi är ju inte riktigt där. (IP5)*

Även om några av de intervjuade bedömer att behovet av exempelvis slutenvårdsplatser och mottagningsrum sannolikt kommer att minska till följd av de nya arbetssätt som utvecklas, så framträder inte någon tydlig bild av huruvida lokalbehoven förväntas öka, minska eller vara oförändrade. Bristen på överblick beskrivs tydligt i en översyn som Region Gävleborg nyligen genomfört av hur samordningen mellan planerade och pågående byggnationer och andra utvecklingsprocesser såsom omställningen mot en nära vård kan stärkas. Även om nya arbetssätt som t.ex. digitala vårdmöten på sikt förväntas kunna få en stor betydelse för behov av vård och lokaler, så konstateras i översynen att det är svårt att överblicka vad omställningen mot en nära vård i praktiken kommer att innebära för hälso- och sjukvården och sjukhusen i framtiden. Till exempel är det ännu inte tydligt vilka verksamheter som ska vara kvar på sjukhusen och vilka som ska flyttas ut. Enligt översynen medför detta bland annat att de vårdplatsberäkningar som genomförs i nuläget enbart kan utgå från befintliga arbetssätt (36). Av intervjuerna framkommer vidare att det ännu är svårt att bedöma vilka behov av investeringar som kan krävas till följd av omställningen mot en nära vård. En del av de tillfrågade tar upp att åtgärder som etablerandet av vårdcentrum eller liknande satsningar är något som förväntas medföra vissa behov av investeringar på sikt. Andra menar att omställningen mot en nära vård inte primärt handlar om nya vårdbyggnader, utan om att utveckla nya digitala och mobila arbetssätt vilka kan utgå från strukturen med vårdcentraler samt om att förbättra samverkan mellan olika vårdnivåer och huvudmän.

En del av de intervjuade tar också upp att det svårt att få en överblick över vilken regional och nationell högspecialiserad vård som kommer att bedrivas i regionen på längre sikt och hur detta kan komma att påverka behov av investeringar i vårdbyggnad och teknik. Dels beror detta på att vad som betraktas som lämpligt att organisera som högspecialiserad vård förändras över tid beroende på utvecklingen inom medicin och teknik, vilket innebär att regionerna behöver förhålla sig till en slags kontinuerlig förskjutning av vård mellan olika nivåer. Dels beror det på att svårigheter att förutse vilken högspecialiserad vård som kommer att förläggas i den egna regionen och vilken vård som kommer att flyttas ut till andra regioner. Några pekar på att den osäkerhet som finns kring hur den nationella högspecialiserade vården kommer att fördelas även får en påverkan på möjligheterna att fördela den regionala högspecialiserade vården. En del menar att processen för att fördela den nationella högspecialiserade vården har gått ganska långsamt och att detta är en fråga som behöver lösas först.

Ett ytterligare hinder som lyfts av flera av de intervjuade handlar om de långa och komplexa planerings- och byggprocesserna, vilka är svårare att påverka ju längre de har fortskridit. Detta är svårt att förena med att behoven av och kraven på lokalerna förändras så pass snabbt, inte minst till följd av den medicinska och tekniska utvecklingen. I flera av de studerade regionerna pågår omfattande byggprojekt, vilka planerades och beslutades flera år innan omställningen mot en nära vård inleddes. Det finns även ofta akuta renoveringsbehov av vårdbyggnader, vilka kan vara svåra att pausa för att samordna med processen för omställningen mot en nära vård. Flera av de intervjuade diskuterar denna problematik och en del uttrycker en oro för att bygga fast sig i ett icke ändamålsenligt fastighetsbestånd. Investeringarna är ofta mycket omfattande och byggnaderna ska användas under lång tid, men det är svårt att möta framtida och ständigt föränderliga behov.

> *Det som ska byggas om nåt år måste ju planeras nu. Det är väldigt lång tid med förstudier och projekteringstider och planer innan man väl sätter spaden i marken, så när man väl gör det så har nog tiden ibland kanske sprungit förbi en. […] Ja, vi försöker titta på det tillsammans då, att försöka ha ett tänk framåt i tiden så att vi bygger så klokt som möjligt men jag tror inte att vi bygger rätt riktigt, det tror jag inte. Jag tror kanske att vi bygger lite för stort. (IP5)*

En fråga som kan ställas i detta sammanhang är vad som driver förändringsprocesser – är det idéer eller materiella villkor? I måldokument och planer är utgångspunkten att förändring drivs av nya idéer och visioner om hur sjukvården ska se ut. I praktiken kan det dock till stor del vara materiella villkor som begränsar och möjliggör utvecklingen. Det handlar inte bara om att ekonomiska begränsningar villkorar utvecklingen, utan också om att den fysiska infrastrukturen styr hur vården kan organiseras. En av de intervjuade pekade på att även om regionerna gärna vill arbeta utifrån att det är verksamhetsutvecklingen som ska styra fastighetsutvecklingen, så är det ofta i praktiken delvis den omvända relationen som råder.

> *Vi säger att vi har verksamhetsutvecklad fastighetsutveckling, jag säger att vi har precis det motsatta, eller har haft det motsatta. Vi har fastighetsstyrd verksamhetsutveckling. (IP7)*

Olika sätt att åstadkomma samordning

Utifrån intervjuerna kan vi urskilja fyra olika sätt på vilka regionerna försöker hantera behoven av samordning mellan investeringar i vårdbyggnader och den utveckling av hälso- och sjukvården som pågår. Det handlar om att avvakta med vissa delar av planerade investeringar, bygga flexibla vårdbyggnader, att ta fram olika kunskapsunderlag samt om att vidta organisatoriska åtgärder för att underlätta samordningen.

Ett första sätt för regionerna att hantera den osäkerhet som finns kring effekter av de förändringar som genomförs är att i möjligaste mån försöka **avvakta med vissa delar** av de investeringar i vårdbyggnader som planeras. Det är några av de intervjuade som tar upp att det finns vissa delar som är möjliga att skjuta något på framtiden och detta ses som en av de utvägar som regionen kan använda.

Som tidigare beskrivits kan det dock ofta vara svårt att pausa redan planerade eller pågående byggprocesser. En annan väg som då lyfts fram i intervjuerna är att så långt som möjligt försöka **bygga in flexibilitet** i

vårdbyggnaderna under resans gång, så att lokaler enklare ska kunna anpassas till nya användningsområden om behov uppstår. Det kan till exempel handla om att ställa om från en typ av slutenvård till en annan eller att kunna använda mottagningsrum för flera olika ändamål. Att det finns ett behov av flexibla lokaler är också något som synliggjorts och prövats under pandemin, när vården snabbt har behövt ställa om för att till exempel öka antalet intensivvårdsplatser och separera patientflöden. Samtidigt pekar en del av de intervjuade på att även mindre förändringar av lokaler kan bli kostsamma och att det därför är viktigt att så tidigt som möjligt planera för hur lokalerna ska användas.

> *Ritningen och grejerna är ju alltjämt utifrån det behov man i bästa fall har sett idag men i värsta fall har sett för fyra, fem år sedan, så att det man försöker göra där är att väva in […] en så ökad flexibilitet som möjligt, det är egentligen det vi kan göra för ingen av oss vet hur vården kommer se ut om 20 år. […] Jag tycker att det historien har visat, att de mest framgångsrika vårdbyggnaderna är de som har en möjlighet att snabbt kunna ställa om. (IP1)*

Ett ytterligare sätt som kan urskiljas i intervjuer och dokument handlar om att **ta fram olika kunskapsunderlag** för att bättre kunna bedöma vilka effekter som utvecklingen av hälso- och sjukvården kan ge upphov till. Flera av regionerna har initierat olika översikter, analyser och utredningar för att bland annat kunna bedöma hur förändringar av hälso- och sjukvården i den egna regionen kan påverka kommande investeringsbehov. Exempelvis genomför Region Stockholm sedan flera år tillbaka en långtidsutredning där förändringar i form av demografi, sjukdomar och behov analyseras och där resultaten löpande läggs till grund för beslut om hur verksamheten ska utvecklas (37). Ett annat exempel är Region Kronoberg som nyligen har låtit genomföra en genomlysning av hela hälso- och sjukvården för att bland annat se vilka effekter som omställningen till en nära vård kan ge. Regionen har fattat ett beslut om att bygga ett nytt akutsjukhus i Växjö som ska vara klart 2028 och mot bakgrund av detta har regionen sett ett behov av att dimensionera det nya sjukhuset efter framtida vårdbehov, men också av att se över arbetsformer, flöden och vårdstrukturen i regionen som helhet (38). Den genomlysning som genomförts på uppdrag av regionen har syftat till att ge en bild av det framtida vårdbehovet och möjligheterna att utveckla vårdstruktur och arbetssätt. I genomlysningen skissas på två huvudalternativ, ett där ett större sjukhus med fler vårdplatser byggs utifrån dagens vårdstruktur och utvecklingstakt och ett annat mer återhållsamt alternativ med färre vårdplatser. Det andra alternativet förutsätter dock att den planerade omställningen mot en nära vård genomförs så att patientflöden och arbetsprocesser kan förändras. Regionen ska nu ta ställning till detta underlag i det fortsatta arbetet med att utforma hälso- och sjukvården inom regionen (39).

Ett annat sätt att angripa behovet av ökad kunskap är att arbeta med lärande exempel. En av de intervjuade beskriver hur de försöker arbeta systematiskt med projekt kring detta för att se hur framtida arbetssätt som till exempel att utföra mer avancerade vård i hemmet kan komma att påverka hälso- och sjukvården i framtiden. Det handlar även om att ta tillvara de erfarenheter som finns från tidigare initiativ med koppling till nära vård. En annan av de intervjuade beskriver hur hens region har gjort en viss omstart och avsatt resurser för att parallellt med de stoppdatum som finns i fastighetsprocessen kunna arbeta mer med att tydliggöra vilka krav som nya arbetssätt och flöden kan innebära för fastigheterna. Den intervjuade pekar på att processen tidigare ofta har drivits för mycket av ett fastighetsperspektiv och för lite utifrån verksamhetsperspektiv.

> *Jag har sett flera sådana här exempel på att det är de här hårda frågorna som går före: lokalyta, antal kontorsrum, antal sängar och det är ju en stomme, men vi måste ju följa det med vad… Hur tänker vi att vi ska jobba? Om vi tänker att vi ska jobba mer teambaserat i framtiden för att det är bättre för patienten och det blir effektivare för vården, då måste vi ju också fundera: vad ställer det för krav på de här fastigheterna? Vad är det för möjligheter vi måste ha? (IP17)*

En ytterligare strategi som kan urskiljas i intervjuerna är att **vidta organisatoriska åtgärder** för att skapa förutsättningar för en bättre samordning. Det kan till exempel handla om att etablera styr- och arbetsgrupper där olika delar av regionens verksamheter som exempelvis fastighetsidan involveras och där möjligheter till dialog och inspel ges.

> *Men här är ju ambitionen, besluten tagna så och tillsättningen när man riggar de här olika arbetsgrupperna finns det representanter för egentligen alla förvaltningar och vi har från fastighetssidan representanter med i alla de här grupperna, just för att kunna fånga upp de här resonemangen, dialogerna. (IP7)*

Det kan också handla om inrättandet av nya funktioner och i en av intervjuerna beskrivs hur de tillsatt en planeringsfunktion som har kompetens att kunna fungera som en länk mellan vårdverksamheterna och fastighetssidan. Enligt intervjun har denna funktion insyn på såväl verksamhetssidan som fastighetssidan och därtill kompetens att förstå båda sidornas perspektiv, vilket underlättar dialog och samordning.

Behov av stöd från nationell nivå

I intervjuerna framkommer inte någon tydlig bild av vilket stöd från nationell nivå som man tycker behövs för att underlätta strukturomvandlingen av hälso- och sjukvården och harmonisera detta arbete med de större investeringar i vårdbyggnader som genomförs. Vad gäller omställningen mot en nära vård lyfts dock några behov av åtgärder på nationell nivå som de intervjuade bedömer skulle kunna bidra till att underlätta omställningen. Åtgärderna berör såväl lagstiftning, ekonomiskt stöd som kunskapsstyrning.

En del av de intervjuade efterfrågar en harmonisering och utveckling av lagstiftningen. Det nuvarande regelverket kring informationsöverföring, sekretess och datasäkerhet beskrevs som omodernt och i otakt med den nya digitala verkligheten. Lagstiftningen behöver ge bättre stöd för nya digitala lösningar, samverkan och informationsdelning över huvudmannagränserna och gemensamma journalsystem. Därtill lyfter en av de intervjuade särskilt fram att regelverket kring vårdvalet behöver ses över eftersom den digitala utvecklingen med nätläkartjänster utmanar systemets legitimitet. Rätten att välja vårdgivare står i konflikt med ambitionen om en sammanhållen vård, vilket är en grundkomponent i den nära vården. Eftersom nätläkartjänsterna har vuxit fram efter att vårdvalet infördes är regelverket inte anpassat till den nuvarande situationen där allt fler vårdmöten utförs digitalt av privata aktörer som tar patienter från hela landet.

I intervjuerna diskuteras också den ekonomiska styrningen från nationell nivå. Flera är kritiska till riktade statsbidrag, även om några också påpekar att de bidrog till att täcka vissa kostnader i omställningen mot en nära vård. Generellt efterfrågas dock generella och mer långsiktiga statsbidrag. De omställningsstöd till regionerna som beslutas i överenskommelser mellan staten och SKR beskrivs som kortsiktiga, svåra att använda strategiskt och omgärdade med höga transaktionskostnader. En av de intervjuade uttrycker följande om omställningsstöden:

> *Det är klart att det är en enorm administrativ överbyggnad att hantera alla riktade statsbidrag och vi har också gjort så att vi gör en grov uppskattning av hur bidragen kommer att se ut nästa år för att få in det i ordinarie budgetprocess så långt möjligt. Det är flera som inte gör detta vilket gör det svårare att få en långsiktighet i arbetet. (IP24)*

En intervjuad beskriver stöden som politiska utspel som inte är utformade för att göra någon verklig skillnad i praktiken. Kortsiktigheten med årliga pengar gör det svårt att planera långsiktigt och svårt att tillvarata och förvalta resultat från föregående år. Här följer ett utdrag från denna intervju:

> *Man skulle önska att staten inte skulle hålla på med de här nationella satsningarna med bara ett år i taget (även om de i och för sig ofta blir tre, fyra år) för de är ett elände. De kommer sent och det är massa tid som går åt och sen hinner man knappt blir klar med den ena så börjar nästa år. Det är så kort framförhållning. […] Och man får ju inte använda det exempelvis till personal för det är tillfälliga pengar och det är begränsat hur mycket du kan avvända tillfälliga pengar på ett konstruktivt vis. (IP5)*

I intervjuerna efterfrågas i viss mån även kunskapsunderlag, gemensamma uppföljningsindikatorer och bättre spridning av kunskaper och erfarenheter från omställningsarbetet. Nationella riktlinjer och vårdprogram beskrivs som viktiga verktyg för att motverka ojämlik vård med alltför stora lokala variationer

över landet, men flera av de intervjuade påpekar att de behöver implementeras lokalt för att kunna anpassas till regionernas skilda förutsättningar. Några av de intervjuade efterfrågar också ett tydligare nationellt grepp kring uppföljning och framtagande av gemensamma indikatorer för omställningen. En av de intervjuade tar dock upp att det inte nödvändigtvis behövs nya mätningar, då det kan finnas en möjlighet att sammanställa mätetal från olika undersökningar som redan görs. Några efterfrågar även ett nationellt initiativ för att organisera erfarenhetsutbyte om nära vård mellan regionerna, för att underlätta spridning av goda exempel och lärdomar från omställningsarbetet.

Några av de intervjuade tar också upp behov av stöd från nationell nivå som mer specifikt kan behövas för att bättre kunna samordna investeringar i vårdbyggnader med utvecklingen av hälso- och sjukvården. En del av de intervjuade tar till exempel upp behovet av nationella kunskapsunderlag som kan ge stöd för dimensionering för framtiden innan beslut om stora investeringar tas. Det handlar exempelvis om vilka erfarenheter som kan finnas från forskning och tidigare genomförda projekt kring effekter av nya arbetssätt och vilka förflyttningar som är möjliga att genomföra. En av de intervjuade efterfrågar också kunskapsbaserade rekommendationer, inte enbart för byggtekniska frågor, utan även för vårdens organisering och utformning, exempelvis kring vårdflöden, hur olika mottagningar och vårdavdelningar kan placeras i förhållande till varandra och hur en vårdcentral kan utformas. Enligt den intervjuade skulle det underlätta planeringen av hur lokaler och byggnader kan utformas.

> *Jag tror ju på standarder som bygger på forskning där man har tittat på: vad är bäst? Ska en mottagning ligga nära en vårdavdelning, till exempel? Då blir det mer praktiska grejer. Det hade ju varit fantastiskt om det fanns forskning som sa att "gör du så här och så här så minskar du bemanningen med 15%". Så att man har någonting att luta sig på. (IP20)*

Vidare efterfrågar en av de intervjuade mer nationell samordning i form av ett forum för erfarenhetsutbyte kring tidiga skeden av planeringsprocesser, där inte enbart fastighetsfrågor diskuteras, utan även frågor om flöden, samband och patientperspektiv kan lyftas. SKR pekas ut som en aktör som skulle kunna samordna detta.

Delstudie 2: Samverkansregionernas arbete

Nedan presenteras resultaten från den andra delstudien som har fokuserat på vilken samverkan som sker inom samverkansregionerna, särskilt med avseende på omställningen mot en nära vård, fördelning av högspecialiserad vård samt investeringar i vårdbyggnader och teknik. Vidare behandlas även frågan om samverkansregionens roll och hur den kan utvecklas. Studien bygger på dokument från alla samverkansregioner, samt intervjuer med ett urval av chefer, tjänstemän och regionpolitiker inom undersökta regioner och samverkansregioner. Ingen intervju har dock genomförts med representanter från samverkansregion Stockholm-Gotland och analysen av denna samverkansregion utgår därför endast från dokument.

Samverkansregionernas organisation, arbetssätt och mandat

Samverkansregioner är inte någon ny företeelse utan har funnits organisatoriskt ända sedan 1960-talet (40). I början av 1980-talet formerades de sex sjukvårdsregioner som motsvarar den indelning som finns idag (41). Regionernas samverkansskyldighet är reglerad i hälso- och sjukvårdslagen (42) där det anges att landstingen ska samverka i frågor om hälso- och sjukvård som berör flera landsting (7 kap. 8 §). Vidare anges att regeringen får meddela föreskrifter om att landet ska delas in i regioner för den hälso- och sjukvård som berör flera landsting (6 kap. 1 §). I hälso- och sjukvårdsförordningen (41) (3 kap. 1 §) anges en indelning av landet i sex samverkansregioner: Stockholm, Linköping, Lund/Malmö, Göteborg, Uppsala/Örebro och Umeå. Samverkansregionerna använder dock egna namn där de benämner sig som:

- Samverkansnämnden Stockholm-Gotland
- Sydöstra sjukvårdsregionen
- Södra sjukvårdsregionen
- Västra sjukvårdsregionen
- Sjukvårdsregion Mellansverige
- Norra sjukvårdsregionförbundet

Dessa benämns fortsatt i texten som Stockholm-Gotland, Sydöstra, Södra, Västra, Mellansverige samt Norra. Det finns relativt stora skillnader mellan samverkansregionerna vad gäller hur många och hur stora regioner som ingår, antalet universitetssjukhus och kommuner som omfattas samt geografisk yta (se tabell nedan). Norra präglas exempelvis av stora geografiska avstånd med ett litet befolkningsunderlag. I Stockholm – Gotland ingår den mest folkrika och den minst folkrika regionen i Sverige. Region Halland har delats mellan Västra och Södra, vilket gör att regionen deltar i två samverkansregioner. Mellansverige har det största antalet regioner och är även den enda samverkansregionen med två universitetssjukhus (Örebro och Uppsala).

Samverkans-region	Regioner	Regioner med universitetssjukhus	Befolkningsmängd	Yta (Km2)	Antal kommuner
Stockholm-Gotland	Stockholm Gotland	Stockholm	2 391 990 60 124 Totalt: 2 452 114	6 513 3 134 Totalt: 9 647	26 1 Totalt: 27
Sydöstra	Östergötland Kalmar Jönköpings län	Östergötland	467 158 246 010 365 010 Totalt: 1 078 178	10 557 11 160 10 436 Totalt: 32 153	13 12 13 Totalt: 38
Södra	Skåne Blekinge Kronoberg Södra Halland (Halmstad, Hylte, Laholm)	Skåne	1 389 336 159 056 202 263 336 748[a] Totalt: 2 087 403	10 965 2 931 8 423 5 427[a] Totalt: 27 746	33 5 8 3[b] Totalt: 49
Västra	Västra Götalandsregionen Norra Halland (Falkenberg, Varberg och Kungsbacka)	Västra Götalandsregionen	1 734 443 336 748[a] Totalt: 2 071 191	23 800 5 427[a] Totalt: 29 227	49 3[c] Totalt: 52
Mellansverige	Uppsala Örebro Gävleborg Värmland Dalarna Västmanland Sörmland	Uppsala och Örebro	388 394 305 643 287 502 282 885 287 676 277 141 299 401 Totalt: 2 128 642	8 189 8 504 18 113 17 519 28 030 5 117 6 072 Totalt: 91 544	8 12 10 16 15 10 9 Totalt: 80
Norra	Västerbotten Norrbotten Västernorrland Jämtland Härjedalen	Västerbotten	273 192 249 614 244 554 131 155 Totalt: 898 515	54 664 97 242 21 548 48 935 Totalt: 222 389	15 14 7 8 Totalt: 44

[a] hela Halland; [b] södra Halland; [c] norra Halland

Källa: SCB:s befolkningsstatistik från december 2020 och statistik för land och vattenareal från 2021.

Även om regionernas samverkanskyldighet pekas ut i hälso- och sjukvårdslagen, så preciserar inte lagen formerna för samverkan, vilket inneburit att samverkansregionernas organisation, mandat och arbetssätt utvecklats på något olika sätt (1). Nedan ges en översiktlig beskrivning av likheter och skillnader mellan samverkansregionerna vad gäller utformning av politiskt samarbetsorgan, beslutsmandat, tjänstemannaledning och administrativa resurser.

Politiskt samarbetsorgan och beslutsmandat

Varje samverkansregion har ett politiskt samarbetsorgan och i de flesta av samverkansregionerna kallas detta för samverkansnämnd (43–46). I Norra benämns dock detta organ som Förbundsdirektionen och i Södra som Regionvårdsnämnden (47,48). Samverkansnämnderna består i de flesta fall av ett jämnt antal politiska ledamöter från respektive region med lika många ersättare som har utsetts av respektive region. Till exempel består Mellansveriges samverkansnämnd av tre ledamöter från respektive region och tre ersättare (49). I Södra har dock Region Skåne sex ordinarie ledamöter medan de övriga regionerna har två (48). I Västra finns också en annan fördelning där Västra Götalandsregionen har fem ledamöter medan Region Halland har två (50). Ordförandeskapet och vice ordförandeskap i samverkansnämnderna beslutas oftast i samverkansnämnden och gäller under en viss mandatperiod. I Sydöstra och Västra roterar ordförandeskapet i samverkansnämnden mellan regionerna i tvåårsperioder (51,52). Samverkansnämnderna har också ett

presidium med det politiska ansvaret över beredning av ärenden och består ofta av nämndens ordförande, vice ordförande, samt ett fåtal ytterligare ledamöter (47–49).

Samverkansnämndernas beslutsmandat beskrivs vanligtvis i de samverkansavtal och tillhörande arbetsordningar som reglerar samverkansregionernas uppgifter och ansvar. I Västra anges att samverkansnämnden har en rådgivande och rekommenderande funktion. I Mellansverige och Södra anges att samverkansnämnden kan besluta i ärenden för regional samverkan som regleras i samverkansavtalet, men att det förutsätter att beslut kan fattas i enighet. I övrigt kan nämnden besluta om rekommendationer till sjukvårdshuvudmännen (46,48). I Mellansverige anges också att det finns en möjlighet att sluta överenskommelse mellan de parter som så önskar i de fall alla inte står bakom beslut.

Två av samverkansregionerna, Sydöstra och Norra, har valt något andra former för det politiska samarbetsorganets organisation och beslutsmandat. I Sydöstra är samverkansnämnden organiserad som en gemensam nämnd (51). Det innebär enligt Kommunallagen (53) att regionerna kan fullgöra uppgifter som preciseras i en överenskommelse mellan regionerna (9 kap. 19-35§§). Den gemensamma nämnden ska organisatoriskt också ingå i någon av regionernas organisation. Den Sydöstra samverkansnämnden har representation från Östergötland, Kalmar och Jönköping, men är formellt placerad i Region Östergötlands linjeorganisation och underställd dess regionfullmäktige. Detta innebär bland annat att samverkansnämnden ansvarar för att verksamheten bedrivs utifrån Region Östergötlands beslutade mål och riktlinjer (51). Samverkansnämnden har mandat att själv fatta beslut om vilken sjukvård som ska vara regionsgemensam och till vilken enhet den ska samordnas, vilken vård som inte ska bedrivas i sjukvårdsregionen, fördelning av tilldelad budget från respektive region, samt priser för såld vård (54).

Norra är organiserat som ett kommunalförbund och benämns som Förbundet i avtal och dokument (47). Att vara ett kommunalförbund innebär enligt Kommunallagen (53) att medlemmarna lämnar över regional verksamhet till förbundet som är en egen offentligrättslig juridisk person fristående från medlemmarna (9 kap. 1-18§§). Ett kommunalförbund kan organisatoriskt likställas med en region (55). Inom Norra har Förbundsdirektionen, vilket är det högsta beslutande organet inom kommunalförbundet, fått mandat att självständigt skriva avtal med bindande verkan över medlemsregionerna inom riks- och regionsjukvård (till skillnad från de samverkansavtal som finns i övriga samverkansregioner som måste beslutas i respektive huvudmannaregion). Förbundsdirektionen kan även skriva självständiga avtal om gemensamma verksamheter (47).

Oavsett de skillnader avseende organisation och beslutsmandat som finns mellan samverkansregionerna så betonas vikten av konsensus i samverkansregionernas arbete och att besluten fattas i enighet. Flera av de intervjuade pekar på att det måste bygga på att samtliga regioner ser ett tydligt mervärde av att samverka kring ett visst område och att detta också behöver vara väl förankrat i den egna regionen. En av de intervjuade pekar på att de områden där konsensus inte kan uppnås får man avvakta med.

Tjänstemannaledning och administrativa resurser

Utöver den politiska ledningen finns det också tjänstemannaledningar inom samtliga samverkansregioner. Dessa kan dock skilja sig åt något vad gäller uppdragsbeskrivning och sammansättning. Oftast finns det en ledningsgrupp med ansvar att bereda, verkställa, följa upp och återrapportera till samverkansnämnden. Dessa ledningsgrupper består vanligtvis av regionernas hälso- och sjukvårdsdirektörer, personal från kansliet, samt ytterligare tjänstemän. Exempelvis i Södra är det hälso- och sjukvårdsdirektörer från de respektive regionerna som deltar (biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör från Region Halland), en kommunikationsdirektör från en av regionerna, en HR-direktör från en av regionerna, förvaltningschefen från universitetssjukhuset och direktören över Södra regionvårdsnämndens kansli (56). Ledningsgruppen ansvarar för samarbetets genomförande, samt för att rapportera till politikerna (57). I Mellansverige finns det en regiondirektörsgrupp där samtliga regiondirektörer från regionhuvudmännen är representerade (58). Denna grupp fastställer uppdrag till ekonomidirektörsgruppen, HR-gruppen, kommunikationsdirektörsgruppen och ledningsgruppen. Ledningsgruppen består i sin tur av hälso- och sjukvårdsdirektörerna som bland annat ansvarar för samverkansnämndens operativa organisering, samt för

att bereda ärenden till samverkansnämnden (49). Mellansverige har också relativt nyligen förändrat sin ledningsstruktur för att få en tydligare koppling till linjeorganisationen i respektive region. Den Sydöstra ledningsstrukturen kallas för Regionsjukvårdsledningen och har ett omfattande ansvar att både ta fram underlag och verkställa samverkansnämndens beslut (51). Den ansvarar också för styrning, samordning och uppföljning av patientlöften, kvalitet, produktion, utveckling och ekonomi (51). Regionsjukvårdsledningen består dels av de tre regionernas hälso- och sjukvårdsdirektörer men även andra högt uppsatta tjänstemän (59).

För att tjänstemannaledningen i samverkansregionerna ska kunna genomföra sitt uppdrag tillsätts det ofta olika former av arbetsgrupper vilka kan bestå av verksamhetsföreträdare, tjänstemän och sakkunniga från regionerna och som arbetar mer operativt med specifika frågor eller områden för samverkan. Exempelvis har Mellansverige tillsatt ett stort antal verksamhetschefsgrupper för att stärka det operativa samarbetet i sjukvårdsregionen. I grupperna ingår verksamhetschefer från de olika regionerna och de arbetar exempelvis med att följa upp medicinska resultat och kvalitet, gemensam produktionsplanering och samverkan kring kompetensförsörjning (60). I Södra sätts arbetsgrupper ihop genom att varje region får utse företrädare som i sin tur utser ett team av personer från berörda verksamheter att arbeta med förslag för förbättrat samarbete och arbetsfördelning (61). Arbetsgrupperna leds i sin tur av processledare som är anställda av enskilda regioner som till exempel kan få en viss tid av sin tjänst betald av Södra samverkansregionen för att driva processer inom samverkansregionen.

För att bereda och verkställa ärenden har också samverkansregionerna resurser i form av fristående kanslifunktioner att tillgå. Vanligtvis är dessa formellt placerade i någon av regionerna. I Sydöstra finns dock ingen fast kanslifunktion, utan denna roterar med ordförandeskapet vilket innebär att den region som är ordförande även ansvarar för kansliverksamheten. Av intervjuerna framgår att kansliverksamheterna skiljer sig åt i storlek. I Västra är det endast en person som är anställd på kansliet, vilket kan jämföras med Södra som har ett kansli med nio tjänstemän vilka leds av en direktör. I Norra leds arbetet av en Förbundsdirektör med tillgång till sju tjänstemän. I Mellansverige leds kansliarbetet av en administrativ chef som har tillgång till en representant från respektive region vilka har en del av sin arbetstid avsatt för samverkansregionen.

Av intervjuerna framgår att involvering av samverkansregionernas tjänstemannaledningar ses som viktig för att kunna uppnå en framgångsrik samverkan. En av de intervjuade menar att även om samverkansnämnden har ett begränsat formellt beslutsmandat, så innebär deltagandet av regionernas ledningsfunktioner i samverkansnämndens möten att beslut kan förankras.

> *Samverkansnämnden har ju jättesmå mandat egentligen men eftersom vi träffas, regiondirektörerna, hälso- och sjukvårdsdirektörerna, och också våra ledande politiker så finns ju alla mandat även om inte de mandaten idag finns i samverkansnämnden. (IP6)*

En annan intervjuad beskriver att genom att ha regionernas ledande tjänstemän representerade i samverkansarbetet kan en starkare regional förankring uppnås, vilket är nödvändigt för att komma vidare med samverkansfrågorna. Det administrativa stödet ses också som viktig aspekt och en av de intervjuade pekar på att tillgången till ett stort kansli är något som kan bidra till att frågor kan drivas mer aktivt. Några pekar på att den modell med en roterande tjänstemannaorganisation som Sydöstra har kan utgöra en framgångsfaktor för samverkan eftersom det bidrar till att skapa en känsla av delaktighet och gemensamt ansvar mellan regionerna. Dock menar en intervjuad att det samtidigt kan riskera att minska kontinuiteten i kansliarbetet samt ett minskat driv av samverkansfrågorna inom kansliet. Vidare pekar en av de intervjuade på att vissa samverkansregioner tenderar att vara mer tjänstemannastyrda, vilket kan vara problematiskt sett utifrån ett legitimitets- och ansvarsutkrävande perspektiv.

Områden för samverkan

En av frågorna för studien handlar om vad regionerna samverkar kring inom samverkansområdena, och mer specifikt vilken samverkan som sker kring fördelning av den regionala högspecialiserade vården, omställningen till en nära vård samt investeringar i vårdbyggnader.

Övergripande målsättningar och samverkansområden

Samverkansregionernas uppgifter och ansvar regleras som tidigare beskrivits genom samverkansavtal (eller i Norras fall av en förbundsordning) mellan de ingående regionerna. Syftet med och målsättningarna för samverkan beskrivs till stor del på ett likartat sätt av samverkansregionerna. På ett övergripande plan uttrycker de flesta att samverkan förväntas bidra till att främja invånarnas hälsa och att de får tillgång till en jämlik hälso- och sjukvård av god kvalitet samt till ett effektivt resursutnyttjande av sjukvårdsregionens hälso- och sjukvård. Exempelvis beskrivs i Södras nya samverkansavtal målen för samverkanregionen på följande sätt (48):

- *Att tillvarata och utveckla gemensamma intressen och att effektivt utnyttja resurserna inom hela sjukvårdsregionen*
- *Att erbjuda tillgänglig, säker, jämlik och kunskapsbaserad vård*
- *Att bedriva högspecialiserad vård som en gemensam angelägenhet för hela sjukvårdsregionen*
- *Att via regionerna samverka med kommunerna för att främja hälsan hos invånarna i sjukvårdsregionen*
- *Att samverka kring klinisk forskning, utveckling, utbildning och kompetensförsörjning*

Dokumentanalys och intervjuer visar även att det finns många likheter kring vilka områden som regionerna samverkar kring och hur dessa utvecklats över tid. Nedan ges en översiktlig beskrivning av vilka områden som de flesta av samverkansregionerna samverkar kring, även om det sker på olika sätt och i varierande omfattning.

En grundläggande uppgift för samverkansregionerna är att samverka kring **regionsjukvård** vilket bland annat handlar om att fastställa prislistor som ska användas för ersättning vid vård av patienter utanför den egna regionen, men också om nivåstrukturering av den regionala högspecialiserade vården. Detta område för samverkan beskrivs närmare i nästa avsnitt. Vidare finns det även **solidariskt finansierade verksamheter** inom flera av samverkansregionerna, som till exempel centrum för sällsynta diagnoser, biobankscentrum, arbets- och miljömedicinska kliniker och högisoleringsenheter (62,63). En ytterligare gemensam verksamhet som finns i samtliga samverkansregioner är regionala cancercentrum (RCC) vilka sedan början av 2010-talet samordnar cancervården i Sverige (64). Dessa centrum har en central roll för nivåstrukturering av högspecialiserad cancervård inom sjukvårdsregionerna, vilket beskrivs närmare i nästa avsnitt.

Ett ytterligare område för samverkan är **utbildning och kompetensförsörjning** mot bakgrund av att kompetensfrågan utgör en stor framtida utmaning inom hälso- och sjukvården. Här kan det finnas vissa skillnader mellan samverkansregionerna kring former och omfattning av detta arbete. Det kan till exempel handla om att kartlägga gemensamma behov av nyckelkompetenser i hälso- och sjukvården, men också om att samverka med lärosätena inom samverkansregionen kring de utbildningar som ges. I samverkansregionerna pågår nu ett arbete med att etablera sjukvårdsregionala vårdkompetensråd i vilka samverkan mellan regionerna, kommunerna och lärosätena kan ske (65,66). Bakgrunden till detta är att det under 2020 bildades ett nationellt vårdkompetensråd på uppdrag av regeringen i vilket regioner, kommuner, lärosäten, Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet samverkar. Rådets uppdrag är att bedöma kompetensbehov och bidra till samverkan kring kompetensförsörjningsfrågor på nationell och regional nivå (67).

Ett ytterligare område för samverkan som utvecklats under de senaste åren är **kunskapsstyrning**. Sedan 2018 pågår utvecklingen av ett gemensamt system för kunskapsstyrning med stöd av SKR. Syftet är att

utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Inom systemet finns det 26 nationella programområden (NPO) vilka speglar hela vårdkedjan. För varje programområde finns ett sjukvårdsregionalt värdskap och inom varje samverkansregion finns en utpekad samordnare för etableringen av kunskapsstyrningsarbetet. Samverkansregionerna har sjukvårdsregionala programområden (RPO) vilka speglar de nationella programområdena. Uppgiften för de sjukvårdsregionala programområdena är bland annat att initiera frågor för den nationella samverkan samt anpassa och omsätta den kunskap som tas fram nationellt (68).

Det sker även i varierande grad en samverkan kring **forskning och utveckling** inom samverkansregionerna med mål att stärka den egna samverkansregionen på sikt. Det framgår att några av samverkansregionerna gemensamt vill stödja klinisk och patientnära forskning (44,46). Det kan också handla om att dela information om relevant forskning och utveckling för regionerna, men också att bygga upp gemensamma stöd och servicefunktioner till klinisk forskning inom samverkansregionen (48).

Vidare beskriver några av regionerna att de samverkar kring frågor som handlar om **digitalisering och e-hälsa** för att gemensamt ta tillvara möjligheterna som detta erbjuder. Detta kan bland annat ske inom informationssäkerhet med samverkan kring incidenter, skydd av IT-utrustning, samt upphandling av IT-system (46).

Ett annat område för samverkan som pekas ut av del av samverkansregionerna handlar om att bidra till ökad tillgänglighet till vården inom samverkansregionen. Det kan handla om att fördela patienter mellan olika verksamheter baserat på kapacitet. I Mellansverige beskrivs hur de har tillsatt en grupp för **produktionsplanering** som ska arbeta för att resursutnyttjande optimeras, liksom kvalitet, och att vård i möjligaste mån kan erbjudas inom den egna sjukvårdsregionen (69).

Ytterligare områden som framkommer av intervjuerna är att det ofta sker en samordning inom samverkansregionerna kring **remissvar och andra förfrågningar** som kommer från nationell nivå. Vidare utser samverkansregionerna också representanter till olika nationella grupperingar på förfrågan av till exempel Socialstyrelsen, Regeringskansliet eller SKR. Samverkansregionen kan även gemensamt **omvärldsbevaka** och hålla koll på utredningar och utlysningar. Flera av de intervjuade beskriver hur områdena för samverkan utökats över tid. Flera upplever även att statliga myndigheter i ökad utsträckning vänder sig direkt till den samverkansregionala nivån med olika förfrågningar eller stöd, istället för att vända sig till samtliga 21 regioner.

Vidare beskriver några av de intervjuade hur samverkansregionens arbete har förändrats över tid och att samverkan både breddats och fördjupats. En av de intervjuade beskriver hur samverkansregionen tagit flera steg från att endast samverka kring universitetssjukvård och att skriva avtal om att köpa och sälja vård, till att samverka kring hur hela hälso- och sjukvården kan utvecklas inom samverkansregionen. Några andra av de intervjuade menar dock att samverkan i deras samverkansregion fortfarande främst handlar om avtalsförhandlingar där de säljer och köper vård, men att de också diskuterar andra frågor.

Fördelning av den regionala högspecialiserade vården

Ansvaret för att koncentrera eller fördela den regionala högspecialiserade vården ligger som tidigare beskrivits på de enskilda regionerna och samverkansregionerna. Regeringen har tidigare pekat på att även den regionala högspecialiserade vården kan behöva koncentreras till ett begränsat antal enheter inom samverkansregionerna, men att det kan finnas skillnader mellan samverkansregionerna vad gäller deras mandat att fatta beslut om fördelning av vården och att detta kan behöva stärkas och tydliggöras för att åstadkomma en ökad koncentration av regional högspecialiserad vård (1,8).

Ansvaret att samverka kring regional högspecialiserad vård beskrivs på olika sätt i de samverkansavtal eller liknande dokument som reglerar samverkansregionernas arbete. Ibland kan detta arbete beskrivas med andra begrepp som samverkan kring regionsjukvård, regionvård eller sjukvårdsregional koncentration. I några av avtalen och överenskommelserna används begreppet nivåstrukturering för att beskriva arbetet med fördelning av vård. I Norras förbundsordning beskrivs det till exempel på följande sätt (47):

> *I det gemensamma ansvaret ingår nivåstrukturering vilket betyder att hälso- och sjukvården i norra sjukvårdsregionen ska samordnas till enheter där en tillräcklig volym, hög vårdkvalitet och en kostnadseffektiv verksamhet kan garanteras. Centralisering såväl som decentralisering av verksamheter ska genomföras efter behov och förutsättningar.*

Sydöstra använder även begreppet arbetsfördelning vilket de ser som en förutsättning för nivåstrukturering och de beskriver ansvaret på följande sätt i en överenskommelse som bygger på samverkansavtalet (51):

> *Kommande år innebär en omstrukturering av sjukvården genom en nivåstrukturering dels på nationell nivå dels på sjukvårdsregional nivå. I korthet innebär detta en koncentration till färre enheter med större fokus på volym och kvalitet. I Sydöstra sjukvårdsregionen förutsätts detta inte vara en ensidig riktning utan begreppet "arbetsfördelning" gäller i lika stor utsträckning.*

I intervjuerna ges olika exempel på hur samverkansregionerna arbetar med fördelning eller koncentration av den regionala högspecialiserade vården mellan sjukhus i olika regioner. Det är dock svårt att få en överblick över hur omfattande detta arbete är och det verkar skilja sig något åt mellan de olika samverkansregionerna. Det som främst tas upp av de intervjuade är den fördelning av regional högspecialiserad vård och nivåstrukturering som sedan en längre tid tillbaka sker genom det arbete som bedrivs inom de gemensamt finansierade regionala cancercentrumen (RCC). Varje RCC har som en av sina centrala uppgifter att medverka till en optimal nivåstrukturering av cancervården inom sin sjukvårdsregion och de lämnar rekommendationer till regionerna gällande regional nivåstrukturering (70). En av de intervjuade pekar på att nivåstruktureringen inom cancerområdet förenklas av att det finns goda kvalitetsregister och uppföljning inom samverkansregionen som tydligt kan visa hur många ingrepp som genomförts inom en viss verksamhet. En uppföljning som genomfördes under 2019 av RCC i samverkan visar bland annat att det pågår ett aktivt arbete med regional nivåstrukturering samt att de regionala rekommendationerna har införts i stor omfattning. Det har ofta skett till följd av tidigare sjukvårdsregionala beslut, men också ibland till följd av RCCs rekommendationer. Vidare konstateras att i de fall som rekommendationerna inte har följts så har det oftast motiverats med att mottagande sjukhus har kapacitetsproblem vilket har medfört långa väntetider samt att remitterande enhet befarar läkarflykt (71).

Några av de intervjuade tar upp att en stor del av den högspecialiserade sjukvården i huvudsak redan bedrivs på de universitetssjukhus som finns inom samverkansregionerna. Andra pekar på att det finns delar som fortsatt kan behöva fördelas eller koncentreras. Vad som betraktas som högspecialiserad vård förändras också över tid, vilket gör att fördelningen kan ses som en ständigt pågående process. Något annat som en del ser kan föranleda behov av omfördelning framöver är de beslut som förväntas tas om var olika delar av den nationella högspecialiserade vården ska bedrivas. I den utsträckning som universitetssjukhusen kan få bedriva mer nationell högspecialiserad vård kan behov uppstå av att fördela ut delar av den regionala högspecialiserade vården till andra sjukhus inom samverkansregionen. En representant uttrycker det som att fördelningen av den nationella högspecialiserade vården kommer få ringar på vattnet i hela samverkansregionen, vilket kan leda till nivåstrukturering. Ett problem som tas upp av intervjuade och som tidigare har beskrivits är att processen för fördelningen av den nationella högspecialiserade vården inte tycks ha kommit så långt.

Ett hinder för samverkan kring fördelning av högspecialiserad vård som tas upp handlar om läkarprofessionens intressen. En del av de intervjuade pekar på att det kan vara svårt att få acceptens inom professionen för att verksamheter flyttas till andra ställen, eller att de inte får önskad utrustning. Några av de intervjuade pekar på att det är viktigt att involvera professionen på olika sätt i arbetet med nivåstrukturering för att skapa acceptans för beslut om fördelning av vård. En intervjuad beskriver att arbetet med RCC varit framgångsrikt tack vare att de involverat professionerna i arbetet.

> *Däremot så har det ju varit väldigt positivt med det här regionala cancercentrat. Där känner vi väl att vi har byggt det tillsammans och där har ju struktureringen ändå gått väldigt bra för där är det professionen som själv har gjort det, och sagt att "ja men det här blir ju jättebra" och då är det ju*

ingen som protesterar och annat. Men skulle man politiskt säga att nu ska vi flytta det och det och det så det är klart att om professionen slår bakut och går till media. (IP10)

Omställningen mot en nära vård

Det framgår inte av avtal och andra dokument att omställningen mot en nära vård utgör ett tydligt område för samverkan inom samverkansregionerna. Det ges dock vissa exempel på att frågorna om omställningen mot en nära vård berörs på olika sätt. Exempelvis beskriver Norra i sitt avtal att de ska bidra till regionernas arbete med att utveckla nära vård (47).

Norra har också erhållit ett särskilt statsbidrag på 12 miljoner kronor för att samordna utveckling för god och nära vård med ett glesbygdsperspektiv i de fyra medlemsregionerna (72). Samverkansregionens uppdrag är att förvalta och fördela dessa medel till respektive region inom samverkansregionen.

Vad gäller övriga samverkansregioner framgår vid genomgången av protokoll från de senaste sammanträdena i samverkansnämnderna att nära vård har diskuterats vid dessa tillfällen i ett par av samverkansregionerna (73,74). Detta överensstämmer också med vad som framkommer i intervjuerna där det beskrivs att omställningen mot en nära vård ofta diskuteras vid samverkansnämndens möten. Engagemanget gäller främst erfarenhetsutbyte och information. Till exempel har två av samverkansregionerna haft gemensamma workshops för politiker och tjänstemän i ledande ställning. I en samverkansregion har de skapat ett nätverk med nära-vårdchefer från respektive huvudman. En intervjuad tar upp att de inom samverkansregionen genomfört en kartläggning inom respektive region kring arbetet med nära vård som ska presenteras för samverkansregionen. Vidare påpekas att nära vård diskuteras i respektive verksamhetschefsgrupp inom samverkansregionen.

Flera av de intervjuade pekar på att omställningen mot en nära vård främst är ett arbete som bedrivs *inom* respektive region mot bakgrund av att det behöver anpassas till lokala förutsättningar och behov. Ett annat argument är att omställningen mot en nära vård sker genom samverkan mellan kommuner och regioner och att det blir för många aktörer att samverka med om dessa frågor även skulle hanteras på samverkansregional nivå. Samtidigt ser några av de intervjuade att det finns ett värde av att utbyta erfarenheter inom samverkansregionen kring hur omställningsarbetet bedrivs och hur det kan påverka hälso- och sjukvården på längre sikt.

Investeringar i vårdbyggnader

Inom samverkansregionerna finns vissa, vilket har nämnts tidigare, gemensamt finansierade verksamheter som finansieras solidariskt av regionerna. Av dokumentstudier och intervjuer framgår däremot att det inte sker några gemensamma investeringar i vårdbyggnader. Det främsta hindret som nämns för att genomföra gemensamma investeringar i vårdbyggnader är det faktum att samverkansregionen inte är en juridisk person vilket gör att investeringar eller upphandlingar inte kan uppköpas gemensamt (förutom Norra). Till exempel menar en intervjuad att det vore väldigt svårt att genomföra gemensamma investeringar utifrån att det skulle kräva en fjärde förvaltande nivå som inte finns i dagsläget.

Ja, för vi har ingen… Nämnden är som sagt ingen juridisk person och då blir väldigt svårt att göra investeringar eller upphandlingar på det sättet. Däremot, som sagt, så är det ju väldigt mycket överenskommelser och samverkan som görs. (IP16)

Av intervjuerna framkommer dock att det sker ett utbyte av information om planerade investeringar i förväg och att det förs dialoger om kommande vårdbehov. En intervjuad menar att det finns ett värde i att utbyta erfarenheter angående pågående arbete eller viktiga investeringar inom respektive region för att kunna lära av varandras misstag eller framgångar. En intervjuad från en annan samverkansregion pekar på att det är viktigt att informera om sina investeringsplaner eftersom en del av kostnaden för investeringarna förväntas täckas av patienter från de andra regionerna. I Södras nya samverkansavtal finns planering av framtidens hälso- och sjukvård med som ett nytt samverkansområde (48). I avtalet framgår att samverkansregionen vill

samverka och planera kring omställningen av hälso- och sjukvården för att kunna fatta kostnadseffektiva beslut. Exempel på områden för omställningen är nya journalsystem, nya byggnationer och investeringar.

Av dokumentstudier och intervjuer framkommer att det sker en mer operativ samverkan kring investeringar i medicinsk teknik i flera av samverkansregionerna. Till exempel framgår det att en samverkansregion samverkar kring upphandlingar av utrustning som pacemaker, stentar, droppräknare, MR-kameror, CT-maskiner. Det förekommer också samverkan kring upphandlingar inom IT-området. Det gäller exempelvis mjukvara och att regionerna strävar efter att synkronisera utveckling och användning av patientjournaler så att de blir tillgängliga för vårdpersonal oavsett var patienten befinner sig. Även digitalisering av remisser beskrivs som ett gemensamt utvecklingsområde.

Hur kan samverkansregionens roll utvecklas?

I intervjuerna framkommer överlag en positiv syn på betydelsen av samverkan inom samverkansregionen för att kunna uppnå en bättre helhetssyn kring hälso- och sjukvården. Flera betonar vidare att det finns ett värde av att utveckla samverkan mer, men att det samtidigt finns begränsningar i hur långt samarbetet kan sträcka sig utifrån hur dagens samverkansregioner är utformade. Exempelvis tar man upp det faktum att storregionsreformen aldrig genomfördes och att samverkansregionerna inte kan ses som ett substitut för dessa. Nedan beskriver vi några av de reflektioner som kan urskiljas i intervjuerna kring hur de tillfrågade ser på samverkansregionens roll och hur den kan utvecklas. Det handlar dels om vikten av att synliggöra samverkansregionernas olika förutsättningar för samverkan, dels om vilken betydelse som beslutsmandat och organisationsform har för att kunna utveckla samverkan. Vidare presenteras några ytterligare faktorer som de intervjuade ser kan vara av vikt för att möjliggöra utveckling av samverkan.

Olika förutsättningar för samverkan utifrån storlek, antal regioner som samverkar och ekonomiska förutsättningar

Samverkansregionernas storlek innebär skillnader i förutsättningar för samverkan. Till exempel är både Region Stockholm och Västra Götalandsregionen betydligt större än sina respektive samarbetsregioner. En intervjuad menar att dessa samverkansregioner är så pass stora att de främst agerar på egen regional nivå vilket har inneburit att den samverkansregionala nivån inte får samma betydelse som i de övriga samverkansregionerna. Stora skillnader i regionernas storlek kan medföra skillnader i hur de ser på värdet av samverkan. En av de intervjuade pekar på att större regioner har tillgång till det mesta av vården inom sin egen region och därför kanske inte ser samma värde av att samverka. Av intervjuerna framgår att samverkan kan gynnas av att regionerna är relativt likvärdiga avseende storlek och ekonomiska förutsättningar.

En annan förutsättning som är viktig för samarbetet är antalet regioner som ingår i samverkansregionen. Fler medlemsregioner innebär fler intressen och behov att ta hänsyn till vilket kan försvåra allt ifrån att fatta beslut till att boka in möten med alla huvudmän. Vidare kan regionernas ekonomiska situation också påverka viljan och möjligheten att bidra till samverkan inom samverkansregionen. Det är helt enkelt svårare att bidra till något gemensamt när ekonomin är svag i den egna regionen även om det på lång sikt kan vara mer resurseffektivt att samverka.

Mot bakgrund av att den nationella nivån i ökad utsträckning har börjat rikta sig till den samverkansregionala nivån med förfrågningar och behov pekar en del av de intervjuade på att kunskapen om samverkansregionernas olika förutsättningar kan behöva öka. De skillnader som finns kan medföra olika möjligheter för samverkansregionerna att hantera nationella förfrågningar.

Betydelsen av beslutsmandat och organisationsform

En annan reflektion kring hur samverkansregionens roll kan utvecklas handlar om betydelsen av beslutsmandat och organisationsform. Intervjuerna indikerar att ett starkare mandat inte nödvändigtvis betraktas som en avgörande förutsättning för att ytterligare kunna utveckla samverkan. Det viktiga är att synliggöra mervärdet av samverkan och att samverkan bygger på att det finns tillit och en vilja till samverkan bland regionerna. Några av de intervjuade lyfter fram Norra och Sydöstra som exempel på att det är möjligt

att välja en annan organisationsform med ett utökat beslutsmandat. Samtidigt tar en av de intervjuade upp att det kan finnas vissa nackdelar med mer formaliserade organisationer och beslutsprocesser och att samverkansavtal i likhet med de som de flesta samverkansregioner har kan möjliggöra en mer flexibel samverkan.

> *Man fastnar i annat om man är kommunalförbund. Då blir det väldigt gränser så, inte lika flexibelt att lyfta i och ur frågor som man vill ha med så att jag tror att vi kommer att leva med det här att man fattar inte juridiska beslut på det sättet utan det är rekommendationer. (IP19)*

Vidare framgår att även om Norra och Sydöstra till viss del har ett större beslutsmandat så betonar även de vikten av förankring och att alla beslut fattas i konsensus. En intervjuad nämner att oavsett mandatets storlek, så är politikerna fortfarande valda av sina respektive regioner och behöver därför förankra samtliga beslut i sin egen region.

Ytterligare faktorer som kan påverka utvecklingen av samverkan

Mot bakgrund av att konsensus eftersträvas inom samverkansregionerna utgör politiska intressen en viktig faktor för samverkan. Några av de intervjuade betonar att samverkansnämnden inte präglas av partipolitiska diskussioner vilket de menar kan underlätta en utveckling av samverkan. En intervjuad menar till och med att samarbetet fungerar bättre när det finns en blandning av politiska styren. Samtidigt kan lokalpolitiska intressen förstås påverka samverkansregionens arbete i vissa fall. Exempelvis finns det ofta ett lokalt politiskt tryck att ta hänsyn till vid förflyttning av vård.

Vidare tas tillit mellan de olika regionerna som ingår i samverkansregionen upp som en viktig faktor för att möjliggöra en utveckling av samverkan. Det nämns att detta förtroende ofta är eller har varit personberoende och några av de intervjuade menar att en stor omsättning bland hälso- och sjukvårdsdirektörer i vissa fall har utgjort en svårighet eftersom det tar tid att lära känna varandra och bygga upp förtroende. Som tidigare nämnts pekar en del av de intervjuade på att samverkan förenklas av att det finns en bred representation från regionledningen med i samverkansstrukturen, eftersom detta skapar ökad möjlighet att skapa välförankrade beslut inom regionerna.

En ytterligare faktor som tas upp som viktig för att kunna utveckla samverkan handlar om att få med sig vårdprofessionerna i det arbete som bedrivs inom samverkansregionen. Det ökar möjligheterna att uppnå ett mer operativt samarbete inom samverkansregionen kring exempelvis planering och fördelning av vård. Ett par av de intervjuade menar att en framgångsfaktor för att få med sig professionerna i samverkansprocessen är att skapa forum där de kan träffas kollegialt och diskutera sjukvård inom samverkansregionen.

Sammanfattning och reflektioner

Regionernas omställningsarbete mot en nära vård

Inledningsvis undersöktes hur regionerna arbetar med omställningen mot en nära vård. Resultaten pekar på att samtliga studerade regioner har påbörjat ett arbete med att ställa om, där man exempelvis arbetar med utveckling av mobila team, digitala vårdmöten och tätare samverkan med kommunerna. Den samverkan som sker med kommunerna kring omställningen behöver dock fortsatt utvecklas. Vidare har de flesta regioner inrättat någon form av organisation för att driva omställningen mot en mer nära vård, vilket kan innefatta programkontor, strategiska styrgrupper eller liknande. Flera regioner har även pekat ut fokusområden inom vilka åtgärder ska vidtas. En närmare genomgång visar att omställningsarbetet till stor del befinner sig i ett inledande skede och att en del av de insatser som pågår ofta bygger på arbete som inletts redan innan omställningen påbörjats. De konkreta åtgärder som genomförs verkar främst handla om avgränsade projekt som än så länge inte har resulterat i någon större strukturomvandling eller en mer omfattande omfördelning av resurser. Det verkar emellertid finnas en stor konsensus bland politiker och tjänstemän i regionerna kring behoven av att ställa om till en mer nära vård och en medvetenhet om att denna omställning behöver förankras i hela sjukvårdsystemet om den ska vara möjlig att realisera.

En **reflektion** är att omställningen mot en nära vård till stor del kan beskrivas som en underifråndriven utvecklingsstrategi (bottom up), där lokala projekt tillåts utvecklas relativt fritt med stort utrymme att testa och experimentera med olika idéer. En sådan strategi kan möjliggöra innovation och nya lösningar (75), men kommer med stor sannolikhet också ge en stor variation av olika projekt som inte tydligt hänger ihop med varandra (76). Denna variation inom regionerna kan utnyttjas som en möjlighet till lärande, men det förutsätter att variationen tas tillvara genom att de olika lösningarna utvärderas, jämförs och analyseras (76). I detta perspektiv blir en central uppgift för de regionala programkontoren eller liknande grupperingar att sätta ramarna för projekten, men samtidigt tillåta stort handlingsutrymme inom dessa ramar. I nästa steg behöver man aktivt efterfråga resultat, fånga upp kunskaper och prioritera bland de testade lösningarna för att kunna skapa förutsättningar för att de bästa och de mest effektiva lösningarna ska kunna skalas upp och spridas.

En annan iakttagelse är att samverkan kräver tid och resurser. Samverkansforskningen visar bland annat att bristande tid och resurser är ett av de största hindren för en fungerande samverkan (77). Chefer har nästan alltid ont om tid och om samverkan ska fungera effektivt krävs därför att det prioriteras av den högsta ledningen i berörda organisationer, att ledningarna tydligt står bakom samverkan, skapar förutsättningar och avsätter tid och resurser för samverkansarbetet (78). Annars är risken stor att det nedprioriteras och att andra frågor tar över.

Den nationella styrningen mot nära vård

Vad gäller frågan om hur den nationella styrningen av omställningen av mot en nära vård är utformad kan det sammanfattningsvis konstateras att det i huvudsak handlar om en mjuk styrning. Även om staten på ett tydligare sätt än tidigare uttrycker en tydlig önskan om att skapa en mer sammanhållen vård och omsorg genom att lyfta fram olika gemensamma, nationella utgångspunkter, ges samtidigt ett stort utrymme för regioner och kommuner att utforma och anpassa omställningsarbetet efter sina egna förutsättningar. Resultaten indikerar att regionerna uppfattar att statens intentioner vad gäller den nära vården är relativt tydliga, men att den närmare utformningen av hur omställningsarbetet ska bedrivas i praktiken primärt är ett ansvar för regionerna och kommunerna. För att underlätta omställningsarbetet efterfrågas däremot mer nationellt stöd vad gäller harmonisering och utveckling av lagstiftningen för att exempelvis öka möjligheter till samverkan och informationsdelning över huvudmannagränserna. Mer långsiktiga och generella statsbidrag för omställningsarbetet är också något som efterfrågas. De öronmärkta statsbidragen upplevs ofta som svåra att utnyttja. Något annat som önskas är olika former av kunskapsunderlag, gemensamma uppföljningsindikatorer och bättre spridning av kunskaper och erfarenheter från omställningsarbetet.

En **reflektion** kring detta är att ett mer strukturerat erfarenhetsutbyte är av vikt för att underlätta omställningen. Det är inte enbart variationen inom regionerna utan även den mellan regionerna som har potential att bidra till ett lärande. Regioner och kommuner har stort eget handlingsutrymme och tar sig därför an omställningen på delvis olika sätt. I princip kan alla aktörer på alla nivåer, från regeringen till enskilda verksamheter och professionella, tolka omställningen på olika sätt och fylla den med olika innehåll utifrån sina perspektiv (79,80). Ett lärande mellan regionerna kräver dock att det skapas nationella strukturer för att fånga upp, jämföra och analysera regionernas olika strategier, lösningar och åtgärder, samt nationella strukturer för att därefter sprida och implementera kunskaper om dessa mellan regionerna. I bästa fall kan variationen mellan regionerna då nyttjas för att kontinuerligt utveckla den nationella styrningen av omställningsarbetet.

Nivåstrukturering och fördelning av högspecialiserad vård

I rapporten undersöktes även regionernas arbete med nivåstrukturering. Resultaten indikerar att det finns en gemensam syn kring att andelen vård som bedrivs på sjukhus behöver minska till förmån för den nära vården, där regional och kommunal primärvård utgör basen och där mer vård ska bedrivas i hemmen med egenvårdsstöd, hemmonitorering, mobila team och digitala lösningar. Vad gäller den regionala högspecialiserade vården visar dokumentstudier och intervjuer att regionerna även strävar efter att centralisera och koncentrera vårdinsatser som förekommer sällan och kräver specifika kompetenser. I praktiken verkar dock det mer systematiska nivåstruktureringsarbetet inte ha kommit så långt. Ofta verkar det handla om en horisontell förflyttning av vårduppdrag, exempelvis mellan olika sjukhus, och inte en vertikal nivåstrukturering där vårdinsatser antingen koncentreras till färre enheter eller flyttas mellan vårdnivåer. Intervjuerna indikerar att det kan finnas olika utmaningar i arbetet med nivåstrukturering, bland annat beroende på att både horisontella och vertikala omfördelningar inom regionen påverkas av såväl lokalpolitiska intressen, professionsintressen som snäva verksamhetsintressen. En ytterligare komplicerande faktor i nivåstruktureringsarbetet handlar om att processen kring fördelningen av den nationella högspecialiserade vården ännu inte har kommit så långt, vilket försvårar regionernas möjligheter till överblick och planering av hur den övriga verksamheten ska fördelas.

En **reflektion** som kan göras kring detta handlar om vikten av att särskilt involvera professionen i nivåstrukturering och fördelning av vård. Även om det finns en bred uppslutning bakom de förändringar av hälso- och sjukvården som eftersträvas på en övergripande nivå, så kan det när det ska konkretiseras och omsättas i specifika åtgärder öka konfliktnivån vilket ofta tenderar att leda till stridigheter och motstånd från vissa grupper, exempelvis professionella i verksamheterna. Det kan därför vara viktigt att skapas utrymme för professionerna att utöva en reell delaktighet, där deras synpunkter, perspektiv och kunskaper tillvaratas i förändringsarbetet. Det kan givetvis finnas exempel på motstånd som bottnar i ovilja att bryta med etablerade vanor och traditioner, men det kan också finnas ett legitimt motstånd som bottnar i väl underbyggda argument. En effektiv förankring av omställningen behöver efterfråga dessa argument, ta dem på allvar, främja diskussion och kunskapsutbyte och väga in allt detta i förändringsarbetet.

Samordning av investeringsbehov

En ytterligare fråga som undersöktes i studien är hur regionernas investeringsbehov i vårdbyggnader samordnas med den utveckling av hälso- och sjukvården som pågår. Resultaten visar att de intervjuade ser ett tydligt behov av samordning med de investeringar som planeras och pågår. Omställningen mot en nära vård förväntas också påverka det framtida behovet av vårdbyggnader genom de förändringar av exempelvis arbetssätt och vårdstrukturer som planeras. Även om det i vissa fall har initierats en samordning av processer och behov, så befinner sig detta arbete till stor del i en inledande fas. Ett problem som tas upp är att det är svårt att få en överblick över hur omställningen samt även den medicinsk-tekniska utvecklingen kommer att påverka hälso- och sjukvården och behovet av vårdbyggnader på längre sikt. Vidare är det svårt att bedöma vilka behov av investeringar som kan krävas till följd av omställningen mot en nära vård och fördelningen av högspecialiserad vård. Ett ytterligare hinder handlar om svårigheterna att samordna redan planerade och pågående byggprocesser med omställningen. Regionerna hanterar detta på delvis olika sätt

och några övergripande angreppssätt kan urskiljas. Dels handlar det om att avvakta med vissa delar av planerade investeringar samt att sträva efter att bygga mer flexibla vårdbyggnader som kan möta framtida behov. Dels handlar det om att försöka bedöma vilka effekter som omställningen kan förväntas leda till för att bättre kunna dimensionera framtida vårdbyggnader samt att utveckla nya samarbetsstrukturer för att möjliggöra bättre samordning mellan fastighets- och sjukvårdssidan. Även om frågan om investeringar primärt betraktas som en regional angelägenhet efterfrågas ändå visst stöd från staten för att öka förutsättningarna för mer hållbara investeringar. Detta handlar exempelvis om erfarenhetsutbyte kring vilken kunskap som finns kring effekter av nya arbetssätt, som exempelvis förändrade vårdflöden, samt vad olika förflyttningar av vården kan få för betydelse för utformningen av framtida byggnader. Slutligen efterfrågas även ett forum för erfarenhetsutbyte kring tidiga skeden av planeringsprocesser.

En **reflektion** är att ett resurskrävande men ändå viktigt arbete framåt särskilt handlar om att på ett tidigt stadium involvera fastighetssidan i omställningsarbetet samt att så långt som möjligt analysera vilka potentiella effekter på behovet av vårdbyggnader som utvecklingen av hälso- och sjukvården kan ge upphov till. För detta krävs dock, som tidigare beskrivits, ett mer strukturerat erfarenhetsutbyte där den nationella nivån skulle kunna bistå med stöd i form av forum för kunskapsutbyte samt mer utvecklade underlag för prognoser.

Samverkansregionernas arbete och roll

I den andra delen av rapporten undersöktes vilken samverkan som sker *mellan* regionerna i de så kallade samverkansregionerna, och mer precist med avseende på omställningen mot en nära vård, koncentrationen av högspecialiserad vård och behovet av investeringar i vårdbyggnader. Inledningsvis kan konstateras att de sex samverkansregionerna skiljer sig åt vad gäller antalet och storleken på ingående regioner. Samverkansregionernas organisation, mandat och arbetssätt har också utvecklats på något olika sätt över tid och det finns vissa skillnader avseende politiskt samarbetsorgan, beslutsmandat, tjänstemannaledning och administrativa resurser. Samtidigt visar våra resultat att de grundläggande utgångspunkterna för samverkansregionernas arbete beskrivs på ett relativt likartat sätt. Man betonar vikten av konsensus och att det måste finnas ett tydligt mervärde av samverkan. Vad gäller områden för samverkan är det möjligt att skönja något olika roller för samverkansregionerna. Den första och kanske mest tydliga rollen är att bidra till ett operativt samarbete mellan regionerna vad gäller exempelvis samverkan kring fördelning av regionalt högspecialiserad vård, gemensamt finansierade verksamheter, upphandlingar, kompetensförsörjning och produktionsplanering. Den andra rollen handlar om att underlätta informationsspridning och kommunikation mellan den nationella och regionala nivån samt om att samordna regionernas deltagande i olika nationella processer. Slutligen identifieras en tydlig roll för samverkansregionerna att bidra till erfarenhetsutbyte och dialog, exempelvis kring regionernas arbete med omställningen mot en nära vård och viss mån även kring de investeringar i vårdbyggnader som regionerna planerar och genomför.

Resultaten indikerar att det sker en fördelning av regional högspecialiserad vård, både inom samverkansregionerna och enskilda regioner. Arbetet med fördelningen kan beskrivas som en delvis kontinuerlig process som sker på olika vårdnivåer och som drivs av de behov som uppstår inom sjukhusvården. I vilken omfattning som fördelningen av högspecialiserad vård sker inom samverkansregionerna är dock svårt att bedöma. Det som beskrivs tydligast är den fördelning av högspecialiserad vård och nivåstrukturering som sker genom det arbete som bedrivs inom ramen för RCC:s arbete och som har resulterat i en fördelning av cancervården.

Vad gäller omställningen mot en nära vård verkar samverkan vara mindre omfattande. I nuläget informerar regionerna främst varandra kring vad som pågår i respektive region. Detta beror bland annat på att omställningen mot en nära vård främst ses som process som behöver drivas i samverkan med kommuner och inte i första hand mellan regionerna. Samtidigt nämner flera av de intervjuade att samverkan kring nära vård sannolikt kommer att öka framöver då det finns ett värde av att utbyta erfarenheter kring hur omställningsarbetet bedrivs och hur det kan påverka hälso- och sjukvården på längre sikt.

Beträffande frågan om samverkan kring behov av investeringar i vårdbyggnader är svaret att detta sker i låg utsträckning inom samverkansregionerna. Det sker inte heller några gemensamma investeringar i vårdbyggnader i nuläget och det är inte heller något som de intervjuade ser som möjligt. Intervjuerna indikerar att samverkan främst handlar om ett utbyte av information om planerade investeringar. Däremot lyfts att det finns ett värde i att utveckla dialogen kring pågående byggprocesser eller viktiga investeringar inom respektive region för att kunna lära av varandras erfarenheter.

Den sista frågan handlar om hur regionerna ser på samverkansregionens roll och hur den kan utvecklas för att bidra till ett helhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. Resultaten indikerar att flera ser ett värde av att utveckla samverkan för att kunna uppnå en bättre helhetssyn. Samtidigt finns begränsningar i hur långt samarbetet kan sträcka sig utifrån hur samverkansregionerna är utformade och många pekar på att samverkansregionerna inte kan ses som ett substitut för de storregioner som tidigare har varit på förslag under det senaste decenniet. Resultaten visar att samverkansregionernas storlek och antal ingående regioner innebär skillnader i förutsättningar för samverkan och det finns också skillnader kring hur omfattande samverkan är inom olika områden. Något som kan noteras är att kunskapen om dessa olikheter ibland uppfattas saknas på nationell nivå när man lägger uppdrag på samverkansregionerna. Något annat som resultaten också indikerar är att ett starkare mandat inte nödvändigtvis betraktas som en förutsättning för att ytterligare kunna utveckla samverkan, utan att det i grunden handlar om att synliggöra vilka frågor och områden som man hanterar bättre tillsammans än var och en för sig och att samverkan bygger på tillit.

En **reflektion** är att frågan om huruvida samverkansregionernas beslutsförmåga kan och bör stärkas ytterligare är något som behöver diskuteras mer utförligt. Trots ett fortsatt relativt begränsat beslutsmandat verkar samverkansregionernas arbete över tid har utvidgats, exempelvis genom att flera områden för samverkan har tillkommit. Ett mer utökat beslutsmandat behöver inte nödvändigtvis vara en förutsättning för en mer fördjupad samverkan. Nyckeln till en väl fungerande samverkan tycks istället snarare handla om tillit mellan parterna. Dessutom kan ett utökat beslutsmandat innebära en risk för ett demokratiskt underskott och att ansvarsutkrävandet försvåras eftersom samverkansnämndernas politiker inte är direktvalda.

En annan iakttagelse är att det kan finnas ett stort värde av att utbyta erfarenheter och ha dialog kring investeringar som ska göras inom respektive region inom samverkansregionen. Att stärka samverkan inom detta område är logiskt eftersom investeringar som en region gör också påverkar övriga regioner, t.ex. vad gäller den högspecialiserade vården. Att utöka och strukturera informationsutbytet kring investeringar borde därför underlätta för en bättre koordinering av vården inom samverkansregionen. Detta kan exempelvis ske genom att tydligare ange att erfarenhetsutbyte och dialog kring investeringar utgör ett samverkansområde i samverkansavtalen eller mer aktivt involvera regionernas fastighetssida i samverkansstrukturen inom samverkansregionen.

Referenser

1. SOU 2020:15. Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården. Stockholm: Fritzes.
2. SOU 2020:19. God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. Stockholm: Fritzes.
3. SOU 2018:39. God och nära vård. En primärvårdsreform. Stockholm: Fritzes.
4. SOU 2016:2. Effektiv vård – Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Fritzes.
5. S 2017:01. Samordnad utveckling för god och nära vård.
6. SOU 2017:53. God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild. Stockholm: Fritzes.
7. SOU 2019:29. God och nära vård. Vård i samverkan. Stockholm: Fritzes.
8. Prop. 2017/18:40. En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården.
9. S 2019:03. Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård.
10. Dir. 2019:69. Ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård.
11. Dir. 2020:116. Tilläggsdirektiv till Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård. (S 2019:03).
12. Socialdepartementet (2019). God och nära vård. En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2019.
13. Socialdepartementet (2020). God och nära vård. En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020.
14. Socialdepartementet (2021). God och nära vård 2021. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2021.
15. Socialstyrelsen (2020). Uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Utvecklingen i regioner och kommuner och uppföljning av överenskommelsen En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare. Artikelnummer 2020-6-6826.
16. Region Gävleborg (2020). Samhällsbygget fortsätter. Budget 2021 och ekonomisk plan 2022-2023. Dnr: RS 2020/659.
17. Region Halland (2020). Mål och Budget 2021 med ekonomisk plan 2022-2025. Regionfullmäktige 17 juni 2020.
18. Region Jämtland Härjedalen (2021). Verksamhetsplan och budget 2021. Dnr: RS/593/2020.
19. Region Jönköpings län (2021). Budget med Verksamhetsplan 2021- Flerårsplan 2022-2023.
20. Region Kronoberg (2021). Budget 2021 - Med flerårsplan 2022-2023.
21. Region Skåne (2020). Region Skånes verksamhetsplan och budget 2021 med plan för 2022-2023.
22. Region Stockholm (2020). En stark region i en osäker tid. Budget 2021 för Region Stockholm. Dnr: RS 2020-0469.
23. Region Uppsala (2020). Regionplan och budget 2021-2023. Beslutad av Regionfullmäktige 2020-06-11.
24. Region Västerbotten (2020). Regionplan 2021.
25. Region Östergötland (2020). Treårsbudget 2021–2023 med fokusområden 2021.

26. Region Uppsala (2018). Effektiv och nära vård 2030 - Målbild och strategi.

27. Region Gävleborg (2018). God och nära vård i Gävleborg.

28. Region Kronoberg (2017). Närmare kronobergaren. Utvecklingsstrategi inom hälso- och sjukvård 2017-2027.

29. Region Jönköpings län (2020). Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård 2020-2030.

30. Region Uppsala (2020). Vårdcentrum i Tierp genomförs. [Internet]. Hämtad från: https://regionuppsala.se/politik-och-paverkan/handlingar/uppsnabbat/lista-nyhetsbrev/uppsnabbat-2020/regionstyrelsen-den-29-september/vardcentrum-i-tierp-genomfors/

31. Region Östergötland (2019). Beslut att utreda fler vårdcentrum i länet. [Internet]. Hämtad från: https://www.regionostergotland.se/Om-regionen/Pressrum/Nyheter/Beslut-att-utreda-fler-vardcentrum-i-lanet/

32. Region Gävleborg (2020). Sju programområden. [Internet]. Hämtad från: https://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/halsa-vard-tandvard/utveckling-och-uppfoljning/god-och-nara-vard/sju-programomraden/

33. Johansson S, Löfström M, Ohlsson Ö. Separation or integration? A dilemma when organizing development projects. Int J Proj Manag. 01 juli 2007;25(5):457–64.

34. Brulin, G. & Svensson L. Managing Sustainable Development Programmes. A Learning Approach to Change. Farnham: Gower; 2012.

35. Centrum för vårdens arkitektur (2021). Framtidens vårdbyggnadsstruktur. Hälso- och sjukvårdsbyggnader i regionerna efter omställningen. Publikation 2021:1.

36. Region Gävleborg (2021). Översyn av byggprojektet Framtidsbygget – Gävle och Hudiksvalls sjukhus.

37. Region Stockholm (2021). Hälso- och sjukvården 2040. [Internet]. Hämtad från: https://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-vard/halso--och-sjukvarden-2040/

38. Region Kronoberg (2021). Nytt akutsjukhus i Växjö - utveckling av vården och länet. [Internet]. Hämtad från: https://nyasjukhuset.se/om-satsningen/

39. Region Kronoberg (2021). Viktigt underlag klart för utveckling av vården och planering av nytt sjukhus. [Internet]. Hämtad från: https://www.regionkronoberg.se/nyheter/viktigt-underlag-klart-for-utveckling-av-varden-och-planering-av-nytt-sjukhus/

40. SOU 2018:10. Myndighetsgemensam indelning – samverkan på regional nivå. Volym 1. Stockholm: Fritzes.

41. SFS 2017:80. Hälso- och sjukvårdsförordning.

42. SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet.

43. Samverkansnämnden Stockholm-Gotland (2020). Samverkansavtal mellan Region Gotland och Region Stockholm 2020.

44. Sydöstra sjukvårdsregionen (2018). Samverkansavtal för Sydöstra sjukvårdsregionen.

45. Västra sjukvårdsregionen (2014). Samverkansavtal för Västra sjukvårdsregionen.

46. Sjukvårdsregion Mellansverige (2020). Avtal om samverkan i Sjukvårdsregion Mellansverige.

47. Norra sjukvårdsregionförbundet (2020). Förbundsordning för Norra sjukvårdsregionförbundet.

48. Södra sjukvårdsregionen (2021). Samverkansavtal 2021.

49. Sjukvårdsregion Mellansverige (2020). Arbetsordning för samverkansnämnden.

50. Västra sjukvårdsregionen (2005). Arbetsordning för Samverkansnämnden.

51. Sydöstra sjukvårdsregionen (2020). Reglemente för Samverkansnämnden i Sydöstra sjukvårdsregionen.

52. Västra sjukvårdsregionen (2019). Presentation samverkansnämnden lång version.

53. SFS 2017:725. Kommunallag. Stockholm: Finansdepartementet.

54. Sydöstra sjukvårdsregionen (2020). Samverkansnämnden. [Internet]. Hämtad från: https://sydostrasjukvardsregionen.se/samverkansnamnden/

55. Sveriges kommuner och regioner (2021). Gemensam nämnd, kommunalförbund. [Inte Hämtad från: https://skr.se/demokratiledningstyrning/driftformervalfrihet/gemensamnamndkomm d.1755.html

56. Södra sjukvårdsregionen (2021). Ledningsgrupp [Internet]. Hämtad från: https://sodrasjukvardsregionen.se/om-sodra-sjukvardsregionen/ledningsgrupp/

57. Södra sjukvårdsregionen (2019). Övergripande presentation av Södra sjukvårdsregione

58. Sjukvårdsregion Mellansverige (2021). Organisation. [Internet]. Hämtad från: https://www.sjukvårdsregionmellan.se/organisation/

59. Sydöstra sjukvårdsregionen (2021). Regionsjukvårdsledningen. [Internet]. Hämtad från: https://sydostrasjukvardsregionen.se/regionsjukvardsledningen/

60. Sjukvårdsregion Mellansverige (2021). Verksamhetschefsgrupper. [Internet]. Hämtad fr https://www.sjukvårdsregionmellan.se/verksamhetschefsgrupper/

61. Södra sjukvårdsregionen (2019). Presentation av Samarbete för bättre vård (ppt).

62. Sjukvårdsregion Mellansverige (2021). Gemensamt finansierade verksamheter. [Interne från: https://www.sjukvårdsregionmellan.se/gemensamt-finansierade-verksamheter

63. Södra sjukvårdsregionen (2021). Gemensamma verksamheter. [Internet]. Hämtad från: https://sodrasjukvardsregionen.se/verksamhet/gemensamma-verksamheter/

64. Regionala cancercentrum i samverkan (2021). Om Regionala cancercentrum i samverka [Internet]. Hämtad från: https://cancercentrum.se/samverkan/om-oss/

65. Södra sjukvårdsregionen (2021). Sjukvårdsregionalt vårdkompetensråd. [Internet]. Häm https://sodrasjukvardsregionen.se/verksamhet/sjukvardsregionalt-vardkompetensrad/

66. Sjukvårdsregion Mellansverige (2021). Regionalt vårdkompetensråd Mellansverige. [Int Hämtad från: https://www.sjukvårdsregionmellan.se/regionalt-vårdkompetensråd-mel

67. Socialstyrelsen (2021). Om Nationella vårdkompetensrådet. [Internet]. Hämtad från: https://www.nationellavardkompetensradet.se/om-radet/om-radet/

68. Sveriges kommuner och regioner (2021). Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. [Inter Hämtad från: https://kunskapsstyrningvard.se/

69. Sjukvårdsregion Mellansverige (2021). Produktionsplaneringsgrupp. [Internet]. Hämtad https://www.sjukvårdsregionmellan.se/produktionsplaneringsgrupp/

70. Socialstyrelsen (2017). Uppföljning av regionala cancercentrum 2016 Nivåstrukturering vårdprocesser. Artikelnummer 2017-4-19.

71. Regionala cancercentrum i samverkan (2019). Uppföljning av RCCs rekommendatione regional nivåstrukturering. [Internet]. Hämtad från: https://cancercentrum.se/globalas uppdrag/nivastrukturering/rapport-regional-nivastrukturering-faststalld-av-rcc-i-samve 190625-final.pdf

72. Norra sjukvårdsregionförbundet (2020). Överenskommelse om fördelning av medel – samordnad utveckling för god och nära vård i glesbygdsperspektiv.

73. Sjukvårdsregion Mellansverige (2020). Protokoll [Internet]. Hämtad från:

https://www.sjukvårdsregionmellan.se/samverkan/attachment/doc052022202012221824461.pdf

74. Sydöstra sjukvårdsregionen (2020). Protokoll [Internet]. Hämtad från: https://sydostrasjukvardsregionen.se/wp-content/uploads/2021/01/SVN_20201127_protokoll.pdf

75. Sense AJ. The project workplace for organizational learning development. Int J Proj Manag. 2011;29(8):986–93.

76. Matland RE. Synthesizing the implementation literature: The ambiguity-conflict model of policy implementation. J Public Adm Res Theory. 01 april 1995;5(2):145–74.

77. Auschra C. Barriers to the integration of care in inter-organisational settings: A literature review. Int J Integr Care. 2018;18(1):1–14.

78. Seaton CL, Holm N, Bottorff JL, Jones-Bricker M, Errey S, Caperchione CM, m.fl. Factors That Impact the Success of Interorganizational Health Promotion Collaborations: A Scoping Review. Am J Heal Promot. 01 maj 2018;32(4):1095–109.

79. Lipsky M. Street-level bureaucrats: The dilemmas of the individual in public services. (30th anniversary expanded ed.). New York: Russell Sage Foundation; 2010.

80. May, P. & Winter S. Politicians, Managers, and Street-Level Bureaucrats: Influences on Policy Implementation. J Public Adm Res Theory. 2007;19(3):453–476.

SJUKHUSBYGGANDETS BESTÅNDSDELAR: BRISTER OCH MÖJLIGHETER

FYRA FALLSTUDIER SAMT ANALYS AV PÅGÅENDE SJUKHUSBYGGEN I SVERIGE, VÅREN 2021

Jesper Meijling, fil dr, M.Arch

I undersökningen ingående sjukhus, med informanter knutna till dessa:
Västerås (NAV), Örebro (H-huset, USÖ), Växjö (Nya CLV), Malmö (NSM)

Introduktion

Här följer en sammanfattning av fynden i en case study-undersökning av fyra av de största byggprojekten vid centralsjukhus/regionsjukhus, byggd i första hand på intervjuer med aktörer som återgett utformningsprocessen i egenskap av arkitekter eller beställarföreträdare. De fyra projekten är Västerås nya centralblock, Örebros nya högspecialiseringshus, Växjös förslag till helt nytt sjukhus på ny tomt, samt två nya sammankopplade sjukvårdsbyggnader i Malmö. Fallstudiesammanfattningarna **åtföljs av en analysdel** som för en generaliserad diskussion med ledning av resultatet i undersökningen. Analysen lyfter fram resultat av särskilt intresse ur fallstudierna, fördelat i diskussionspunkter vilka kopplar ihop övergripande iakttagelser och slutsatser med **huvudfrågor för utredningen**. Det handlar om hur de största investeringsprojekten förhåller sig till en övergripande och nationell nivå, och om och hur samverkan och koordinering på olika plan framträder i dessa projekt. Undersökningen ger en bild av hur de är uppbyggda både internt och i förhållande till en eventuell större regional och/eller nationell kontext. Häri presenteras slutsatser om vad i den byggda strukturen som påverkar det nationellt övergripande investeringsperspektivet. Diskussionen blottlägger också vissa motsättningar mellan sättet att bygga upp sjukhusen och behovet att specificera och styra innehållet. Likaså synliggörs hur sättet att bedriva byggprojekten påverkar förutsättningarna för kunskapsöverföring och innovation.

Förutsättningar och tillvägagångssätt för undersökningen

Intervjuerna har genomförts i huvudsak per telefon under mars och april 2021. Ett tjugotal intervjuer och samtal har genomförts med informanter som är antingen konsulter eller medarbetare i regionförvaltningar (fastighets-, hälso- och sjukvårds- eller särskilda projektförvaltningar). En del av dem har bakgrund eller parallella uppdrag i vårdprofessioner. Några ytterligare typer av informanter kan förekomma. Följande arbetsuppgifter finns företrädda (i varierande antal): *arkitekt, byggprojektledare, fastighetsutvecklingschef, forskare, lokalplanerare, lokalstrateg, lokalutvecklare, programchef, projektchef, projekteringsledare, projektledare (bygg, verksamhet, vårdinnehåll, m.m.), regiondirektör, strategiansvarig, vårdinnehållsutredare, vårdutredare.*

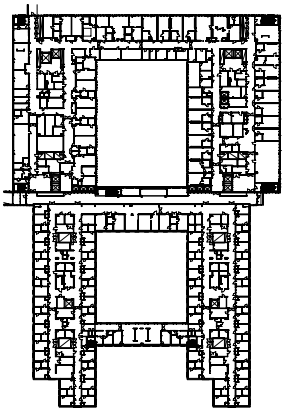
Undersökningen är i huvudsak kvalitativ, där svaren blir värderande och beroende av informantens perspektiv och omdöme, men samtidigt med inslag av konkreta och kvantitativa beskrivande uppgifter för respektive projekt. En del av dessa uppgifter har också kompletterats utifrån skriftligt redovisningsmaterial som hör till respekitve projekt. Intervjuerna kan beskrivas som semistrukturerade, de har utgått från ett frågeschema som beskrivs nedan, men varit öppen för att övergå i samtal vars riktning kan ledas av informanten i oväntade riktningar och mot förhållanden som inte förutsetts i frågeschemat. Detta ligger i fallstudiens form: den börjar och slutar inte vid en uppsättning frågor, utan varje fall är av intresse i sig självt och betraktas som unikt. Ur fallet utvinns kunskap som både kan vara specifik och generaliserbar. Undersökningen är intresserad av båda: de mer specifika resultaten presenteras i sammanfattningarna av projekten, det generaliserande utvinns i den påföljande analysdelen. I den meningen är fallstudierna instrumentella: förståelsen av de enskilda fallen/projekten används för att förstå mer om svenskt sjukhusbyggande överhuvudtaget. I detta avseende tar sig författaren relativt stora friheter i att låta analysdelen röra sig vidare mot öppen diskussion och värderande perspektiv, som tar utgångspunkt i undersökningens resultat men syftar till att leda fram mot för utredningen väsentliga diskussionspunkter.

Det centrala har varit att med stöd av intervjuer faktamässigt täcka in väsentliga faser av respektive projekt, från behov till slutlig utformning. Informanterna är anonymiserade – fokus skall inte ligga på personer, namn, eller att särskilt artikulera skilda perspektiv, utan skall vara på att sammanställa fakta om processerna med relevanta mönster som framträder, samt att föra ut observationer av särskilt intresse till en analys.

De fyra utvalda sjukhusen representerar sinsemellan en viss variation i funktioner emellan de största projekten – universitetssjukhus, regionsjukhus, centralsjukhus – samt olika faser, från skiss och förstudier till nyligen invigt. Projekten har studerats och informanterna intervjuats med frågor angående (i sammanfattning): Vad skulle lösas/uppfyllas i fråga om behov för vårdverksamhetens bedrivande? Vad har specificerats om innehåll/program? Hur har underlag/analyser tagits fram, av vem? Var skall det byggas – vilken lokalisering har det resulterat i? Vilken arkitektur har det resulterat i, i fråga om dimensionering, disposition, samband, planlösningar osv? Hur används normer och kunskapsstöd? Hur tillgodoses/inverkar aspekter som exempelvis koordinering och samverkan (regionalt, samverkansregionalt, nationellt), utbildning, specialisering, omställning till nära vård och kompetensförsörjning på de byggda lösningarna?

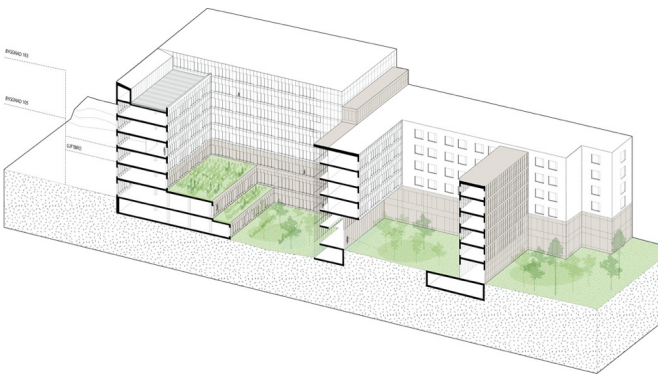
Analys- och diskussionsdelen värderar och för ut ett antal av de enligt författaren mest intressanta fynden och observationerna ur intervjuundersökningen. Deras intresse bedöms utifrån relevansen i förhållande till utredningens frågor: vad i undersökningens resultat som har särskild bäring på utredningens viktigaste teman. Detta innebär inte så att säga raka och förväntade svar, utan landar i flera av punkterna i vad som möjligen kan betecknas som oväntade observationer och perspektiv. Dessa har helt och hållet sin upprinnelse i intervjusvarens innehåll. Några saker skall särskilt framhållas angående analys- och diskussionsdelen. Den har formats av författarens bedömning och värdering av vad som är av störst intresse i sammanhanget. Denna bedömning och värdering lägger tonvikt på kritiska perspektiv, då uppgiften framförallt måste vara att hitta punkter och omständigheter som är problematiska och i behov av utveckling relativt de mål och syften som utredningen förhåller sig till. Analys- och diskussionsdelen utgår från intervjuundersökningens innehåll, inget annat. Den tar alltså inte ny utgångspunkt i någon viss litteratur, men kopplar undersökningen till referenser i de fall det är relevant. Den avser att utvinna mesta möjliga diskussion ur intervjuundersökningen, och bör uppfattas och användas som diskussionsunderlag för fortsatt värdering av möjligheter och vägval.

Jesper Meijling är disputerad forskare (KTH) och arkitekt, och har i sin avhandling *Marknadisering* (2020) behandlat introduktionen av marknadstanken i svensk sjukvård från 1970-talet och framåt. Hans publikationer *Marknad på villovägar* (2014) och *Nya Karolinska – ett pilotprojekt för marknadsstyrd vård* (2018) undersöker också frågor om sjukvård, organisation och byggande. Senast har han gett en översikt över det svenska vårdbyggandet som temaredaktör för tidskriften Arkitektur. För närvarande arbetar han på en ny bok om sjukvård med utgivning under 2022.



Ovan: NAV Västerås med s.k. generella vårdavdelningar. De kännetecknas bl.a. av genomgående enpatientrum, flexibla avgräsningsmöjligheter och arbetsstationer i hörn som kan övervaka i två riktningar.

Nedan: NAV Västerås, axonometri/sektion. Byggnaden är övergripande zonerad i två delar, där d till vänster kan rymma tyngre utrustning i "akutkärna" och den till höger framförallt lättare verksamheter i vårdavdelningar m.m.



Fallstudier: sammanfattningar av intervjuundersökning och beskrivningar

VÄSTERÅS

Nytt akutsjukhus i Västerås (NAV)
Centralsjukhus
Andra sjukhus i samma region: Köping, Fagersta, Sala
Nybyggnad av centralblock, 85 000 m²
Projektkostnad 6,8 mdr
Byggstart planerad 2021, invigning planerad 2029

Sammanfattning utifrån intervjuer och projektbeskrivningar

Behovet bakom Västerås nybyggnad (NAV) är lokalförsörjning för i stort sett samma arbetsuppgifter som tidigare tillgodosetts i andra byggnader – akutvård och delar av specialistvård – men med förändrade programförutsättningar för framtida vårdsätt och arbetsmiljö (tekniskt, standardmässigt). Projektet kan beskrivas som en ersättningsinvestering. Den har utgått från ett avgränsat/fokuserat underlag av lokalförsörjningsplan, förstudier 2018-2019, programutredningar med sikte på 2030. (Byggstart 2021, invigning planerad 2029.) Det som skulle förändras var alltså viss befintlig vårdverksamhets lokalmässiga förutsättningar, inom en lokal och regional kontext som i princip är oförändrad. Inom ramen för detta har det upprättats ett tämligen definierat program från början, samt ett tydligt ekonomiskt kriterium i form av en fastställd budgetram.

NAV beskrivs inte som en del av ett större framtidsprojekt för regionen som helhet eller integrerat med exempelvis det parallella (mindre) sjukhusbygget i Sala. NAV har en särskild projektorganisation med avgränsad kontroll över dess ekonomi, fast budget (6,8 mdr) som ska täcka ett *funktionsprogram* av rimlig kvalitet för uppfyllande av beställningen med bl.a. ett stipulerat antal vårdplatser och operationsplatser, samt målsättningar som flexibilitet.

Lokaliseringen har således inte varit en fråga. NAV blir ett tillägg på det befintliga sjukhusområdet. Det betyder samtidigt att NAV likaledes blir ett tillägg inom det befintliga större bebyggelsemönstret: den bibehållna och successivt utbyggda svenska "lasarettsstrukturen" som började konfigureras på 1860-talet, och som i Västerås fall bland annat inbegriper en ännu i bruk varande lasarettsbyggnad (f.d. huvudbyggnad) från 1920-talet. (Jfr särskilt avsnitt i analysdel nedan.) För den byggda lösningen finns formulerade mål om att vården ska kunna förändras, och inte ta hänsyn till alltför enskilda eller specifika önskemål. Den första utformningen har gjorts i form av en tänkt s.k. skalbyggnad på grundval av sådant som nyckeltal, PTS, ”konceptprogram” (utgående från CVA och PTS) samt vad som betecknas som ”konsultgruppens samlade erfarenhet”. De projekterande arkitekterna, Link/Carlstedt/WSP (LCW), upphandlades på grundval av tidigare erfarenhet av vårduppdrag och kom in efter förstudien.

Styrningen av ekonomin har haft inverkan på arkitekturlösningar: hur får man ut mesta möjliga vårdyta till det angivna programmet inom kostnadsramen? Detta medförde bl.a. att LCW ifrågasatte förstudiens föreslagna lösning som i sin skisserade planlayout hade en "stråkprincip" (liknande t.ex. Enskededalens sjukhus, jfr t.ex. Huddinge sjukhus nätprincip), medan LCW landade i en lösning med en mer kompakt byggnad – en "H-form" – som möjliggjorde högre vårdavdelningseffektivitet, med vårdavdelningar "över hörn". Det blev en byggnadskropp som när det gäller utformning, dimensionering och innehållstyper i huvudsak fördelar sig i två huvudzoner, vilka motsvarar olika *generalitetsnivåer* utifrån funktionskrav och till viss del samband. Denna planform – H:et, delvis sluten till en "8-form" – inbegriper då en "lättare" zon och en "tyngre" (en "funktionskärna" med akutflöden), dock utan att gränsen mellan dem är fastbyggd.

Den tyngre byggnadsdelen avses utformas och lösas enligt en teknisk *autonomitetsprincip* (kring ”flödescentrum” med akut, röntgen, operation, förlossning o.s.v.). Den andra, lättare byggnadsdelen mer *flexibel* eller ”svagt” programmerad med framförallt generella vårdavdelningar. Det görs heller inte definitiva specialutformningar/placeringar för exempelvis ortopedi, kirurgi eller BB. Denna "zonerade" generalitet medger vidare att *sambanden* kan planeras för sig och huset för sig, i viss utsträckning. Samband och flöden har dock ett slags hierarki, utifrån vilket sjukhusets ovan beskrivna beståndsdelar byggs och delas upp efter vissa grundläggande funktionskrav – sammanfattningsvis en "modererad" generalitet och flexibilitet med vissa differentierande funktionella nivåer.

I programarbetet har regionens egna funktionsplanerare fastlagt utförandet av grundrum/standardrum. Regionens tjänstemän har en aktiv roll, med bibehållen kontroll och styrning av dokumenten, eget praktiskt ansvar för ändringar o.s.v. samt styrning av konsulterna fram till entreprenörens inträde. På nivån *rumsfunktionsprogram* (RFP) har man två huvudkategorier: grundrum/standardrum (samma för alla, utgör flertalet rum, ej personal/verksamhetsdeltagande i utformningen) och specialrum (utarbetas av personal tillsammans med arkitekten). Vårdavdelningsblocket följer ett mönster med så kallade *generella vårdavdelningar*, som uppvisar likheter med typlösningarna i PTS. Det innebär bl.a. genomgående *enpatientrum*. I flödes- och sambandstänkandet i denna lösning ingår en relaterad princip om att patienten skall vara så still som möjligt, med effektiva flöden runt patienten. Vårdrummet (enpatientrummet) blir, bland annat i konsekvens med detta, en central och konfigurerande del för vårdavdelningar och vårdavdelningsblock.

Generalitetens syfte är sammanlänkad med flexibilitet: både förändringsmöjligheter i utformningen under *byggprojektets gång* och under *verksamhet/användning*. Men, värt att notera, inte i samma grad för fortsatta byggnadsdelar (på det sätt som var vägledande princip i Huddingemodellen). Med andra ord, med ett syfte att kunna effektivisera och förändra inom givna ramar (exempelvis vårdavdelningars ytor), alltså inom upplägget i stort (”H” – en form som s.a.s. inte uppmuntrar till omedelbara utbyggnadsidéer, så som en axel- eller nätprincip skulle göra.)

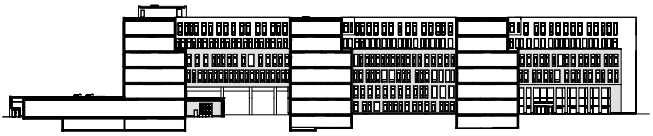
Koordinering i förhållande till nivåstrukturering och högspecialisering (i första hand andra sjukhus i samverkansregionen Mellansverige, tidigare Örebro resp. Uppsala) är en aspekt i avgränsning av *vissa bestämda/begränsade* delar av programmet, där det kan har inverkan på dimensionering, rumsutformning, utrustning, och som kopplar bl.a. till vissa kliniker och patientgrupper. Mer generellt i utförandet eller programmeringen är en sådan koordinering inte framträdande eller närvarande. Centraliseringen av sjukhusanknuten vård inom det egna länet är en fortgående process i förhållande till de övriga sjukhusen (Köping, Fagersta, Sala),

som har viss inverkan på dimensioneringen av antalet vårdplatser – denna process och de faktorer som driver den ligger dock utanför projektets ramar (jfr ovan). Frågor om hur lösningen integrerar utrymmen för *utbildning och forskning* bortfaller, då Västerås inte är ett utbildningssjukhus.

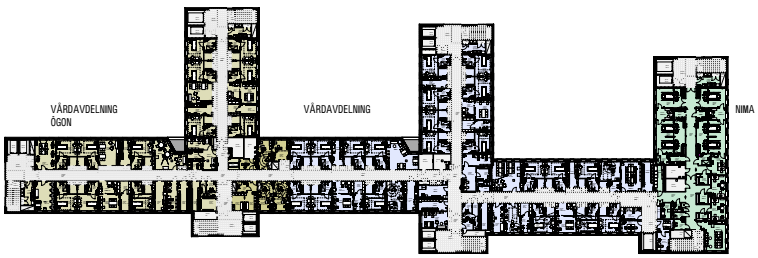
I fråga om *omställning till nära vård* finns en viss inverkan, som dock inte kan kallas primär eller präglande, och heller inte följer av något formulerat "omställningsprojekt". Den är inte tydligt specificerad eller beräknad: en del slutenvårdsplatser ersätts i samband med dimensioneringen av vårdplatser, t.ex. geriatrik, bl.a. till andra mindre sjukhus som Sala och Fagersta. Det bygger dock på antaganden och demografiska uppskattningar, bl.a. med vägledning av en utredning från Region Gävleborg – den är inte en exakt projekterad lösning för Västmanland. För NAV-projektets del har det således inte räknats på effekterna av "nära vård", ej heller konkretiserats någon "utskiftning" av vårdplatser som i Stockholmsregionen (vilken dock har en annan kontext av marknadiserat vårdutbud).

Digitalisering eller "digifysisk" vård, som potentiellt kan ha ett viktigt samband med omställning till nära vård, är heller inget som påverkar lokalutformning, typologier eller program (vad som finns/inte finns i program). *Kompetensförsörjning* uppges finnas med som en faktor i synen på hur vårdavdelningarna utformas och bemanningsberäknas (för personaleffektivitet) och hur man därigenom kan matcha utformning och personaltillgång, t.ex. i fördelningen av s.k. team-expeditioner, eller operationsverksamhetens rumsliga lösningar (möjlig effektivisering, automatisering). Hur exakt eller styrande detta samband är är inte helt klart. *Hållbarhetsfrågor* har integrerats genom följandet av Boverkets standard, dock ej egentlig miljöcertifiering (bl.a. med hänvisning till att en sådan utgör en avsevärd utgiftspost).

När det gäller *standarder* och *kunskapsstöd* framhåller man snarare användandet av samlad erfarenhet, d.v.s. den som finns företrädd i projektet eller tas in i projektet, och som går utanför regionens organisation. Verktyg av typen PTS har fått en begränsad användning i den tidigare, dimensionerande delen av projektet, och har inte använts i projekteringen. I fråga om rumsfunktionsprogram (RFP), som är den faktiska rumsbeskrivning som "översätts" till 1:50-planer och uppställningsritningar av enskilda rum, har arkitekten valt att inte använda PTS, utan har i stället skrivit in RFP i verktyget/databasen *dRofus*. Användningen och användbarheten av PTS beskrivs i stort sett samstämmigt. PTS har varit en utgångspunkt ”i så stor utsträckning som var möjligt”, men omdömet är samtidigt att den inte räckt till, och skiftar alltför mycket i användbarhet från rumstyp till rumstyp. Det standardbetonade verkar snarare än PTS vara ett inflytande från andra sjukhusprojekts utformningar, och som i första hand gäller "generella vårdavdelningar" som typologi. Det standardliknande är alltså "utgångspunkter", inte utformningsstyrande i sig. I NAV-fallet tycks dock användandet av dessa verktyg ha en mer konkret koppling till den ekonomiska styrningen av projektet.



USÖ Örebro, H-huset, längdsektion. Zonering i höjdled, där delar med lättare funktionskrav (vårdavdelningar) lagts högst upp. Möjligt att bygga på med ytterligare två våningsplan. Ansluter i tre punkter till befintliga byggnader på tomten, bl.a. i anslutning till ny akutmottagning.



USÖ Örebro, H-huset, med vårdavdelning ögon, generell vårdavdelning samt NIMA. Planlösningen följer en generell indelning med enpatientrum och arbetsstationer i hörn som kan övervaka i flera riktningar. Vårdavdelningarna för ögon resp. NIMA har särskilda utformningar av vårdrum och andra utrymmen. Planfigurens "T-kopplingar" är typiska för hur dagens "generella vårdavdelningar" löses.

ÖREBRO
USÖ, H-huset
Regionsjukhus, universitetssjukhus. (Ett av två i den sammanslagna Samverkansregion Mellansverige, d.v.s. Uppsala-Örebro)
Andra sjukhus i samma region (landsting): Lindesberg, Karlskoga.
Större tillbyggnad, ca 34 000 m²
Projektkostnad 1,5 mdr
Arkitekter: Sweco och Aart
Invigt vintern 2021
Projektet presenterat i tidskriften Arkitektur 3/21.

Sammanfattning utifrån intervjuer och projektbeskrivningar

Det nya så kallade H-huset är en relativt stor utbyggnad, men utgör endast en avgränsad del av sjukhusområdet och akutsjukhusets verksamhet. Den är sammanbunden med två befintliga delar, men likväl byggd som ett självständigt block med en egen inre logik vad gäller stomme, planlösningar, funktionsanalys o.s.v. I fråga om behov är det i första hand en *ersättningsinvestering* för byggnader uppförda under 1960- och 70-talen, uttjänta med hänvisning till såväl teknisk livslängd som lokalutformningskrav. Förnyelsebehoven och dess lösning inom det befintliga området kan således sägas vara av ”dominotyp”, alltså en lösning som sker i en successiv men ej förhandsplanerad sekvens över tid av ersättande/nybyggande inom ett gradvis föråldrat byggnadsbestånd på det begränsade tomtutrymmet. *Lokaliseringen* av investeringen har alltså inte varit någon övergripande fråga (annat än vad som gäller tillgängligt utrymme inom den befintliga anläggningen) på grund av programinnehåll och samband med övriga byggnader.

”H-huset” står (bland annat) för ”Högspecialiseringshuset”, och är därför också en *samverkansregionsgemensam* satsning. Specifikationen av behoven och önskemålen utgick närmast från den befintliga *verksamheten*, med i stort sett samma program i ny byggnad. Sammanfattat består det klinikvis av plastikkirurgi, käkkirurgi, öron-näsa-hals, hud, ögon, neuro. Ögonkliniken är större än de övriga. Till detta kommer kompletterande IVA-platser, sammanlänkade i plan (plan 4) med en äldre byggnadselsdel befintliga IVA, men i den nya byggnaden kopplade till neuroklinik. Enheten NIMA (neurointermediär, som regionklinik) tillkom i programmet efter arkitekttävling (se nedan), liksom en helt ny akutmottagning i viss anslutning till den tidigare.

Arbetet med H-huset och dess program har resulterat i en övergripande form som kan liknas vid en "kam" av kopplade T-komponenter i plan, en lösning som framförallt har med organiseringen av vårdavvdelningar att göra (mer om det nedan; jfr illustration). Nybyggnaden har 6 våningar ovan jord, och har i fråga om generalitet/specificitet i de övergripande funktions- och dimensioneringskraven en viss vertikal zonering (jfr nedan om liknande lösning för NSM Malmö, samt ovan om Västerås horisontella zonering; jfr även illustration). Bjälklagen har samma dimension rakt igenom huset i vertikalled, men pelarsystemets bärning utgår från "tyngre" avdelningar i lägre del (där det bl.a. finns operationsavd.); de översta två planen är dessutom smalare, varav det översta är för vårdavdelningar. Byggnaden ska kunna byggas på med ytterligare två "lätta" våningar. Denna

typ av "generalitetslösning" för funktionskrav och konstruktiv dimensionering skiljer sig alltså från NKS-modellen, som inte zonerar, utan bygger en "klump" utan differentieringar.

Vårdavdelningarna är organiserade utifrån T-formernas korsningspunkter. Viktigaste förebild för detta uppges av arkitekten vara det s.k. T-huset i Borås (som arkitekten i fråga själv arbetade med att utforma), både som plantyp och som lösning för "generella vårdavdelningar". Planerna är organiserade kring enkelkorridor i mitt (ca 16 m mellan ytterväggarna, mot ca 20 m i de lägre planen), och en genomgående förändringsbarhet för i stort sett alla mellanväggar. Plandispositionen utgår från enpatientrum, som adderas till 6 eller 7 kring en s.k. teamstation och till 32 vårdplatser/vårdrum för en hel vårdavdelning kring en gemensam kärna med funktioner i T:ets korsningspunkt. En större del är avdelad för ögonkliniken, och resterande del av våningsplanet har något mer flexibel användning – men alla har samma grundläggande planlösning. Denna följer huvuddragen i de lösningar och "koncept" som återges i CVA/PTS-publikationen "Den goda vårdavdelningen". I en del av bottenplanet är en ny akutmottagning inredd, som knyter ihop en "akutkärna" med intilliggande tidigare läge i en befintlig byggnad, och där den tidigare akutmottagningen byggs om för en ny traumaavdelning.

Operationsenheten i H-huset är avsedd som samlad, *central operationsenhet* för klinikerna i H-huset, men redan i samband med drifttagandet förändras användandet av den. Operationsenheten blir nämligen intressant också för kliniker utanför H-huset med typer av operationer som den inte är utformad för. På så vis prövas gränserna för generalitet och flexibilitet, när nya önskemål tillkommer och kräver ändringar; samtidigt blir enheten central för flera användare och beläggningsgraden ökar. Behovet av *flexibilitet* är mer förutsett i utbyggnadsmöjligheter, som dock inte beror av någon fastighetsplan eller lokalförsörjningsplan, men har byggts in från och med systemskedet "som en *teknisk* aspekt".

Eftersom H-husets program framförallt handlar om högspecialiserade regionkliniker finns en faktiskt verkande *koordinering* som är styrande för utformningen, nämligen den *samverkansregionala*. För denna specialitetssamverkan är klinikerna själva viktiga aktörer. Någon *nationell* samverkan eller centralisering skall däremot ej ha spelat in, annat än för traumavården. Det *regionala koordineringsperpsektivet* blir underordnat eller obefintligt, eftersom större delen av programmet inte har någon motsvarighet på övriga sjukhus i regionen. Inte heller det som allmänt benämns *omställning till nära vård* har varit aktuellt som en faktor i arbetet med programmet, delvis av samma orsaker. Således har sådan "omställning" inte inverkat på utföranden av lokaler i H-huset, t.ex. för så kallad digifysisk vård. Något arbete med särskild inriktning på "omställning" bedrivs heller inte i relation till USÖ eller vårdbyggandet i regionen i övrigt. *Utbildning* spelar större roll, då Örebro universitet numera har egen medicinutbildning. Denna finns med i lokalprogram, bl.a. i form av övningslokaler för undervisning och praktik. Deras placering i byggnaden har ägnats uppmärksamhet, men behoven har inte ökat ytan med mer än 500 m^2, d.v.s. relativt smått i sammanhanget. *Forskning* däremot har inte gett något särskilt genomslag i programmet, då det är fråga om för liten volym och för små behov i de aktuella verksamheterna.

Upprinnelsen till denna bygginvestering kommer således från två håll: dels är det en "intern fastighetsförsörjningshistoria" utifrån regionens eget ekonomiska perspektiv, dels är det verksamhetsbehov i förhållande till samverkansregionen genom specialistmiljöerna. I den meningen har klinikerna själva alltså haft en åtminstone indirekt roll som beställare och formulerare av specifikationen, samtidigt som det mest styrande (fälla avgörandet) tycks vara det fastighetsekonomiska utrymmet, snarare än en strategisk och proaktiv behovsanalys i

relation till verksamheten. (I Orebrofallet betonar man avsaknaden av det strategiska perspektivet, jfr kommentar nedan.) Den första förstudien på initiativ av vårdverksamheterna (med dåvarande placering i A-huset) genomfördes omkring år 2000. En ytterligare förstudie 2010 gav slutsatsen att nytt hus behövdes och inriktningsbeslut togs. Arkitekter fick i uppdrag (Sweco, inom deras ramavtal) att utreda dimensionering och "grovt" program (delvis utifrån schabloner och nyckeltal för ytor och lösningar) i samarbete med fastighetsavdelningen inom regionen. Denna avdelning hade vid den här tiden inte kvar någon egen vårdbyggnadskompetens, då den delen av verksamheten delvis medvetet hade avvecklats genom ett ungefär femtonårigt "byggstopp" för vården. Därför fick kompetensen genom olika åtgärder och rekryteringar byggas upp igen "från scratch", utan möjlighet till direkt relation med tidigare kompetens, och nådde under arbetet med H-huset tillbaka till en kritisk nivå.

Projektet har genomförts som "generalentreprenad/utförarentreprenad med utökad samverkan" (s.k. partnering), med NCC som entreprenör. Detta innebär att *regionen* ansvarar för bygghandlingarna. Vårdverksamheterna har varit företrädda under hela processen enligt vad som uppges, och enligt regionföreträdares egen beskrivning haft en hög närvaro i arbetet i jämförelse med andra projekt/regioner. Det vårdprofessionella deltagandet har skett bl.a. i form av "designdialog", ett begrepp som kommer från CVA och de arkitekter och forskare som är knutna till den miljön. Efter att projektbeslut tagits 2011 fick en second opinion-grupp bestående av en arkitekt samt två externa läkare/verksamhetsexperter granska och bearbeta förstudiens förslag vidare, vilket ledde till bantning och en ny sammanställning av lokalprogrammet som kunde ligga till grund för ett arkitekttävlingsprogram omfattande 24 000 m^2. Arkitekttävlingen vanns av Sweco och Aart, som i sitt vinnande förslag utarbetade en möjlig lösning där en helt ny akutmottagning hade adderats till programmet och den nya byggnadens innehåll, och förlagts på ett sådant sätt att den kunde ansluta till den befintliga. Den nya akuten ihop med en viss generell ytutökning av de givna funktionerna/programmen gjorde att programarean växte till 36 000 m^2.

I Örebro uppger man sig ha en tradition att jobba nära både verksamheterna och arkitekterna, och att verksamhetens behov har fått styra. Även om generella lokaler fanns som en ambition blev det svårt att genomföra dem i H-huset utifrån de särskilda kraven från de högspecialiserade klinikerna: utrustningskrav och plankonfigurationer kunde skifta. Exempelvis har operationsrummen inom H-huset olika storlek och förutsättningar: ögonoperation har speciella krav, och standardytan 60 m^2 behövs inte till dem. I processen med dessa olika lösningar blev det ett tidvis "bökigt" arbete kring dimensioneringsfrågor och specifika önskemål med verksamhetsföreträdarna, "men de uteslöts inte, de måste vara med för att det ska bli funktionella lokaler". Förhandlingssituationen stabiliserades av att regionen/beställaren hade kontroll över dokumenten, även i den påbörjade partneringprocessen.

Att försöka arbeta med standarder och kunskapsstöd var nytt i Örebro, och hade inte använts sedan Spri-tiden. Implementeringen började i och med detta projekt, och har fått möta de särskilda förutsättningarna. PTS har använts som stöd i programarbete och projektering, men i form av en "egen" regionanpassad PTS inom dess fastighetsavdelning efter en särskild "översättnings"- och implementeringsprocess initierad av H-hus-projektet. Standarder och kunskapsstöd i denna tappning beskrivs som "hjälpmedel", inte som normer (jfr övriga projekt i studien). D.v.s. standarden uppfattas som ett "avstamp", en "startpunkt" för olika uppgifter och situationer, inte som en standard styrande på alla nivåer. Exempelvis definierades inga typrum. Först på RFP-nivån (de individuella rumsbeskrivningarna) användes PTS som "utgångspunkt" för utrustning och inredning. Ett mått av generalitet har

snarare uppnåtts i de administrativa utrymmena, "opersonliga arbetsplatser" och arbetsrum som tenderar mot landskap.

När man tog beslutet om projektet 2011 var den egna kunskapen om vårdbyggnad avvecklad efter ett antal års "byggstopp". Den fick byggas upp igen bl.a. med hjälp av konsulter och vidareutbildning vid CVA för lokalplanerare, och utvecklades (åter) till en relativt sett stor egen organisation för vårdbyggnad. Med den återupprättade egenkompetensen beskriver regionens beställarföreträdare det som att den samlade "kunskapsbanken" för sjukhusprojektets genomförande finns i projektet och fördelar sig på egen organisation, arkitekter och erfarna entreprenörer; det vill säga, någon typ av särskild vårdkonsult behövs ej. Regionen har här alltså "klivit fram" och ökat sitt kunskapsansvar. Däremot är jämförandet och kunskapsutbytet utåt svagare. När det gäller någon form av gemensam ”normnivå” i tillämpandet av standarder och lösningar *i förhållande till andra projekt och regioner* är en uppfattning som uttrycks inom Örebro-projektet att ”det vi frågar oss är hur ska vi få den bästa kvalitativa nivån i det enskilda projektet". D.v.s. ett relaterande till standarder som syftande till en gemensam nivå bortom det egna projektet verkar inte förekomma. Även om den egna kunskapen har sina begränsningar sätts således stor lit till den, oavsett bristerna i dess upprätthållande och försörjning.

VÄXJÖ
Nytt Centrallasarett i Växjö (CLV)
Centralsjukhus
Andra sjukhus i samma region: Ljungby
Nyanläggning på ny tomt, ca 105 000 m²
Projektkostnad 5,3 mdr (beräknad)
Planerad invigning 2028

För Växjö finns ännu inget lämpligt illustrationsmaterial, då byggnadsförslaget under arbetet med undersökningen endast varit en dimensioneringsskiss.

Sammanfattning utifrån intervjuer och projektbeskrivningar

Förslaget att bygga ett helt nytt sjukhus utanför staden – Nytt CLV – har sitt ursprung i en fastighetsfråga: tekniskt och fysiskt åldrande i förhållande till verksamhetskraven; samt en uppfattning om att sjukhustomten i centrala Växjö är fullbyggd och utan återstående utbyggnadsmöjligheter. (Det finns en viss historisk bakgrund, även om den inte verkar ha spelat någon roll i diskussionerna idag: redan på 1970-talet fanns planer på att flytta hela sjukhusverksamheten till en ny externetablering utanför staden.) Vid revision av fastighetsutvecklingsplan 2018 var ett beslut på väg att tas om nytt block på det befintliga sjukhusområdet, men regionens fastighetsavdelning initierade en utredning med jämförelse av alternativ. Regiondirektören fick i januari 2019 i uppdrag att ta fram en förstudie (lokaliseringsutredning) med alternativ: nybyggnad på den befintliga sjukhustomten eller på ny tomt utanför staden, med ett antal alternativa lägen. Efter en kort utredningsperiod, att döma av regionens egen information före avslutad utredning av lokaliseringsalternativ, togs i maj 2019 ett inriktningsbeslut om ny sjukhusbyggnad på Räppe-området väster om Växjö tätort, med hänvisning bl.a. till en något lägre kostnad för total nybyggnad än att utveckla befintlig anläggning, samt optimerade flöden (både inre och yttre). Fram till våren 2020 genomfördes ytterligare studier, som fastighetsplan, lokalförsörjningsutredning och tidig dimensionering (”skalbyggnad”) tillsammans med Sweco arkitekter. Man har då räknat och ”typritat” utifrån nyckeltal och skisserade block: 32 m breda för behandlingskärna med operation m.m. och 16 m breda för vårdavdelningar och administration, där vårdavdelningar konfigurerar T-former med enpatientrum (d.v.s. typlösningar, "koncept" som ligger nära PTS och andra sjukhusprojekt). Zonering går efter verksamhetsblock; d.v.s. på snarlikt sätt som andra sjukhusprojekt, exempelvis Västerås, Karlstad, Örebro och Borås; samt MSB:s riktlinjer (rekommendationer) för *Det robusta sjukhuset*.

Underlag och analys har tagits fram utanför regionens egen organisation, av en vårdkonsult. Regionen har gett ett omfattande uppdrag till denna konsult, och satsar alltså inte på kontroll över processen i den meningen eller att utveckla egen kompetens i dessa avseenden.
För formulerandet av specifikation till studierna av en ny byggnad levererades således (juni 2020, slutrapporterad mars 2021) en vårdbehovsanalys av vårdkonsultföretaget Sirona, för att ge bl a underlag till nyttjandegrad av lokaler: framtida vårdbehov, vårdstruktur, arbetssätt osv med sikte mot 2030, samtidigt konkret om vårdplatser, operationssalar osv. För dimensionering bl a med vårdplatsbehov, har Sirona i sin rapport formulerat tre alternativ och förordat ett. De bygger på en kombination av data från Region Kronoberg, SCB och jämförelseprojekt (andra sjukhus, med utgångspunkt i vissa lösningar). Utifrån Sironas

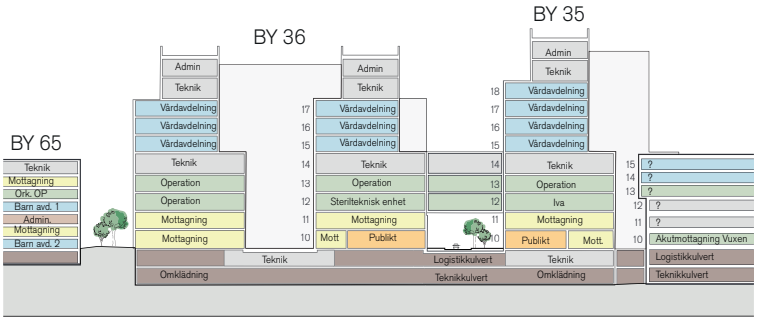
rapport och rekommendation bör antalet vårdplatser på CLV minskas med nästan en tredjedel. Att utredandet i sin helhet är utlagt på konsulttjänster motiveras bl a av att regionen saknar egen utredningsorganisation som kan matcha en etablerad vårdkonsult, samt att vårdkonsulten i fråga skall vara en neutral part i att producera en behovsbeskrivning (det arbete som går direkt in i funktionsprogram och tidig projektering: utformning, lösningar) att ställa mot dem som kommer från vårdprofessionerna.

Runt detta projekt finns ett uttalat större vårdsammanhang och avsedd "koordineringsfaktor", som visserligen inte är orsak, men medverkande. Koordinering *inom* regionen är en starkt uttalad *ambition*, en del av det som presenteras som grundläggande för utformningen och dimensionering av det föreslagna nya sjukhuset. På beställning av regionen genomfördes 2017 en utredning av samma vårdkonsult, Sirona, om "omställning till nära vård". Detta arbete, kallat *Närmare kronobergaren*, löper som ett *parallellt* spår till *Nytt CLV* . De är åtskilda projekt och organisationer, men samverkar med samma tidshorisont mot ca 2030 i ett uttalat samlat sikte där ”det nya sjukhuset bara är en del” av vad som ska vara "vården i regionen snarare än sjukhus", och som löper in i avgöranden om antal vårdplatser, vårdavdelningars planlösningar, enpatientrum, placering av mottagningar, hur öppenvård organiseras och dimensioneras. Detta kommer således att ligga i beställningen till en arkitekt som dock kommer att kontrakteras först efter sommaren 2021. Vårdkonsultens CLV-rapport har inte någon formell status (t ex genom något beslut), verkar det ha en status i praxis där andra uppfattningar ”prövas” mot rapportens slutsatser, men inte i någon fastlagd ordning. Under sommaren 2020 började *verksamheter/personal* inom sjukhuset att involveras i arbetet med vårdens innehåll i det tilltänkta sjukhuset. Medarbetarinvolveringen sker i arbetsgrupper från resp. klinik, med ”delprojektledare” tillsammans med vårdkonsulten. När det gäller vårdorganisationen är den under utarbetande och diskussion tillsammans med övrig planering – inte fastställd.

Man hänvisar till att skapa förutsättningar och lösningar för ”nya vårdbehov och arbetssätt”: den pågående ”omställningen av hela hälso- och sjukvården till nära vård” samt ”mer individanpassad vård”, ”nytt sätt att se patienten”, ”vård i öppna och flexibla former utanför sjukhusen”. *Närmare kronobergaren* har konkretiserats, så här långt, främst genom det arbete som vårdkonsulten Sirona utfört. Det pågår med deras hjälp ett implementeringsarbete som bland annat resulterat i ett större antal 60-tal "initiativ” (jfr Sironas rapport). Kopplingen mellan *Närmare kronobergaren* till *Nytt CLV* kan enligt uppgift handla t ex om s k *digifysisk vård* och egenmonitorering (d.v.s. digitalisering) i förhållande till omräknat vårdplatsantal. Förslagen ger intryck av att beskriva ambitioner som fortfarande är en bra bit från konkretion och nya, etablerade former.

När det gäller *samverkansregionen* (Södra regionen: Skåne, Sydhalland, Blekinge, Kronoberg) och dess nivåstrukturering har det *inte* inverkat på frågor i vårdplaneringen eller byggnadsutformningen så här långt, har inte ”styrt in i processen”. Detsamma gäller nationella perspektiv på sjukhusvård: någon diskussion av dem har heller inte varit en del av processen så här långt. *Konsultrapporterna* – som ju framstår som mycket definierande i Växjöfallet – tar inte upp denna typ av koordinering specifikt. (Att kontrollera närmre.) Frågor om *forskning och utbildning* ”kommer senare, andra tunga beslut om byggnaden går före”. *Kompetensförsörjning* uttalas som *en av de viktigaste frågorna* för den fortsatta utvecklingen och planeringen av hälso- och sjukvården i Kronoberg (rekryteringsbehov av ca 500 medarbetare de närmsta åren enligt uppgift).

När det gäller ”standarder” i projekteringen uppger man att det är ”för tidigt att svara på” i det skede *Nytt CLV* ligger nu. Projektet kommer att utgå från PTS, enligt beslut i regionen, men svaret till undersökningen går alltså i riktning mot att det kan bli en förhandlingsfråga inom projektet. Likaså framhålls CVA och exempelsamlingen ”Den goda vårdavdelningen”, som kopplar till PTS. D.v.s. det är en utgångspunkt som ska väljas, snarare än ett givet "ingångsvärde". Projektchefen relaterar det till kostnadsfrågor, att kunna definiera och lägga en (egen) ”minstanivå” och ”hitta smarta lösningar” i samarbete med entreprenör och hantera alternativ om prioriteringar blir nödvändiga. Även här ges (i förhållande till normer och standards) uttryck för *situationsanpassning och flexibilitet* (jfr andra sjukhusprojekt).
När det gäller ”kunskapsutbyte” nämns framförallt de kunskaper som entreprenören (Skanska) har, hittills enbart med NKS i bagaget som fullbordat sjukhusprojekt. Här nämns också PTS funktion som nätverk, samt utbyten och samtal mellan regioners fastighetsavdelningar.



NSM Malmö, sektion genom vårdbyggnaderna 35 och 36. Byggnaderna är zonerade på höjden för generella användningsområden: tyngre funktioner längre ned i huskroppen, vårdavdelningar och administration på de översta våningsplanen.



NSM Malmö, byggnad 35, generell vårdavdelning som följer ett upplägg utan precisering för viss verksamhet eller program. Planen innehåller enpatientrum på liknande sätt som i andra projekt, men bildar däremot inte en F- eller H-liknande figur.

MALMÖ, NSM
NSM Vårdbyggnad, även benämnd Byggnad 35-36
Del av SUS, med anläggningar i Malmö och Lund
Andra sjukhus i samma region: Helsingborg, Kristianstad, Ystad, Trelleborg, Landskrona, Hässleholm, Ängelholm.
110 000 m²
7,5 mdr
Beräknat färdigställande 2025

Sammanfattning utifrån intervjuer och projektbeskrivningar

NSM, *Nytt Sjukhus Malmö*, består av flera projekt, varav *NSM Vårdbyggnad* är störst, 2/3 av hela NSM. Det benämns också *Byggnad 35-36*. Det är i huvudsak att betrakta som en *ersättningsinvestering* för att uppdatera lokalkvalitet (teknisk och funktionell standard) samt att stärka försörjningssystem. Det byggs inte i förhållande till ett utarbetat funktionsprogram. Däremot har det i formulerandet av denna beställning kommit önskemål om förändrade *samband* mellan verksamheter samt mellan kliniska och icke-kliniska utrymmen inom verksamheterna, t.ex. i fråga om administrativa ytor som kan minskas och flyttas ut. Till det har kommit en förändrad beställning av lokalisering av verksamheter och program genom skiften i den politiska majoriteten i regionen under arbetets gång, som gäller sammanförande av psykiatrisk och somatisk (= kropps-) vård. Malmöprojektet har överhuvudtaget kommit att präglas av en rörlighet i förutsättningar och beslut. Framträdande är då att specifikation av ett definierat programinnehåll inte driver byggnadsbeslutet och projektet, utan programmeringen löper som en parallell och rörlig process.

Lokaliseringens något större kontext är det sammanslagna sjukhuset SUS, i vilket sjukhusområdet i Malmö ingår. Sammanslagningen av sjukhusen i Malmö (MAS) och Lund (LUS) till Skånes universitetssjukhus (SUS) skedde år 2010. I bakgrunden finns därmed en fortlöpande diskussion om vilka verksamheter som skall vara i Malmö respektive Lund. Men den har inte varit avgörande för detta byggnadsbeslut, eftersom det i första hand är fråga om en investering för att ersätta och förnya i byggnadsbeståndet – att så att säga skaffa nya och fräscha kvadratmeter till sjukhuset i Malmö – och där det alltså inte har funnits något tydligt specificerat funktionsprogram som drivit fram investeringen. Processen har således inte gällt att finna en adekvat lokalisering för ett sådant, utan saken gäller lokalförsörjningsverksamheten i Malmö i sig. Den något större SUS-kontexten finns emellertid närvarande i den meningen att det också handlar om att upprätthålla nivån på lokaler och utrymmen *i förhållande till* Lund. På regionnivå finns en fastighets- och lokalförsörjningsdiskussion som gäller fördelningen mellan fler sjukhus, och därmed *lokalisering av fastighetsinvesteringar*. På denna nivå konstaterades att Malmö hade störst behov av investeringar, framförallt på grund av byggnadernas tillstånd. (Helsingborg fick dock gå före, men stoppades sedan tillfälligt.)

Lokaliseringen och arkitekturlösningen inom sjukhusområdet har styrts av starkt begränsande förutsättningar i en redan tät sjukhusbebyggelse, vilket har lett till en lösning där man zonerar på höjden. Byggnaderna får skjuta uppåt, bryta tvärt mot den befintliga bebyggelsens hittills jämna profil (successivt höjd med några våningar i taget sedan 1890-talet), så att

sjukhusområdet blir en del av den skyline som växer fram i Malmö. Fördelningen följer ett slags Manhattanprincip med gatuskala, kvartersskala och himmelsskala: de rätt kompakta byggnadskropparna trappas av uppåt i förhållande till vad verksamhetstypen kräver, från mottagningar i botten, förbi de tunga behandlingsplanen med förbindelser till andra byggnader, vidare upp till vårdavdelningar med maximalt dagsljus och längst upp administrationsplan och takterrasser. En särskild och ovanlig omständighet när det gäller den yttre gestaltningen är relationen till Malmö stad (Stadsbyggnadskontoret), som har varit en betydelsefull part när det gäller sjukhuset och dess närmaste omgivning, med framtagandet av ett gemensamt dokument för gestaltningsprinciper för hela sjukhusområdet tidigt i processen.

De nya byggnaderna beskrivs som "generella vårdbyggnader" med "generell teknisk struktur", med standardrum och standardavdelningar (typrumsritningar och standardfunktionsprogram). En uppfattning som uttrycks av Regionfastigheter i anslutning till denna typ av lösningar är att de "inte kan skräddarsys för dem som skall flytta in först", d.v.s. den verksamhet som skall använda lokalerna. Detta att bygga generellt och flexibelt betonas starkare i Malmö än annorstädes. Man tänker i form av s.k. skalbyggnader även fortsatt in i projekterings- och byggfasen – något som i andra jämförbara projekt används mer avgränsat för de tidigare faserna. I Malmö har man under denna något ovanliga princip således *arbetat parallellt med programmet och ytornas funktionsprogrammering*. Det har lett till vissa omtag i den dimensioneringen, när större förändringar skedde längs vägen i det programinnehåll som alltså arbetas fram parallellt. Det har även inneburit ett parallellt och kontinuerligt arbete med att utveckla verktyg för att kunna hantera den parallella projekteringen (jfr nedan om vägledande standard m.m.).

Koordineringsfrågor är, som framgår av beskrivningen ovan, omfattande på ett lokalt plan när det gäller Malmö och Lund. De utgör en sammanslagen organisation sedan 2010, men de har också en många decennier lång (och komplicerad) historia av koordinering kopplad till den gemensamma universitetssjukhusuppgiften. Däremot framstår det mer oklart hur dessa frågor formuleras och kommer in när det gäller övriga sjukhus och verksamheter i regionen, till exempel i förhållande till Helsingborg: denna koordinering tycks inte ha varit någon synlig/påtaglig faktor i arbetet med NSM. Den aktuella byggorganisationen verkar snarare än att omhänderta vårdbyggandet regionalt byggas upp för projektet (för genomförandet av bygget). Likväl finns en sedan länge pågående *centralisering/omfördelning* mellan de större och mindre sjukhusen i Skåne, som framförallt påverkat verksamhetsinriktningen i Ängelholm, Hässleholm och Landskrona.

Den *samverkansregionala koordineringen* är en självklar delaspekt vid planeringen av verksamheter vid SUS, då sjukhuset är regionsjukhus inom Södra sjukvårdsregionen. Dock har den inte varit aktualiserad eller uppenbar som en faktor i arkitektens arbete med NSM, närmast till följd av det oklarheterna i programprocessen. Fördelningen av *nationell specialisering* utifrån rikssjukvården är också ett moment som berör SUS. Sjukhuset skall exempelvis vara ett s.k. traumasjukhus (i likhet med USÖ i Örebro), men enligt uppgift finns också en fördelning mellan de ingående enheterna, där Lund skulle vara traumasjukhus "nivå 1" (d.v.s. en högre klassning). När det gäller eventuell inverkan av en *omställning till nära vård* kan någon sådan inte konstateras i NSM. Det kan troligen förklaras med projektets art, alltså typen av verksamheter som är i fråga för de nya lokalerna och att ett eventuellt sådant omställningsarbete inte når in till processerna i just detta projekt (jfr beskrivningarna ovan).

Som beställare agerar Regionfastigheter, bildat i januari 2017 genom en sammanslagning. En fastighetsplan för sjukhusområdet antogs 2011, och det politiska beslutet togs december 2013

varefter projektet började bygga upp sin organisation från 2014. Detta skedde utan att det förelåg klarhet i övergripande programinnehåll (jfr ovan och nedan). White arkitekter, nu ansvariga arkitekter, kom in i projektet 2015, vars arbetssätt med konsulter och byggentreprenör följer den modell som brukar kallas partnering. 2015 fastställdes en *lokalförsörjningsplan*, som också inbegriper Lund, med grov dimensionering och inplacering av och samband mellan funktioner.

Bygge och programinnehåll beskrivs som att de har löpt parallellt, ej särdeles integrerade i varandra, som en vald strategi för projektet. De första åren började de gå i otakt. Bygget gick fortare fram än de parallella programdiskussionerna, och det uppstod också en bristande samordning mellan de beslut som redan fattats och den politiska ledningens förändrade vilja. 2016 skedde ett omtag med anledning av detta, bl.a. med tillsättandet av en ny projektchef. I juni 2017 togs ett nytt politiskt beslut, och en blocköverskridande "parlamentarisk grupp" bildades för att stabilisera politikens inverkan. Programarbetet för NSM har således i praktiken bedrivits under redan pågående systemhandlings- och bygghandlingsprocess och till viss del påbörjat bygge, med vissa fysiska ändringar i redan byggda delar som följd. Längs vägen har skett en ökning av programytan från 60 000 till 100 000 m^2 som beror dels på programutvidgning, dels på "inkrementell" ökning genom framförallt tekniska krav. Denna ökning av ytan har enligt vissa röster "hopat sig" som en följd av processens utseende.

När det gäller standarder och kunskapsstöd har man till viss del utgått från det slags verktyg som finns att tillgå idag, men till detta fört en egen utvecklingsprocess som man tycker relaterar mer direkt till behoven och situationen i projektet. Från 2015 påbörjades ett eget arbete med "vägledande standarder" som tagit viss utgångspunkt bl.a. i PTS. Dessa beskrivs som att de *för denna byggnad har ersatt program*, det vill säga att ett program inte ska behöva sättas för utformningens och utförandets skull om "vägledande standard" följs. "Vägledande standard" har dock inte kunnat ersätta ett fastställt programs *dimensionerande* funktion, och den avsevärda ökningen av ytan kan tänkas få en delförklaring i detta förhållande. En slutlig dimensionering har av naturliga skäl inte kunnat undvikas (husen och våningsplanen måste till slut få sina mått), men den har alltså nåtts på annan väg. Det "parallella" programmerandet, dimensionerandet och byggandet i NSM-processen kan därför också beskrivas som *uppskjuten definiering av behoven*, och där ser "vägledande standard" ut att ha getts en ersättande roll. Detta gäller inte bara resultatet men också processen, då denna således har placerat tidsresurser i förhandlings- och arbetsprocesser för framtagandet av en sådan lokal standard snarare än i definierandet och fastställandet av program.

En mer konkret funktionell (materiell) avsikt med "vägledande standard" tycks vara att fixera det "generella byggandet" i ett slags bygglåda, som möjliggör grundläggande kostnadsberäkning. Den utgår då från vårdrum i form av *enpatientrum*, som adderas och blir till *vårdavdelningar* om 24 enpatientrum (4 enheter av 6 enpatientrum kring ett personalteam); dessa ger våningsplan och därmed byggnadens mått. Projektering av själva byggnaden har kunnat påbörjas genom de yttermått som då kunnat erhållas och att systemhandlingar kunnat upprättas. Framtagandet av generella lösningar och skalbyggnad har därmed ansetts kunna löpa parallellt med att man går in i detaljprojekteringen. Nästa programnivå har kunnat gå igång i tre nivåer av programhandlingar: "vägledande standard" (för typrum gemensamma för olika verksamheter); "generella programhandlingar" (vissa krav definierade); "specifika programhandlingar" (när typen av verksamhet definierats). Specificiteten i de "specifika programhandlingarna" tycks dock vara begränsad då kommunikationen med vårdverksamheten inte har kunnat vara genomgående tät på grund av

processens utformning (jfr ovan), bland annat till följd av osäkerheterna i beställningen i fråga om exakt vilken verksamhet och avdelning som ska in var.

När det gäller kunskapsinnehåll och den vägledning som kan erhållas genom exempelvis standarder finns kritiska kommentarer. De har också beröring med kompetensfrågor generellt i projektet. Om PTS som utgångspunkt för NSM:s "vägledande standard" förekommer kommentarer som "ett lapptäcke", "ibland precis, ibland föråldrad, ibland bristfällig", "av tveksam användbarhet", något som man nödgas "göra mycket avsteg från". När man lokalt vidareutvecklat PTS till sin "vägledande standard" har denna blivit ett bättre alternativ, "men inte så vasst eller stabilt som man hade hoppats: det händer hela tiden saker, [vilket gör att] den måste hela tiden ändras och uppdateras". En del av en lösning på detta problem vore (enligt samma informant) att det funnes "en kritisk massa av personer på regionen som tar hand om dokumenten och uppdateringen till nästa generation, nästa projekt, nästa projektledare o.s.v., för att undvika att det glöms bort och därmed blir en angelägenhet bara för detta projekt. D.v.s. en kontinuitet inom beställarledet, med mer långsiktig egen kompetens."

Organisationen som driver NSM Vårdbyggnad har till stor del byggts upp för just detta projekt, bl.a. med rekrytering från byggsektorn. Kompetensen har till betydande del fått köpas in externt, och konsulter står för stor del av kunskapen om sjukhuset i förhållande till regionens egen projektledningsnivå. Genom detta arbetssätt förmedlas en avgörande del av kunskapen in i projektet: entreprenören kommer in med sin förvärvade kunskap om sjukhusprojekt (i det här fallet Skanska, som etablerade sig som sjukhusbyggare med NKS). En viss kunskapsreserv finns även i tidigare medarbetare med kunskap från andra sjukhusprojekt som ligger några år tillbaka i tiden, t.ex. nya akutmottagningen i Malmö (2011). I fråga om den *erfarenhetsåterföring* som efterfrågas, både för utvecklande av projektverktyg och för kompetensens upprätthållande, finns enligt regionföreträdare planer på att bygga upp någon form av "kompetenscenter" där kunskap och erfarenheter från NSM-projektet skall kunna samlas systematiskt och nyttiggöras för kommande projekt inom regionen.

Analys och diskussion i anslutning till de fyra fallstudierna

Detta avsnitt innehåller analys och diskussion, med kommentarerna fördelade i sju diskussionspunkter som lyfter fram resultat av särskilt intresse ur fallstudierna. Det är diskussionspunkter som kopplar ihop generella iakttagelser och slutsatser, alltså resultat som till större delen sammanfaller mellan de olika projekten, med huvudfrågor för utredningen. Tonvikten ligger helt på kritiska perspektiv: att finna fram till sådana problematiska aspekter som behöver belysas för att hitta lösningar i förhållande till viktiga vårdintressen. Avsikten är att analysera sjukhusprojektens byggnadslösningar, tillvägagångssätt och målsättningar som redovisats i studierna, för att dels syntetisera dem till sammanvägda problembilder, dels peka på specifika punkter som påverkar utredningens frågeställningar. Dessa problembilder och punkter kan i sin tur utgöra ett underlag i policydiskussioner.

Det är viktigt att påpeka att analysdelen helt och hållet utgår från fallstudierna och de svar som informanterna i undersökningen har lämnat. När förhållanden i respektive sjukhusprojekt diskuteras, utgår det alltså från vad sagespersonerna meddelat. Denna del är således inte jämkad mot andra typer av källor för projektens vidkommande, annat än att en viss mängd skriftlig redovisning av respektive projekt också har använts som komplettering till intervjuerna. Däremot har ett antal referenser från ämnesrelaterade källor förts in där diskussionen har gjort det påkallat.

Innehållsöversikt

1. Sjukhusbyggnadsbehoven: tendens att fastighetsperspektiv dominerar
2. Lokalisering och byggnadsbeslut: den gamla lasarettsstrukturens inverkan
3. Generella lösningar – effektiv metod eller osäker styrning?
4. Kunskapsstöd och standarder: PTS-verktygets brister och fenomenet "projektisering"
5. Koordinering med externa faktorer och intressen: svag närvaro
6. Kunskapsöverföring och innovation
7. Kunskapsstöd: frånvaron av övergripande vårdprofessionella perspektiv

1. Sjukhusbyggnadsbehoven: tendens att fastighetsperspektiv dominerar

Dagens vårdbyggande har en tendens att mer definieras som en bygg- och fastighetsfråga än som en fråga för vårdens strategier och utveckling. Denna slutsats kan dras med ledning av intervjumaterialet, tillsammans med beskrivningar i övrigt från regionerna av de studerade projekten. Det handlar då om att ge en mer faktisk inramning åt projektens utgångspunkter, snarare än policy- och målbeskrivningar, värdeord o.s.v. Skillnaden mellan "fastighetsfråga" och "vårdfråga" är inte alltid definitiv, "svartvit", men ett mönster framträder av att fastighetsperspektivet får en dominans: avgöranden kring fastigheter och lokaler sker inom ramen för en redan befintlig byggnadsmassa snarare än inom ramen för en sjukvårdsplanering eller -strategi. Detta väcker frågor kring förutsättningarna för dessa frågors optimala hantering, med hänsyn till såväl regionala som nationella strategier och intressen.

Undersökningens frågor har inledningsvis berört *vad* som ska byggas. En slutsats av intervjusvaren blir att förnyelsen av vårdbebyggelse och sjukhus till överraskande stor del har sin upprinnelse i fastighetsfrågor. De största nu pågående investeringarna (jfr undersökningens fall, som är fyra av de mest omfattande nu aktuella sjukhusprojekten) kan då hävdas lösa frågor som mer rör ett fastighetsbestånd än ett vårdsystem eller vårdstrategier. Vårdfrågorna kommer förvisso in på olika sätt, i utvalda aspekter som gäller respektive byggnadsuppgift – men inte i någon tydligt drivande form, på det sätt som kan exemplifieras med den pågående sjukhusreformen i Danmark (se vidare nedan). Uttryckt på annat sätt: av intervjusvar framkommer inga exempel på att beslut om nya investeringar skulle ha uppkommit direkt ur frågor kring själva vårdarbetet och dettas organiserande eller ur strategier för större vårdsammanhang (regionala, nationella). I samtliga studerade fall är det fråga om ersättningsbeslut som relaterar direkt till befintliga byggnader/tomter och pågående verksamheters behov. (Detta gäller även för Växjö-förslaget, som är en omlokalisering inom Växjöorten föranledd av lokalfrågor och en tomtutredning.)

Regionernas fastighetsavdelningar kan, som det visar sig av exemplen i undersökningen, både själva ha initiativet – som i att aktualisera och definiera behovet, t.ex. via en egen utredning – och fälla avgörandet när initiativet kommer från verksamheten och/eller politiken, genom att då ställa det mot tekniska och ekonomiska fastighetsfrågor som gäller de befintliga anläggningarna och sjukhustomterna. Detta kan t.ex. handla om rumsliga eller budgetmässiga prioriteringar inom fastighetsförvaltningen, och begränsningar som primärt rör fastighetsekonomiskt utrymme, snarare än vårdverksamhetens prioriteringar och utvecklingsbehov eller frågor om sjukvårdsplanering.

Med vissa viktiga undantag är det fastighetsavdelningar utan (eller med avvecklad) egen specifik vårdbyggnadskompetens som har mycket av dessa avgöranden i sin hand, genom att de formulerar problemen och lösningarna, levererar underlag, vägleder i de ekonomiska besluten, och har det direkta inflytandet över det tillgängliga fysiska och fastighetsjuridiska utrymmet (bebyggelse, utbyggnadsutrymme). De fastighetsmässiga planeringsperspektivens längd och bredd skiftar lokalt, men verkar som regel koppla till de närmast liggande behoven – alltså främst det man benämner ersättningsinvesteringar, att ersätta tekniskt uttjänta kvadratmeter byggnad med nya inom samma bebyggelse.

Vårdintressen som då inte kommer till definierande uttryck i strategier för det pågående sjukhusbyggandet kan vara sådana som är av central betydelse för vårdens utveckling. I

nuläget finns en stor strategisk och systemrelaterad fråga i *omställning till nära vård*. Det är ett centralt reformarbete för vårdverksamheten vars utgångspunkter och målsättningar hunnit utvecklas i ett flertal utredningar (se t.ex. SOU 2017:53, SOU 2018:39, SOU 2019:29, SOU 2020:19). Det finns också andra uppdrag från högre nivå, framförallt utpekade nationella vårduppdrag, som kan vara av betydelse i sammanhanget och som också framhålls i uppdraget till denna utredning. De förhåller sig t.ex. till det som uttrycks i HSL, nationella mål och reformer, kompetensförsörjning, forskning och utbildning, beredskapsfrågor, lösningarnas ändamålsenlighet och kostnadseffektivitet. Det är lämpligt att i detta sammanhang framhålla den möjliga jämförelsen med det föregående stora sjukhusbyggnadsskedet omkring 1960-1980, då byggnadsinitiativen och projektens framväxt *framförallt* var uttryck för förändrade vårdverksamheter och krav samt de övergripande intressena och uppdragen (jfr Åman 1976; även Björklöf 1976).

Om större vårdsammanhang och övergripande vårdintressen inte har prioritet och formuleringsföreträde framför fastighetsperspektiv kan det också skapa konfliktytor. Detta åskådliggörs av Nya Karolinska i Solna (NKS), ett stort sjukhusprojekt i bruk sedan några år som i hög grad drevs framåt av ett fastighetsutvecklingsprojekt. Där fanns också ett syfte för verksamhetens förändring, men såväl fastighetsprojektet som organisationsidén saknade tydlig förankring i de omgivande regionala likaväl som de nationella behoven och vårdstrategierna. Följden kan sägas ha blivit att själva byggnads- och fastighetsprojektet väsentligen *tog över* syftet. Det möjliggjordes av att projektet inte kopplade till någon konkretiserad sjukvårdsplan eller annan tydlig behovs- och strategisättande planeringsram för regionens sjukhusverksamheter. Den mängd obesvarade frågor som inte fick någon definierad lösning i byggnadsprojektet NKS lämnades vidare som bestående konfliktkällor (Se vidare Ennart & Mellgren 2016; Öhrming 2017; Meijling 2018; SOU 2020:15; Grafström, Maria, Qvist, Martin & Sundström, Göran, red., 2021.)

Fastighetsfrågornas precedens – eller problemformuleringsföreträde – kan således illustrera risker med att ha alltför separerade organisationer, om fastighet och byggande som syften börjar divergera i förhållande till det *överordnade* syftet och uppdraget som torde vara vården och inget annat. Det bör i detta sammanhang påpekas att regionerna inte har något särskilt politiskt uppdrag eller ansvar att bedriva fastighetsrörelser. Regionernas fastighetsförvaltning har vuxit fram som en integrerad del i byggandet för ett avgränsat syfte och en specifik verksamhet – vårdverksamheten – och först i efterhand separerats ur denna verksamhet och försetts med särskilda, efterhandskonstruerade mål.

Tendensen till fastighetsperspektiv, och de problem denna tendens kan generera, har direkt bäring på de av undersökningens frågor som mer specifikt handlar om koordinering med övergripande vårdintressen. Det gäller då i vilken mån det går att värdera regionala/lokala möjligheter och planerade nästa steg i förhållande till möjligheten föra in utifrån kommande behov, kunna påverka inriktning o.s.v. för vårdens utveckling och strategiska riktning. Det berör direkt och aktuellt de ännu outredda byggnadsmässiga formerna och lösningarna för omställning till nära vård. Men det kan också gälla byggnadsfrågor som redan nu är på väg att etablera vissa mönster, t.ex. för dimensionering, antal vårdplatser, vårdavdelningars utformning, och liknande (se vidare nedan) – vilka är förutsättningarna för att lösningarna görs med alla relevanta utgångspunkter i beräkning?

Jag har pekat ut tendensen till "fastighetsfrågebegränsning" – det kan också aktualisera en strategiskt viktig fråga: var finns vårdperspektivets egna problemformuleringsplats(er) för byggnaders och lokalers form? D.v.s. en plats där vården mer självständigt kan artikulera vad

som behöver utvecklas, för att från en tydligare egen position kunna möta de mer konkreta och tekniska fastighetsfrågorna. Kan det vara så att de arenor som finns uppbyggda och tillgängliga idag är för nära bundna till ett fastighets- och byggandeperspektiv? Tendensen att vårdfrågor i stället blir fastighetsfrågor riktar därför också uppmärksamheten vidare mot ett ytterligare annat problem, nämligen frånvaron av representation i vårdbyggandet av de generella medicinska och vårdprofessionella perspektiv som kan avspegla överordnade – exempelvis nationella, samverkansregionala o.s.v. – intressen och aspekter mer neutralt, d.v.s. som inte förhåller sig till partsfrågor i den enskilda byggprocessen eller den enskilda byggorganisationen. (Mer om det nedan.)

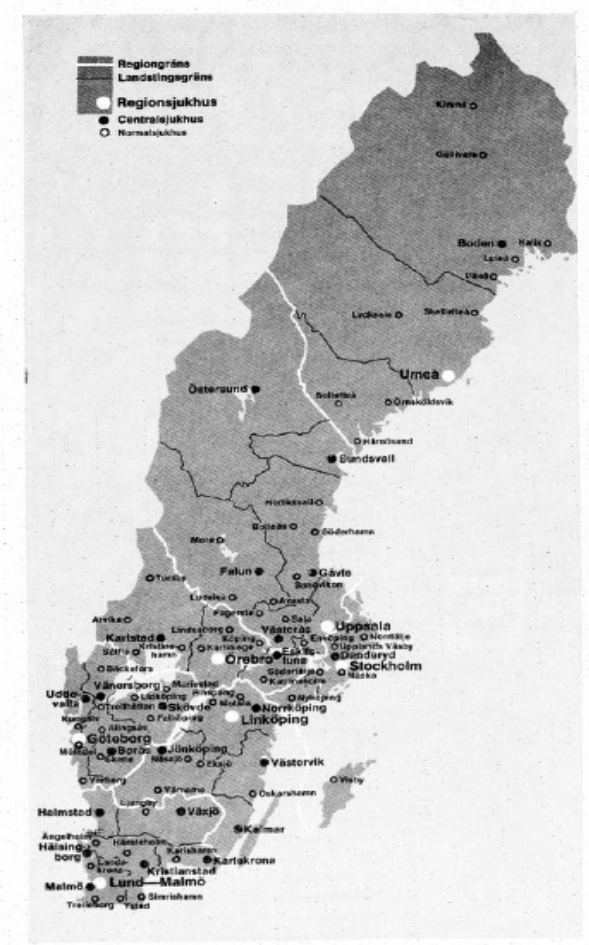
2. Lokalisering och byggnadsbeslut: den gamla lasarettsstrukturens inverkan

En mer övergripande analys – som för ett ögonblick lyfter blicken ett stycke ovanför undersökningens fallfokusering – handlar om den befintliga svenska sjukhusstrukturen och dess hittills ouppmärksammade avgörande betydelse för styrningen och lokaliseringen av vårdens byggnadsinvesteringar. Analysen sätter intervjusvaren i samband med en tidigare studie av författaren: underlaget finns alltså delvis utanför denna undersökning, men är väsentligt för kontexten runt beslut i projekten. En preliminär slutsats är att denna befintliga byggnadsstruktur tenderar att redan på förhand besvara viktiga strategiska frågor av den typ som utredningen väcker, utan att de således får någon mer öppen prövning. Exempelvis: Var skall sjukhus ligga? Lokaliseringsfrågor är i de allra flesta fall avgjorda på förhand på grund av ett mycket starkt stigberoende i det sedan länge fast etablerade byggnadsmönstret. Vilka uppgifter skall sjukhusen utformas för inom ett system, d.v.s. i relation till omkringliggande sjukhus eller sjukhus med mer centrala uppgifter? Hur skall sådana systemuppgifter förhållas till befintliga anläggningar eller tänkbara nya konfigurationer? Också denna typ av frågor får en stor del av sina svar på förhand från det existerande, nedärvda mönstret.

Undersökningens frågor har även berört *var* det ska byggas. Karakteriserande för den samlade svenska sjukhusbebyggelsen är att befintliga sjukhusmiljöer och -anläggningar fortsatt utgår från det mönster som etablerades genom landstingssystemets inrättande på 1860-talet. Lokalisering av ny sjukhusbebyggelse ser som regel inte ut att vara föremål för någon egen, fristående diskussion av alternativ (med ett undantag i undersökningen): förutsättningarna uppfattas som givna av det befintliga mönstret. Det genererar ett naturligt fokus på det begränsade tomtutrymmet, där man är hänvisad till ett återkommande "läggspel" av att riva och ersätta med nya byggnader i någon form av sekvens.

Det nuvarande sjukhusbyggnadsmönstret har byggts upp i en *samverkansmodell* mellan landsting och statliga organ, där det lokala demokratiska självbestämmandet gick hand i hand med statligt överinseende. (Ang. samverkansmodellens tillämpningar på olika områden, se t.ex. Kaijser 1994, s. 178-184.) Denna modell utvecklades så att säga organiskt: landstingen definierade sina behov och sin struktur efter hand, staten fick vartefter en tydligare rådgivande och granskande roll utifrån ett övergripande medicinskt ansvar. Detta samspel ledde via ett antal lagstiftningssteg under första halvan av 1900-talet, vilka formaliserade det som redan hunnit byggas upp av landstingen, fram till det mönster vi känner idag. I och med den stora expansionen och de omfattande investeringarna under 1960- och 70-talen växte detta mönster sig mycket fast, och det är inom det som dagens investeringar fortsätter. När sjukvårdsregionerna (idag kallade samverkansregioner) inrättades omkring 1960 innebar detta

ingen ny nivå av anläggningar eller lokaliseringar, utan enbart en utveckling inom de *befintliga* anläggningarna (utbyggnad eller nybyggnad av kliniker med regionansvar).



Aktuell status för det svenska "lasarettssystemet" i början av 1970-talet. Kartan visar landsting och samverkansregioner samt platser för sjukhus på olika nivåer. Värt att notera är hur pass oförändrad denna kartbild är idag: med en del nedläggningar och kvalitativa förändringar är det i allt väsentligt samma platser och anläggningar som idag – och de bygger vidare i stark kontinuitet på 1800-talets etableringar. Ur Arkitektur 3/1970.

Eftersom staten *inte* styrde utbyggnaden i meningen peka ut och besluta om etableringar – detta låg helt i landstingens egna händer – kom statliga godkännanden och samordning att utgå från det mönster som landstingen själva etablerat och arbetade vidare i. Samverkansmodellen var här som på andra samhällsområden en fördelning av makt och arbetsuppgifter som utvecklades efterhand, med ett antal specifika organ som knöt ihop beslutsvägar, kommunikation och kunskapsspridning. Landstingen lämnade som regel in översiktliga ritningar och uppgifter om sina planerade sjukhusprojekt för förhandsbedömning hos Spri, ofta också hos NSB, organ som med tiden byggde upp stor kunskap. Granskning och godkännande av förslagen gjordes av NSB, ett förfarande som ytterst sällan ledde till några åtgärder eller överklaganden, och där heller ingen efterhandskontroll fanns. Statlig styrning skedde i större utsträckning genom Socialstyrelsens kontroll av läkartjänsttilldelningen och av sjukhusbyggnadsprojektens prioritering i förhållande till byggnadsinvesteringsramarna i den statliga konjunkturpolitiken (Hultén 1975). Vi kan alltså konstatera att även om landstingen själva skapade ett byggnadsmönster, så hade styrningen och beslutsprocessen kring sjukhusinvesteringarna ett flertal statliga eller samverkansorganiserade inflöden som berörde ekonomi, vårdintressen och kunskapsspridning. Överföringen från samverkansmodellen stat-landsting till en helregional styrning skedde först från och med 1990-talet. (Albinsson, red., 1962; Åman 1976; Meijling 2020; Meijling 2021)

Tendensen till en "fastighetsperspektivets dominans" (se ovan) har sannolikt en av sina orsaker i detta att sjukvården är så pass starkt kopplad till ett fast etablerat och i det stora hela oföränderligt byggnads- och bebyggelsemönster. Mönstret består alltså av befintliga fastigheter och anläggningar på byggnadslägen vilka som regel är oförändrade sedan slutet av 1800-talet. Det bildar den byggnadsstrukturella utgångspunkten för de allra flesta nyinvesteringar idag – med en vetenskaplig term skapar det ett starkt stigberoende (eng. path dependence), d.v.s. att nya beslut och steg fortsätter att tas i spåren av de föregående (Magnusson & Ottosson, red., 2009). Detta mönster och denna fasta utgångspunkt sätts inte i fråga, varken för enskilda byggnadsbeslut eller de övergripande, vilket betyder att det som byggs för vården till avsevärd del inte styrs av frågor om vårdens utveckling eller strategier. Effekten av detta stigberoende av landstingens gamla byggnadsmönster blir att kartan över Sveriges sjukhus och vårdinrättningar fortsatt alltid ritas direkt på tomt- och detaljnivå, aldrig med någon verklig översikt. Till och med när en helt ny etablering – som i exemplet Växjö – diskuteras, initeras och drivs projektet fram som en tomtutredningsfråga utifrån ett antal förhållandevis näraliggande alternativ. Det befintliga mönstret blir därför, på grund av den ordning som de pågående och kommande investeringarna fortsätter att följa, i princip aldrig föremål för en bedömning och värdering mot ett större perspektiv: hur det befintliga skulle kunna användas på ett genomtänkt och koordinerat sätt, eller också i vilken utsträckning det behöver ersättas av ett annat, nyskapat mönster som ger rätt rumsligt och organisatoriskt stöd åt dagens och framtidens vårdbehov.

I förhållande till denna markerade svaghet i förutsättningarna för att planera och investera rätt finns möjligheten att göra intressanta och lärorika jämförelser med Danmark, vars stora sjukhusbyggnadsreform under senare år har utgått från en Danmarkskarta och nationell vårdplanering, inte från befintliga byggnader och tomter. Där byggs 16 nya sjukhus, varav flera på den högsta kapacitetsnivån, utan att den befintliga byggnadsstrukturen eller begränsade fastighetsfrågor tillåts styra. Nybyggnadsprogrammet ingår i en större strategi för att modernisera sjukhusstrukturen och hälsosektorn som sådan. Resultatet blir en helt ny systemkonfiguration som utvecklas kring bl.a. patientcentrering, vårdflöden, ny

arbetsorganisation och ny teknologi, och bygger på ett aktivt innovationsarbete som delas mellan regionerna. Förutsättningen för planen är att staten deltar som aktiv part och finansiär. Staten står för 60% av investeringskostnaderna, medan regionerna tar resterande 40%, och statens direkta bidrag till enskilda projekt är villkorat av en kravnivå för hela satsningen som har hanterats av en granskande expertpanel tillsatt av regeringen. (Uppgifter hämtade från godtsygehusbyggeri.dk)

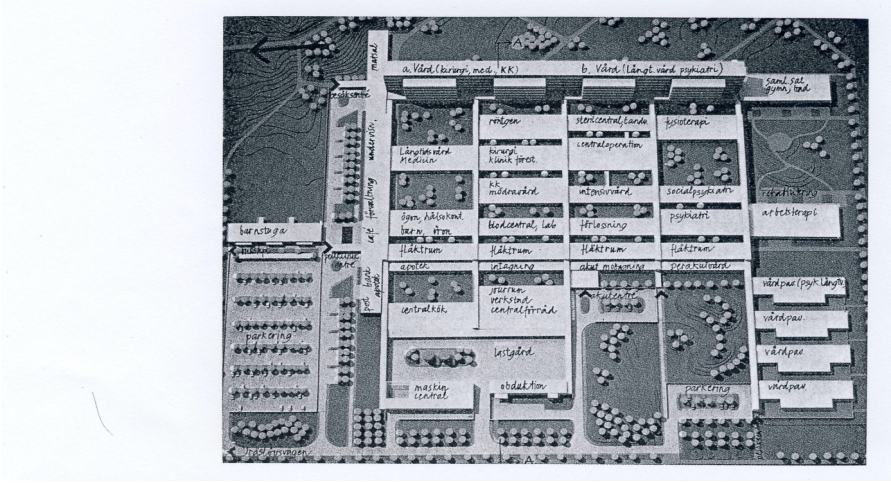
3. Generella lösningar – effektiv metod eller osäker styrning?

Undersökningen har – med sina givna förutsättningar och begränsningar – visat att ett visst begrepp är mer centralt än andra för målsättningarna och de valda lösningarna i sjukhusprojekten. Detta begrepp är *generalitet*, med den ofta använda varianten "generella lösningar". Det kopplas ibland samman med ett annat begrepp, *flexibilitet*. Det syftar idag mest på utformningen av byggnadernas inre, med en begränsning av funktionsplaneringen genom färre specifika lösningar eller möjlighet att enkelt ändra i dessa. En mer definitiv betydelse kan begreppet dock inte sägas ha, det får delvis olika innebörder beroende på aktör och perspektiv. Att generalitetsbegreppet visar sig ha så stort genomslag idag tycks bland annat ha att göra med detta. Det ser ut att bli ett objekt med hjälp av vilket olika aktörer kan förhandla om lösningar. En sådan praxis kan ha problematiska konsekvenser när det gäller att hålla sig till standard eller att följa program, och därigenom kan det påverka också den kritiska tidsekonomin i ett projekt.

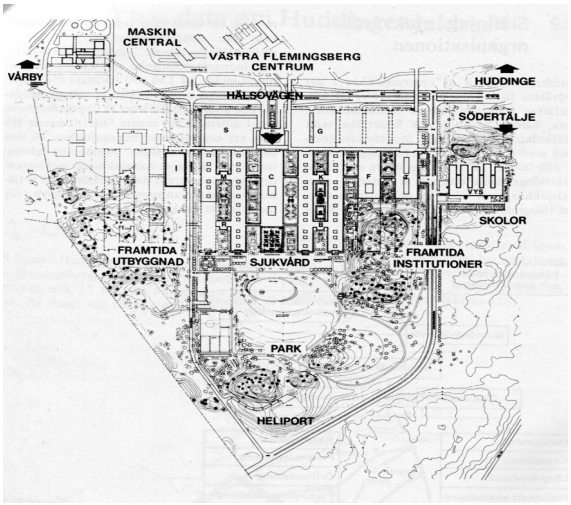
"Generalitet" är, tillsammans med "flexibilitet", det begrepp som verkar få mest konkret genomslag i byggnadsfrågorna – vid sidan av ett antal andra återkommande begrepp, som *patientsäkerhet*, *patientcentrering, omställning av vårdformer, effektiva flöden*, *orienterbarhet*, *hållbarhet*. (Om dessa begrepp, jfr Meijling 2021, s. 39-40.) Dessa kan förekomma i beskrivningar av målsättningar, men materialiserar sig inte nödvändigtvis tydligt inför de frågor undersökningen ställt om faktiska byggnadslösningar. Förklaringen kan vara att flera av begreppen har betydelser och lösningar som skiftar beroende på kontext. Det gäller t.ex. det i praktiken ganska svårdefinierade och mer socialt präglade begreppet patientcentrering, som är svårtolkat i byggnadshänseende: det kan dock ha inverkan på byggandets lösningar när det gäller samverkan och kontinuitet i vården, d.v.s. hur olika delar och aktörer fördelas och kopplar till varandra. (Se vidare Docteur & Coulter 2012, s. 91-105.) Begrepp som flöden och samband är visserligen centrala i byggnadsfrågorna, men även de har ganska vida tolkningsmöjligheter. Det som vid sidan av flöden framträder med konkretion i byggprocesserna är alltså generalitet och flexibilitet. Att det är så pass närvarande är ett oförutsett fynd i undersökningen, liksom att generalitet även har en oväntad funktion i flera av undersökningens projekt som ser ut att koppla direkt till utredningens frågor.

Generalitet har en grundbetydelse som begrepp i byggande och arkitektur, i korrespondens med flexibilitet. Generalitet står då för att en byggnad kan förbli oförändrad med nya funktioner, medan flexibilitet står för att en byggnad kan ändras efter nya funktioner. Dessa begrepp kom in i sjukhusbyggandet genom arkitektfirman Whites (på den tiden WAAB) arbete med Varbergs nya sjukhus 1964-1973. Det var det första större sjukhusprojektet där idéer om att kunna anpassa för en snabbare förändring med växlande krav på organisation, utrymme och standard blev definierande för utformningen. "Generaliteten" etablerades i byggnadsstommen och s.k. primära installationsstråk, d.v.s. det som kallades *teknisk struktur* och hade längre förväntad livslängd, medan "flexibiliteten" etablerades i

verksamhetsanknutna delar som innerväggar och närinstallationer, d.v.s. *funktionell struktur* med kortare livslängd. Denna princip löstes som ett rutnät med huvudstråk och tvärgator och däremellan "kvarter" där rumsindelningen lätt kunde göras om. Man tänkte sig i detta sammanhang att de allra flesta utrymmen inte var "starkt verksamhetsberoende", utan kunde vara av standardtyp. Viktigt för tillämpningen av detta sätt att arbeta var att det fanns klara utgångspunkter att utgå ifrån i de politiska målen och en helhetssyn, samt en ordentlig analys av programbehoven och den funktionella strukturen för verksamheter, samband, flöden och närmiljö – bara därigenom kunde man hitta rätt grad av generalitet för den aktuella byggnaden. (Caldenby, Borglund, Imberg & Barne, red., 2018; Alm & Nilsson 1972) Det stora projektet för Huddinge sjukhus kom under samma period att få drag av samma filosofi, såväl i fråga om projektering som byggprocess (se Björklöf 1976). Båda dessa projekt hade samband med en långt större och mer kvalificerad diskussion, bland annat utifrån teoribegreppet strukturalism, och kopplingar till det organiserade forsknings- och innovationsarbete som bedrevs bland annat av Byggnadsstyrelsen och Spri (se t.ex. Sigge 2017, s. 73-92).



Modell av projektet för Varbergs nya sjukhus 1972, av WAAB arkitekter (nuvarande White). I anslutning till detta uppdrag utvecklades idéer om *generalitet* för byggnadens övergripande struktur och stomme, och *flexibilitet* för verksamheter och funktioner. Ur Åman 1976.



Situationsplan för Huddinge sjukhus med utbyggnadsmöjligheter. Arkitekt HLLS, taget i bruk 1974. Verksamhetskärna i mitten, på ömse sidor H-formade figurer med vårdavdelningar. Ur Björklöf 1976

Idag framhåller många arkitekter åter generalitet och flexibilitet. I synnerhet uppmärksammas generalitetsbegreppet, i förbindelser som exempelvis "generella byggnader", "generella planlösningar" och liknande. Intrycket som intervjuundersökningen ger är dock att de analyser och de äldre projekt som begreppet närmast förknippas med – refererade här ovan – idag mer används som "inspiration". Det verkar ha skett en *förskjutning* i användningen av begreppet generell mot en betydelse av "standardiserade", "samma utförande" för planlösningar, rumstyper o.s.v. mer i allmänhet. Då riktar det sig mera – detta är vad undersökningen indikerar – mot uppkomna diskussioner inom projektet om speciallösningar och enskilda klinikers önskemål. Denna nya användning har då avlägsnat sig från det ursprungliga generalitetsbegreppet, som ju har varit kopplat till byggnadsstommen och en differentiering mot ett förändringsbart innanmäte, samt en metod för program och utformning. "Generellt" tycks nu bli mer av utgångspunkt och ledord för lösningar, och försök till utjämning mellan funktionsprogram på olika nivåer (olika detaljeringsgrad) där de detaljerade och differentierade nivåerna (som rumsfunktionsprogrammering, RFP) närmas till de mer övergripande (som AFP och HFP, alltså avdelningsfunktions- respektive huvudfunktionsprogrammering).

Det mest genomgående mönstret som framträder i relation till detta ledord är så kallade *generella vårdavdelningar*, som kan definieras ungefärligt av vissa gemensamma drag i planlösningarna. De har som regel omkring 14-20 vårdplatser i enpatientrum, fördelade på s.k. teamstationer för omkring 6-8 vårdplatser/vårdrum (se planer vid resp. projekt ovan), med en standardiserad utformning som inte tar hänsyn till typ av verksamhet. De läggs upp i planmönster som bildar L, T, H eller 8, så att avgränsningen mellan olika avdelningar kan göras flyttbar utan att tillgänglighet och kommunikationsvägar försvåras. (Jfr

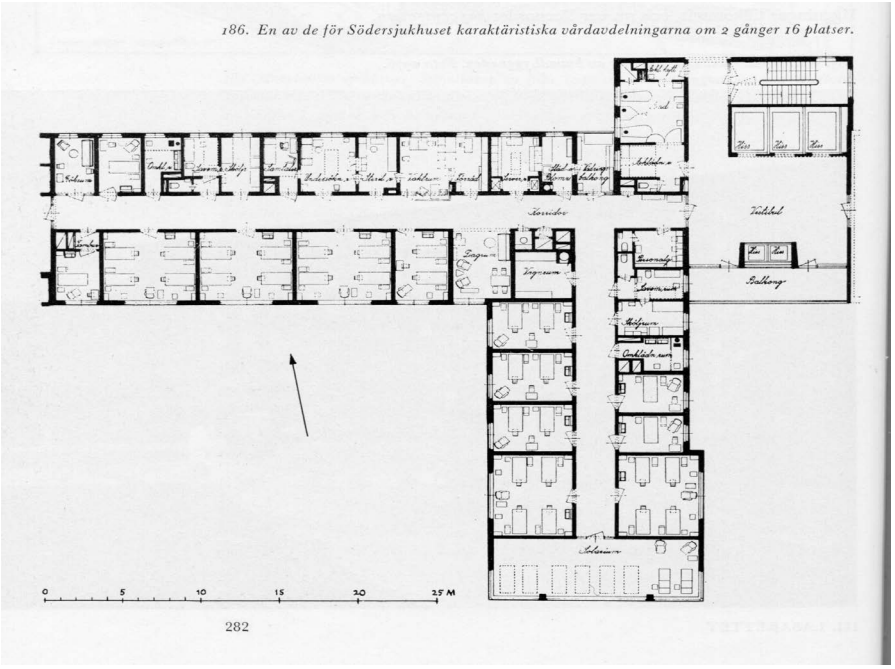
planillustrationer till de studerade projekten.) Avdelningarnas "sängkorridorer" läggs alltså utifrån hörn- eller korsningspunkter där gemensamma utrymmen och resurser centraliserats. Detta sätt att lägga upp avdelningarna avser att utöver flexibiliteten kunna stödja ett effektivare personalutnyttjande. Denna typ av generalitet gäller alltså utformning och utföranden av avdelningar – när det gäller hela byggnader är diskussionen inte lika artikulerad, och generalitet framhålls där inte med samma emfas i de studerade projekten. Det finns dock ett tydligt mönster av att arbeta med "zonerad generalitet", alltså en fördelning i generella men skilda funktionskrav på exempelvis bjälklagsbelastning, dagsljus etc. för olika verksamhetstyper som kan föras ihop i större zoner (byggnadsdelar).

Det kan vara av intresse i sammanhanget att fråga sig hur kunskapsgrunden för denna lösningstyp växer fram och sprids till nya projekt, apropå karakteristiken ovan. I vilken grad är det ett systematiskt avprövande och undersökande? Tillämpningarna tycks återgå på såväl jämförelser med tidigare erfarenheter som de exempel som förmedlas av CVA (*Den goda vårdavdelningen*, 2019). De ser också ut att föras från projekt till projekt. T.ex. nämns Södra Älvsborgs Sjukhus i Borås (klart 2010) som en viktig referenspunkt för T-formade planer där tre team-enheter strålar ut från avdelningens knutpunkt som och i stort bygger på enpatientrum (Se Arkitektur 7/2007, s. 17). Planformen med vårdavdelningar "över hörn", d.v.s. utifrån en knutpunkt med centraliserade/delade funktioner, är dock inget nutida påhitt utan går tillbaka på Södersjukhusets planlösningar, noga utredda av arkitekterna Cederström och Imhäuser (Åman 1976). När det gäller referenser och vidareförda förebilder från projekt till projekt får det också noteras att NKS – som var det första projektet på senare år som framhöll generalitet som ett ledord – utgör ett särfall. (Se t.ex. Arkitektur 8/2019, s. 36-43) Den fortsatta svenska sjukhusplaneringen, såsom den gestaltat sig i de fyra studerade projekten, har inte utfallit som tillämpningar av en NKS-modell. Den viktigaste skillnaden är att generaliteten inte genomförs "in absurdum" utan är mer fördelad, samt att planformer och vårdavdelningsdisponering skiljer sig åt.

Framträdande – som en del av det som förs vidare i projekten inom ramen för "generella vårdavdelningar" – är *enpatientrummet*. (Jfr illustrationerna till de studerade projekten.) Enligt flera svar i undersökningen kommer enpatientrum som genomgående lösning till stor del in som en del av beställningen från politiskt håll, även om det är arkitekterna som har kunskapen om lösningen och "erbjuder produkten". Argumenten för enpatientrummet är bl.a. patientintegritet, minskad smittspridning och minskat behov av andra rusmtyper. Men denna rumslösning har också andra möjliga effekter som är värda diskussion. En är att det genererar en fortsatt minskning av antalet vårdplatser, något som både kan vara en uttrycklig önskan och en inte fullt avsedd effekt. Det aktualiserar frågor – oavsett om detta faktiskt vägts in i det enskilda projektets planering eller ej – om koordinering med externa faktorer och övergripande intressen, däribland beredskapsaspekter och behovet av olika typer av utrymmesbuffertar i relation till hur och av vem vårdplatsantalet kan styras. Enpatientrummet kopplar på så vis till (eventuell) sjukvårdsplanering och föreställningar om minskning av antalet vårdplatser, bl.a. motiverat med de alltjämt outredda lösningarna för den nära vårdens utformning och därmed associerad "utskiftning" från sjukhusen.

Här finns kritiska perspektiv som rör större vårdfrågor, utöver de lokalt funktionella om sämre överblick över patienter och lägre effektivitet. Vilka perspektiv är det exempelvis som pekar mot att fenomenet överbeläggning skulle försvinna? Kan enpatientrum i realiteten komma att användas som tvåpatientrum i utsträckta överinskrivningslägen? En informant ser det starka genomslaget av enpatientrum som ett uttryck för ett bitvis orealistiskt "lyxperspektiv" från regionens beställarsida, med omfattande arrangemang runt varje patient. (För en kritisk

diskussion om enpatientrum och evidensbasering, se vidare Frid 2021. Diskussionen om evidensbasering förs också inom arkitekturforskningen och inom CVA.) För att ta ställning till denna lösning ur ett större, vårdstrategiskt perspektiv krävs bättre genomlysning och avvägning mot fler intressen och effektområden än dem som aktualiseras bara av respektive byggprojekt.



Vårdavdelningsprincipen med "dubbelavdelningar"som utvecklades i utredningsarbetet för Södersjukhuset och blev stilbildande. 16 vårdplatser i vardera riktningen från en gemensam funktionsknutpunkt.

Generella lösningar har uppenbarligen en retoriskt stark ställning: de ligger i tiden, och är omgivna av ett antal positiva argument. Dessa argument anknyter både till investeringen och driften, nämligen att *inte binda sig* vid alltför specifika och tidsbundna lösningar och att därigenom ha flexibilitet för olika typer av användare. Generalitetsprincipen kan då till och med hävdas vara ett villkor för att klara ett stort projekt med relativt kort byggtid: ett lokalprogram skulle behöva omprövas under vägen, och då menar man att inget är vunnet med ett sådant. Mer programstyrd och definierad utformning, hävdas det, är ett hinder därför att vården "utvecklas så snabbt" och "lokaler blir föråldrade bara på några år". Verksamhetens förändringstakt anses helt enkelt driva fram generalitet som en lösning. Underbyggnaden till

den uppfattningen framstår i intervjusvaren emellertid som otillräckligt undersökt. Det verkar finnas en föreställning om att "alla" behov och förändringar ska kunna mötas. Men kan man svara på vilken den faktiska påverkan av verksamhetsförändringar är på byggnadslösningar över tid? Hur stort är egentligen det kontinuerliga förändringsbehovet? Enkla empiriska nedslag visar stor spridning i lokalers ålder och användning. Tesen om snabb förändring har faktiskt hängt med sedan 1970-talet (jfr ovan), och redan då påpekades att det kunde vara fråga om en överdrift, dessutom med oklar ekonomisk motivation (Hultén 1975). Att från början bygga in stor generalitet och flexibilitet är kostsamt, men det kan också bli dyrbart att vara utan dessa egenskaper. Någon bestämd uppfattning om avvägningen kan helt enkelt inte finnas, utan behöver studeras från byggnadsuppgift till byggnadsuppgift med en medveten gränsdragning mellan vad som är bygge, inredning och utrustning. Det behövs mer kunskap, och ett större empiriskt underlag som kan ge mer konkretiserade riktlinjer för en bra avvägning.

Inför önskan att kunna möta "alla" behov måste generalitet vägas av mot ett program i någon form för att bli meningsfull. Man kan jämföra med Huddinge sjukhus och hur dessa frågor avvägdes och genomfördes där (se Björklöf 1976). Men också med NKS, där det genomfördes utan avvägning (Ennart & Mellgren 2016). Det finns också möjliga jämförelser med byggnadsprogram av den typ som Byggnadsstyrelsen utvecklade (Sigge 2017). Ett belysande undantag och pedagogiskt exempel bland de studerande exemplen i undersökningen utgörs av H-huset i Örebro (publicerat i Arkitektur 3/2021, s. 22-33). Detta sjukhusutbyggnadsprojekt har de ifrågavarande klinikerna och uppgifterna definierade i ett större sammanhang – nämligen Samverkansregion Mellansverige – och har därför programstuderade lösningar i tydlig relation till generella inslag i högre grad än övriga sjukhusprojekt i undersökningen.

Samtidigt verkar det finnas annat som motiverar strävan mot generella lösningar. Det kan handla om ett sätt att *hålla organisationsbeslut öppna* om exempelvis klinikorganisation kontra flödesorganisation, eller liknande vägval (Meijling 2018). Då kan planlösningsfrågor få en koppling till frågor om bemanning. I vilken utsträckning kan man göra olika typer av (generella) funktionsprogram för lokalerna utan att känna till organisationen? Vilka beslut skjuter man upp (med en avsikt att "hålla öppet"), och riskerar därmed att skapa behov av snara ändringar? Vilka anpassningar och ombyggnader kan det innebära, som hade kunnat förutses i ett programarbete knutet till en organisationsidé? Frågor som dessa har redan blivit konkreta i ett par av de undersökta projekten. Just på denna punkt kan jämförelse göras även med NKS-projektet, trots olikheter i övrigt, då man genererade problem genom att undvika att anpassa lokaler till verksamhetsbehoven (jfr Ennart & Mellgren 2016).

En annan möjlig tolkning av denna förskjutning – i riktning mot generella *utföranden* – är att den hänger ihop med förändringar i projekterings- och byggprocessen på flera plan, som bland annat berör arbetet med program. Det "generella" i den ändrade betydelsen kopplar i så fall mindre till en idé om själva byggnaden och dess arkitekturlösningar, och mer till ett behov hos de inblandade parterna och aktörerna att *hitta vägar i processen* förbi vissa svårigheter med program och specifikationer. Dessa situationer och behov skiftar förvisso en hel del mellan olika regioner och projekt, från dem där man har sammanhållna processer med tydligt definierade funktionsprogram som skall projekteras, till mer öppna och rörliga processer där programmeringen och projekteringen löper mindre målstyrt. Det är i den senare typen av process som generaliteten, i sin nyare förståelse, verkar få större utrymme. (Det ser ut att finnas en parallellitet i hur mycket beställarorganisationen i respektive region själv definierar och aktivt håller i styrande dokument för utformning och utförande, gör ändringar o.s.v.)

I de mer öppna och rörliga program- och projekteringsprocesser, där man söker vägar fram utan tydliga programspecifikationer, verkar generella lösningar t.ex. för vårdavdelningar kunna få funktionen att undvika beslut (eller beslutskomplikationer) och samtidigt få till något byggbart av en för alla acceptabel kvalitet. Då kan generella lösningar framstå som något byggprocessinriktat, snarare än mottagar- och verksamhetsinriktat. De kan också framstå som ett slags ersättning för att utgå från differentierade standarder för olika ändamål, och med dem i stället skapar en *förhandlingspunkt*. Denna tar utrymme i projekten eftersom den behöver fixeras. En effekt, utöver det konkreta resultatet i en planlösning, ser alltså ut att vara att det tar en viss plats i byggprocessen, oavsett att en del av avsikten kan ha varit att eliminera eller reducera faser av funktionsprogrammering.

En slutsats utifrån vad undersökningen ger om användandet av så kallade generella lösningar är att det behövs tydliga analyser i varje projekt av *vad* det är generaliteten ska inbegripa och avse i relationen mellan byggnad, verksamhet/program och eventuella standarder. "Generellt" kan inte vara "allt", varje generalitet har ett slags yttermått, en "spännvidd" som arkitekten måste fastställa i det aktuella projektet: generellt mellan *x* och *y*. Detta för att säkerställa att den blir kostnadseffektiv och ändamålsenlig inte bara för bygge och investering utan också för drift och användning på lite längre sikt. Vilka konsekvenser får den? Vad väljer man bort? Vad ger man avkall på, för något som eventuellt mer riktar sig mot byggprocessen och bygginvesteringen än mot driften eller andra prioriteter? Om man exempelvis föreställer sig att en generell lösning ska kunna "hålla öppet" för förändringsbehov kopplade till *nära vård*, fungerar det troligen inte väl om detta inte är tydligt utrett som ingångsvärde. Man måste också fundera över i vilken utsträckning generalitet kan komma i konflikt med andra uttalade mål för byggandet och arkitekturen, t.ex. omsorgsfullt arbete med "läkande miljöer" (jfr From & Lundin 2009, s. 229-248, 251-269). Ingångsvärdena, d.v.s. vilka krav och intressen som skall bevakas, behöver läggas fast för att säkerställa att man uppnår det man önskar i fråga om ändamålsenlighet och kostnadseffektivitet och för att undvika att "generalitet" blir en mötespunkt i en öppen förhandling. Vikten av detta torde öka i förhållande till utredningens frågor, alltså hur mer övergripande intressen än de lokala och projektanknutna måste säkerställa en plats i utformningen av sjukhus.

4. Kunskapsstöd och standarder: PTS-verktygets brister och fenomenet "projektisering"

Det projekteringsstöd alla tillfrågade i undersökningen använder eller förhåller sig till är PTS, *Program för teknisk standard*, som betecknar ett verktyg och exempelsamling för funktionsplanering och teknisk specificering av vårdavdelningar och vårdrum. PTS har skiftande användning och förståelse beroende på lokal kontext, och beskrivs som en "utgångspunkt". Det blir på så sätt splittrat och ostrukturerat, och fungerar ej som standard. Därmed kan det inte bidra till genomslag för ett övergripande, normgivande perspektiv, utan riskerar i stället att bidra till ett avgränsande "fastighetsperspektiv" och till det jag benämner "projektisering". Då bidrar verktyget heller inte på det sätt som det borde kunna till systematisk kunskapsöverföring och innovationsspridning. En del av problemet kan finnas i själva verktyget, nämligen att det är överanvänt och inte adekvat. Genom dessa olika brister hindras det också från att fylla funktionen att effektivt och stabilt föra in neutrala medicinska perspektiv i lösningarna och projekteringen.

PTS, *Program för teknisk standard*, utgör den viktigaste gemensamma referensen för aktörer i sjukhusutformning och -projektering: alla intervjuade hänvisar till detta instrument, och användningen och användbarheten av PTS beskrivs också på likartat sätt av alla intervjuade, inklusive sådant som är problematiskt och motsägelsefullt. Enligt PTS Forums egen beskrivning är det ett projekteringsstöd som är ett IT-system, ett nätverk, och ett uppslagsverk. Det märks en viss tvetydighet och oklarhet kring verktyget och dess funktion och syfte. Det har inte en normerande eller styrande roll. PTS aktualiserar därför en större kunskaps- och tillämpningsmässig samordningsfråga: vad är det som gäller? PTS presenterar många svar, och tycks enligt flera intervjuade anpassa sig efter användaren.

PTS präglas av en skiftande användning och tolkning beroende på lokal kontext i respektive region och sjukhusbyggnadsprojekt. Detta tar sig bl.a. uttryck i att det av aktörerna beskrivs som "en utgångspunkt", eller "ett avstamp", alltså något som är frivilligt på de flesta nivåer: inte bara huruvida det skall användas (vilket är normalt när något är en branschstandard) utan också i vilken omfattning och hur det ska användas och eventuellt omtolkas och bearbetas lokalt. Samtidigt ger informanterna klara uttryck för en efterfrågan på något som fungerar som en verklig standard, alternativt något normerande och styrande från en nivå över regionerna. Denna efterfrågan verkar dock inte har nått någon formulerad riktning eller artikulation.

Av svaren i undersökningen framgår således att tillämpningen och en del av utvecklingen är lokal, ”för att nå den bästa kvalitativa nivån i det enskilda projektet". D.v.s. användningen relaterar i första hand *in* till det enskilda projektet i långt i högre grad än till gemensamma nivåer utanför detta. Denna bild bekräftas för övrigt i ett pågående forskningsprojekt vid KTH, Chalmers och Uppsala universitet. (Se vidare Havenvid et al., påg. forskningsprojekt SBUF:13781, 2019-2021.) Det finns en helt etablerad praxis med lokala (d.v.s. regionala) eller i byggprojektet situationsbestämda tillägg och ”bearbetningar” av PTS, utifrån förutsättningar och fordringar i de enskilda projekten, något som alla användare verkar göra i någon form.

Med den praxis av lokal bearbetning och fritt förhållningssätt som informanterna beskriver tycks PTS komma tämligen långt ifrån vad man lägger i begreppet standard, namnet till trots *(Program för teknisk standard*). Resultatet av de lokala bearbetningarna är, enligt flera informanter, ett hjälpmedel som i viktiga avseenden blir splittrat, ostrukturerat, inkonsekvent och delvis självmotsägande i sina funktioner som kunskaps- och projekteringsstöd. En återkommande uppfattning är att PTS inte räcker till (inte täcker allt som skulle behövas) och skiftar i tillämplighet från rumstyp till rumstyp, samtidigt som det sägs tillhandahålla för många parallella varianter. Variationen (regionvis) i form av lokala bearbetningar verkar öka just genom att de egna tilläggen behövs p.g.a. hjälpmedlets brister. Det ser ut att ha drag av ond cirkel: avsaknaden av tydlig struktur överordnad det lokala gör att variationen ökar och användbarheten minskar.

Till bilden av den bristande systematiken hör också att det inte finns någon organiserad avstämning av kunskapstillämpandet eller resultatet. Denna bristande systematik ligger både på den lokala (d.v.s. regionala) nivån och på den gemensamma eller nationella. Detta är vad som i praktiken skapar det största avståndet till funktionen hos en standard i egentlig bemärkelse. En stor del av poängen med en standard kan knytas till dess *kunskapsinnehåll*, att den är en "transportör" av kunskap – förutsatt att den följs. "Standarder är expertkunskap lagrad i regler", d.v.s. de behöver följas för att kunskapen i fråga inte ska luckras upp eller gå förlorad. (Jacobsson, i: Brunsson & Jacobsson 1998, s. 135.) Standarden kan i bästa fall lösa

en stor del av kunskapsspridningen i ett decentraliserat system, och göra att fullständig centralstyrning undviks, genom att den skapar generalitet och tillämpbarhet – men just genom att *precisera* innehåll och användning (jfr ovan om generalitet). Dock måste man ta ställning till och organisera vem som ytterst – och överst – ansvarar och står till svars för innehållet i en standard, liksom huruvida det adekvata är standarder (frivilliga) eller normer (tvingande). Likså behövs en medvetenhet om hur den förhåller sig till *praktiserad* expertkunskap, så att den inte blir ett hot mot expertens omdöme, ett "manualrytteri" som ersätter förnuftet. Om den på så vis förknippas med orimlig tilltro till "kvalitetssäkring" finns risken att den snarare än kvalitet i egentlig bemärkelse kommer att syfta till att underlätta utförandet av granskningsprocedurer. (Jfr Jacobsson, i: Brunsson & Jacobsson 1998, s. 140-141.) Men om den typen av fallgropar kan undgås och standarder kan organiseras bättre i sjukhus- och vårdbyggnadsplaneringen, kan de då vara ett möjligt sätt att "förpacka" delar av ett reformarbete?

Den ovan beskrivna dubbelheten hos användarna – å ena sidan en önskan om mer definitiva standarder eller t.o.m. normstyrning, å andra sidan en nöjdhet med den rådande situationen – antyder att ett förändringsinitiativ behöver komma utifrån. Det finns ett intressant bromsande argument som några intervjuade ger uttryck för i form av farhågor att mer av fastställda standarder eller normstyrning skulle innebära kostnader, därför att utrymme för kreativitet och egen kunskapsutveckling kombinerat med förhandlingar kring lokala lösningar och "genvägar" då skulle minskas – ett argument som i realiteten troligen mest skyddar det enskilda byggprojektets handlingsfrihet, snarare än att bevaka ett optimalt sjukhusbyggande. Om PTS-verktyget således inte kan utgöra en standardiserande motvikt till variation och specifika anpassningar utan håller öppet för anpassningar och bearbetningar, kan det tvärtom förmodas *bidra* till ett begränsande "fastighetsperspektiv", alltså att lokala byggnadsfrågor tar överhanden, och på så sätt till en sjukhusplanerandets "projektisering". Med "projektisering" avses här att lokala bearbetningar stannar i regionen och det enskilda projektet, medan de mer generaliserbara kunskaperna i stället förs vidare via projektens enskilda aktörer. Konsekvensen blir att de lokala erfarenheterna inte heller förs upp till en gemensamt tillgänglig nivå, och övergripande, generaliserbara erfarenheter binds i stor utsträckning till projektaktörernas egna miljöer och utbyten. Kunskapen och kunskapsinflödet begränsas på så vis till varje sjukhusprojekt och en "horisontell" rörelse dem emellan, snarare än ett flöde till och från en övergripande och mer oberoende kunskapssamlande instans.

Som en illustration till fenomenet projektisering: den viktigaste föregångaren – själva "portalprojektet" – verkar vara Nya Karolinska i Solna (NKS). NKS exemplifierar mönstret mycket konsekvent och tydligt, och har också varit byggentreprenören Skanskas väg in till svenska sjukhusprojekt där de numera är på väg att etablera sig starkt. Hela NKS-projektet lades upp som ett konstruerande av en sådan lokal projektkultur, vilken på ett antal väsentliga punkter skars av från omgivningen, t.o.m. från sin egen regionkontext (jfr Meijling 2018; Grafström, Qvist & Sundström, red., 2021). En intressant poäng med NKS-exemplet är alltså att om det på andra områden har lett till avståndstagande och kritik, har det i just detta avseende blivit en föregångare och kanske också mönsterbildare.

Det troligen största enskilda problemet med projektisering är att viktig kunskap därigenom i stor utsträckning "traderas", snarare än systematiseras (jfr de preliminära slutsatserna hos Havenvid et al., 2019-2021). Då går sjukhusbyggandet miste om en mer organiserad kunskapsöverföring och innovation, något som har direkt bäring på utredningens problemställningar kring kunskapsstöd och kunskapsöverföring. Felet ligger alltså inte i att lokal kunskap genereras och exempelvis förs in i lokala bearbetningar av PTS – det innebär

ju att instrumentet (i sina lokala tappningar) tillförs en myckenhet kunskap och erfarenheter. Problemet är det finns ett kontinuerligt inflöde av uppdaterad kunskap om sjukvårdens aktuella lösningar som inte återförs och systematiseras i ett gemensamt, övergripande system. Problemet finns även på lokal nivå: de informanter som yttrat sig i undersökningen uttrycker att de bearbetningar som görs lokalt inte erfarenhetsåterförs på något strukturerat sätt som ett stärkande av instrumentet och av kontinuiteten i regionalt förvaltad kompetens (jfr ovan). (I ett av de studerade fallen uppges det dock finnas ett försök eller en ambition att komma till rätta med detta – detta exempel har emellertid endast ett lokalt syfte.)

En del av problemen skulle också kunna beskrivas som en överanvändning av PTS – något som kopplar till verktygets bakgrund. Det har vuxit fram ur en mer begränsad funktion för just teknisk programmering i byggprocesser, allra först i Huddinge-projektet. Där utvecklades det som en integrerad del i den projektorganisatoriska verktygsarsenalen, "för att på ett tidigt stadium fastställa lämplig byggnadsteknisk och utrustningsteknisk standard", och med ekonomistyrning som ett yttersta syfte. PTS skulle vara en fortsättning på det detaljerade rumsfunktionsprogrammet, RFP, för att styra val av byggnadsdelar, installationer, material, inredning och utrustning till en standardiserad, jämn ambitionsnivå projektet igenom (Björklöf 1976, s. 75-78). Verktyget skulle alltså inte inkludera frågor om funktionsprogrammering mer i allmänhet, eller arbete med planering, planlösning o.s.v. i sig. Enligt den beskrivning som fanns hos Spri skulle det vara en programhandling till för att att förenkla, förbilliga och kommunicera programmerings- och projekteringsarbetet i byggprocessen, genom att begränsa antalet varianter och samordna lösningar inom och mellan byggnadsobjekten. Det överordnade syftet var enligt Spri att förtroendemännen (alltså politikerna, beställarna) skulle få beslutsunderlag som möjliggjorde bedömning av investeringarna i förhållande till årskostnadskalkyler samt en smidigare beslutsprocess. (*Att utarbeta PTS*, Spri 1986.) PTS har alltså inte varit avsett att ha med lösningen i sig att göra, eller någon form av koncept, utan ett verktyg för att *översätta* en viss lösning till en standardiserad komponent och en nomenklatur. En möjlig förklaring till nutidens inkonsekvenser och bristande struktur kan alltså vara en framvuxen överanvändning, där PTS idag används och fortsatt bearbetas i brist på andra verktyg som inte finns (för standarder, för normering, för kunskapsstöd till bredare frågor om funktionsplanering och -programmering, m.m.). Eftersom PTS har klarat sig vidare efter andra förändringar och avskaffanden – inte minst ett slags vakuum efter Spri, NSB och SBN – används och "laddas" detta överlevande verktyg då med förväntningar som går utöver vad det egentligen är avsett för och kan bära, och blir till någon del ett substitut för det som egentligen efterfrågas.

Flera av de i undersökningen tillfrågade menar att den praktiska lösningen kan vara någon form av "gemensamt eller statligt ägande av frågan". Denna reflektion är dock oftast inte närmre artikulerad. Det framträder en viss svårighet att diskutera frågan (om avsaknaden av standarder, kunskapsstöd, normering o.s.v. och om möjliga lösningar), som om den vore något imaginärt där ingen riktigt kan visualisera hur alternativet skulle kunna se ut. Tolkningar och innebörder blir olika för varje informant. Detta indikerar att frågan inte har nått någon mognad som diskussionspunkt och att det inte verkar finnas föreslagna lösningar och modeller i omlopp. Man tycks bunden till det som finns, samtidigt som de befintliga institutionella strukturerna (som exempelvis CVA och FVB) i sin nuvarande form uppenbarligen inte räcker till för att föra in den förändring som informanterna efterfrågar.

Till sist i detta avsnitt kan vi notera ett förhållande med potentiellt stora konsekvenser, nämligen en bristande närvaro av generella medicinska perspektiv. Genom att bearbetningen och tillämpningen av lösningar och även föregivna standarder är lokal, och genom att

kunskapsmassan i övrigt i huvudsak förs av enskilda byggaktörer från projekt till projekt, präglas hela sjukhusbyggnadssituationen generellt av en brist på eller till och med hinder för för neutrala medicinska perspektiv. (Neutrala i meningen icke anknutna till byggprojektens parter eller till enskilda representanter för vårdprofessioner.) Att den kunskaps- och erfarenhetsbank som främst kan få genomslag är lokal eller projektanknuten måste utgöra ett problem för det medicinska kunskapsinnehållet, både i det enda verktyg (PTS) som har en uttalad roll som "kunskapsöverförare" och i den "projektiserade" kunskapsmassa som byggaktörerna för vidare. (Om standarder som expertis överförd i form av regler, jfr Jacobsson, i: Brunsson & Jacobsson 1998, se ovan.) Medicinsk och erkänd vårdprofessionell kunskap kan per definition inte organiseras lokalt, utan är beroende av normering och normstyrning alternativt överföring via standarder. Men genom att de standardliknande och normersättande verktyg som finns är lokala, har denna kunskap ingen säker väg in. (Mer om detta nedan.)

5. Koordinering med externa faktorer och intressen: svag närvaro

Undersökningen har via konkreta frågor till informanterna jämfört utformningen av enskilda projekt med utredningens perspektiv på överordnade och nationella vårdintressen. Dessa intressen kan vara av olika art, men genomgående är att de efterfrågar någon form av koordinering mellan överordnat/gemensamt och lokalt/enskilt. Därför kan olika sådana vårdintressen också ses som komponenter i en samlad systemnivå. Koordineringsfrågorna kan ligga på flera nivåer, som regionala, samverkansregionala och nationella, och de kan handla om frågor som nivåstrukturering och den omfattande frågan om omställning till nära vård och digitalisering, eller exempelvis om utbildning, kompetensförsörjning och beredskap. Undersökningen har sökt att få indikationer på om och hur dessa tas tillvara och kommer till uttryck i de enskilda projekten: förekommer en koordinering med sådana externa faktorer och intressen? Slutsatsen är att koordineringen är svag och att gemensamma/överordnade vårdintressen generellt har svårt att hitta in i de olika sjukhusprojekten. I denna analys diskuteras möjliga förklaringar till frånvaron av koordinering och risker förknippade därmed, samt koordineringsbehov som aktualiseras särskilt.

Utredningens perspektiv på överordnade och nationella vårdintressen har jämförts med utformningen av enskilda projekt. Det handlar om koordinering på olika nivåer, som de regionala med de samverkansregionala och nationella. Det kan handla om konkreta frågor som centralisering, nivåstrukturering och högspecialisering, liksom den omfattande frågan om omställning till nära vård som en aktuell agenda med politisk prioritet. Det kan vidare handla om utbildningens och forskningens intressen, liksom om framtida kompetensförsörjning. Det kan slutligen handla om strategier för digitalisering, beredskap och hållbarhet. Tar regionerna hand om dessa intressen och koordineringsbehov i de enskilda sjukhusprojekten? Slutsatsen av undersökningen är att koordinering med denna typ av externa och överordnade intressen inte görs. Om vi betraktar det som sjukvårdens system- eller strukturnivå, har den, med vissa bestämda undantag, en generellt sett svag närvaro i de olika sjukhusprojekten.

Det framkommer att det saknas upparbetade vägar till att föra in intressen på denna nivå i projekten. Inga svar tyder heller på att något sådant skulle vara på väg att uppstå i anslutning till de pågående projekten, t.ex. på någon självorganiserad väg. Det finns visserligen grundläggande olikheter och fördelningar i projekttyper och förutsättningar i jämförelser

mellan de olika studerade sjukhusprojekten. I vissa fall kan förstås sådana perspektiv vara mindre aktuella, eller bara aktuella i något visst avseende, medan det i andra fall kan handla om mycket angelägna intressen och program – närmast till hands att nämna bland externt formulerade perspektiv med svag närvaro är *omställning till nära vård*. I denna fråga uppges visserligen återkommande någon form av inverkan, i ett av projekten med en klar ambition att öppna för detta, men den är inte i något fall tydligt specificerad eller beräknad. Omställning till nära vård förekommer i alla händelser inte som ett på förhand utrett och beskrivet ingångsvärde i ett sjukhusprojekt. Frågan om omställning till nära vård är av svaren att döma fortsatt präglad av föresatser och antaganden. Denna mycket viktiga koordinerings- och transformeringsuppgift spelar alltså generellt sett inte in på något framträdande sätt.
Ett liknande mönster kan iakttas även angående *digitalisering*. Heller inte denna för sjukvården centrala utveckling är något som i någon påfallande utsträckning påverkar lokalutformning (t.ex. med någon form av rumstyp eller inverkan på rumstyp) eller program.

En gemensam systemnivå blir således inte synlig i projekten. Snarare ser det ut som att kapaciteten i respektive region nätt och jämnt når upp till att hantera ett eget sjukhusprojekt. I de flesta fall krävs dock expertbistånd eller olika särskilda lösningar för att säkerställa därtill nödvändig kompetens. Ambitioner i den vägen – att från början skriva in programarbetet för sjukhusprojektet i ett vidare sammanhang – framstår just som ambitioner. (Det finns i alla fall ett exempel på detta bland de undersökta projekten, även om det inte har kunnat specialundersökas ur just denna aspekt, d.v.s de reella utsikterna för de uttalade ambitionerna.)

Ett delvis undantag från mönstret med svag närvaro av koordinering av externa intresssen finns när det gäller *kompetensförsörjning och bemanningsfrågor*. Dessa uppges som regel komma in som en tydlig fråga i projektens utformning, och då som en fråga om att ekonomisera med en knapp resurs där kraven på lokalernas utformning förhåller sig tydligt till bemanningsmöjligheter. Kompetensförsörjning och bemanning som utformningsfråga har bäring på trenden mot enpatientrum, som å ena sidan sänker antalet vårdplatser/patienter, men å andra sidan i vissa avseenden försvårar ett effektivt arbete (sämre överblick, sämre synergier, större ytor och längre sträckor per patient).

En mer generell förklaring till frånvaron av koordinering som antyds av intervjusvaren är *otydliga mandat* (d.v.s. att sådana externa faktorer inte förekommer i någon tvingande form som i så fall skulle bli ett direktverkande incitament) och att det därför inte är påkallat att föra in dessa perspektiv som styrande och definierande för projektens utformning i alla delar. Det kan även gälla mandat för nivåer av *nationell nivåstrukturering/specialisering eller centralisering*, eller vilka sjukhus som i förhållande till lokalmässiga, tekniska och försörjningsmässiga förutsättningar klarar avstängning p.g.a. en krissituation. En informant pekar på otillräckligt systemtänkande just i förhållande till *beredskap och redundans*, aktualiserat av pandemin: inom Covid-vården hade man i Stockholm "kohortvårdmässiga förutsättningar" att disponera om kapacitet *inom* regionen och dess olika anläggningar medan inget driver på att skapa sådana möjligheter också *mellan* regioner i övriga landet, en nödvändig förutsättning när man inte har samma interna kapacitet. Detta skulle kunna tänkas ha direkt bäring på frågor om regionernas dimensionering av vårdplatsantal och vårdavdelningars utformande – men dessa frågor hanteras idag till stor del utan ett sådant perspektiv, att döma av svaren till undersökningen.

I utredningens kontext bör den viktigaste aspekten av utebliven koordinering i utformningen av sjukhusprojekt vara de risker denna frånvaro medför. Det aktualiseras med stor tydlighet

av *omställning till nära vård* som reformagenda. Förutsättningen för att denna reform ska kunna föras ut i livet och omvandlas till fungerande arbetssätt är att den kan hitta stabila vägar in i och koordineras med sjukhusbyggnadsplaneringen. Passerar denna uppgift (omställning till nära vård) olöst, utan att integreras i de pågående stora investeringarna? Det är ett absolut sammanträffande i tid – ett tillfälle, på vanlig svenska – som i så fall riskerar att missas, där reformansträngningar och investeringar görs samtidigt utan att kopplas ihop. Denna risk är såväl ekonomisk som medicinsk. Den blir större, eller närmar sig den konkreta felinvesteringen, om förändringar likväl görs inom sjukhusplaneringen med hänvisning till omställning till nära vård, ifall denna omställning ännu inte har utprövade och etablerade former, byggnadsmässigt såväl som vårdmässigt och medicinskt (jfr CVA-rapporten *Framtidens vårdbyggnadsstruktur*, 2021:1).

Denna konkretiserade risk – investeringar och lokala formförändringar utan förankring i gemensamma system och normer – förstoras ytterligare av att den nära vårdens former med stor sannolikhet kan bli ett fält för markant lokala idéer och viljor i långt högre grad än sjukhusen och sjukhusprojekten (jfr om projektisering och lokalt begränsade perspektiv ovan). Det understryks av de osäkerheter som finns i reformagendan, vilken är beroende av fungerande utbyten för att komma framåt. ("Nära vård är ingen ny organisationsnivå [...], det beskrivs snarare som ett nytt sätt att arbeta med hälsa vård och omsorg", CVA 2021:1.) Behovet av koordinering kring den nära vårdens former är inte en fråga om att "föra ner" system och lösningar till utförande – poängen med koordinering är att utvecklandet och utprövandet måste kunna löpa i minst två riktningar för att nå de resultat som krävs, mellan de lokala initiativen och de övergripande politiska, vårdstrategiska och medicinska.

Oavsett vilka samverkansformer och lösningar som skulle kunna utvecklas är kunskapsdimensionen i nära vård är ett koordineringsbehov som i viss utsträckning måste fixeras. Just av den anledningen måste det kunna implementeras med någon form av granskning av de valda lösningarna – en kunskapsstyrning. Man behöver vara tillräckligt överens om vad kunskap är på ett visst område, t.ex. genom en avvägd evidens, och den koordinerade implementeringen av detta måste få formen av ett kunskapsstöd med en stabil väg in i byggprojekten.

6. Kunskapsöverföring och innovation

Undersökningen indikerar att perspektiven i praktiken är riktade mot mer lokalt präglade byggnadsfrågor (jfr analysavsnitt 1). Övergripande vårdintressen och reformbehov, som exempelvis omställning till nära vård, har inte någon stabil väg in (jfr analysavsnitt 5). Faktorer som dessa innebär en begränsning inte bara för koordinering och styrning, utan också för kunskapsöverföring och kunskapsutveckling. Men det betyder även hinder för organiserad innovation, t.ex. av former för omställning och nära vård-organisering. Sådana förutsättningar som nu saknas för koordinering och kunskapsöverföring krävs för en fungerande innovation, framförallt i utvecklandet och implementerandet av lösningar för övergripande vårdintressen och behov. De specifika bristerna i former för kunskapsstöd och kunskapsöverföring ser ut att leda till ett olyckligt sammanträffande där stora investeringar görs som inte kan relateras till en gemensam kunskapsnivå.

Att perspektiven i den rådande praktiken riktas mot mer lokalt präglade byggnadsfrågor inverkar på sjukhusbyggandets kunskapsutveckling. Flertalet av de undersökta projekten

präglas av en form av "återhållsamhet" och begränsning när det gäller byggnadsuppgiftens formulering och målsättningar – detta sagt konstaterande, inte som en värdering, men med observationen att de inte programmässigt siktar mot strategiska utvecklingsfrågor för sjukvården. Det avser således inte projektens storlek – det är i flera fall fråga om mycket stora och ekonomiskt vågade investeringar – men om hur dessa projekt behandlas i fråga om vad de kan potentiellt kan fånga upp och bearbeta för det framåtsyftande lösandet av förändrade vårdbehov. I dagsläget liknar projektens ambitionsnivåer och framåtblickande mer av ett "benchmarkande" från projekt till projekt, i meningen att jämföra och vara jämförbar, även om det kan vara en hög nivå i och för sig. En jämförelse kan göras med NKS-projektet, färdigställt 2018, som hade en (om än förfelad) systemsyftande ambitionsnivå: denna återkommer inte i de studerade projekten, med en möjlig reservation för Växjö.

När externa faktorer och övergripande intressen, som exempelvis förändrade nationella vårduppdrag eller omställning till nära vård, inte har någon stabil väg in i de lokala övervägandena eller inte påverkar ambitionsnivåerna innebär det också en begränsning för kunskapsöverföring och kunskapsutveckling. Den beskrivna "återhållsamheten", som i väsentliga avseenden relaterar och begränsar projekten till fastighetsfrågor och omedelbara lokalförsörjningsfrågor, är kongruent med det regionala ägandet av byggnadsfrågorna som ligger hos fastighetsavdelningar eller i fastighetsbolag. Detta kan tänkas påverka syftesformuleringar och projektlogik, så att ingångarna till att arbeta planerat innovativt blir färre och mindre. Kunskapsutvecklingen behöver kunna drivas på som ett eget syfte, bortom överväganden om enskilda fastighetsfrågor, och med incitament som kan kanaliseras på ett stabilt och ordnat sätt. Idag ser alltför mycket av de eventuella – och i så fall potentiellt riskfyllda – möjligheterna ut att ligga i kraftfulla och antagligen till en god del personberoende initiativ. Då saknas en systematik utanför den egna projektkontexten och en organiserad relation till oberoende kunskap. Detta behöver alltså inte underkänna pågående initiativ och försök – men det pekar på behovet av att sätta samman dem med systematisering av kunskap och övergripande och gemensamma intressen. (Jfr Havenvid et al. 2019-2021.)

Det saknas en oberoende *värdering* av möjliga lösningar, såväl genom den egna organisationen som i någon central instans – detta kan ses som ett känt faktum, men det bekräftas också genom undersökningens olika fall. I fråga om kunskapsöverföring och kunskapsstöd är det mer eller mindre samstämmiga svaret från tillfrågade att det i hög grad sker ”kollegialt, från projekt till projekt” och att enskilda personer/konsulter därvid är viktiga som kunskapsbärare mellan regioner snarare än regionerna själva. En återkommande beskrivning i konsekvens med det är att kunskapen så att säga sitter i respektive projekt, och rör sig mellan projekt. Rekrytering av personer ur denna "projektkultur" blir avgörande, i stället för en inhämtning av kunskap genom sådana mer neutrala kanaler som inte finns. Här ser vi alltså ytterligare en aspekt av "projektiseringen" (jfr ovan), att kunskapen och kompetensen om sjukhusbyggande knyts till pågående projekt och däri ingående aktörer och målsättningar snarare än att den i större utsträckning upprätthålls och utvecklas någonstans utanför och fristående från dessa. Det aktualiserar också en viktig diskussion om hur goda lösningar på denna fråga ser ut, och om fora som CVA och FVB står tillräckligt oberoende från enskilda aktörer och processer och därmed kan fylla en sådan funktion som åtgärdar de nuvarande bristerna.

Men frågan om överföring och implementering av kunskap och innovation är inte komplikationsfri. I några intervjusvar ställs den egna, projektanknutna erfarenheten *mot* sådana definierade modeller och standarder som kommer ur en organiserad kunskapsprocess. T.ex. kan det heta att ”ett projekt ritat enbart på grundval av standardiserade modeller och

utprövade koncept skulle bli för dyrt, man måste ha folk som vet hur man gör, hittar vägar och lösningar baserat på erfarenhet och omdöme, för att säkra projektets ekonomiska genomförbarhet." En del av det upplevda problemet kan dock vara att det just uppfattas som ett fritt val: om standardiserade lösningar som för över kunskap inte är normgivande och styrande, hamnar dessa i ett slags förhandlingssits mot andra möjliga lösningar och tillvägagångssätt. Då kan en standard framstå som "det dyrare alternativet". Men kostnaderna kanske då inte sätts i tillräcklig relation till syften och kalkyler bortom själva byggprojektet och det byggnadsmässiga utförandet, exempelvis årsdriftskostnader och framtida behov.

Den beskrivna "återhållsamheten" (med begränsningen av perspektiv och syften) och de instabila strukturerna för kunskapsöverföring utgör också hinder för organiserad *innovation*, t.ex. av organisering och former för omställning till nära vård, eller relaterad automatisering och digitalisering. Stora innovationsuppgifter finns som bekant här, och behöver troligen kunna bedrivas mer systematiskt i förhållande till reformavsikterna. De studerade projekten innehåller många goda lösningar, men kan som projekt inte sägas utgöra exempel på systematisk innovation. Det skulle fordra att behov, uppgifter och olika typer av mål analyseras och differentieras noga från början, utan förutbestämd relation till en redan befintlig byggnadsstruktur eller lokalförsörjningsmodell, och där de viktiga utgångspunkterna i stället blir behov, framtidsperspektiv och verksamhetens större kontext (Håkansson & Waluszewski, 2007).

När det gäller möjligheter till innovation framhålls ibland den lokala avgränsningen (projektiseringen) och de bristande gemensamma strukturerna som ett fördelaktigt förhållande. Frånvaron av koordinering sägs då öka utrymmet för prövande och experimenterande. Det finns med det synsättet alltså någonting värdefullt och positivt i att samtliga regioner och projekt under dagens fria villkor och självständighet inte behöver stöpas i samma form och därmed tvingas in i att upprepa andras misstag, utan står fria att pröva nya lösningar på egen hand och hämta in det som man upplever fungerar på andra håll. Hur mycket som egentligen sker av sådant experimenterande kan inte denna undersökning svara på, intrycket är ju som sagt snarare återhållsamhet. Det enda dokumenterade fallet i större skala på senare år är NKS, en medvetet "regelbrytande" byggnadslösning som kan vara exempel på det fria prövandets möjligheter. Detta projekt hade siktet inte bara på en fastighetsfråga utan just på en förändring av vårdens former och organisering (Meijling, 2018). Men NKS blir i innovationshänseende framförallt ett exempel på vad som då saknades, nämligen systematik. Variation och vildvuxenhet blir inte intressant i sig, d.v.s. om det inte finns någon form av systematik och granskning. Innovation är en planerad och organiserad verksamhet där man stämmer av mot en större kontext och siktar mot en möjlig spridning. (Håkansson & Waluszewski, 2007.) Syftet måste vara att ändra processer systematiskt.

Ett värdefullt exempel i nära anslutning till undersökningen kommer från Region Kronoberg, där det pågår aktivitet kring omställning till nära vård. Denna aktivitet bedrivs lokalt, som en "experimentverkstad" för regionen. Det betyder att den kopplar aktivt till omställningen, men så att säga ensidigt: det finns ingen definierad återkoppling, utvärdering eller erfarenhetsåterföring till en övergripande nivå. Det kan alltså vara så att intressant utveckling bedrivs på sina håll, som i Kronoberg – men frågan är: systematiseras kunskapen i den? I den mån ett utvecklingsarbete bedrivs inom regionen, som i Kronoberg, bör det ur innovationshänseende liksom ur ett resursperspektiv drivas framåt på med mer systematik.

Innovation förutsätter även på (sjukhus)byggandets område en större organiserande och utvärderande kontext, där systematik kring evidens och arbetets kumulativitet inte bara säkrar

ett mått av progression utan också att samma sak inte görs om och om igen på åtskilda platser. Det fordrar att försöket eller lösningen sätts i tydlig relation till befintlig systematiserad kunskap, tidigare erfarenheter, målsättningar, systematiskt undersökta lösningar och former för oberoende värdering och förmedling. Enligt litteraturen på området definieras en innovation bl.a. av att det är "something new that has been developed, produced *and* brought into widespread use", d.v.s. något som tar sig vidare förbi själva idén och försöket och blir en ny och vida accepterad lösning (Tidd, Pavitt & Bessant, 2001). Centralt är då hur en ny lösning kan integreras och skapa värde i hela sitt relevanta sammanhang – den är inte till för sig själv, utan beroende av en bedömande och interagerande kontext (Wagrell 2017, s. 19-20). Det förutsätter någon form av organisering och systematik, precis som inom vilket annat kunskapsfält som helst – däri kan inte sjukhusbyggande utgöra något särfall. Till det behövs någon form av gemensamma och accepterade normer, och evidens på vad som är bättre lösningar måste bedömas utifrån gemensamma kriterier bortom den enskilda aktören och verksamheten. (Jfr t.ex. van de Ven, *The innovation journey*, 2008.)

Det viktigaste svenska jämförelseexemplet i detta avseende är fortfarande Huddinge sjukhus (HS, numera del av Karolinska Sjukhuset). Detta projekt var systematiskt såväl i den behovsanalytiska utgångspunkten som i sjukhusprojekteringen, med stor betydelse som referens även idag. Avsikterna var noga beskrivna, och arbetet dokumenterades utförligt. HS som planerad innovation hade tydliga utgångspunkter *dels* i sjukvårdsbehovens utveckling och förändring (vilka behov som skulle mötas, var de skulle omhändertas, hur), *dels* i själva sjukhusbyggnadsprojektets utformning och organisering. Denna planerade innovation hade i sin tur sin närmsta föregångare i Södersjukhuset, det första på förhand verkligt utredda och studerade moderna sjukhusprojektet i Sverige. Detta projekt var inledning såväl till sjukhusplanering som modern arkitekturforskning överhuvudtaget i Sverige, med lösningar som har fortsatt betydelse i dagens sjukhusbyggande – t.ex. de delade vårdavdelningar som är den konfigurativa kärnan i dagens lösningar (Birch-Lindgren 1934; Björklöf 1976; Åman 1976; From 2007; CVA 2019). Ett senare exempel på medvetna förnyelseavsikter är NKS, dock inte genomfört med den typen av systematik eller involvering av legitima aktörer, och därför av långt mer tveksam betydelse i sina resultat.

Idag finns en pågående och levande forskningsdiskussion om vårdmiljöer, om än inte särdeles bred. Den är begränsad till ett fåtal miljöer, där CVA är den viktigaste, och omsätter inte enorma summor. Den har en tradition och utgångspunkt i just vårdens miljöer, men det finns ett behov av att vidga mot större sammanhang, något som inte minst indikeras av rapporten om framtidens vårdbyggnadsstruktur (CVA 2021:1). Forskningen kring vårdmiljöer har särskilda utmaningar. I stor utsträckning är det samma typ av utmaningar som präglar arkitekturforskning generellt sedan lång tid, i korta drag relationen mellan teoretiskt och praktiskt vunnen kunskap samt vad olika lösningar har för dokumenterbara effekter och om dessa kan avgränsas och förklaras "evidensbaserade". Detta kan observeras också i den forskning som rör vårdbyggnader och -miljöer, i fråga om hur kopplingar till övergripande normer i kunskapsutvecklingen görs: här företer den rörliga och svårbestämda gränser mellan vad som *tillämpas* i ett projekt och vad som *utvecklas* i ett projekt, där olika forskningsparadigm möts över inte helt klargjorda gränsdragningar och definitioner. Denna osäkerhet eller öppenhet kopplar ihop vårdarkitekturforskning och vårdarkitekturpraktik, och behöver inte vara per definition problematisk. Men när den i ett förlopp rör sig mellan paradigmatiskt olika begrepp som evidensbasering, intuition och dialogplanering, kan den skapa osäkerhet om specifikt och generellt: vad som går utanför arbetet med ett enskilt projekt, alltså överordnade intressen och normer som det behövs universell acceptans av. Framförallt (föregivet) evidensbaserade arkitekturlösningar möter svårigheter, där analogin

med evidensbaserad vård (EBM) haltar när det gäller vetenskapliga villkor. (Se vidare: Lundin 2015, som problematiserar relationen mellan olika vetenskapliga metoder inom forskning om vårdmiljöer; Marcus 2000; Steen & Koch 2012.)

Med allt detta taget i betraktande – den regionala fragmenteringen, de systematiska bristerna i kunskapsutvecklingen och forskningens utmaningar – ser det ut som en utmaning som kräver både målmedvetenhet och samverkan för att etablera en planerad innovation som kan bidra till utveckling och strategisk förändring inom sjukvårdens byggande. Likväl framstår det, både av medicinska/vårdmässiga och ekonomiska skäl, som nödvändigt. Det är sådana förutsättningar som krävs för att utveckla, överföra och implementera adekvata former för övergripande vårdintressen och behov. Bristerna på detta område ser dessvärre ut att leda till ett olyckligt sammanträffande, kanske av historiska mått, där mycket stora investeringar görs som inte fångar upp samtidiga mycket stora behov av innovation och omställning. Det problemet tydliggör den organiserade innovationens frånvaro: att ett tillräckligt ambitiöst innovationsarbete inte har satts i direkt relation ens till den politiskt uttalade omställningsagendan, utan släpar efter även i förhållande till denna.

7. Kunskapsstöd: frånvaron av övergripande vårdprofessionella perspektiv

Undersökningen ger tydliga indikationer om att neutrala medicinska och vårdprofessionella perspektiv inte har någon stabil representation i projekten. Ibland kan externa konsulter tas in, men oftare är det lokala synpunkter som får utrymme – i ingetdera fallet är deltagandet formaliserat. Av intervjusvaren framkommer också att vårdprofessionella yrkespersoners deltagande i projektprocesserna av beställarrepresentanter och konsulter återkommande beskrivs som "besvärligt" samt "fördyrande". Dessa observationer pekar på problem i relation till utredningens huvudfrågor, då ett neutralt medicinskt och vårdprofessionellt perspektiv torde höra till de övergripande vårdintressena. Två relationer – idag mer eller mindre frånvarande – kan då pekas ut som väsentliga: i fördelningen av projektens aktörsroller samt via fastlagda vägar in i projekten genom kunskapsstöd eller standarder. Ett särskilt problem i den nu föreliggande situationen uppstår när lokala vårdprofessionella företrädare i byggprojekten på ett outrett sätt får representera de generella medicinska och vårdprofessionella perspektiven, vilket troligen leder till oklarhet och sammanblandning mellan medicinska frågor och lokala medarbetarfrågor. Det beskrivna mönstret aktualiserar centrala frågor för utredningen: vilka intressen som företräds i styrningen av sjukhusbyggena, och på vilka villkor.

Undersökningens studerade exempel ger en samstämmig bild av att neutrala medicinska och vårdprofessionella perspektiv inte har någon stabil representation i projekten. Den finns, men kan se mycket olika ut. Den verkar ha svårigheter att få utrymme och att komma in naturligt i de befintliga strukturerna och processerna. Ibland kan externa konsulter på hög nivå och med stor erfarenhet tas in, men oftare är det lokala synpunkter som får ett visst utrymme. I ingetdera fallet är deltagandet dock formaliserat. Parallellt med detta återkommer snarlika beskrivningar från tongivande aktörer i projekten (beställarrepresentanter, konsulter) av de medicinska/vårdprofessionella yrkespersonernas deltagande i processerna som någonting "besvärligt" och "fördyrande", exempelvis med antaganden att det leder till fler och större utrymmen än nödvändigt. Sammantaget ser det ut som att det finns en tendens till aktiv exkludering av denna grupp ur projektprocesserna. Hur bakgrunden till den bristande eller

instabila representationen än ser ut, är detta något som direkt rör sjukhusbyggenas utformning och bevakandet av övergripande medicinska och vårdmässiga intressen.

Ett neutralt medicinskt och vårdprofessionellt perspektiv är ett övergripande intresse för vården. (Med "neutralt" avses här endast att perspektivet inte är knutet till ett visst projekt, en viss huvudman o.s.v. utan primärt till generella medicinska och vårdprofessionella utgångspunkter, lika för alla.) Bevakandet av ett sådant perspektiv eller intresse kan både vara utvecklingsorienterat (kunskapens frontlinje) och tillsynsorienterat (utövandets vetenskapliga och professionella reglering). Den till synes osäkra närvaron av detta perspektiv i sjukhusbyggnadsprocesserna kan pekas ut i två relationer: dels är inte representationen fastlagd i fördelningen av projektens aktörsroller, dels har representationen inte fastlagda vägar in i form kunskapsstöd, standarder eller normer.

Denna situation och denna tendens kan knytas till utredningens centrala frågor om sjukhusinvesteringarna och deras styrning: vilka intressen företräds, på vilka villkor? Det kopplar både till koordinering och kanaler för kunskapsöverföring i sjukhusbyggnadsprojekt och till beskrivning och värdering av vårdmässiga riskfaktorer. Förhållanden och rollfördelningar i frågan är inte givna, de beror på vad som skall uppnås och på ambitionsnivå. De är också (uppenbart) något som har förändrats över tid. Vid planerandet och byggandet av Huddinge sjukhus, vars projektformer ligger till grund för mycket av det som är helt etablerat idag (bl.a. PTS, jfr ovan), fanns en klart mer organiserad involvering av verksamheter/professioner/primära användare än vad som verkar vara vanligt idag, att döma av de studerade projekten (se Björklöf 1976). Detta förfarande stabiliserade sannolikt frågor om förhandlingssituationer och inflytande i Huddingeprojektet (oavsett diskussioner och uppfattningar om det precisa utfallet) i förhållande till generella medicinska perspektiv och den centrala granskningen av detta projekt.

Ett specifikt problem uppstår i förhållande till den representation som likväl finns av lokala vårdprofessionella företrädare i byggprojekten idag. Där uppstår med stor sannolikhet en sammanblandning mellan lokalt betonade frågor (ibland av ren personalkaraktär) och generella medicinska och vårdprofessionella aspekter. När det generella inte har en stabil representation och medverkan tycks de lokala vårdprofessionella företrädarna få representera *båda* perspektiven, både det lokala/personalbetonade och det generella/medicinska, under odifferentierade och organisatoriskt delvis oklara former. På så vis riskerar alltså medicinska perspektiv att uppfattas som personalpolitiska, t.ex. i diskussioner om behovet av vissa typer av utrymmen. Exkluderingen av det neutrala medicinska och vårdprofessionella perspektivet kan tänkas bli förstärkt av den projektsamverkansform som samtliga projekt arbetar med, s.k. partnering, där de ingående konsulternas och entreprenörernas roll och samhörighet med beställaren förstärks (jfr Havenvid et al. 2019-2021). Denna form kan nämligen tänkas försvåra tillträdet för intressen som formuleras utanför projektgruppen, och som troligen skulle vara betjänt av en mer redovisad och artikulerad rollfördelning.

Svaren till undersökningen ger således vid handen att det finns en sammanblandning, eller åtminstone bristande åtskiljande, mellan ett uppfattat "verksamhetsförsvar" inifrån och vad som borde representeras av ett expertperspektiv utifrån. En eventuell exkluderingstendens kan ytterligare distansera det tillgängliga medicinska och vårdmässiga kunskapsperspektivet från problemformulerandet. Med sammanblandningen av lokalt och generellt – där man inte vet i vilken grad den ena eller det andra företräds – blir det svårt att i programarbetet i respektive sjukhusprojekt avväga mellan lokala, personbestämda önskningar och generella vårdmässiga och medicinska perspektiv. Effekten, i praktiken, torde bli att de enda som nu alls har

möjlighet att företräda det generella perspektivet är de lokala medicinska och vårdprofessionella företrädarna. Men i den konkreta projektsituationen är det sannolikt att de då inte tolkas rätt av övriga aktörer. Det är också sannolikt att de inte heller själva kan separera sina ofrivilligt dubbla roller.

Slutligen väcker det frågor om beslutskvalitet och kostnadseffektivitet. Vad är det som kan gå förlorat i utformningsprocesserna av vårdmiljöer om en rollsammanblandning och/eller exkludering påverkar hur projekten läggs upp, kompetensbesätts och styrs? Om vårdprofessionerna (framförallt läkare) återkommande uppfattas som "besvärliga", "krävande" o.s.v., vad kan vinnas med att systematisera arbetet tydligare för att undvika eventuella sådana effekter? Men det kopplar också till den bredare frågan om koordination och styrning av flera övergripande vårdintressen som organisation, nationell arbetsfördelning och kunskapsöverföring. Konkret kan det – återigen – beröra arbetet med former för den för närvarande mest aktuella och angelägna reformen, omställning till nära vård, om detta arbete bedrivs som ett mer lokalt och dialogbetonat experimenterande utan någon form för klargjord representation av neutrala medicinska och vårdmässiga perspektiv.

Avslutande kommentar

Det kan konstateras att samtliga fyra undersökta sjukhusprojekt exemplifierar höga ambitioner, och byggande och arkitektur på hög nivå. De bygger också i hög grad vidare på förutsättningar i det som redan finns uppbyggt (om än med inbördes variationer). Det går också att konstatera ett mönster: att vårdbyggandet – utifrån undersökningens exempel och informanternas beskrivningar – har en tendens att mer definieras som en bygg- och fastighetsfråga än som en fråga för vårdens strategier och utveckling. Det tycks ha att göra med den befintliga bebyggelsestrukturen, "lasarettsstrukturen": en fastighetsstruktur som hängt med i över ett sekel, och som nu ser ut att vara en begränsande faktor för såväl verksamhetens som vårdbyggandets utveckling. Det är en trolig följd om man ser sjukhusen som ett antal anläggningar och byggnadstomter. Ser man dem så, är man i någon mening tillbaka till tillståndet före 1930-talet, med ett stort antal solitärer, var och en byggd med individuella former, lösningar och uttryck. Det vill säga, man har då tappat bort tanken att primärt se den som ett system och ett nätverk.

Det visar sig vara ett mönster också i övrigt: uppdelning och fragmentering, såsom beskrivet i analysen exempelvis i form av "projektisering" av sjukhusbyggnadskompetensen, stark betoning av de lokala förutsättningarna, strukturella brister i kunskapsstöd och erfarenhetsåterföring, förhandlingar och skiftande lösningar kring standarder, förnyelse som inte är systematisk, kunskap och vårdintressen som inte hittar vägar in i det lokala sammanhanget. Inget av det som framkommit i intervjuerna pekar på att det primärt skulle vara en ekonomisk fråga som hindrar initiativ till att förändra mönstret, d.v.s att det skulle *finnas* en konkretiserad vilja eller ett framarbetat program hos sjukvårdshuvudmännen, men inga pengar. (Detta skulle förstås kunna undersökas ytterligare på andra sätt.) Det verkar snarare handla om de nu befintliga strukturernas "aktörskap": vilka intressen som ryms i dem och tillgodoses, eller inte. Det verkar också handla om frånvaron eller närvaron av sådana förändrande avsikter: huruvida det finns en faktisk intention att "tänka efter före" (ett klassiskt uttryckssätt i byggnadssammanhang) för att tillskapa de förutsättningar som idag saknas.

Vilken stor och till och med avgörande roll detta kan spela visas av en stor och högaktuell vårdfråga. Intervjusvaren i denna undersökning ger ett övervägande intryck av att den inte ger avtryck eller hittar in i de pågående sjukhusprojekten: omställningen för den nära vården. (Det finns undantag, men som innehåller frågetecken kring systematik och kunskapsstöd.) De stora förändringar som finns i denna reformagenda avser inte att vara en ny nivå, utan handlar just om att *arbeta fram nya former* i det som görs och byggs. Nu ser det inte ut att ske. I stället uppstår ett olyckligt sammanträffande av ganska avsevärda mått: stora sjukhusbyggnadsinvesteringar görs samtidigt med att en stor omställning till nära vård lanseras, utan att någon koppling uppstår dem emellan. Det blir alltså den tämligen raka följden av de brister i förutsättningar och strukturer som har beskrivits: omfattande satsningar och investeringar görs, utan att de nya former som efterfrågas blir en del av det som arbetas fram och byggs.

Vilka är då de väsentligaste slutsatserna man kan dra av det som framkommit, först i själva undersökningen, och sedan i analysen och diskussionen av dess resultat? Jag ser det som en viktig poäng att inte stanna vid enbart observationer, heller inte dem som jag har gjort på den analytiska nivån. De behöver föras vidare till slutsatser som också kan öppna mot och indikera en handlingsriktning. Hur beskriver vi observerade problem, om vi är intresserade av att hitta deras lösning? Det väsentliga som kan utvinnas ur en undersökning som denna,

inklusive analysdel, bör helst inte bara ligga på symptomnivån, utan också formulera det som ligger under symptomen. Allt det som jag konstaterat och återgett ovan är inte bara en lista med kritiska punkter och brister i allmänhet, utan också delbeskrivningar av en strukturell brist. Detta pekar mot att även lösningar behöver vara av strukturell art (eller institutionell om man så vill), där man griper sig an problemen samlat – om det nu handlar om "projektisering" och fragmentering, brister i kunskapsstöd, erfarenhetsåterföring och koordinering, eller något annat av det som observerats och diskuterats – på en *strukturell* nivå.

Jag har identifierat **fyra punkter**, som sammanfattar och formulerar om problemen till vad jag uppfattar som en initial problemformulerings- och problemlösningsnivå. Exempelvis är då inte fastighetsperspektivet, lika lite som lasarettsstrukturen och den därmed associerade sjukhuspräglingen av vårdsystemet, problemet *i sig*. Problemet är *effekten* av det perspektivet, nämligen att det *skapar låsningar*. Det skapar mycket sannolikt hinder för de former som behöver skapas och den koordinering som behöver etableras utifrån ett annat perspektiv, där man i stället för byggnadstomter kan lyfta blicken och se en hel karta – en karta som också beskriver vårdens nätverk och alla förbindelser och nivåer inom det. Det är rimligen ett sådant perspektiv som de stora investeringar som görs behöver komma i stabil kontakt med.

Av den anledningen finns ett uppenbart behov att **(1) bryta låsningar.** Det första steget är att uppfatta att låsningarna finns där som en *path dependence*, alltså ett stigberoende, vilket blir medaktör genom de befintliga strukturer som på olika nivåer bygger upp det (själva bebyggelsen, samt organisation, och aktörer runt denna – jfr Magnusson & Ottosson, red., 2009; jfr även Latour 1998, 2005) Strukturerna (beroendet) ligger kvar, men beskriver andra syften och tidssammanhang. De låsningar de skapar kan både vara poänglösa och ha fortsatt stark inverkan också i det större perspektivet. Det gäller då att tillskapa strukturer som kan operera utanför dem. Det viktigaste för *den* analysen torde vara att reflektera över och identifiera rätt behov, efterfrågan och intressen – vilket givetvis inte har något förutbestämt svar eller uttolkning, utan utgör delar av en dialog som behöver föras. Därifrån behöver man gå till rätt verksamhet. Och därifrån vidare till en struktur som stöder den verksamheten, så att denna får rätt lokaliseringar och bästa möjliga rumsliga organisation.

Detta har skett i de tidigare faserna av den svenska vården och dess sjukhusinvesteringar, som gav sina lösningar på då aktuella och relevanta problem och uppgifter. Först 1800-talets breda sanitära och hälsomässiga uppgifter, som gav en statligt "läkartjänstkonfigurerad" verksamhet och en landstingsbyggd lasarettsstruktur. Sedan 1930- till -50-talens specialisering och ökade behov (och efterfrågan), vilka mer eller mindre kunde byggas vidare på de befintliga verksamheterna och strukturerna. Därefter 1960-talet och fram till idag, med ett sjukhusbyggande till stor del utifrån samma bas, men också ett alltmer haltande förhållande mellan den befintliga sjukhusstrukturen och de otillfredsställda behoven av öppen vård och nära vård, som identifierats men ej kunnat lösas. Samtidigt har under samma senaste 50-årsperiod själva verksamheten utvecklats på ett sätt som alltmer påverkat utförandet och gränsdragningarna mellan etablerade vårdformer. Idag har det, till sist, lett till att vi står inför en stor omställning av hur hela systemet behöver informeras, differentieras, styras, och knytas ihop i nätverk med andra delar och aktörer. Då behövs förändring och innovation. Men hur?

När det gäller ett övergripande svar på frågan "hur?" pekar analysen på ett tydligt behov av att systematiskt kunna **(2) kanalisera** kunskap, förnyelse och koordinering av vårdintressen på skilda nivåer och i kompatibla nätverk. Det handlar om "gemensamma strukturer", ja – men inte för sakens egen skull, utan för vad gemensamma strukturer kan och skall *göra*. De kan skapa vägar för att överföra och koordinera kunskap, innovation, standarder o.s.v. i nätverk

som knyter ihop verksamheter och faciliteter, och där kommunicerandet går i minst två riktningar. Om standarder och kunskapsstöd finns och upprätthålls systematiskt i en gemensam, övergripande dimension, kan kunskapsspridandet och erfarenhetsåterförandet liksom tillgodoseendet av strategiska vårdintressen göras stabilt och hållbart.

När vi har identifierat olika begränsningar i perspektiv, kommunikation, vårdbyggnadskompetens och "projektisering", är dessa alltså inte avgränsade problem, utan visar på ett principiellt och övergripande behov som behöver hitta sin lösning. Vad är det, givet det vi konstaterat hittills, lösningen behöver definieras av? Likt de tidigare faserna behöver formerna som skapas för verksamhetens behov och intressen, och de system och nätverk de knyts ihop till, bidra till att **(3) skapa långsiktighet**. Den behöver ta sin utgångspunkt i de svar som behövs idag och framåt, men inte förändra för den närmsta perioden inom det befintliga, utan se längre och större. De specifika strukturer som behövs för att utföra detta arbete kontinuerligt kommer högst sannolikt att kunna ske i någon form av statlig-regional samverkansmodell (d.v.s. sådana som också byggt tidigare fasers gemensamt nationella-lokala strukturer – jfr Kaijser 1994, 2007 m.fl.), för att säkra olika intressens inflytande på respektive nivå, med dessas respektive politiska och demokratiska mandat, och som kan förena ändamålsändlighet och optimal funktion på flera nivåer samtidigt.

Slutligen är en mer övergripande slutsats som kan dras ur analysen att det finns ett stort och inte löst behov av att kunna se *vad* det är som behöver etableras och byggas, och hur det kan säkras att de olika dimensionerna och intressena kommer in – som kunskap, innovation, rätt nivåstruktureering, beredskap o.s.v., och i nuläget ännu mer betonat omställning till nära vård. Därför behöver sjukhusbyggandet på ett annat sätt än idag garantier för att det kan **(4) definiera vad** som ska uppnås i ett byggprojekt i förhållande till mål för verksamheten och de behov denna ska uppfylla. (D.v.s. inte i förhållande till byggprocesserna.)

Om det finns omständigheter som komplicerar eller avleder programarbetet lokalt (gör det oklart vilka intressen och prioriteter som vägs in) på ett mindre ändamålsenligt sätt för verksamheten och mindre kostnadseffektivt för huvudmannen (d.v.s. medborgarna och skattebetalarna), bör sådana omständigheter förstås åtgärdas – och då inte fortsatt lokalt, utan med övergripande (gemensamma) och långsiktiga lösningar. Det betyder att sannolikt att något i större utsträckning måste reglera hur en sjukhusbyggnadsprocess går till: vilka steg, vilka aktörer och kunskapsbärare som behöver iakttagas och involveras samt vilka intressen som måste tillgodoses i varje givet läge, hur standarder kan implementeras och hur det kan förhållas till någon typ av revideringsprocess. (Här skulle kanske programutredningsarbete och byggnadsprogram som redovisningsform kunna få en möjlig roll.)

Definitioner och specifikationer är inget som bör undvikas i den mån de är kopplade till en optimal utformning, både av interna förhållanden i ett projekt och av projektets anknytning till vårdintressen som ligger utanför det lokala. I förhållande till bevakandet av andra intressen än de fastighets- och byggnadsmässiga, alltså bevakandet av *vårdens* intressen, är den generella insikten från undersökningen och analysen således att en diskussion om *vad* som ska byggas *måste artikuleras intialt*. Den måste ställa och besvara funktionella frågor först, och bygga sedan, för att säkerställa att rätt intressen, ingångsvärden och kriterier blir delar av ett projekt från början. Om det är klart definierat vad som ska göras, och hur det ska fungera, och det också finns en ordning för hur det utförs – oavsett alla olikheter i övrigt i skilda projekt – kan det genomförda också efterföljande revideras och stämmas av i fråga om ändamålsenlighet och kostnadseffektivitet, som en del av den demokratiskt kontrollerade sjukvårdens krav på ansvarighet (*accountability*).

Kompletterande referenser utanför undersökningsmaterialet

Albinsson, Gillis, "Sjukvården under kommunalt huvudmannaskap", i: Palme, Sven Ulric, red., *Hundra år under kommunalförfattningarna, 1862-1962: en minnesskrift*, 1962, s. 640-673.

Alm, Bruno & Nilsson, Nils, *Vårdbyggnader: krav och strukturer*, Byggforskningen R20:1972
Att utarbeta PTS: program för teknisk standard, Spri 1986.

Birch-Lindgren, Gustaf, *Svenska lasarettsbyggnader: modern lasarettsbyggnadskonst i teori och praktik* [avhandl.], 1934.

Björklöf, Sune, *Det stora projektet: planeringen av ett sjukhus*, 1976.

Caldenby, Claes, Borglund, Magnus, Imberg, Sten & Barne, Anna, red., *Whiteboken 1951-2018,* 2018.

Den goda vårdavdelningen, CVA och PTS, 2019.

Docteur, Elizabeth & Coulter, Angela, *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård: en extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring*, 2012.

Ennart, Henrik & Mellgren, Fredrik, *Sjukt hus*, 2016.

Framtidens vårdbyggnadsstruktur, CVA 2021:1.

Frid, Ylva, "Förnuft och känsla", *Arkitektur* 3/2021, s. 68-73.

From, Lena, "Vårdbyggnadsboom: med patienten i centrum", *Arkitektur* 7/2007, s. 14-21.

From, Lena & Lundin, Stefan, red., *Arkitektur som medicin: arkitekturens betydelse för behandlingsresultatet inom psykiatrin*, 2009.

Grafström, Maria, Qvist, Martin & Sundström, Göran, red., *Megaprojektet Nya Karolinska Solna: beslutsprocesserna bakom en sjukvårdsreform*, 2021.

Hultén, Göran, *Statlig styrning av landstingens byggnadsverksamhet: ett led i byggprocessen*, 1975.

Havenvid, Malena, et al., påg. forskningsprojekt SBUF:13781, 2019-2021.

Håkansson, Håkan & Waluszewski, Alexandra, red., *Knowledge and innovation in business and industry: the importance of using others*, 2007.

Brunsson, Nils & Jacobsson, Bengt, red., *Standardisering*, 1998.

Kaijser, Arne, *I fädrens spår: den svenska infrastrukturens historiska utveckling och framtida utmaningar*, 1994.

Latour, Bruno, *Artefaktens återkomst: ett möte mellan organisationsteori och tingens sociologi*, 1998,

Latour, Bruno, *Reassembling the social: an introduction to Actor-Network-Theory*, 2005

Lewan, Tomas, "Skyltfönster för vården", *Arkitektur* 8/2019, s. 20-26.

Lundin, Stefan, *Healing architecture: evidence, intuition, dialogue* [lic-avhandl.], 2015.

Magnusson, Lars & Ottosson, Jan, red., *The evolution of path dependence*, 2009.

Marcus, Lars, *Architectural knowledge and urban form: the functional performance of architectural urbanity* [avhandl.], 2000.

Meijling, Jesper, *Nya Karolinska: ett pilotprojekt för marknadsstyrd vård?*, 2018.

Meijling, Jesper, *Marknadisering: en idé och dess former inom sjukvård och järnväg* [avhandl.], 2020.

Meijling, Jesper, "Vårdens alla frågor", *Arkitektur* 3/2021.

Sigge, Erik, *Architecture's red tape: government building construction in Sweden 1963-1973*, 2017.

SOU 2017:53, *God och nära vård:en gemensam färdplan och målbild*.

SOU 2018:39, *God och nära vård:en primärvårdsreform*.

SOU 2019:29, *God och nära vård:vård i samverkan*.

SOU 2020:15, *Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården: lärdomar från exemplet NKS*.

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

Steen, Jesper & Koch, Daniel, *Samspelet på vårdavdelningen*, 2012.

Tidd, Joseph, Pavitt, Keith & Bessant, John R., *Managing innovation: integrating technological, market and organizational change*, 2001.

van de Ven, Andrew H., *The innovation journey*, 2008.

Wagrell, Sofia, *Drivers and hindrances in med-tech Innovation: a device's guide to the Swedish healthcare galaxy* [avhandl.], 2017.

Zimm, Malin, "Staden går vården till mötes", presentation av H-huset USÖ i *Arkitektur* 3/2021, s. 22-33.

Åman, Anders, *Om den offentliga vården: byggnader och verksamheter vid svenska vårdinstitutioner under 1800- och 1900-talen*, 1976.

Öhrming, Jan, *Allt görs liksom baklänges: verksamheten vid Nya Karolinska Solna*, 2017.

Statens offentliga utredningar 2021

Kronologisk förteckning

1. Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering. I.
2. Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. Ju.
3. Skolbibliotek för bildning och utbildning. U.
4. Informationsöverföring inom vård och omsorg. S.
5. Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. Ju.
6. God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. S.
7. Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. Ju.
8. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). S.
9. Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. I.
10. Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. M.
11. Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. U.
12. Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. Ju.
13. En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. Ju.
14. Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. S.
15. Föreningsfrihet och terroristorganisationer. Ju.
16. En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. Fi.
17. Ett moderniserat konsumentskydd. Fi.
18. Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. Ju.
19. En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. S.
20. Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. Ju.
21. En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. M.
22. Hårdare regler för nya nikotinprodukter. S.
23. Stärkt planering för en hållbar utveckling. Fi.
24. Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. M.
25. Struktur för ökad motståndskraft. Ju.
26. Använd det som fungerar. M.
27. Ett förbud mot rasistiska organisationer. Ju.
28. Immunitet för utställningsföremål. Ku.
29. Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. I.
30. Kampen om tiden – mer tid till lärande. U.
31. Kontroller på väg. I.
32. Papper, poddar och ... Pliktmateriallagstiftning för ett tryggat källmaterial. U.
33. En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. U.
34. Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. S.
35. En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. Ju.

36. Gode män och förvaltare – en översyn. Ju.
37. Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. S.
38. En ny lag om ordningsvakter m.m. Ju.
39. Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. S.
40. Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. Fi.
41. VAB för vårdåtgärder i skolan. S.
42. Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. Fi.
43. Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar. Ju.
44. Tillgänglighetsdirektivet. S.
45. En EU-anpassad djurläkemedelslagstiftning. Del 1 och 2. N.
46. Snabbare lagföring – ett snabbförfarande i brottmål. Ju.
47. Ett nytt regelverk för bygglov. Del 1 och 2. Fi.
48. I en värld som ställer om. Sverige utan fossila drivmedel 2040. M.
49. Kommuner mot brott. Ju.
50. Fri hyressättning vid nyproduktion. Ju.
51. Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar. Vol. 1 och 2. M.
52. Vilja välja vård och omsorg. En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. S.
53. En rättssäker vindkraftsprövning. M.
54. Ändrade regler i medborgarskapslagen. Ju.
55. Mikroföretagarkonto – schabloniserad inkomstbeskattning för de minsta företagen. Fi.
56. Nya regler om utländska föräldraskap och adoption i vissa fall. Ju.
57. Om folkbokföring, samordningsnummer och identitetsnummer. Fi.
58. Läge och kvalitet i hyressättningen. Ju.
59. Vägen till tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. S.
60. Förenklingar för mikroföretag och modernisering av bokföringslagen. N.
61. Utvisning på grund av brott – ett skärpt regelverk. Ju.
62. Användning av e-legitimation i tjänsten i den offentliga förvaltningen. I.
63. Sveriges säkerhet – behov av starkare skydd för nätverks- och informationssystem. Fö.
64. Ersättning till brottsoffer. Ju.
65. Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur. U.
66. Rätt mottagare. Demokrativillkor och integritet. Ku.
67. Vägen mot fossiloberoende jordbruk. N.
68. Skärpta straff för brott i kriminella nätverk. Ju.
69. En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet. Volym 1 och 2. S.
70. Läromedelsutredningen – böckernas betydelse och elevernas tillgång till kunskap. U.
71. Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur. S.

Statens offentliga utredningar 2021

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. [16]

Ett moderniserat konsumentskydd. [17]

Stärkt planering för en hållbar utveckling. [23]

Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. [40]

Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. [42]

Ett nytt regelverk för bygglov. Del 1 och 2. [47]

Mikroföretagarkonto – schabloniserad inkomstbeskattning för de minsta företagen. [55]

Om folkbokföring, samordningsnummer och identitetsnummer. [57]

Försvarsdepartementet

Sveriges säkerhet – behov av starkare skydd för nätverks- och informationssystem. [63]

Infrastrukturdepartementet

Säker och kostnadseffektiv it-drift rättsliga förutsättningar för utkontraktering. [1]

Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. [9]

Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. [29]

Kontroller på väg. [31]

Användning av e-legitimation i tjänsten i den offentliga förvaltningen. [62]

Justitiedepartementet

Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. [2]

Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. [5]

Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. [7]

Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. [12]

En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. [13]

Föreningsfrihet och terroristorganisationer. [15]

Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. [18]

Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. [20]

Struktur för ökad motståndskraft. [25]

Ett förbud mot rasistiska organisationer. [27]

En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. [35]

Gode män och förvaltare – en översyn. [36]

En ny lag om ordningsvakter m.m. [38]

Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar. [43]

Snabbare lagföring – ett snabbförfarande i brottmål. [46]

Kommuner mot brott. [49]

Fri hyressättning vid nyproduktion. [50]

Ändrade regler i medborgarskapslagen. [54]

Nya regler om utländska föräldraskap och adoption i vissa fall. [56]

Läge och kvalitet i hyressättningen. [58]

Utvisning på grund av brott – ett skärpt regelverk. [61]

Ersättning till brottsoffer. [64]

Skärpta straff för brott i kriminella nätverk. [68]

Kulturdepartementet

Immunitet för utställningsföremål. [28]

Rätt mottagare. Demokrativillkor och integritet. [66]

Miljödepartementet

Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. [10]

En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. [21]

Äga avfall
– en del av den cirkulära ekonomin. [24]

Använd det som fungerar. [26]

I en värld som ställer om.
Sverige utan fossila drivmedel 2040. [48]

Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar. Vol. 1 och 2. [51]

En rättssäker vindkraftsprövning. [53]

Näringsdepartementet

En EU-anpassad djurläkemedelslagstiftning. Del 1 och 2. [45]

Förenklingar för mikroföretag och modernisering av bokföringslagen. [60]

Vägen mot fossiloberoende jordbruk. [67]

Socialdepartementet

Informationsöverföring inom vård och omsorg. [4]

God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. [6]

När behovet får styra
– ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). [8]

Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. [14]

En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. [19]

Hårdare regler för nya nikotinprodukter. [22]

Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. [34]

Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. [37]

Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. [39]

VAB för vårdåtgärder i skolan. [41]

Tillgänglighetsdirektivet. [44]

Vilja välja vård och omsorg.
En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. [52]

Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. [59]

En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet.
Volym 1 och 2. [69]

Riksintressen i hälso- och sjukvården
– stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur. [71]

Utbildningsdepartementet

Skolbibliotek för bildning och utbildning. [3]

Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. [11]

Kampen om tiden
– mer tid till lärande. [30]

Papper, poddar och ...
Pliktmateriallagstiftning för ett tryggat källmaterial. [32]

En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. [33]

Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur. [65]

Läromedelsutredningen
– böckernas betydelse och elevernas tillgång till kunskap. [70]

Regeringskansliet

103 33 Stockholm Växel 08-405 10 00 www.regeringen.se

ISBN 978-91-525-0197-9 ISSN 0375-250X

1541

Omslag: Elanders Sverige AB

Regeringskansliet

Remiss

2021-11-03
S2021/06163

Socialdepartementet

Remiss av betänkandet Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur (SOU 2021:71)

Remissinstanser

Akademikerförbundet SSR

Akademiska sjukhuset

Apotekarsocieteten

Bengtsfors kommun

Bergs kommun

Burlöv kommun

Cancerfonden

Chalmers tekniska högskola AB

Dietisternas riksförbund

Dorotea kommun

E-hälsomyndigheten

Fackförbundet Kommunal

FAMNA

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

Folkhälsomyndigheten

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte)

Funktionsrätt Sverige

Fysioterapeuterna

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

Förvaltningsrätten i Falun

Förvaltningsrätten i Stockholm

Grums kommun

Habo kommun

Haninge kommun

Herrljunga kommun

Hässleholm kommun

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Integritetskyddsmyndigheten

Justitieombudsmannen (JO)

Kammarrätten i Göteborg

Karolinska institutet

Karolinska universitetssjukhuset

Kungsör kommun

Legitimerade Kiropraktorers Riksorganisation (LKR)

Lessebo kommun

LIF

Linköpings universitet

Ljungby kommun

Lunds kommun

Lunds universitet

Läkemedelsverket

Länsstyrelsen i Hallands län

Malmö kommun

Malung-Sälens kommun

Mullsjö kommun

Myndigheten för delaktighet

Myndigheten för digital förvaltning

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Nepi (nätverk för läkemedelsepidemiologi)

Norberg kommun

Norrlands universitetssjukhus

Nynäshamns kommun

Olofström kommun

Optikerförbundet

Osby kommun

Pensionärernas Riksorganisation (PRO)

Ragunda kommun

Regelrådet

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 län

Region Östergötland

Riksrevisionen

Sahlgrenska universitetssjukhuset

SKPF Pensionärerna

Skånes universitetssjukhus

Socialstyrelsen

Solna kommun

SPF Seniorerna

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)

Statskontoret

Strängnäs kommun

Strömstad kommun

Swedish Medtech

Svensk sjuksköterskeförening

Svenska barnmorskeförbundet

Svenska Logopedförbundet

Svenska Läkaresällskapet

Svenska naprapatförbundet

Sveriges Farmaceuter

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

Sveriges läkarförbund

Sveriges Psykologförbund

Sveriges tandhygienistförening

Sveriges tandläkarförbund

Södertälje kommun

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)

Tjörns kommun

IT & Telekomföretagen

Umeå universitet

Universitetskanslersämbetet

Universitetssjukhuset i Linköping

Universitetssjukhuset Örebro

Uppvidinge kommun

Vetenskapsrådet

Vilhelmina kommun

Vindelns kommun

Vinnova

Vårdförbundet

Vårdföretagarna

Västra Götalandsregionen

Ystad kommun

Bolagsverket

Konkurrensverket

Kammarkollegiet

Fastighetsägarna

Riksgäldskontoret

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 4 februari 2022**. 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 S2021/06163 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet. Remissinstansens namn ska även anges i dokumentnamnet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Undantag gäller för förslaget som rör ett statligt fastighetsbolag. Remissen omfattar inte det förslaget.

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 laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Remissinstanserna kan utan kostnad beställa tryckta exemplar av betänkandet via ett beställningsformulär hos Elanders Sverige AB.

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

Elanders Sverige AB, e-postadress: betankande@elanders.com

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 1-20

Tid: 2022-01-11 kl. 08:30

Plats: Digitalt

§ 14

Ombyggnad av lokaler i hus D3 och D4 på Länssjukhuset Ryhov i Jönköping

Diarienummer: RJL 2021/2308

Beslut

Presidiet föreslår nämnden

1. Ställa sig bakom ombyggnad av plan 5 och 6 i hus D3 och D4 på Länssjukhuset Ryhov i Jönköping till en maximal kostnad på 236 000 000 kronor.
2. Ställa sig bakom inköp av lös utrustning och inredning enligt schablon till en maximal kostnad i intervallet 20 000 000 – 25 000 000 kronor.

Sammanfattning

Ombyggnaden av hus D3 och D4 är en del av översiktsplanen för Länssjukhuset Ryhov i Jönköping och avser ombyggnad av plan 5 och 6.

Beslutsunderlag

- Protokollsutdrag regionstyrelsens arbetsutskott 2021-12-13
- Tjänsteskrivelse daterad 2021-11-23
- Ritning plan 5 och 6

Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutets antal sidor

1

Regionstyrelsens arbetsutskott §§ 222-237

Tid: 2021-12-13 kl. 09:00

Plats: Digitalt sammanträde

§ 227

Ombyggnad av lokaler i hus D3 och D4 på Länssjukhuset Ryhov i Jönköpin

Diarienummer: RJL 2021/2308

Beslut

Regionstyrelsens arbetskott

- Remitterar ärendet till nämnden för folkhälsa och sjukvård före beslut i regionstyrelsen.

Sammanfattning

Ombyggnaden av hus D3 och D4 är en del av översiktsplanen för Länssjukhuset Ryhov i Jönköping och avser ombyggnad av plan 5 och 6.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 2021-11-23
- Ritning plan 5 och 6

Yrkanden/förslag till beslut på sammanträde

Malin Wengholm återkommer med beslut i regionstyrelsen.

Beslutsgång

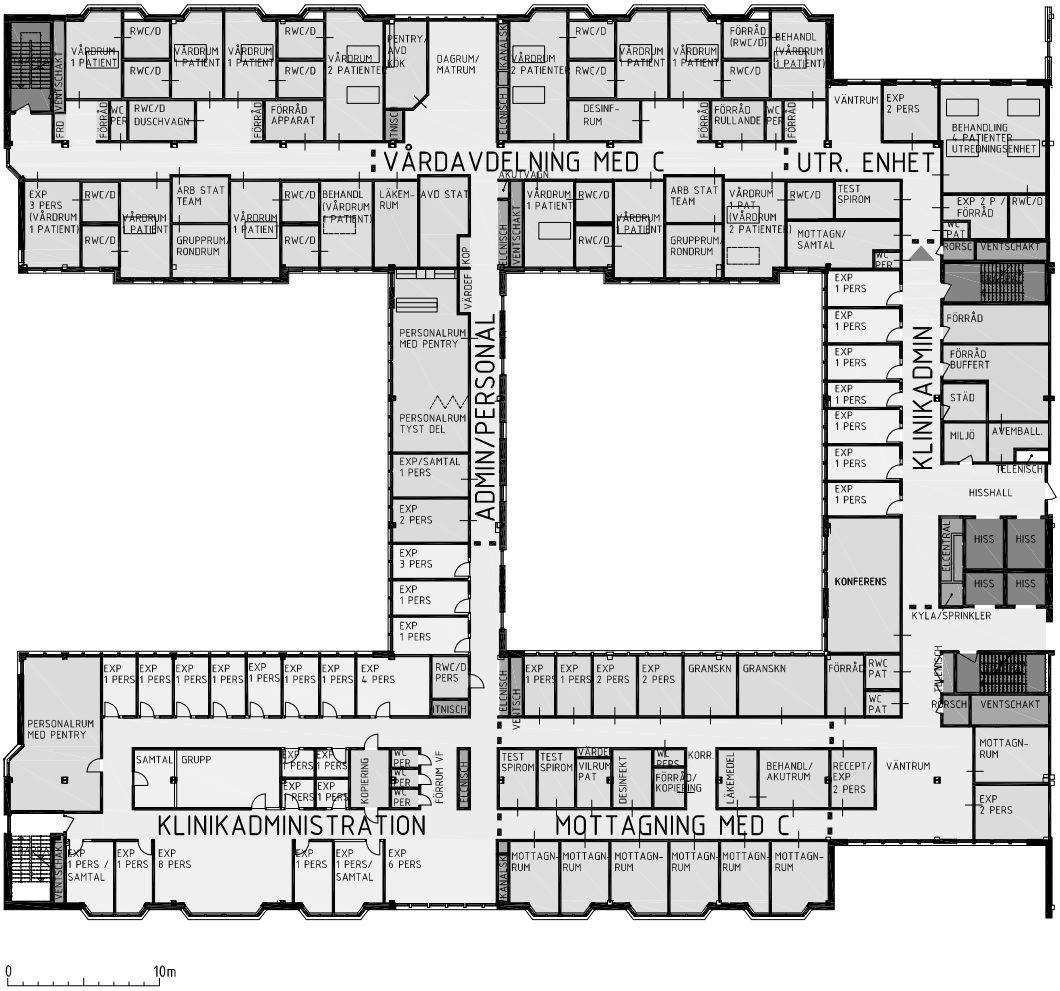
Ordföranden meddelar att ärendet ska passera nämnden för folkhälsa och sjukvård före behandling i regionstyrelsen.

Beslutet skickas till

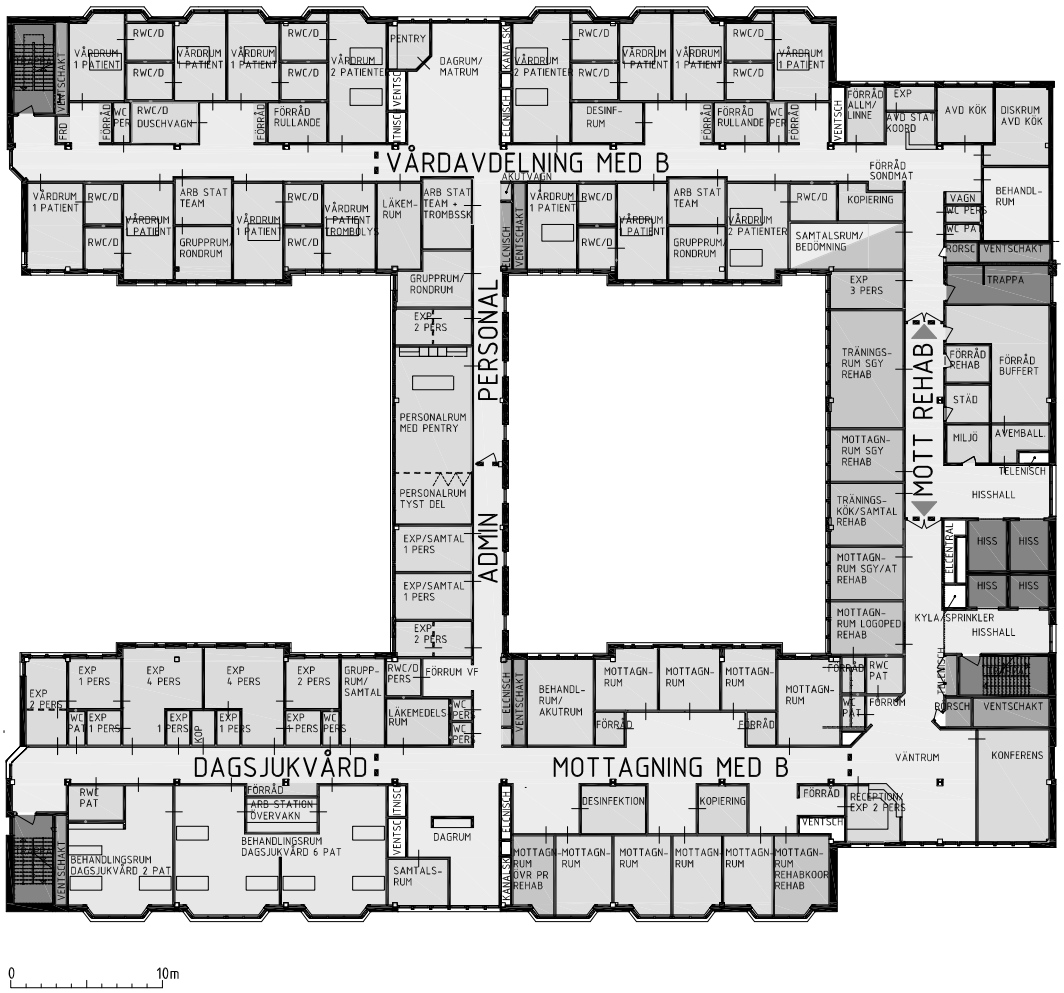
Regionstyrelsen

Beslutets antal sidor

1



REGION JÖNKÖPINGS LÄN
LÄNSSJUKHUSET RYHOV
OMBYGGNAD HUS D3-D4
FÖRSTUDIE
PLAN 5
SKALA 1:250 (A3)
WHITE 2021-06-21



REGION JÖNKÖPINGS LÄN
LÄNSSJUKHUSET RYHOV
OMBYGGNAD HUS D3-D4
FÖRSTUDIE
PLAN 6
SKALA 1:250 (A3)
WHITE 2021-06-21

Regionfullmäktige

Ombyggnad av lokaler på plan 5 och 6 i hus D3 och D4 på Länssjukhuset Ryhov i Jönköping

Förslag till beslut

Regionstyrelsen föreslår Regionfullmäktige

1. Godkänna ombyggnad av plan 5 och 6 i hus D3 och D4 på Länssjukhuset Ryhov i Jönköping till en maximal kostnad på 236 000 000 kronor.
2. Godkänna inköp av lös utrustning och inredning enligt schablon till en maximal kostnad i intervallet 20 000 000 – 25 000 000 kronor.

Sammanfattning

Ombyggnaden av hus D3 och D4 är en del av översiktsplanen för Länssjukhuset Ryhov i Jönköping och avser ombyggnad av plan 5 och 6.

Information i ärendet

Bakgrund och beskrivning

Som en del i den förnyelseprocess som beskrivs i översiktsplanen för Länssjukhuset Ryhov har nu verksamheter flyttat in i nybyggnationen hus D1 och D2. Detta innebär att lokaler i sjukhuset har tomställts, vilket möjliggör en ombyggnad och teknisk förnyelse av hus D3 och D4 plan 5 och 6.

På plan 6 finns idag neurologmottagning och vårdavdelning för neurologi. Flyttning av verksamheter till hus D1 och D2 har gett möjlighet att utöka ytan för den neurologiska vården. Vårdavdelningen kommer byggas om till i huvudsak enkelrum med egen RWC/dusch samt att rehabiliteringsverksamheten integreras i såväl mottagning som vårdavdelning. Efter ombyggnad kommer det på plan 6 att finnas en vårdavdelning med 18 vårdplatser samt mottagning, dagsjukvård och rehabilitering för stroke- och neurologisk vård (medicin B).

På plan 5 i hus D4 finns idag medicinsk vårdenhet C. På samma plan i hus D3 finns medicinklinikens administrativa lokaler, medicinska biblioteket och rehabiliteringslokaler. I samband med ombyggnaden kommer lung- och allergimottagningen att flyttas från plan 3 till plan 5. Dessutom kommer det att finnas en vårdavdelning med 14 vårdplatser och utredningsenhet för lungmedicinsk vård (medicin C) samt delar av medicinklinikens administrativa lokaler.

Både vårdavdelningar och mottagningar är generellt utformade. Stor vikt har lagts vid utformningen av lokalerna som ska vara attraktiva och erbjuda goda vårdmiljöer och bra arbetsmiljö.

Vid ombyggnationen ska delar av byggnadens tak, fasad och fönster ses över ur ett hållbarhetsperspektiv och tekniska system bytas ut och uppdateras. Av totalt belopp avser teknikinvesteringar 35 800 000 kronor. Material ska väljas utifrån ett hållbarhetsperspektiv och de tekniska systemen ska utformas för att vara robusta och driftssäkra.

Genomförandetid från investeringsbeslut till färdigt projekt beräknas till drygt 3 år. Tid för programarbete, upphandling av entreprenörer, iordningställande av evakueringslokaler och genomförande av konsekvensprojekt ingår.

Utvärdering av alternativ

I översiktsplanen för Länssjukhuset Ryhov från 2016 skulle den neurologiska vården placeras i hus D1 och D2. Utifrån ändrade behov hos olika verksamheter och för att så effektivt som möjligt använda lokalerna på sjukhuset har andra bedömningar gjorts. Detta har inneburit att annan placering för neurologin har utretts. Eftersom verksamheter flyttat från hus D3 och D4 till hus D1 och D2 och för att bibehålla ett nära samband mellan medicinklinikens verksamheter placeras därför neurologin i dessa lokaler.

Ett av syftena med projektet är att samla den neurologiska vården och integrera rehabiliteringen i denna. För att inrymma vårdavdelning, mottagning, dagsjukvård och rehabilitering åtgår ett våningsplan i båda husen. Av denna anledning placeras verksamheten på plan 6 i hus D3 och D4. Fackliga representanter har varit del i processen och ombyggnationen har samverkats på kliniknivå och verksamhetsområdesnivå.

Under förstudien har det utretts i vilken omfattning även plan 5 ska ingå i projektet. I hus D4 plan 5 ska en vårdavdelning placeras och det bedöms av genomförandeskäl rationellt att bygga om båda vårdavdelningarna samtidigt. Evakuering av vårdavdelningen på plan 5 måste göras oavsett den byggs om eller inte på grund av störningar under byggtiden.

Hus D3 plan 5 innehåller idag bland annat arbetsplatser för medicinklinikens ledning och läkare. Det är mycket trångt och lokalerna behöver utökas och förändras för att bli ändamålsenliga. Vårdavdelningen på plan 5 har vårdplatser för endokrin och lungmedicinska patienter. Framförallt för lungmedicin finns stora fördelar med att integrera de olika vårdformerna slutenvård, utredning och öppenvård. Av denna anledning har lung- och allergimottagningen placerats i hus D3 plan 5. Till följd av detta inryms inte klinikens samtliga administrativa arbetsplatser där utan en del placeras i hus E6 plan 5. Alternativet är att inte samlokalisera lung- och allergimottagningen med vårdavdelning och utredningsenhet utan låta hela plan 5 i hus D3 bli administration.

Medicinklinikens ledning har gjort bedömningen att sambandet för lungmedicin är viktigare än en sammanhållen administration.

Verksamhetens bedömning av investeringen

Bilaga till ärende för ombyggnation av hus D3 och D4 på Länssjukhuset Ryhov i Jönköping – Dnr 2021/2308	
Kund-/patientperspektiv:	
Ökad tillgänglighet för kunden/patienten	Stor påverkan
Förbättrad kvalité för kunden/patienten	Stor påverkan
Förbättring vad gäller patientsäkerhet	Stor påverkan
Minskad risk för smittspridning	Stor påverkan
Möjlighet att förbättra vårdproduktionen	Stor påverkan
Process- och produktionsperspektiv:	
Möjligheter att korta behandlingstider	Stor påverkan
Förändrat arbetssätt	Stor påverkan
Möjlighet att arbeta mer effektivt i klinikens processer	Stor påverkan
Förbättrad arbetsmiljö	Stor påverkan

Finansiering

För ombyggnationen på maximalt 236 000 000 kronor reserveras utrymme i investeringsplanen för 2022-2025. I det totala beloppet för ombyggnationen ingår 35 800 000 kronor för teknikinvesteringar och 12 800 000 kronor för ombyggnad i samband med evakuering.

Anskaffning och därmed utbetalningar av lös utrustning kommer ske under åren 2022-2025. Kostnad för lös utrustning samt lös utrustning i samband med evakuering kompenseras verksamheten och är beräknat enligt schablon och uppskattas totalt bli mellan 20 000 000 - 25 000 000 kronor. Beloppet reserveras utrymme för i kommande budgetar.

Årligt ökade driftskostnader för nyinvesteringar, ökade hyreskostnader samt ökade städkostnader kompenseras verksamheterna. Tillkommande IT-kostnader finansieras inom verksamhetens ordinarie budget. Eventuellt tillkommande personalkostnader kommer inte kompenseras.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 2021-11-23
- Ritning plan 5 och 6

Beslut skickas till

Medicinsk vård
Verksamhetsstöd och Service
Regionledningskontoret ekonomi

REGIONLEDNINGSKONTORET

Jane Ydman
Regiondirektör

Maria Berghem
Ekonomidirektör

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 1-20

Tid: 2022-01-11 kl. 08:30

Plats: Digitalt

§ 15

Intern kontrollplan 2022

Diarienummer: RJL 2021/2331

Beslut

Presidiet föreslår nämnden

- Fastställa regionövergripande intern kontrollplan för 2022.

Sammanfattning

Enligt reglementet för intern styrning och kontroll ska nämnderna årligen fastställa en intern kontrollplan med utgångspunkt från den regionövergripande planen som fastställs av regionstyrelsen.

Regionledningskontoret redovisar förslag till intern kontrollplan för 2022.

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2021-12-30
- Intern kontrollplan 2022

Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Intern kontrollplan 2022

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Fastställer regionövergripande intern kontrollplan för 2022.

Sammanfattning

Enligt reglementet för intern styrning och kontroll ska nämnderna årligen fastställa en intern kontrollplan med utgångspunkt från den regionövergripande planen som fastställs av regionstyrelsen.

Regionledningskontoret redovisar förslag till intern kontrollplan för 2022.

Information i ärendet

Reglementet för intern styrning och kontroll syftar till att säkerställa att Region Jönköpings län upprätthåller en tillfredsställande intern kontroll.

Reglementet anger att den interna kontrollen ska utgå ifrån en riskanalys, där bedömningar av väsentlighet, d.v.s. hur allvarliga konsekvenserna kan bli av brister eller fel i verksamheten.

Regionstyrelsen fastställer inför varje nytt budgetår en regionövergripande kontrollplan. Huvuddelen av kontrollmomenten ska utformas på ett sätt som gör att de berör alla eller flertalet av regionens olika verksamhetsdelar. Nämnderna ansvarar för att det finns en god intern kontroll inom de områden man ansvarar för. Nämndernas internkontrollplaner utgörs i första hand av den regionövergripande kontrollplanen som fastställts av regionstyrelsen. Om nämnderna gör bedömningen att ytterligare kontrollmoment behövs ska egna kontrollmoment vid sidan av den regionövergripande kontrollplanen fastställas.

Förslag till regionövergripande intern kontrollplan för 2022 framgår av bilaga.

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2021-12-30
- Intern kontrollplan 2022

Beslut skickas till

Regionledningskontoret, kansliavdelningen

REGIONLEDNINGSKONTORET

Jane Ydman
Regiondirektör

Ulrika Strånge
Verksamhetscontroller

Intern kontrollplan 2022

Lagstiftning

Enligt Kommunallagen (2017:725) 6 kap. § 6 ska nämnderna 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.

Reglemente

Region Jönköpings län (RJL) har ett reglemente för intern styrning och kontroll som är beslutat av Regionfullmäktige. I reglementet fastställs syfte och inriktning, ansvar och roller m.m. Det anges att den regionövergripande internkontrollplanen för nästkommande år ska vara klar senast i december och innehålla vilka rutiner/kontrollmoment som ska följas upp, vilka delar av verksamheten som berörs, anvisningar för genomförandet, när rapportering ska ske och genomförd riskbedömning.

Definition, syfte och arbetssätt

Med intern kontroll avses de strukturer, system och processer som bidrar till tydlighet och ordning och som säkerställer att verksamheten bedrivs i enlighet med mål, uppdrag och övriga styrdokument. Den interna kontrollen ingår i styrningen och är en del i ledningssystemet. Intern kontroll bidrar till

- att verksamheten når sina mål – med effektivitet, säkerhet och stabilitet.
- att informationen och rapporteringen om verksamheten och ekonomin är tillförlitlig och rättvisande.

- att verksamheten efterlever lagar, regler, avtal m.m.[1]

Enligt RJL:s reglemente ska den interna kontrollen ske utifrån två sätt:

1. Via månadsuppföljningar, delårsrapporter och årsredovisning kontrolleras att:

    - tjänster produceras som uppnår och tillgodoser de behov som fullmäktige och styrelse/nämnder angivit i budget/verksamhetsplan i form av verksamhetsmål och ekonomiska ramar
    - verksamheten håller en hög kvalitet och produktivitet i förhållande till jämförbara organisationer i omvärlden

2. Via en årlig regionövergripande kontrollplan kontrolleras:

    - följsamhet till lagar, riktlinjer och policys
    - rättvisande och tillförlitlig redovisning och information om verksamheten
    - skydd mot förluster eller förstörelse av Region Jönköpings läns tillgångar
    - upptäckt av allvarliga fel och eliminering av dessa
    - ändamålsenliga och väl dokumenterade system och rutiner

Den regionövergripande internkontrollplanen för 2022 har tagits fram utifrån verksamhetsområdenas risk- och väsentlighetsanalyser, tidigare identifierade riskområden, resultat av tidigare genomförda kontrollmoment och övergripande diskussioner inom ekonomichefsgruppen.

Inför framtagandet av internkontrollplanen för 2022 har ett första steg att utveckla arbetet med riskanalysen tagits. Målet är att utveckla riskanalysarbetet så den täcker hela organisationen och att fler får bidra.

Samtliga verksamhetsområden och vissa regionövergripande avdelningar på Regionledningskontoret har fått i uppdrag att genomföra en riskanalys. I riskanalysen har verksamhetsområdena gjort en bedömning av väsentlighet, dvs. hur allvarliga konsekvenserna kan bli av olika brister och fel i verksamheten. Till detta kopplas bedömningar av sannolikheten över att brister eller fel kan förekomma. Enligt uppdraget avseende riskanalysen ska risker kopplas till aktuella mål, uppdrag, åtagande eller process inom resp. verksamhetsområde. Det handlar om att ringa in de viktigaste riskerna som kan hindra eller hota verksamheten. Verksamhetsområdena har arbetet efter en konsekvens- och sannolikhetshetsmatris med en skala på 1-4, vilket har gett varje identifierad risk ett samlat riskvärde på 1-16. Insamlade riskanalyser ses som en sammanställning av bruttorisker och utifrån dessa har en muntlig diskussion skett med resp. ekonomichef kring de risker som bedömts ha ett riskvärde på 9-16.

[1] SKR, Intern kontroll, 2018

Regionövergripande intern kontrollplan för 2022

	Kontrollmoment	Syfte/frågeställning	Metod/underlag Ansvarig för utförande och rapporteringstidpunkt	Berörda verksamhets-områden	Riskbedömning utifrån sannolikhet och konsekvens
1	**Logghantering och åtkomstkontroll för IT-system** (Följsamhet till lagar, policy, riktlinjer) (Ändamålsenliga och väl dokumenterade system och rutiner)	Vilka rutiner och riktlinjer finns för logghantering? Hur är följsamheten till gällande lagstiftning och fastställda riktlinjer? Hur ser arbetssättet kring logghantering ut i verksamheterna? Sker det någon uppföljning/sammanställning för att kunna arbeta proaktivt med ev. förbättringsområden utifrån resultat av loggkontrollen? Sker det någon uppföljning av att medarbetare går fastställd utbildning?	Analys av gällande lagstiftning, fastställda riktlinjer m.m. Patientdatalagen 4 kap § 3. Intervjuer med ett urval av ansvariga verksamhetschefer och personal på central loggfunktion. Granskning av aktuella underlag. Kontrollmomentet utförs av Regionledningskontoret med hjälp av berörda funktioner inom aktuella verksamhetsområden. Rapport lämnas senast i mars 2022.	Verksamheter som bedriver sjukvård, men som inte är anslutna till Central loggfunktion.	Kännbar/ möjlig.
2	**Kompetensförsörjning**	Finns en regionövergripande struktur för kompetens-försörjningsarbetet? Hur sker prognoser och planering på längre sikt? Vilka nyckeltal används? Hur följs pensionsavgångar m.m.? Hur används kompetens-försörjningsplaner? Används avgångssamtalen som underlag för att utveckla kompetensförsörjnings-arbete? Hur fortlöper arbetet med Kompetensförsörjnings-enheten?	Intervjuer med berörda funktioner inom HR-avdelningen vid Regionledningskontoret och HR-funktionen inom aktuella verksamhetsområden. Granskning av strategier, planer och annan berörd dokumentation. Kontrollmomentet utförs av Regionledningskontoret med hjälp av berörda funktioner inom aktuella verksamhetsområden. Rapport lämnas senast i april 2022.	Verksamhetsområden som arbetar med sjukvård och tandvård.	Kännbar/allvarlig
3	**Direktupphandling**	Hur ser följsamheten ut till gällande riktlinjer för genomförande av direktupphandling och dokumentationsplikt? Arbetssätt, riktlinjer och rutiner? Hur följs dokumentationsplikten?	Intervjuer med inköpsfunktionen och berörda personer som hanterar direktupphandlingar ute i verksamhetsområdena. Granskning av dokumentation av genomförda direktupphandlingar. Analys av leverantörsreskontran för inköp upp till direktupphandlings-gränsen. Kontrollmomentet utförs av Regionledningskontoret med hjälp av berörda funktioner inom aktuella verksamhetsområden.	Avser verksamhets-området Verksamhets-stöd och service, område inköp. Stickprov på direktupphandlingar kommer att göras på ett urval av samtliga verksamhetsområden inom RJL.	Kännbar/möjlig

	Kontrollmoment	Syfte/frågeställning	Metod/underlag Ansvarig för utförande och rapporteringstidpunkt	Berörda verksamhets-områden	Riskbedömning utifrån sannolikhet och konsekvens
			Rapport lämnas senast i maj 2022.		
4	**IT-säkerhetsattack**	Finns fastställda rutiner avseende händelse att RJL blir utsatt för en IT-säkerhetsattack? Finns en tydlig ansvarsfördelning mellan IT-centrum och systemägarna?	Interjuver med berörda personer inom IT-centrum och ett urval av systemägare. Kontrollmomentet utförs av Regionledningskontoret med hjälp av berörda funktioner inom aktuella verksamhetsområden. Rapport lämnas senast i november 2022.	Avser IT-centrum och ett urval av andra verksamhetsområden.	Kännbar/sannolik
5	**Systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM)** (Följsamhet till lagar, policy, riktlinjer) (Rättvisande och tillförlitlig redovisning)	Hur säkerställs följsamhet till Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd? Hur arbetar RJL med systematiskt arbetsmiljöarbete? Finns en arbetsmiljöpolicy i enlighet med gällande föreskrifter och finns skriftliga rutiner för SAM? Omfattar SAM alla fysiska, psykologiska och sociala förhållanden som har betydelse för arbetsmiljön? Hur sker uppgiftsfördelning?	Intervjuer med ansvariga funktioner inom SAM-arbetet. Granskning av dokumentation i enlighet med gällande föreskrifter och allmänna råd. Ytterligare stickprov på underlag kan komma att tas på ett urval av verksamhetsområden. Kontrollmomentet utförs av Regionledningskontoret med hjälp av berörda funktioner inom aktuella verksamhetsområden. Rapport lämnas senast i september/oktober 2022.	Avser samtliga verksamhetsområden inom RJL.	Kännbar/möjlig
6	**Sociala medier** (Följsamhet till lagar, policy, riktlinjer) (Ändamålsenliga och väl dokumenterade system och rutiner)	Syftet är att kontrollera om RJL har fastställda riktlinjer för hur användande av sociala medier (ex. Facebook, Instagram) ska ske. Vilken koppling finns till kraven i GDPR? Hur sker gallring, hantering av personer som medverkar på bild, rätt till radering osv.? Finns medvetenhet/ kännedom kring ev. riktlinjer och lagkrav ute bland olika verksamhetsområden?	Granska RJL:s riktlinjer i förhållande till kraven i GDPR. Granska följsamhet till dessa genom att ta stickprov på ett antal konton på olika sociala medier och kontrollera vem som är ansvarig, hur hantering sker osv. Kontrollmomentet utförs av Regionledningskontoret med hjälp av berörda funktioner inom aktuella verksamhetsområden. Rapport lämnas senast i juni 2022.	Alla verksamhetsområden. Ett urval av verksamhetsområden kan komma göras beroende på användningen av sociala medier.	Allvarlig/möjlig
7	**Uppföljning av tidigare genomförda kontrollmoment**	Syftet är att följa upp vilka åtgärder som vidtagits utifrån givna rekommendationer i tidigare rapporter och uppdrag från regiondirektören.	Ett urval av tidigare kontrollmoment där bedömning görs att väsentliga iakttagelser har identifierats följs upp för att kartlägga vilka åtgärder som vidtagits och vilka som ev. kvarstår. Kontrollmomentet utförs av Regionledningskontoret med hjälp av berörda funktioner inom aktuella verksamhetsområden.	Aktuella verksamhetsområden beroende på vilka kontrollmoment som följs upp.	Kännbar/möjlig

	Kontrollmoment	Syfte/frågeställning	Metod/underlag Ansvarig för utförande och rapporteringstidpunkt	Berörda verksamhets-områden	Riskbedömning utifrån sannolikhet och konsekvens
			Rapport lämnas senast i december 2022.		

Nämnderna ska vid behov besluta om egna kontrollmoment vid sidan av denna regionövergripande internkontrollplan.

Verksamhetsområdena kan komplettera regionövergripande och av nämnd beslutade kontrollmoment med egna kontrollmoment inom verksamhetsområdet i den omfattning som behövs för att upprätthålla en god intern kontroll.

Rapportering av kontrollmoment i den regionövergripande kontrollplanen 2022

Varje genomfört kontrollmoment redovisas löpande enligt ovan tidplan till regiondirektören. Rapporterna publiceras på intranätet efter överlämnade till regiondirektören. Slutredovisning av genomförda kontrollmoment för 2022 återredovisas till nämnder och styrelse i februari 2023.

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 1-20

Tid: 2022-01-11 kl. 08:30

Plats: Digitalt

§ 16

Arbete med uppdragen i budget avseende lokalt ledarskap

Diarienummer: RJL 2021/2683

Beslut

Presidiet

- Avvaktar med beslut till nämndsammanträdet.

Sammanfattning

Lokal ledning sjukhus startas under 2022 utifrån framtaget förslag med uppdrag att identifiera och hantera sjukhusgemensamma frågor.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 2021-12-03
- Rapport från steg 1 Power point 2019-06-04
- Rapport från steg 2 daterad 2020
- Rapport från steg 3 daterad 2021-10-14
- Rapport från steg 4 daterad 2021-12-01

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

Lokal ledning sjukhus

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Godkänner förslag till lokal ledning för sjukhusen.

Sammanfattning

Lokal ledning sjukhus startas under 2022 utifrån framtaget förslag med uppdrag att identifiera och hantera sjukhusgemensamma frågor.

Information i ärendet

Bakgrund

Målet med hälso- och sjukvården i Region Jönköpings län är att länsinvånarna ska erbjudas en behovsanpassad hälso- och sjukvårds av hög kvalitet som är jämlik och jämställd, har hög patientsäkerhet och hög tillgänglighet samt uppvisar kliniska resultat på toppnivå. För att nå detta är det viktigt att kunna rekrytera, attrahera och behålla våra medarbetare. Det ska finnas möjlighet till kompetensutveckling och en god och hållbar arbetsmiljö.

I planen ”Tillsammans möter vi framtiden behov av hälso- och sjukvårds 2020-2030 ” beskrivs strategier som är framtagna utifrån invånarperspektiv och behov, som är vägledande i det fortsatta arbetet för att möta framtidens hälso- och sjukvård.

I Budget och verksamhetsplan beskrivs att lokalt ledarskap är en framgångsfaktor. Det lokala ledarskapet och chefskapet på de tre akutsjukhusen, vårdcentralerna och i övrig vårdverksamhet stärks och har tydligt mandat att leda och ta ansvar. Ledare som är närvarande i verksamheten kan bättre möta de olika förutsättningar som finns lokalt. Det underlättar också personalinflytande och samverkan mellan olika verksamhetsområden.

Behovet av lokal sjukhusledning bottnade i stor utsträckning på att det finns en otydlighet i vad som gäller i sjukhusspecifika/sjukhusgemensamma frågor. Det upplevs också brister i informationskanaler och otydlighet kring mötesforum, samt att det är långsamt till beslut och att frågor faller mellan stolarna.

Inför 2019 gavs därför ett uppdrag att hitta lösningar där lokal sjukhusledning ska kunna skapas och integreras i nuvarande system.

I uppdraget ingår att ta fram en riktlinje, genomföra en riskbedömning, involvera skyddsombud samt säkra politiskt beslut om inriktning/ramverk.

I uppdraget ingår också att beskriva lokal ledning i förhållande till verksamhetsområdenas uppdrag och representation vid respektive sjukhus. Verksamhetsområdenas sjukvårdsdirektörer och Verksamhetsstöd och service direktörs roll på respektive sjukhus ska särskilt beaktas.

Arbetsprocess

Steg 1

Arbetet påbörjades under 2019 med fyra workshopar/samtal med verksamhetschefer. Dessa genomfördes av dåvarande regiondirektör tillsammans med Hälso- och sjukvårdsdirektören. Mellan 10 till 20 personer deltog vid de olika workshoparna. Samtalen fokuserades kring styrkor och svagheter med nuvarande system och vad som behöver förbättras.

Under samtalen framkom flera punkter som var viktiga medskick till det fortsatta arbetet. Exempelvis fokus på lokaler, lokalsamordning, daglig styrning, lokal HR, samverkan mellan verksamheterna på sjukhusen, verksamhetsstöd och service behöver ingå, hitta hemvist för ”småfrågor”, vilka sjukhusövergripande grupper som ska finnas.

Steg 2

Utifrån underlaget från samtalen med verksamhetschefer tillsattes en arbetsgrupp med representanter från alla tre akutsjukhus i Region Jönköpings län. Gruppen träffades vid ett antal tillfällen. Arbetet faciliterades av medarbetare på Qulturum. Arbetet fick delvis pausas under 2020 med anledning av coronapandemin.

Gruppen arbetade med frågorna:

- Vad behöver vi göra lika?
- Vad är smart att göra olika?
- Hur får vi ett närvarande ledarskap?

Arbetsgruppen tog fram fyra förslag:

Förslag A

- Sjukvårdsdirektör med ansvar för respektive sjukhus
- Ledningsfunktion i form av stabschef/platschef med stab på varje sjukhus
- Tydlighet kring roller, funktioner och beslutsmandat för varje sjukhus.

Förslag B

- Sjukvårdsdirektör med ansvar för respektive sjukhus
- Informerande mötesplats med representanter från största verksamheterna och sjukhusgemensamma funktion med obligatorisk vidarerapportering och återrapportering

- Tydlighet kring roller, funktioner och beslutsmandat för varje sjukhus
- Lättkontaktad ledning.

Förslag C (kombination av A och B)

- Sjukvårdsdirektör med ansvar för respektive sjukhus
- Informerande mötesplats med representanter från största verksamheterna och sjukhusgemensamma funktion med obligatorisk vidarerapportering och återrapportering
- Ledningsfunktion i form av stabschef/platschef med stab på varje sjukhus
- Tydlighet kring roller, funktioner och beslutsmandat för varje sjukhus
- Lättkontaktad ledning.

Förslag D

- Tydlighet med syfte, målgrupp och funktion för befintliga mötesplatser
- Tydlighet kring roller, funktioner och beslutsmandat för varje sjukhus
- Lokala samordnare träffar alla sjukvårdsdirektörer en gång i kvartalet.

Gruppen var överens om att:

- Nuvarande struktur med verksamhetsområden fungerar väl för att uppnå målet jämlik vård, men att det finns behov av mer närvarande lokalt ledarskap i sjukhusgemensamma frågor.
- Det finns behov av bl.a. snabbare beslutsprocesser, mötesplatser med tydligt syfte och mål samt tydlighet kring roller och beslutsmandat.
- Det behövs samma form av ledningsorganisation på respektive sjukhus.
- Vissa av de sjukhusövergripande funktionernas roller, som till exempel lokala samordnares, borde se lika ut på alla sjukhus.
- Att jämlik vård innebär att det måste finnas vissa olikheter på sjukhusen.

Gruppen tydliggjorde också på vilka frågor/problem som lokalt närvarande ledarskap ska lösa:

- Snabbare beslutsprocesser i sjukhusgemensamma frågor
- Tydligare ansvar för kostnader
- Tydliggörande av roller och funktioner
- Mötesplatser med tydligt syfte, målgrupp och funktion
- Skapa tydliga kopplingar mellan ledning och sjukhusgemensamma funktioner
  – vidarerapportering och återrapportering
- Klinisk personal ska kunna fokusera på vården.

Steg 3

Under 2021 har arbetet fortsatt. Utifrån de olika förslag som framkom har en mindre grupp arbetat vidare med att tydliggöra uppdraget till ett konkret förslag på lokal ledning sjukhus.

Utöver arbetsgruppen tillsattes även en referensgrupp tillika huvudskyddsombud som deltagit i riskbedömning.

Steg 4
Förslaget på lokal ledning sjukhus har presenterats och diskuterats under en workshop med en parlamentarisk grupp tillsammans med verksamhetsföreträdare den 1 december 2021. Under workshopen gavs input och medskick till det slutliga förslaget som beskrivs nedan. Sammanställt i en rapport.

LOKAL LEDNING

För att tydliggöra skillnaderna mot verksamhetsområdenas ledning och chefskap föreslås benämningen *lokal ledning Höglandssjukhuset, lokal ledning Länssjukhuset Ryhov* samt *lokal ledning Värnamo sjukhus*

Sammansättning i lokal ledning

- Tre verksamhetschefer eller biträdande verksamhetschefer länskliniker, en från varje verksamhetsområde, utses av respektive sjukvårdsdirektör. Dessa fördelas till ordförande, förste vice ordförande och andre vice ordförande. Tillsättningen av ordförandefunktionen är treårig och med årlig förflyttning andre vice till första vice till ordförande samt ny andre vice ordförande.
- En chefläkare
- Två processledare. Processledarna är chefssjuksköterska och lokal samordnare
- Administrativ samordnare, som utses av verksamhetsområdenas ledningsstaber.

Utöver dessa deltagare kan ytterligare personer adjungeras till lokal ledning. Exempelvis driftchef, AT-/BT-chef, beredskapssamordnare, säkerhetschef, enhetschef för Lokal IT, fastighetsförvaltare och närakutchef (primärvårdsrepresentant).

Uppdraget

Lokal ledning sjukhus har till uppdrag att:

- Identifiera och hantera sjukhusgemensamma frågor
- Samordna inom sjukhuset med tillhörande upptagningsområde
- Ge synpunkter på sjukhusövergripande frågor till t.ex. investeringsrådet
- Driva de mötesplatser som behövs lokalt och säkra att verksamhetsövergripande mötesplatser fungerar, t. ex olika råd och kommittéer
- Representera sjukhuset i samarbetsorgan med kommuner och organisationer inom lokal lednings ansvarsområde
- Samordna sjukhusgemensam kommunikation och information
- Bereda ärenden inom sitt ansvarsområde till sjukvårdens ledningsgrupp.

Lokal ledning har också till uppdrag att se behoven och fånga upp sjukhusets strategiska arbete, skapa ”vi-känsla” och bygga det lokala varumärket.

Uppdraget för chefssjuksköterskan är att leda arbetet i daglig styrning på de tre sjukhusen och samverka för samordning av beläggning och vårdprocesser i länet. Chefssjuksköterskan bidrar även till vårdsamordning med kommunerna. Chefsjuksköterskorna lyfter frågor från daglig styrning till lokal ledning angående vårdplatser, beläggning, bemanning, smittor, utskrivningsprocessen mm. Inom ramen för uppdraget i lokal ledning stödjer och samordnar processledarna sjukhusgemensamma kliniska/flödesprocesser.

I uppdraget för den lokala samordnaren ingår att vara kontaktperson för service- och lokalfrågor för verksamheterna på sjukhusen och vid behov föra frågor vidare till rätt organisation. Lokal samordnare leder husmöten med deltagare från sjukhusets olika verksamheter och arbetar i nära samarbete med verksamheterna och ansvarar även för arbetsmiljö i allmänna ytor. Den lokala samordnaren samordnar och kommunicerar händelser av olika slag exempelvis förändringar/ ombyggnationer som påverkar sjukhusens verksamheter i nära samarbete med Regionfastigheter. I uppdraget ingår även att ansvara för att riskbedömningar genomförs för allmänna ytor vid behov. Lokal samordnare har god lokalkännedom och stort kontaktnät. Den lokala samordnaren har mandat att begära in den information som behövs gällande lokal- och servicefrågor och ska även kunna lyfta in frågor för beredning i olika forum.

Chefssjuksköterskorna och lokal samordnare fungerar som processtöd till lokal ledning och förbereder sammanträden och verkställer.

Storgrupp lokal ledning

Syftet är att förankra planering, genomförande och uppföljning för sjukhusgemensamma frågor. Storgrupp lokal ledning hålls förslagsvis 4-5 gånger/år med deltagare samtliga verksamhetschefer eller biträdande verksamhetschef länsklinik. Det föreslås även en tvärfacklig personalrepresentant.

Utöver storgrupp lokal ledning finns andra sjukhusgemensamma grupper och råd som lokal ledning behöver ha en relation till, exempelvis akutråd, arbetsgrupp säkerhet och beredskap, daglig styrning mm.

Avgränsningar

Lokal ledning ska inte ta över alla redan fungerande forum. Det är viktigt att verksamhetsfrågor fortsatt sköts inom berörd verksamhet, exempelvis operationsråd eller hur specialistpsykiatrin hanterar sina flöden.

Start av lokal ledning

Lokal ledning startas under första tertialet 2022 i liten skala. Ledningen behöver utses och planering av mötestider och arbetsformer behöver tas fram. Arbetet börjar i liten skala.

Uppföljning av arbetet sker kontinuerligt i sjukvårdens ledningsgrupp och med avrapportering till nämnden för folkhälsa och sjukvård.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 2021-12-03
- Rapport från steg 1 Power point 2019-06-04
- Rapport från steg 2 daterad 2020
- Rapport från steg 3 daterad 2021-10-14
- Rapport från steg 4 daterad 2021-12-01

Beslut skickas till

Folkhälsa och sjukvård

REGIONLEDNINGSKONTORET

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anette Peterson
Hälso- och sjukvårdsstrateg

Lokalt ledarskap

Region Jönköpings län

- Vi har fått ett uppdrag från politiken att utreda hur det lokala ledarskapet och chefskapet på de tre akutsjukhusen ska stärkas och ha ett tydligt mandat att leda och ta ansvar i det lokala sammanhanget för helheten.

- Vi vill börja med att träffa er för ett samtal kring styrkor och svagheter med nuvarande system och vad vi behöver förbättra.
- Vid vart och ett av de 4 tillfällena deltog mellan 10 och 20 personer

Program

- Inledning
- Presentation
- Bakgrund – för 4,5 år från tre förvaltningar till tre (fyra) verksamhetsområden.
- - En del verksamheter är länskliniker
- - Riskanalys gjordes innan förändring. Handlade mycket om information och takt i förändringen.
- - Två verksamhetsområden blev senare ett.

- Samtal om styrkor, svagheter och viktigast att göra

Styrkor - sammanfattning

- Samverkan inom VO, mellan sjukhus, MPG, processer
- Gemensam chef med djupare kunskap, mindre revir
- Beslutskraft, korta vägar, driva frågor
- Samverkan inom RJL
- Helhetssyn
- Transparens
- Daglig styrning, chefssjuksköterskor, platskoord, sommaren.
- Standardiserade processer
- Patientorientering i Tillsammans
- Jämlik vård – göra lika

- Gemensam verksamhetsutveckling – hitta sprida goda exempel
- Gemensamma medicinska mått
- Förutsättningar utbildning - lära av varandra
- Länsövergripande studierektorer
- Effektivisering – resursoptimering
- Stärker 3 akutsjukhus, jämlik fördelning av arbete, dela resurser
- Nivåstrukturering
- Riktlinjer gemensamma (nat, reg, län)
- Vi-känsla
- Mer fokus psykiatri

Svagheter - sammanfattning

- Ledning, lokal ledning, närhet
- Beslut tar tid
- Samverkan inom sjukhus, mellan VO
- Nya stuprör
- Forum, mötesplatser
- Patient
- Lokaler, sjukhusgemensamma rutiner
- Resor - tid – miljö
- Extern samverkan – t ex kommuner, utbildningsanordnare

- Profilering, vision, berättelser
- Vi-känsla, stolthet, individuellt enagemang
- Centralisering
- Stöd; HR, controller, controller, IT, städ,
- Rekrytering
- Göra olika i förhållande till standardisering

Medskick – Vad viktigast att göra

Höglandssjukhuset

- Forum för träffar (verksamhetschefer)
- Även vara chef för ett sjukhus
- Närvarande ledarskap
- Stödfunktioner nära – konkret hjälp
- Personalstrategiskt kompetensförsörjningsprogram kopplat till välfärdsutmaningen.
- Synliggöra verksamheter
- Identitet, vilken är kostymen?
- Nya sjukhusbyggnaden – använd möjligheten.
- Gemensam ingång, t ex från utbildningsanordnare
- Kommentar: Stängda platser gör det svårt

Värnamo sjukhus

- Lokal HR, personkännedom
- Lönesättning, har blivit mer struktur – mindre frihet. Tröghet.
- Controller. t.ex. controller för hela ortopedin fungerar bra.
- Samverkan mellan stuprör inom sjukhus. Frågor blir hängande emellan.
- Beslut behöver tas.
- Lokal samordning, någon behöver ha ett uppdrag.
- Samordning, även lokaler.
- ”Klokgrupp”.
- Gemensamma frågor. Exempel telelift.
- Ta med verksamhetsstöd och service.

Frågor/reflektioner

- Hur blir vi beslutsmässiga
- Chefers mandat upplevs ha blivit mindre.
- Är vården bättre idag ?

Ryhov

- Lokal ledning bli tydligare
- Forum för info. Även beslut?
- Forum för verksamhetschefer, även 1:a linjens chefer.
- Läkarmöten, lika vid sjukhusen
- Ge verksamhetsstrategerna en roll i lokala forum
- Viktigt med sjukhusövergripande grupper, t ex akutvård
- Minska centralisering
- Samverkan i hur stärka Ryhov

- Minska tid på resor,.
- Videomöten, träna
- Sjukhusets gemensamma funktioner. T ex hissar
- Viktigt att primärvården är med

Regionens hus – blandad grupp

- Vår patient (inte min patient). Patientperspektivet, arbeta tillsammans,
- Möten, en direktör med mandat att ta lokala frågor.
- Tydliggöra ansvar för sjukhus.
- Lokala mötesplatser: ställe att träffas.
- Hitta hemvist för småfrågor
- Förenkla beslut
- Förenklingsmodell
- Tydliggöra beslut
- Investeringar bygg och utrustning

- Hur mycket resor är det egentligen? Ledning reser. IT – resfria möten, behöver vara samma system. HR och controllers reser mkt. Specialisering, närhet behövs till 1:a linjens chef.
- HR, samordna.
- Rensa i grupper. (styrgrupper) överanvändning
- Prova i liten skala. Få vara olika.
- Är interndebitering ett problem? På patientnivå.
- Beläggning behöver analyseras.

Region
Jönköpings län

Uppdrag
– Plan för lokalt ledarskap

Författare: Agata Rukat och Rebecka Berger

Årtal: 2020

Författare: Agata Rukat och Rebecka Berger

Verksamhetsområde
RLK och Verksamhetsnära funktion

Arbetsplats/enhet
Qulturum

Sammanfattning

Regionledningskontoret fick i Budget och verksamhetsplan för 2019 i uppdrag att arbeta fram en plan för det lokala ledarskapet.

En grupp med representanter från alla tre akutsjukhus har tillsatts av Nämnden för folkhälsa och sjukvård samt sjukvårdens ledningsgrupp för att arbeta fram förslag till förbättringar vad gäller det lokala ledarskapet och chefskapet.

Det finns konsensus om att nuvarande struktur med verksamhetsområden fungerar väl för att uppnå målet jämlik vård, men att det finns behov av mer närvarande lokalt ledarskap i sjukhusgemensamma frågor. Det finns behov av bl.a. snabbare beslutsprocesser, mötesplatser med tydligt syfte och mål samt tydlighet kring roller och beslutsmandat.

Representanterna var eniga om att det behövs samma form av ledningsorganisation på respektive sjukhus. Det var också enighet om att vissa av de sjukhusövergripande funktionernas roller, som till exempel lokala samordnares, borde se lika ut på alla sjukhus.

Gruppen är också överens kring synen på jämlik vård och att detta innebär att det måste finnas vissa olikheter på sjukhusen. Ett exempel på en sådan olikhet är de mötesplatser som behöver finnas och hur de bör anpassas till varje sjukhus.

Under sammanlagt fyra träffar har gruppen tagit fram olika förslag som presenteras i denna rapport. Flertalet av deltagarna instämmer med ett eller flera av förslagen, men inget förslag understöds av alla representanter. Det finns konsensus om att det behövs göras en djupare analys kring vilka andra processer som blir berörda av en sådan förändring som respektive förslag skulle innebära samt vad effekterna blir på de processer som ingår i förslagen. Denna analys bör göras av funktioner som har helheten i fokus, för att kunna säkerställa om något av förslaget skulle gå att implementera i verksamheten och alla följder detta i sådana fall skulle innebära.

Nedanstående frågeställningar var utgångspunkten för framtagandet av denna rapport och gruppen har besvarat dem enligt följande:

Vad är det för frågor/problem lokalt närvarande ledarskap ska lösa?

- Smidigare process med lokala frågor – inget ska hamna mellan stolarna
- Tydligare ansvar för kostnader
- Snabbare beslutsprocesser i sjukhusgemensamma frågor
- Klinisk personal ska kunna fokusera på vården
- Mötesplatser med tydligt syfte, målgrupp och funktion
- Skapa tydliga kopplingar mellan ledning och sjukhusgemensamma funktioner – vidarerapportering och återrapportering
- Tydliggörande av roller och funktioner

Vad är det den här gruppen ser som närvarande ledarskap?

- Sjukvårdsdirektör med ansvar för respektive sjukhus
- Ledningsfunktion i form av stabschef/platschef med stab på varje sjukhus
- Tydlighet kring roller, funktioner och beslutsmandat för varje sjukhus
- Tydlighet med syfte, målgrupp och funktion för befintliga mötesplatser
- Lättkontaktad ledning
- Informerande mötesplats med representanter från största verksamheterna och sjukhusgemensam funktion med obligatorisk vidarerapportering och återrapportering
- Kortare väg till svar och beslut i sjukhusgemensamma frågor

Innehållsförteckning

1. Bakgrund 1

2. Syfte och mål 1

3. Tillvägagångssätt 1

4. Resultat 2

5. Summering 10

Bilagor 11

1. Bakgrund

Arbetet med att ta fram en plan för ”det lokala ledarskapet” initierades av Regionledningskontoret 2019 genom att fyra workshops genomfördes där verksamhetschefer och bitr. verksamhetschefer ingick. Som resultat togs det fram ett underlag där både styrkor och svagheter med nuvarande system identifierades och beskrevs.

Nämnden för folkhälsa och sjukvård samt sjukvårdens ledningsgrupp, här representerad av Hälso- och sjukvårdsdirektören, önskade att arbetet skulle fortsätta.

En grupp bestående av representanter från våra tre sjukhus i Region Jönköpings län samt ledare från Qulturum bildades. Gruppens uppdrag var att ta fram förslag till lösningar för vad som behöver förbättras för att stärka det lokala ledarskapet och chefskapet på de tre sjukhusen.

Arbetet baseras på de svagheter som har identifierats under tidigare nämnda workshopar med verksamhetschefer och bitr. verksamhetschefer. Utgångspunkt var följande frågeställningar:

- Vad behöver vi göra lika?
- Vad är smart att göra olika?
- Hur får vi ett närvarande ledarskap?

Tidsramen för arbetet behövde ändras. Initialt skulle rapporten lämnas in den 30 april 2020, men på grund av omständigheterna med coronapandemin förlängdes tidsramen och rapporten skulle istället lämnas in den 30 september 2020.

2. Syfte och mål

Syftet med denna rapport är att presentera resultatet av de diskussioner som förts av representanterna i arbetsgruppen kring ovanstående frågeställningar.

Samt att ta fram förslag till förbättringar när det gäller det lokala ledarskapet som underlag till en plan för det lokala ledarskapet och på lång sikt stärka det lokala ledarskapet på våra sjukhus.

3. Tillvägagångssätt

En gemensam arbetsgrupp har tillsats av Hälso-och sjukvårdsdirektören och bestått av följande:

- Representanter från varje sjukhus.
- Representant från ledningsstab i verksamhetsområdena
- Representanter från Verksamhetsstöd och service – lokala samordnare
- Chefssjuksköterskor och chefläkare

Arbetet har faciliterats och letts av två medarbetare från Qulturum.

Två webbmöten genomfördes under våren (20 mars och 3 april), men arbetet pausades fram till augusti på grund av pågående coronapandemin, Under hösten har två fysiska träffar genomförts (21 augusti och 7 september).

Under träffarna har gruppen diskuterat lokalt ledarskap och chefskap utifrån ovanstående frågeställningar. Representanterna i gruppen har delat med sig av sina tankar och erfarenheter som ledde till identifieringen av och fördjupning i olika utmaningar (som bottnar i de tidigare identifierade svagheterna). Detta har resulterat i olika förslag till förbättringar/lösningar och reflektioner i form av farhågor till varje förslag.

Det har varit viktigt med transparens – att allas åsikter och idéer tas tillvara. Efter varje träff har sammanställningen/summeringen skickats ut till deltagarna för att kunna samla in ytterligare kommentarer, ändra eventuella missuppfattningar samt även komplettera det som kommit fram under föregående träff.

4. Resultat

Gruppens arbete har resulterat i fyra olika förslag. Representanterna var eniga om att det behövs samma form av ledningsorganisation på respektive sjukhus, oavsett vilket förslag som eventuellt skulle bli verklighet. Det var också enighet om att vissa funktioners roller, som till exempel lokala samordnares borde se lika ut på alla sjukhusen.

Det finns också konsensus kring synen på jämlik vård och att detta innebär att det måste finnas vissa olikheter på sjukhusen. Ett exempel på en sådan olikhet är de mötesplatser som behöver finnas och hur de bör anpassas till varje sjukhus.

Det fanns behov av ytterligare fördjupning i tidigare identifierade svagheter/problemområden. Detta både för att säkerställa samsyn – att alla representanter på träffarna var lika införstådda i den upplevda problematiken för att kunna bidra med reella lösningar, men också eftersom vissa av de tidigare identifierade svagheterna nu upplevdes som inaktuella. Det var också tydligt att representanterna behövde förstå både varandras verkligheter och funktioner för att kunna adressera problemet. Efter mycket diskussion som kretsade kring svagheterna har gruppen identifierat två större utmaningar att arbeta vidare med, dessa var:

Beslutsmandat i sjukhusgemensamma frågor

- **Behov av ett geografiskt närvarande ledarskap**

  - *”Behov av tillgängligt lokalt ledarskap. Känslan nu är för många att allt är placerat i Hus B2 i Jönköping. Detta leder till en lång beslutsväg för exempelvis Höglandet och Värnamo som känner att de måste lägga en halv dag på resa och möte för att få svar på en ledningsfråga”.*

- **Behov av tydligt uttalat lokalt ledarskap**

  - *”Vissa frågor hamnar mellan stolarna. Framförallt när det är en sjukhusfråga som*

berör lite av varje verksamhetsområde. Vem har mandat att besluta att detta exempelvis huvudsakligen är en fråga för kirurgin och då får kirurgin betala?"

- **Tydliggörande av roller, funktioner och beslutsmandat**

  - "Upplevelsen är att problem ofta uppstår när det rör sig om ett sjukhusövergripande beslut. De funktioner som finns på plats fysiskt på sjukhusen (ex. chefläkare, chefsjuksköterska, strateg) saknar mandat. De funktionerna har övergripande ansvar för sjukhuset, men har ingen koppling till linjeorganisationen. Upplevelsen är att det inte finns någon funktion på sjukhusen idag som tar ansvar för sjukhusgemensamma frågor och tar med sig dem till sjukvårdsdirektörernas stab. I vissa fall har funktioner utan uttalat mandat fått agera medlare för att lösa flera situationer samt tagit på sig rollen att fatta beslut och förmedla till sjukvårdsdirektör."

Mötesplatser och mötesformer

- **Tydlighet kring syfte, målgrupp och mandat för mötesforum. Operativt möte eller strategiskt möte och/eller beslutsfattande möte.**

  - "Information måste förmedlas samtidigt till alla. Sjukhusgemensamma möten, exempelvis daglig styrning har olika syfte, struktur och representanter på respektive sjukhus. På vissa möten är exempelvis psykiatrin inte inbjuden. Då lyfts heller inga frågor kring psykiatri. På Ryhov är psykiatri inkluderad, men inte på övriga sjukhus. Vilka representanter som ska vara med måste tydliggöras och om det rör sig om sjukhusgemensamma frågor måste alla som skapar helheten vara med; lokal samordnare, regionfastigheter etc."

- **Förbättrad informationsförmedling**

  - "Under pandemins början blev det tydligt att den enda platsen (exemplet gäller Vmo) att få den information man behövde var på daglig styrning. Medicinskt ansvarig fick rapportera till verksamhetschef. Ibland blev det konflikter då denna process inte hade fungerat och ett vo inte hade blivit införstådd i det beslut som fattats."

- **Skapa länkar för vidarerapportering**

  - "Vi som lokala samordnare upplever problem med att få information kring beslut. Har vi inte varit med på mötet där beslutet fattades blir vi heller inte informerade."

Arbetet som gjordes inför den här rapporten baserades på de svagheter som identifierades under tidigare nämnda workshopar med verksamhetschefer och bitr. verksamhetschefer. Under de fyra träffar vi nu har genomfört har vi tillsammans med gruppen valt att inte fokusera på alla av tidigare identifierade svagheter. När vi tillsammans med gruppen gick igenom svagheterna var alla överens om att det inte längre fanns behov att diskutera två av svagheterna; *Profilering, vision, berättelser* samt *Vi-känsla, stolthet, individuellt engagemang* i detta forum då de inte längre ansågs vara problem eller svagheter.

- *”Mycket har fallit på plats sedan dessa svagheter togs fram.”*

Nedanstående tidigare identifierade svagheter har diskuterats av gruppen:

- Samverkan inom sjukhus, mellan VO
- Risk för nya stuprör
- Forum, mötesplatser
- Patient, samarbete utifrån bäst för patienten
- Lokaler, sjukhusgemensamma rutiner
- Extern samverkan, ”ingång” – t ex kommuner, utbildningsanordnare
- Göra olika i förhållande till standardisering
- Centralisering vägs upp av lokalt arbete

De ovan resterande åtta svagheterna är inbakade i de två större utmaningarna som gestaltade sig under resans gång. Som svar på frågan ”Hur får vi till närvarande ledarskap” har gruppen arbetat fram förslag A, B, C och D.

Förslag A:

- Sjukvårdsdirektör med ansvar för respektive sjukhus
- Ledningsfunktion i form av stabschef/platschef med stab på varje sjukhus
- Tydlighet kring roller, funktioner och beslutsmandat för varje sjukhus

Varje sjukvårdsdirektör ska ha ansvar för ett av sjukhusen. Det måste tydliggöras att ansvaret inte bara är medicinskt utan även ett paraplyansvar för den fysiska platsen sjukhuset. De ska få mandat att agera på frågor som är sjukhusspecifika utan att behöva höra med övriga sjukvårdsdirektörer – mandatet gäller även när kostnader för det fysiska sjukhuset måste fördelas på samtliga verksamhetsområden.

Det ska också tillsättas en ledningsfunktion här kallad stabschef/platschef för varje sjukhus. Viktigt att det är tydligt att stabschefen/platschefen är underställd sjukvårdsdirektören, för att undvika dubbla ledarskap. Stabschefen/platschefen ska ha tydligt mandat att agera utifrån vilka avsikter ansvarig sjukvårdsdirektör har. I de frågor stabschefen/platschefen inte kan fatta beslut, är uppgiften istället att presentera ett tydligt beslutsunderlag till sjukvårdsdirektören. Det ska framgå att ansvarig direktör är inblandad i alla stora frågor och att all auktoritet utgår därifrån.

Viktigt att stabscheferna/platscheferna har bakgrunder inom vården och därmed kunskap om den. Fokus ska vara på kärnverksamheten, men stabscheferna/platscheferna ska också agera på alla övriga sjukhusövergripande frågor där beslut behöver fattas. Det måste vara en person som har verksamhetschefens förtroende och direktörernas förtroende och som är ansvarig för alla sjukhusövergripande frågor, men som sätter sjukvårdsfrågor framför övriga frågor.
Uppdraget måste se olika ut beroende på sjukhus. Uppdraget blir därmed olika stort.
Varje stabschef/platschef ska ha en stab under sig.
Nuvarande organisation med chefläkare och chefsjuksköterska, lokala samordnare borde se likadan ut som den gör idag, men rollerna måste tydliggöras.
Stabschefen/platschefen har en heltidstjänst som stabschef/platschef och måste vara delaktig i alla ledningsgruppsmöten på sjukhuset och ha insyn i allt som berör samtliga verksamhetsområden på sjukhuset. Stabschefen/platschefen måste också delta på sjukvårdens ledningsgrupp.
Stabscheferna/platscheferna för samtliga sjukhus ska även ha möten med varandra för att inte missa värdefull information.

Farhågor:

- Oro för att en enda person inte kan hinna vara delaktig på alla dessa möten – framförallt på Ryhov som är det största sjukhuset. Många möten är också samma dag och samma tid. Hur ska dessa stabschefer/platschefer vara informerade om allt som händer?
- Oro för att det bara blir en ännu större röra. Istället för 3 (4) personer i ledning, ska man nu vända sig till 7 personer för att få ett beslut
- Har en person (stabschefen/platschefen) utan budget mandat att besluta?
- Oro för belastningen på sjukvårdsdirektörerna, speciellt för Ryhov sjukhus
- Svårt för direktören för psykiatri, rehabilitering och diagnostik att vara insatt i och ha beslutsrätt för sjukhusgemensamma frågor som rör somatik och vice versa.

Frågor som återstår och behöver analyseras vidare:

- Vem ska bära ansvar för ekonomin och personal?

Förslag B

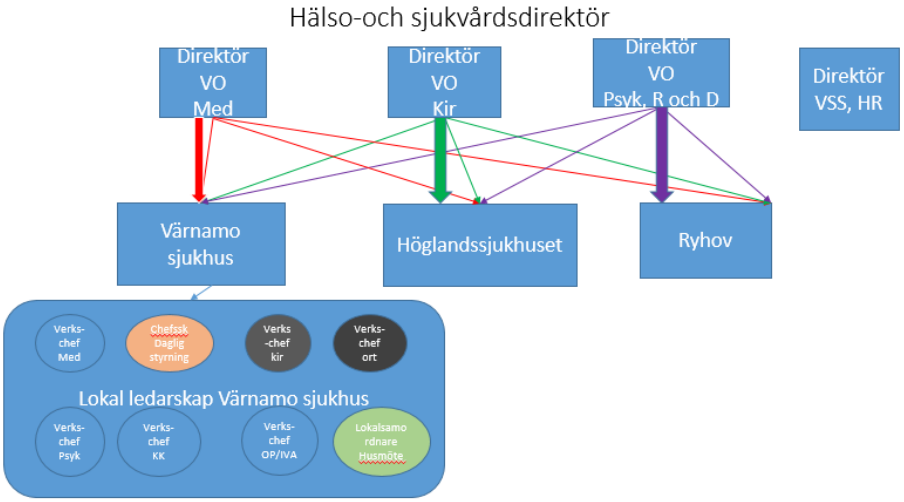
- Sjukvårdsdirektör med ansvar för respektive sjukhus
- Informerande mötesplats med representanter från största verksamheterna och sjukhusgemensamma funktion med obligatorisk vidarerapportering och återrapportering.
- Tydlighet kring roller, funktioner och beslutsmandat för varje sjukhus
- Lättkontaktad ledning

Detta förslag liknar förslag A, men har vissa betydelsebärande skillnader. Här finns ingen stabschef/platschef som ansvarig för varje sjukhus utan här ska en nyskapad mötesplats tillsammans med en vidarerapportör fylla den funktionen.

Varje sjukvårdsdirektör ska ha ansvar för ett av sjukhusen. Det måste tydliggöras att ansvaret inte bara är medicinskt utan även ett paraplyansvar för den fysiska platsen sjukhuset. De ska få mandat att agera på frågor som är sjukhusspecifika utan att behöva höra med övriga

sjukvårdsdirektörer – mandatet gäller även när kostnader för det fysiska sjukhuset måste fördelas på samtliga verksamhetsområden.

Varje sjukhus ska införa en obligatorisk mötesplats. På detta möte ska verksamhetscheferna för de största verksamheterna; medicin, kirurgi, ortopedi, psykiatri, KK samt OP/IVA närvara. Chefsjuksköterska ska delta och ta med information till och från daglig styrning. Lokala samordnare ska delta och ta med information till och från husmöte samt agera länk till direktören för Verksamhetsstöd och service.
En av deltagarna på mötesplatsen ska också agera länk från mötesplatsen och ge underlag till för sjukhus ansvarig direktör samt rapportera beslut tillbaks till övriga deltagare på mötesplatsen.



Farhågor:

- Vem tar det ekonomiska beslutet? Det blir följdfrågor ekonomi och personal, prioriteringar
- Ett mindre sjukhus med en bra stab löser detta tydligt, men ett större sjukhus är inte lika självklart.
- Oro för belastningen för sjukvårdsdirektörer, speciellt för Ryhov sjukhus
- Oro för att ledarskapet blir för ”svagt” och att ingen kommer att fatta beslut
- Oro att många verksamheter inte blir representerade. Många representanter tycker i detta förslag att alla verksamheter borde vara representerade på mötesplatsen, till exempel barnkliniken, infektionskliniken, onkologen etc. Ett förslag är att länskliniker bör finnas representerade på åtminstone Ryhov.
- Svårt för direktören för psykiatri, rehabilitering och diagnostik att vara insatt i och ha beslutsrätt för sjukhusgemensamma frågor som rör somatik och vice versa.

Förslag C (Kombination av A och B)

- Sjukvårdsdirektör med ansvar för respektive sjukhus
- Informerande mötesplats med representanter från största verksamheterna och sjukhusgemensamma funktion med obligatorisk vidarerapportering och återrapportering
- Ledningsfunktion i form av stabschef/platschef med stab på varje sjukhus
- Tydlighet kring roller, funktioner och beslutsmandat för varje sjukhus
- Lättkontaktad ledning

Detta förslag är en kombination av A och B. Det innehåller både en stabschef/platschef med tillhörande stab och ett nyskapat mötesforum. Delar av staben utgörs av mötesforumet som är beskrivet i förslag B. Länken till sjukvårdsdirektörerna är stabschefen/platschefen.

Varje sjukvårdsdirektör ska ha ansvar för ett av sjukhusen. Det måste tydliggöras att ansvaret inte bara är medicinskt utan även ett paraplyansvar för den fysiska platsen sjukhuset. De ska få mandat att agera på frågor som är sjukhusspecifika utan att behöva höra med övriga sjukvårdsdirektörer – mandatet gäller även när kostnader för det fysiska sjukhuset måste fördelas på samtliga verksamhetsområden.

Varje sjukhus ska införa en obligatorisk mötesplats. På det mötet ska verksamhetschef för medicin, kirurgi, ortopedi, psykiatri, KK samt OP/IVA. Chefsjuksköterska ska delta och ta med information till och från daglig styrning. Lokala samordnare ska delta och ta med information till och från husmöte samt agera länk till direktören för Verksamhetsstöd och service.

Det ska också tillsättas en ledningsfunktion här kallad stabschef/platschef för varje sjukhus. Viktigt att det är tydligt att stabschefen/platschefen är underställd sjukvårdsdirektören, för att undvika dubbla ledarskap. Stabschefen/platschefen ska ha tydligt mandat att agera utifrån vilka avsikter ansvarig sjukvårdsdirektör har. I de frågor stabschefen/platschefen inte kan fatta beslut, är uppgiften istället att presentera ett tydligt beslutsunderlag till sjukvårdsdirektören. Det ska framgå att ansvarig direktör är inblandad i alla stora frågor och att all auktoritet utgår därifrån.

Varje stabschef har sammankallande ansvar för den obligatoriska mötesplatsen som då utgör del av stabschefen/platschefens stab.

Uppdraget måste se olika ut beroende på sjukhus. Uppdraget blir därmed olika stort. Nuvarande organisation med chefläkare och chefsjuksköterska, lokala samordnare borde se likadant ut som det gör idag, men rollerna måste tydliggöras.

Stabschefen/platschefen har en heltidstjänst som stabschef och måste vara delaktig i alla ledningsgruppsmöten på sjukhuset och ha insyn i allt som berör samtliga verksamhetsområden på sjukhuset. Stabschefen/platschefen måste också delta på sjukvårdens ledningsgrupp.
Stabscheferna/platscheferna för samtliga sjukhus ska även ha möten med varandra för att inte missa värdefull information.

Farhågor:

- Vem tar det ekonomiska beslutet? Det blir följdfrågor ekonomi och personal, prioriteringar
  Ett mindre sjukhus med en bra stab löser detta tydligt, men ett större sjukhus är inte lika självklart.
- Oro för att en enda person inte kan hinna vara delaktig på alla dessa möten – framförallt på Ryhov som är det största sjukhuset. Många möten är också samma dag och samma tid. Hur ska vi se till att dessa stabschefer/platschefer är informerade om allt som händer?
- Oro för att det bara blir en större röra. Istället för 3 (4) personer i ledning, ska man nu vända sig till 7 personer för att få ett beslut.
- Har en person (stabschefen/platschefen) utan budget mandat att besluta?
- Oro att många verksamheter inte blir representerade. Många representanter tycker i detta förslag att alla verksamheter borde vara representerade på mötesplatsen, till exempel barnkliniken, infektionskliniken, onkologen etc. Ett förslag är att länskliniker bör finnas representerade på åtminstone Ryhov.
- Svårt för direktören för psykiatri, rehabilitering och diagnostik att vara insatt i och ha beslutsrätt för sjukhusgemensamma frågor som rör somatik och vice versa.

Förslag D

- Tydlighet med syfte, målgrupp och funktion för befintliga mötesplatser
- Tydlighet kring roller, funktioner och beslutsmandat för varje sjukhus
- Lokala samordnare träffar alla sjukvårdsdirektörer en gång i kvartalet

Förslag D utgår från det upplägg som finns ute i verksamheterna idag. Då svagheterna tycks ligga i kopplingarna är det viktigaste i detta förslag att identifiera länkarna och tydliggöra befintlig struktur. Tanken är därför här att befintliga genomarbetade strukturer ska behållas, roller (sjukvårdsdirektörer, chefssjuksköterskor, chefläkare, lokala samordnare) ska tydliggöras – vilka har ansvar för vad? Syfte för mötesplatser ska också tydliggöras samt vem som har mandat att fatta beslut – vilken funktion som ska vidarerapportera att behovet finns och att beslut måste fattas måste identifieras och kommuniceras ut.
Dessa tydliggöranden måste vara på väldigt konkret och detaljerad nivå för att lösa situationen idag. Tydliggörandena ska generera någon typ av funktionsbeskrivning. Exempel på detta kan för mötesplatsen vara: hålla i övergripande semesterplanering, arrangera och hålla i veckostyrning.
Ett förslag för att förbättra vissa kopplingar är exempelvis att lokala samordnare träffar alla sjukvårdsdirektörer en gång i kvartalet. Detta mötets syfte är att få svar och beslut på frågor som inte rör det medicinska utan det fysiska på sjukhuset. Förslaget innehåller också att lokala samordnare ska ingå i ledningsgruppen under 1 år för att se om det löser en del av de frågor som tidigare har fallit mellan stolarna.
Tanken är också att förstärka vissa mötesformer, till exempel att de veckomöten eller lokala risk-och säkerhetsgruppsmöten som redan finns på Ryhov skulle kunna finnas på samtliga sjukhus i länet.

Farhågor:

- Det är fler frågor som behöver beslut än de som berör de lokala samordnarna. Lokal samordning är bara en aktör.
- Länken till ledningen måste vara opartisk. Personen ska kunna verka över verksamhetschefer – ta beslut när de är oense. Detta kräver en person med väldigt tydligt mandat. Den rollen finns inte idag. Den rollen kan inte tas av verksamhetschef eller lokal samordning.
- Oro att ledningen skulle uppmuntras till att prioritera små frågor på bekostnad av de stora sjukvårdsfrågorna. Många småfrågor är också dyra frågor och ett system kan skapas där allt mer budgetmedel fördelas bort från sjukvården.
- Det krävs översyn av befintliga mötesformer på alla tre sjukhusen. Det finns olika förutsättningar och behov på alla sjukhus och det behövs analys om samma mötesform kan svara på dessa behov. Risk att införa ny mötesform utan att inventera tidigare mötesplatsers roll/syfte och funktion.

5. Summering

Nuvarande struktur med verksamhetsområden fungerar väl för att uppnå målet jämlik vård. Dock behövs en förändring av lokalt ledarskap för att säkerställa att jämlik vård ska kunna uppnås.
Gruppen har samsyn kring att jämlik vård betyder att vi ska jobba för att få bästa resultat för patienten.

- *”Det finns stora fördelar med omorganisationen 2015, mycket mer resurser går till sjukvården som skapar mervärde för patienter.”*

Detta innebär inte nödvändigtvis att alla processer ska se lika ut på alla sjukhus. Däremot får det inte bli olika värderingar och kulturer – jämlik vård kontra jämlikt arbetssätt.

Det finns ett stort behov av mer närvarande ledarskap och kortare beslutsprocesser.

Flertalet av deltagarna instämmer med ett eller flera av förslagen som kommit fram under träffarna. Inget förslag understöds dock av alla. De flesta deltagare förespråkar att en ny funktion tillsätts på alla tre sjukhusen, motsvarande stabschef eller platschef med mandat att fatta beslut i sjukhusgemensamma frågor. Detta ses som en komplettering/förstärkning till nuvarande organisationsstruktur och inte som ett steg tillbaka.

Farhågor har lyfts kring respektive förslag. Det rör sig huvudsakligen om svårigheter för enstaka funktioner, såsom sjukvårdsdirektörer och de ev stabscheferna/platschefernas, möjlighet och tid att hantera frågor på så många olika nivåer. Budgetansvar, HR-processer och problematik med ansvar för andra verksamhetsområden tas också upp.

I sista förslaget finns det farhågor om att den funktion som eventuellt skulle komma att agera länk till ledning kring sjukhusspecifika frågor måste kunna verka över verksamhetschefer och hantera frågor som både rör det medicinska och det fysiska på själva sjukhuset. Den funktionen finns inte att hitta i organisationen idag.

Det finns konsensus om att det behövs göras en djupare analys kring vilka andra processer som blir berörda av respektive förslag (exempelvis HR-frågor och ekonomiska frågor) och hur dessa processer skulle fungera med respektive förslag samt vad effekterna blir på de processer som redan nu ingår i förslagen. Denna analys bör göras av funktioner med helhetssyn över organisationen för att kunna säkerställa om något av förslagen skulle gå att implementera i verksamheten och alla följder detta i sådana fall skulle innebära.

Gruppen är överens om att alla mötesplatser, både vad det gäller syfte, mål och funktion bör ses över på alla sjukhus.

Bilagor

Omvärldsanalys

Region Skåne
https://www.skane.se/siteassets/organisation_politik/revision/granskningsrapporter-2017/rapport-region-skanes-politiska-organisation-och-tjanstemannaorganisation-slutlig.pdf

Södersjukhuset
https://www.sodersjukhuset.se/om-sos/organisation/#Ledningsgrupp
https://www.sodersjukhuset.se/om-sos/organisation/#Verksamhetsomraden

Region Östergötland
https://www.regionostergotland.se/Om-regionen/Verksamheter/

Cincinnati-modellen
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3408689/

Bilaga 1. Efterkommande förslag och kommentarer

Det har tillkommit några förslag efter träffarna från deltagare som inte kunde närvara på sista träffen. Dessa förslag har inte diskuterats i större grupp därför finns det inga farhågor identifierade.

Förslag E

Skapa en ledningsorganisation för respektive sjukhus under ledning av en ”stabschef/vårddirektör/platschef” med uppdrag och mandat från hälso- och sjukvårdsdirektören för samordningsuppdraget på sjukhuset. Den här funktionen ska samverka med exempelvis chefsjuksköterskor och lokala samordnare för att bidra till samordning kring både de kliniska och stödfunktionernas processer.

Denna funktion ska organisationsmässigt befinna sig på samma nivå som sjukvårdsdirektören, men ha en helt annan roll. Det ska också tillkomma en liten stab. Dock inget budgetansvar. Funktionen ska vara processansvarig på sjukhuset och ta ansvar för sådant som exempelvis ombyggnation, men ska även ha förståelse för kliniska processer och ledarskap.

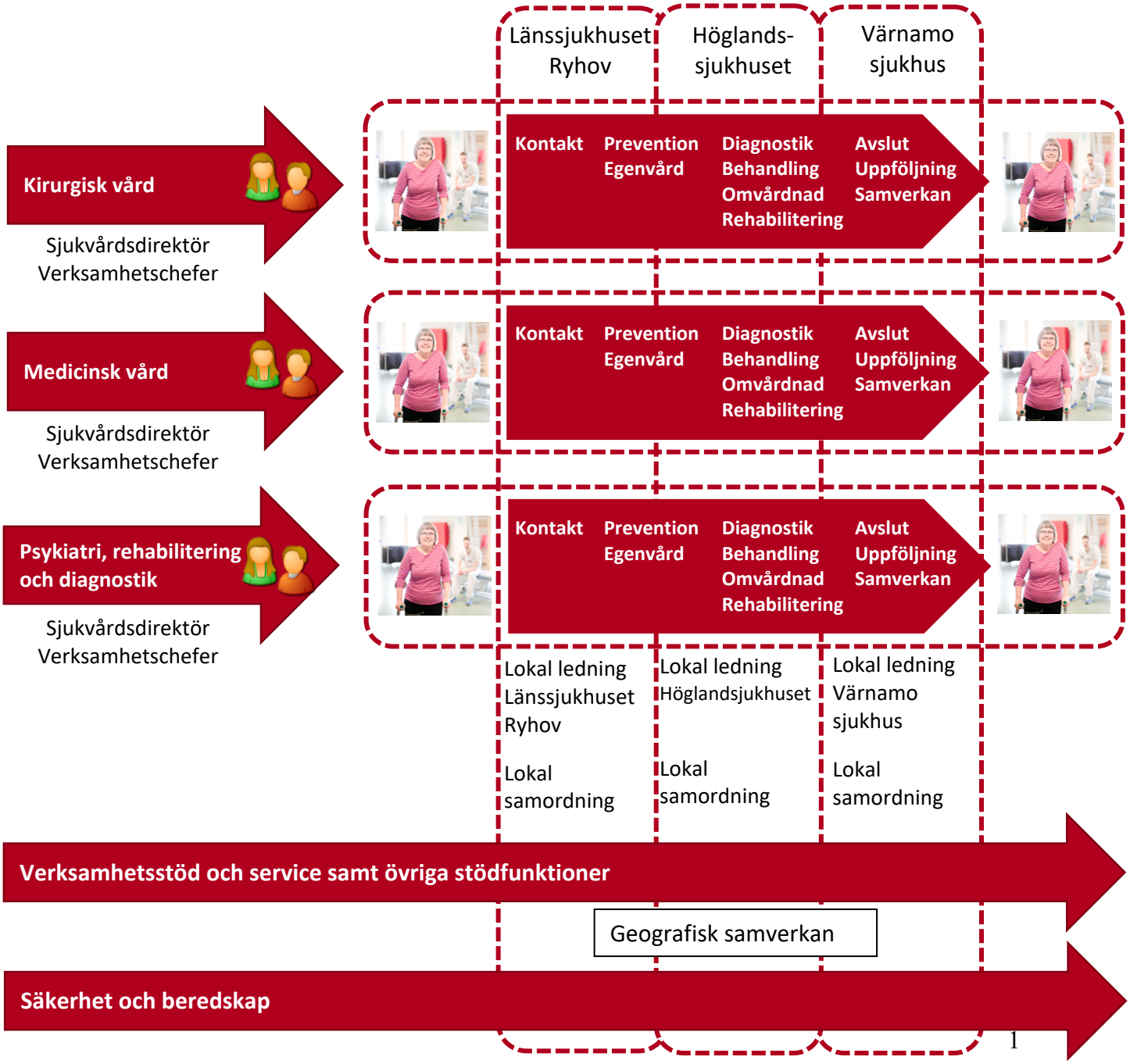
Förslag F

Behåll nuvarande ledningsstruktur, låt sjukvårdsdirektörerna leda mötesplatser för sjukhusen för samverkansfrågor, men lägg inget beslutsmandat där.
Skapa en tydlighet för samverkansformer för det som händer i det fysiska sjukhuset med en mötesform som till exempel kan kallas lokal risk-och säkerhetsgrupp/husmöte. Kan mycket väl ledas av sjukvårdsdirektör för att markera vikten av mötesformen.

Region Jönköpings län

Förslag från arbetsgrupp, samt efter synpunkter från sjukvårdens ledningsgrupp den 14 oktober 2021.

Riktlinjer och förslag till arbetssätt för
Lokal ledning sjukhus



Region Jönköpings län

Inledning

I Budget och verksamhetsplan för 2019 gavs ett uppdrag att hitta lösningar där lokala sjukhusledningar ska kunna skapas och integreras i nuvarande system. Utifrån detta har hälso- och sjukvårdsdirektören gett ett uppdrag att utreda hur det lokala ledarskapet och chefskapet på de tre akutsjukhusen ska stärkas och ha ett tydligt mandat att leda och ta ansvar i det lokala sammanhanget för helheten.

Arbetet påbörjades under 2019 med samtal i grupper med verksamhetschefer. Dessa genomfördes av dåvarande regiondirektör tillsammans med Hälso- och sjukvårdsdirektören. Arbetet fortsatte med att en grupp bestående av representanter från alla tre akutsjukhus i Region Jönköpings län tillsattes som träffades vid ett antal tillfällen och arbetade fram några olika förslag. Arbetet faciliterades av medarbetare på Qulturum. Arbetet fick delvis pausas under 2020 med anledning av coronapandemin. Under 2021 har arbetet fortsatt. Utifrån förslaget som framkom har en mindre grupp arbetat vidare med att tydliggöra uppdraget till ett konkret förslag och riktlinje.

Behovet av lokal sjukhusledning bottnade i stor utsträckning på att det finns en otydlighet i vad som gäller i sjukhusspecifika/sjukhusgemensamma frågor. Det upplevs också brister i informationskanaler och otydlighet kring mötesforum, samt att det är långsamt till beslut och att frågor faller mellan stolarna.

I uppdraget ingår att ta fram en riktlinje, genomföra en riskbedömning, involvera skyddsombud samt säkra politiskt beslut om inriktning/ramverk.

I uppdraget ingår också att beskriva lokal ledning i förhållande till verksamhetsområdenas uppdrag och representation vid respektive sjukhus. Verksamhetsområdenas sjukvårdsdirektörer och Verksamhetsstöd och service direktörs roll på respektive sjukhus ska särskilt beaktas.

Bakgrund

Region Jönköpings län arbetar på invånarnas uppdrag och styrs av folkvalda politiker som väljs vart fjärde år. Verksamheten är omfattande och där ett av huvuduppdragen är folkhälsa och sjukvård.

Regiondirektören är högsta chef för Region Jönköpings län. Hälso- och sjukvårdsdirektören är leder hälso- och sjukvården och rapporterar direkt till nämnden för folkhälsa och sjukvård.

Folkhälsa och sjukvård leda av hälso- och sjukvårdsdirektören tillsammans med sjukvårdens ledningsgrupp som består av

- Hälso- och sjukvårdsdirektör, ordförande
- Regiondirektör
- Sjukvårdsdirektörer för verksamhetsområdena Kirurgisk vård, Medicinsk vård samt Psykiatri, rehabilitering och diagnostik
- Direktör för Vårdcentralerna Bra liv
- Tandvårds direktör
- Utvecklingsdirektör Qulturum

- Kommunikationsdirektör
- HR-direktör
- Ekonomidirektör
- Chef för Futurum

samt sekreterare, hälso- och sjukvårdsstrateg, regionledningskontoret

Regionens ledningsgrupp leds av regiondirektör och där tillkommer utöver ovan

- Regional utvecklingsdirektör
- Direktör för Verksamhetsstöd och service
- IT-direktör
- Direktör för Länstrafiken

Stöd- och servicefunktioner

Dessa funktioners övergripande uppdrag är att stödja verksamheterna utifrån deras behov och bidra till utveckling och kostnadseffektiv verksamhet.

Inom verksamhetsområdena Kirurgisk vård, Medicinsk vård samt Psykiatri, rehabilitering och diagnostik, Vårdcentralerna Bra liv och Folktandvården finns HR-, kommunikation och ekonomistöd. För övriga verksamhetsområden finns dessa stödfunktioner i Verksamhetsstöd och service.

Övriga verksamheter inom Verksamhetsstöd och service med regionövergripande uppdrag är Fakturaenheten, Redovisningsenhet, Inköp och materialförsörjning, Invånarservice, Hjälpmedelsförsörjning, Läkemedelsförsörjning, Länstransporter, Löneenheten, Regionfastigheter, Måltid, Medicinsk teknik, Miljö, Närservice och Sjukhusstöd.

IT-stöd

Region Jönköpings läns IT-leveranser sker i huvudsak genom IT-centrum och i samverkan med beställande och mottagande verksamheter samt respektive systemförvaltnings-organisation.

Arbetsgrupp

En arbetsgrupp tillsattes för att arbeta igenom frågan och ta fram ett förslag. Deltagare i arbetsgruppen:

- Bo-Kenneth Knutsson, verksamhetschef, psykiatriska kliniken Höglandssjukhuset
- Wille Alstermark, verksamhetsstrateg, Medicinsk vård
- Birgitta Bergqvist, HR-strateg, Regionledningskontoret
- Dzenata Brandic, chefsjuksköterska, Chefläkare och patientsäkerhet
- Malin Steindl, beredskapssamordnare, Höglandssjukhuset
- Gunnel Svedeskog Karlsson, verksamhetschef, Verksamhetsstöd och service
- Lena Ottosson, administrativ samordnare, Kirurgisk vård, sekreterare

Utöver detta tillsattes en referensgrupp tillika huvudskyddsombud som också deltagit i framtagandet av riskbedömning.

- Carina Sjögren, Kommunal
- Jan-Olof Svärd, Läkarföreningen

- Tina Laine Tollström, Vision
- Fatmir Zogaj, Vårdförbundet

Förslag på lokal ledning sjukhus

Arbetsgruppen har tagit fram ett förslag till struktur och riktlinje för lokal ledning sjukhus.

Lokal ledning

Lokal ledning utgår från respektive sjukhus; Länssjukhuset Ryhov, Höglandssjukhuset och Värnamo sjukhus.

Lokal ledning är underordnad hälso- och sjukvårdsdirektören och har att:

- bereda ärenden inom sitt ansvarsområde till sjukvårdens ledningsgrupp
- sätta upp punkter till sjukvårdens ledningsgrupp
- driva de mötesplatser som behövs lokalt och säkra att verksamhetsövergripande mötesplatser fungerar
- samordning inom sjukhuset med tillhörande upptagningsområde, inom av Region Jönköpings län fastställd budget och flerårsplan

Regionen har tre upptagningsområden. Upptagningsområdena definieras geografiskt utifrån de kommuner som respektive sjukhus i första hand har att samverka med.
Länssjukhuset Ryhov – Habo, Jönköping, Mullsjö
Höglandssjukhuset – Aneby, Eksjö, Nässjö, Sävsjö, Tranås, Vetlanda, (Ydre)
Värnamo sjukhus – Gislaved, Gnosjö, Vaggeryd, Värnamo

Samverkan bland annat med primärvård, specialistvård, kommuner och Strategigrupper med arbetsgrupper i respektive upptagningsområde

- barn
- psykiatri och missbruk
- äldre

samt Råd och kommittéer.

Lokal ledning ska, i samråd med hälso- och sjukvårdsdirektören, planera och leda lokal ledningsarbete. Lokal ledning ska även ingå i samarbetsorgan med kommuner och organisationer inom lokal lednings ansvarsområde.

Syfte

Lokalisera och hantera sjukhusgemensamma frågor och förbereder lokal ledningsgrupp.

- tydliggöra vad som gäller för sjukhusspecifika/sjukhusgemensamma frågor
- samordna sjukhusgemensam kommunikation och information
- säkerställa beslutsgång och att inget faller mellan stolarna

Sammansättning av lokal ledning

Lokal ledning sjukhus består på respektive sjukhus av 3 verksamhetschef eller biträdande verksamhetschef länsklinik (Kirurgisk vård, Medicinsk vård samt Psykiatri, rehabilitering och diagnostik). Dessa fördelas till en ordförande, en förste vice ordförande och en andre vice ordförande, och utses av sjukvårdsdirektör i respektive verksamhetsområde.

Tillsättning av ordförandefunktionen är tre-årig och med årlig förflyttning andre vice till första vice till ordförande samt ny andre vice ordförande.

Utöver verksamhetschefer ingår även en chefläkare och två processledare. Processledare är chefssjuksköterska (biträdande chefssjuksköterska krävs för kontinuitet) samt lokal samordnare. Samtliga deltagare enligt ovan deltar vid samtliga möten i lokal ledning.

Administrativ samordnare för lokal ledning utses av verksamhetsområdenas ledningsstaber och ges möjlighet till att avsätta arbetstid för uppdraget.

Adjungerade till lokal lednings är: Ur verksamhetsområdes ledningsstab (HR, verksamhetsstrateg, kommunikationschef…), driftchef, AT-/BT-chef, beredskapssamordnare, säkerhetschef, enhetschef för Lokal IT, fastighetsförvaltare och närakutchef (primärvårdsrepresentant). Fler kan bli aktuella.

Ordförande

Det åligger ordförande att uppmärksamt följa frågor av betydelse för utvecklingen av lokal lednings verksamhet, effektivitet och ta erforderliga initiativ i dessa frågor, främja samverkan ur ett patient- och medarbetarperspektiv, över tid.

Ordförandena ges möjlighet till att avsätta arbetstid för uppdraget.

Ordföranden delta i sjukvårdens ledningsgrupp ca var 3:e gång. Respektive verksamhetschef /ordförande kommunicerar aktuella frågor med respektive verksamhetsområdes ledningsgrupp.

Ersättare för ordförande

I första hand förste vice ordförande och i andra hand andre vice ordförande.

Processledare i Lokal ledning

Chefssjuksköterska och lokal samordnare är processledare i lokal ledning vid respektive sjukhus.

Chefsjuksköterska

Uppdraget att koordinera vårdplatser utgår från hälso- och sjukvårdsdirektören. Chefsjuksköterskorna leder arbetet i daglig styrning på de tre sjukhusen och samverkar för samordning av beläggning och vårdprocesser i länet. I enlighet med avtalet med region och kommun bidrar till vårdsamordningen i länet.

Chefsjuksköterskorna lyfter frågor från daglig styrning till lokal ledning angående vårdplatser, beläggning, bemanning, smittor, utskrivningsprocessen, med mera.

Region Jönköpings län

Inom ramen för uppdraget i lokal ledning stödjer och samordnar processledarna sjukhusgemensamma kliniska/flödesprocesser , samt bidrar till kontinuitet i arbete med ledning i lokal ledning.

För att upprätthålla kontinuitet i arbete med lokal ledning krävs förstärkning av tjänsterna för chefsjuksköterskor på de tre sjukhusen. Omfattning och titel (chefsjuksköterska/biträdande chefsjuksköterska) kan behöva se olika ut på de tre sjukhusen. Bedömningen av vad det innebär på de tre sjukhusen och rekrytering av chefsjuksköterska/biträdande chefsjuksköterska hanteras i sektionen chefläkare och patientsäkerhet i samråd med hälso- och sjukvårdsdirektör.

Lokal samordnare

Lokal samordnare är kontaktperson för service- och lokalfrågor för verksamheterna på sjukhusen och för vid behov frågor vidare till rätt organisation. Lokal samordnare leder husmöten med deltagare från sjukhusets olika verksamheter och arbetar i nära samarbete med verksamheterna. Ansvarar för arbetsmiljö i allmänna ytor. Samordnar och kommunicerar händelser av olika slag exempelvis förändringar/ombyggnationer som påverkar sjukhusens verksamheter i nära samarbete med Regionfastigheter. Ansvarar för att riskbedömningar genomförs för allmänna ytor vid behov. Lokal samordnare har god lokalkännedom och stort kontaktnät.

Lokal samordnare har mandat att begära in den information som behövs från Verksamhetsstöd och service organisation gällande lokal- och servicefrågor. Ska även kunna lyfta in frågor för beredning i olika forum.

Delegationsordning för beslutsdelegation

Utarbetas senare i samråd med hälso- och sjukvårdsdirektören.

Sammanträden och möten

Lokal ledning sammanträder på dag och tid som lokal ledning bestämmer. Omfattningen är ca ett möte i månaden.

Utsedd ordförande i lokal ledning deltar i sjukvårdens ledningsgrupp ca vart 3:e möte

Organisation vid respektive sjukhus

Respektive verksamhetschef per klinik vid respektive sjukhus. Verksamhetschefsrepresentant ur länskliniker vid respektive sjukhus. Representanter från övriga funktioner.

Bilaga 1 – Omfattar fyra delar, en för varje sjukhus samt lista över länsklinikerna.

Storgrupp lokal ledning

Syftet är att förankra planering, genomförande och uppföljning för sjukhusgemensamma frågor.

Storgrupp lokal ledning hålls förslagsvis 4-5 gånger/år med deltagare samtliga verksamhetschefer eller biträdande verksamhetschef länsklinik. Föreslås även en tvärfacklig personalrepresentant. I enlighet med bilaga 1.

Följande möte har en direkt relation till lokal ledning:
Akutråd
Säkerhetskommittén
Husmöten
Lokalförsörjningsplan möten
Lunchmöte på respektive sjukhus
Verksamhetsområdenas ledningsgrupper
Sjukvårdens ledningsgrupp
Daglig styrning
Respektive strategigrupps arbetsgrupper (barn, PM, äldre)
Gaskommittén
Traumakommittén

Flera möten som i nuläget inte nämns här kommer säkert att ge sig tillkänna när lokal ledning etablerats, vilket bör beaktas. I samband med inrättandet av lokal ledning bör man granska möjligheterna till att ersätta vissa möten samt att man även ser över benämningar.

Diskussion har även skett tillsammans med beredskapschef kring den lokala nivån vad gäller att samordna frågorna som handlar om krisberedskap, katastrofmedicin, civilt försvar, och olika typer av säkerhet. Detta skulle kunna diskuteras i lokal ledning huruvida delaktigheten för lokal ledning i dessa frågor bör se ut. Se bilaga 5.

Kallelse
Ordförande ansvarar för att kallelse utfärdas till sammanträdena. Kallelsen ska vara skriftlig och innehålla uppgift om tid och plats för sammanträdet. Kallelsen ska på lämpligt sätt tillställas varje ledamot och eventuella ersättare samt annan föredragande som får närvara vid sammanträdet senast sex dagar före sammanträdesdagen.

Kallelse bör åtföljas av föredragningslista. Ordförande bestämmer i vilken utsträckning handlingar som tillhör ett ärende på föredragningslistan ska bifogas kallelsen.

Inkallande av ersättare
En ledamot som är förhindrad att delta i ett sammanträde eller i en del av ett sammanträde, ska snarast underrätta administrativ samordnare och kalla ersättare.

Justering av protokoll
Protokoll förs och justeras av ordförande och en ledamot på dag och tid som lokal ledning beslutar, senast fjorton dagar efter sammanträdet. Lokal ledning kan besluta att en punkt i protokollet ska justeras omedelbart. Punkten ska redovisas skriftligt innan lokal ledning justerar den. Protokollet är allmän handling och därmed offentligt.

Reservation eller oenighet
Om en ledamot har reserverat sig mot ett beslut och ledamoten vill motivera reservationen ska ledamoten göra det skriftligt. Motiveringen ska lämnas senast vid den tidpunkt som har fastställts för justeringen av protokollet. Motiveringen ska finnas i protokollet. Om lokal ledning beslutar att omedelbart justera den punkt i protokollet som reservationen avser, ska motiveringen lämnas så snart det kan ske och senast under den sammanträdesdag beslutet fattades.

Vid oenighet går frågan till hälso- och sjukvårdsdirektören.

Diarieföring
Förslag att eventuell diarieföring sker av administrativ samordnare inom ledningsstab:

- Kirurgisk vård för Höglandssjukhuset
- Medicinsk vård för Värnamo sjukhus
- Psykiatri, rehabilitering och diagnostik för Länssjukhuset Ryhov

Behörigheter och intranätet
Ett samarbetsrum för respektive lokal ledning skapas och lokal ledning läggs även upp i Evolution. Protokoll kommer att publiceras under Ledning och styrning/Protokoll/ Regionövergripande på intranätet och speglas upp mot samarbetsrummen för lokal ledning för respektive sjukhus.

Benämning
Lokal ledning Höglandssjukhuset
Lokal ledning Länssjukhuset Ryhov
Lokal ledning Värnamo sjukhus

Storgrupp lokal ledning Höglandssjukhuset
Storgrupp lokal ledning Länssjukhuset Ryhov
Storgrupp lokal ledning Värnamo sjukhus

Adress, postgång
Funktionsbrevlåda skapas för lokal ledning en för varje sjukhus.
Föreslås att administrativ samordnare i ledningsstaben inom de tre verksamhetsområdena Medicinsk vård, Kirurgisk vård samt Psykiatri, rehabilitering och diagnostik vid respektive sjukhus är kontaktperson.

Region Jönköpings län

Bilagor med riktlinjer för lokal ledning

- Bilaga 1 Organisation vid respektive sjukhus
- Bilaga 2 Daglig styrning
- Bilaga 3 Sjukhussamordnad sommarplanering
- Bilaga 4 Fungerande samordning av kliniska processer
- Bilaga 5 Katastrofmedicinsk beredskap, krisberedskap och civilt försvar, säkerhet
- Bilaga 6 Verksamhetsstöd och service
    - Samordning av lokal säkerhet, larm, bevakning
    - Lokaler och fastigheter, reparation, renhållning, sopor och snöröjning
    - Avge synpunkter till investeringsråd
    - Fordon och drivmedel
    - Mat och matavfall
    - Flaggning
    - Miljö
    - Värme, kyla, vatten och syrgas med mera
- Bilaga 7 Kommunikation/representation
- Bilaga 8 Avdela sjukhusrepresentanter för samverkan primärvård och kommun (till exempel Strategigrupperna) – Föreslås under Remissvarvet.
- Bilaga 9 Kompetensförsörjning
- Bilaga 10 Arbetsmiljö
- Bilaga 11 Operativa och strategiska ärenden från hälso- och sjukvårdsledningen. - Förslag från hälso- och sjukvårdsledningen.
- Bilaga 12 Mall för regelmässigt rapportering till hälso- och sjukvårdsdirektören hur verksamheten utvecklas. Lokal ledning har inget arbetsgivaransvar och ingen egen budget, utan detta tillkommer linjeorganisationen. – Förslag från hälso- och sjukvårdsdirektör.
- Bilaga 13 Samverkan
- Bilaga 14 Den robusta sjukhusbyggnaden
- Bilaga 15 Koppling primärvården
- Bilaga 16 Remissfrågor och kvarvarande frågor

Region Jönköpings län

Bilagor

Bilaga 1 – Organisation vid respektive sjukhus

Bilaga 1 a - Höglandssjukhuset

VO/länsklinik/klinik/funktion	Linjeledning	Lokal ledning
Kirurgisk vård	Sjukvårdsdirektör	HR-chef, verksamhetsstrateg kommunikationschef, adm samordnare
Kirurgkliniken, länsklinik	Verksamhetschef	Verksamhetschef/bitr verksamhetschef
Kvinnokliniken	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Operations- och intensivvårdskliniken	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Ortopedkliniken	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Smärtkliniken smärtenheten Eksjö	Områdeschef	Områdeschef
Urologkliniken, länsklinik	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Ögonmottagningen	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Öron-, näs- och halskliniken, länsklinik	Verksamhetschef	Verksamhetschef/bitr verksamhetschef
Medicinsk vård	Sjukvårdsdirektör	-
Akutkliniken	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Ambulansområde Höglandet, länsklinik	Verksamhetschef	Områdeschef
Barnhälsovården, länsklinik	Verksamhetschef	Verksamhetschef/bitr verksamhetschef
Barn- och ungdomsenheten, länsklinik	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Medicin- och geriatrikkliniken	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Specialistsjukvård i hemmet SSIH Eksjö, länsövergripande verksamhet	Områdeschef	Områdeschef
Psykiatri, rehabilitering och diagnostik	Sjukvårdsdirektör	-
Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, länsklinik	Verksamhetschef	Områdeschef
Habiliteringscentrum, länsklinik	Verksamhetschef	Områdeschef
Psykiatriska kliniken	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Klinisk fysiologi, länsklinik	Verksamhetschef	Adjungerad verksamhetschef
Laboratoriemedicin, länsklinik	Verksamhetschef	Områdeschef
Rehabiliteringscentrum, länsklinik	Verksamhetschef	Områdeschef
Rehabiliteringsmedicinska kliniken Nässjö, länsklinik	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Röntgen, länsklinik	Verksamhetschef	Bitr verksamhetschef
Verksamhetsstöd och service	Direktör	
Område Inköp och materialförsörjning (Regionövergripande) (Verksamhet i sin helhet finns i Jönköping)	Verksamhetschef Jönköping	

VO/länsklinik/klinik/funktion	Linjeledning	Lokal ledning
Område Invånarservice *– 1177* Vårdguiden på telefon och Kontaktcenter (Regionövergripande) (Verksamhet finns i Nässjö och Jönköping)	Verksamhetschef Jönköping	
Område Läkemedelsförsörjning – Sjukhusapotek och klinisk farmaci (Verksamhet finns på sjukhusen)	Verksamhetschef Jönköping	
Område Hjälpmedelsförsörjning (Regionövergripande inkl. kommuner)	Verksamhetschef Jönköping	
Område Länstransporter – Labbilar mm och poolbilar kort och långtid. (Regionövergripande)	Verksamhetschef Jönköping	
Område Närservice – Städ, vaktmästeri, bårhus, tryckeri, vårdnära service och patienttransporter (endast i Eksjö) (Regionövergripande)	Verksamhetschef Jönköping	
Område Måltid – Patientkost och personalrestauranger samt catering (Regionövergripande)	Verksamhetschef Jönköping	
Område Medicinsk teknik (Verksamhet på sjukhusen)	Verksamhetschef Eksjö	
Område Regionfastigheter – Förvaltarenheten, Fastighetstekniska enheten(FTE), Projektenheten (Regionövergripande)	Verksamhetschef Jönköping	
Område Sjukhusstöd – Lokala samordnare, Säkerhet (Säkerhetschef och säkerhetssamordnare för allmän säkerhet och brandskyddsarbete), Flyttjänst, Servicecenter (Centralreceptioner, centralkassor, ID-foto, personalbostäder, personalklubb, möbelförråd, kontaktpersoner för Röda kors värdinnor och Sjukhuskyrkan) (Regionövergripande och sjukhusverksamhet)	Verksamhetschef Värnamo	
Område Miljö – Miljöchef, miljösamordnare och Energikontor (Regionövergripande)	Verksamhetschef Jönköping	
Område HR – HR-partners för små och medelstora verksamhetsområden och löneenheten för hela regionen.	Verksamhetschef Jönköping	

VO/länsklinik/klinik/funktion	Linjeledning	Lokal ledning
Område Ekonomi – Controller för VoS och RLK, Fakturaenheten och redovisningsenheten för större delen av regionen	Verksamhetschef Jönköping	
Chefläkare och patientsäkerhet	Chefläkare	Chefläkare
IT-centrum	IT-direktör	Enhetschef för Lokal IT-service Ronald van Veen
Primärvård		Närakutchefen
Regionsfastigheter		Fastighetsförvaltare
Säkerhetskommittén	Beredskapschef	Beredskapssamordnare
		Säkerhetschef/Säkerhetssamordnare
AT/BT chef	Futurum	AT/BT chef

Region Jönköpings län

Bilaga 1 b - Länssjukhuset Ryhov

VO/länsklinik/klinik/funktion	Linjeledning	Lokal ledning
Kirurgisk vård	Sjukvårdsdirektör	-
Kirurgkliniken, länsklinik	Verksamhetschef	Verksamhetschef/bitr verksamhetschef
Kvinnokliniken	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Onkologkliniken, länsklinik	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Operations- och intensivvårdskliniken	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Ortopedkliniken	Verksamhetschef	Verksamhetschef/bitr verksamhetschef
Smärtkliniken smärtenheten Jönköping	Områdeschef	Områdeschef
Urologkliniken, länsklinik	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Ögonkliniken	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Öron-, näs- och halskliniken, länsklinik	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Medicinsk vård	Sjukvårdsdirektör	-
Akutkliniken	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Ambulansområde Jönköping, länsklinik	Verksamhetschef	Områdeschef
Barnhälsovården, länsklinik	Verksamhetschef	Verksamhetschef/bitr verksamhetschef
Barn- och ungdomsenheten, länsklinik	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Barn- och ungdomsmedicinska kliniken, länsklinik	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Geriatriska kliniken	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Hudkliniken, länsklinik	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Infektionskliniken	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Medicinkliniken	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Specialistsjukvård i hemmet SSIH Jkp, länsövergripande verksamhet	Områdeschef	Områdeschef
Psykiatri, rehabilitering och diagnostik	Sjukvårdsdirektör	HR chef, verksamhetsstrateg, kommunikationschef, adm samordnare
Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, länsklinik	Verksamhetschef	Områdeschef?
Habiliteringscentrum, länsklinik	Verksamhetschef	Områdeschef
Klinisk fysiologi, länsklinik	Verksamhetschef	Adjungerad verksamhetschef
Laboratoriemedicin, länsklinik	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Psykiatriska kliniken	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Rehabiliteringscentrum, länsklinik	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Rehabiliteringsmedicinska kliniken, länsklinik	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Röntgen, länsklinik	Verksamhetschef	Bitr verksamhetschef
Verksamhetsstöd och service	Direktör	
Område Inköp och materialförsörjning (Regionövergripande) (Verksamhet i sin helhet finns i Jönköping)	Verksamhetschef Jönköping	

VO/länsklinik/klinik/funktion	Linjeledning	Lokal ledning
Område Invånarservice – 1177 Vårdguiden på telefon och Kontaktcenter (Regionövergripande) (Verksamhet finns i Nässjö och Jönköping)	Verksamhetschef Jönköping	
Område Läkemedelsförsörjning – Sjukhusapotek och klinisk farmaci (Verksamhet finns på sjukhusen)	Verksamhetschef Jönköping	
Område Hjälpmedelsförsörjning (Regionövergripande inkl. kommuner)	Verksamhetschef Jönköping	
Område Länstransporter – Labbilar mm och poolbilar kort och långtid. (Regionövergripande)	Verksamhetschef Jönköping	
Område Närservice – Städ, vaktmästeri, bårhus, tryckeri, vårdnära service (Regionövergripande)	Verksamhetschef Jönköping	
Område Måltid – Patientkost och personalrestauranger samt catering (Regionövergripande)	Verksamhetschef Jönköping	
Område Medicinsk teknik (Verksamhet på sjukhusen)	Verksamhetschef Eksjö	
Område Regionfastigheter – Förvaltarenheten, Fastighetstekniska enheten(FTE), Projektenheten (Regionövergripande)	Verksamhetschef Jönköping	
Område Sjukhusstöd – Lokala samordnare, Säkerhet (Säkerhetschef och säkerhetssamordnare för allmän säkerhet och brandskyddsarbete), Flyttjänst, Servicecenter (Centralreceptioner, centralkassor, ID-foto, personalbostäder, personalklubb, möbelförråd, kontaktpersoner för Röda kors värdinnor och Sjukhuskyrkan) (Regionövergripande och sjukhusverksamhet)	Verksamhetschef Värnamo/Jönköping	
Område Miljö – Miljöchef, miljösamordnare och Energikontor (Regionövergripande)	Verksamhetschef Jönköping	
Område HR – HR-partners för små och medelstora verksamhetsområden och löneenheten för hela regionen.	Verksamhetschef Jönköping	

VO/länsklinik/klinik/funktion	Linjeledning	Lokal ledning
Område Ekonomi – Controller för VoS och RLK, Fakturaenheten och redovisningsenheten för större delen av regionen	Verksamhetschef Jönköping	
Chefläkare och patientsäkerhet	Chefläkare	Chefläkare
IT-centrum	IT-direktör	Enhetschef för Lokal IT-service Ronald van Veen
Primärvård		Närakutchefen
Regionsfastigheter		Fastighetsförvaltare
Säkerhetskommittén	Beredskapschef	Beredskapssamordnare
		Säkerhetschef/Säkerhetssamordnare
AT/BT chef	Futurum	AT/BT chef

Region Jönköpings län

Bilaga 1 c – Värnamo sjukhus

VO/länsklinik/klinik/funktion	Linjeledning	Lokal ledning
Kirurgisk vård	Sjukvårdsdirektör	-
Kirurgkliniken, länsklinik	Verksamhetschef	Verksamhetschef/bitr verksamhetschef
Kvinnokliniken	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Operations- och intensivvårdskliniken	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Ortopedkliniken	Verksamhetschef	Verksamhetschef/bitr verksamhetschef
Smärtkliniken smärtenheten Värnamo	Områdeschef	Områdeschef
Urologkliniken, länsklinik	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Ögonmottagningen	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Öron-, näs- och halskliniken, länsklinik	Verksamhetschef	Verksamhetschef/bitr verksamhetschef
Medicinsk vård	Sjukvårdsdirektör	HR chef, verksamhetsstrateg, kommunikationschef, adm samordnare
Akutkliniken	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Ambulansområde Värnamo, länsklinik	Verksamhetschef	Områdeschef
Barnhälsovården, länsklinik	Verksamhetschef	Verksamhetschef/bitr verksamhetschef
Barn- och ungdomsenheten	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Medicin- och geriatrikkliniken	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Specialistsjukvård i hemmet SSIH Vmo, länsövergripande verksamhet	Områdeschef	Områdeschef
Psykiatri, rehabilitering och diagnostik	Sjukvårdsdirektör	-
Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, länsklinik	Verksamhetschef	Områdeschef
Habiliteringscentrum, länsklinik	Verksamhetschef	Områdeschef
Psykiatriska kliniken	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Klinisk fysiologi, länsklinik	Verksamhetschef	Adjungerad verksamhetschef
Laboratoriemedicin, länsklinik	Verksamhetschef	Områdeschef
Rehabiliteringscentrum, länsklinik	Verksamhetschef	Områdeschef
Rehabiliteringsmedicinska kliniken, länsklinik	Verksamhetschef	Verksamhetschef
Röntgen, länsklinik	Verksamhetschef	Områdeschef
Verksamhetsstöd och service	Direktör	
Inköp och materialförsörjning (Regionövergripande) (Verksamhet i sin helhet finns i Jönköping)	Verksamhetschef Jönköping	
Område Invånarservice – 1177 Vårdguiden på telefon och Kontaktcenter (Regionövergripande) (Verksamhet finns i Nässjö och Jönköping)	Verksamhetschef Jönköping	

VO/länsklinik/klinik/funktion	Linjeledning	Lokal ledning
Område Läkemedelsförsörjning – Sjukhusapotek och klinisk farmaci (Verksamhet finns på sjukhusen)	Verksamhetschef Jönköping	
Område Hjälpmedelsförsörjning (Regionövergripande inkl. kommuner)	Verksamhetschef Jönköping	
Område Länstransporter – Labbilar mm och poolbilar kort och långtid. (Regionövergripande)	Verksamhetschef Jönköping	
Område Närservice – Städ, vaktmästeri, bårhus, tryckeri, vårdnära service (Regionövergripande)	Verksamhetschef Jönköping	
Område Måltid – Patientkost och personalrestauranger samt catering (Regionövergripande)	Verksamhetschef Jönköping	
Område Medicinsk teknik (Verksamhet på sjukhusen)	Verksamhetschef Eksjö	
Område Regionfastigheter – Förvaltarenheten, Fastighetstekniska enheten(FTE), Projektenheten (Regionövergripande)	Verksamhetschef Jönköping	
Område Sjukhusstöd – Lokala samordnare, Säkerhet (Säkerhetschef och säkerhetssamordnare för allmän säkerhet och brandskyddsarbete), Flyttjänst, Servicecenter (Centralreceptioner, centralkassor, ID-foto, personalbostäder, personalklubb, möbelförråd, kontaktpersoner för Röda kors värdinnor och Sjukhuskyrkan) (Regionövergripande och sjukhusverksamhet)	Verksamhetschef Värnamo	
Område Miljö – Miljöchef, miljösamordnare och Energikontor (Regionövergripande)	Verksamhetschef Jönköping	
Område HR – HR-partners för små och medelstora verksamhetsområden och löneenheten för hela regionen.	Verksamhetschef Jönköping	
Område Ekonomi – Controller för VoS och RLK, Fakturaenheten och redovisningsenheten för större delen av regionen	Verksamhetschef Jönköping	
Chefläkare och patientsäkerhet	Chefläkare	Chefläkare
IT-centrum	IT-direktör	Enhetschef för Lokal IT-service Ronald van Veen

VO/länsklinik/klinik/funktion	Linjeledning	Lokal ledning
Primärvård		Närakutchefen
Regionsfastigheter		Fastighetsförvaltare
Säkerhetskommittén	Beredskapschef	Beredskapssamordnare
		Säkerhetschef/Säkerhetssamordnare
AT/BT chef	Futurum	AT/BT chef

Region Jönköpings län

Bilaga 1 d - Länskliniker sammanställning

Verksamhetsområde Kirurgisk vård
Kirurgkliniken
Onkologkliniken
Smärtkliniken
Urologkliniken
Öron-, näs- och halskliniken

Verksamhetsområde Medicinsk vård
Ambulanssjukvård
Barnhälsovård
Barnkliniken
Hudkliniken
Infektionskliniken

Verksamhetsområde Psykiatri, rehabilitering och diagnostik
Barn- och ungdomspsykiatrin
Habilitering
Klinisk fysiologi
Laboratoriemedicin
Rehabiliteringscentrum
Rehabiliteringsmedicin
Röntgen

Region Jönköpings län

Bilaga 2 – Daglig styrning

Mål och syfte
Samordning av Regionen Jönköpings läns vårdplatser utifrån aktuellt läge – beläggning, bemanning, smittor, utskrivningsklara patienter, mm.
Att ledning och samordning av sjukhusgemensamma kliniska/flödesprocesser ska fungera dagligen.

Ansvar/mandat
Underställd hälso- och sjukvårdsdirektör.
Leds av chefsjuksköterska.
Se riktlinjer för vårdplastkoordinering som är fastställda av hälso- och sjukvårdsdirektör.

Deltagare daglig styrning dagligen
Vårdenhetschefer för klinikens vårdavdelningar (alt bemanningsansvarig sjuksköterska).
Vårdplatskoordinator (där funktionen finns).
Berörda bakjourer och verksamhetschefer vid behov.

Deltagare på förlängt daglig styrning 1 ggr/vecka
Smittskydd/Vårdhygien, lokal samordnare, säkerhetssamordnare, närservice, apotekare, drift, MT, vårdenhetschefer för avdelningar och mottagningar.

Chefsjuksköterska - övriga uppgifter:

- planerar och leder förlängt daglig styrning, tema patientsäkerhet, interna och externa föreläsare
- samverkan kommun/primärvård – händelseråd
- vårdsamordningsprocessen/kontaktperson
- händelseanalyser
- VOC Vård och omsorgscollege
- proaktivt patientsäkerhetsarbete:
  – vårdpreventionsarbete
  – patientsäkerhetsronder
  – MJG/PiR
  – gröna korset
- stödjer processer kring övergripande rutiner och riktlinjer inom omvårdnad
- daglig styrning 2, Värnamo på måndagar
- veckostyrning Ryhov.

Grupper som chefsjuksköterska deltar i:

- akutråd
- lokal gaskommitté
- katastrofkommitté
- arbetsgrupp Äldre
- husmöte
- risk- och säkerhetsgrupp
- styrgrupp vårdprevention
- vård och omsorgscollege

- referensgrupp patientsäkerhet
- veckostyrning med kommun, primärvård och sjukhus
- kollegial stödgrupp
- regiongemensam arbetsgrupp LINK (startar hösten 2021)

Specifika uppdrag:
– styrgrupp anrop, sök och larm
– PSVF (personcentrerat vårdförlopp)
– länsgrupp i samverkan trygg, säker vård och omsorg
– utveckling av vårdplatsöversikt i Cosmic

Utbildningar som chefsjuksköterska är delaktig i:
- RIU/KUP
- vårdpreventionsutbildning
- AT introduktion
- Bakjourskola

Bilaga 3 – Sjukhussamordnad sommarplanering

Mål och syfte
Samordna sommarplaneringen tillsammans med övriga verksamhetschefer och verksamhetsföreträdare på respektive sjukhus.

I uppdraget ingår:
- Att beslutat antal vårdplatser upprätthålls. Att samverkan sker över klinikgränser för att uppnå synergieffekter vad gäller antalet vårdplatser.
- Att det finns en jämn bemanning inom alla yrkeskategorier över semesterperioden.

Ansvar/mandat
Lokal ledning ansvarar för sommarplaneringen på uppdrag av sjukvårdsledningen.
Kontinuerlig återkoppling till sjukvårdsdirektörer om hur planeringen fortgår.
Se exempel uppdrag för sommarplanering 2021

Deltagare
Arbetsgruppen består av samtliga verksamhetschefer/vårdenhetschefer i slutenvård och representanter från HR. Vid behov adjungeras vårdenhetschefer från mottagningar, smittskydd vårdhygien och beredskapssamordnare.

Omfattning
Viktigt att påbörja sommar/semesterplanering i november året innan sommarsemester infaller.

Region Jönköpings län

Bilaga 4 – Fungerande samordning av kliniska processer

Mål och syfte
Välfungerande sjukhusgemensamma kliniska processer.

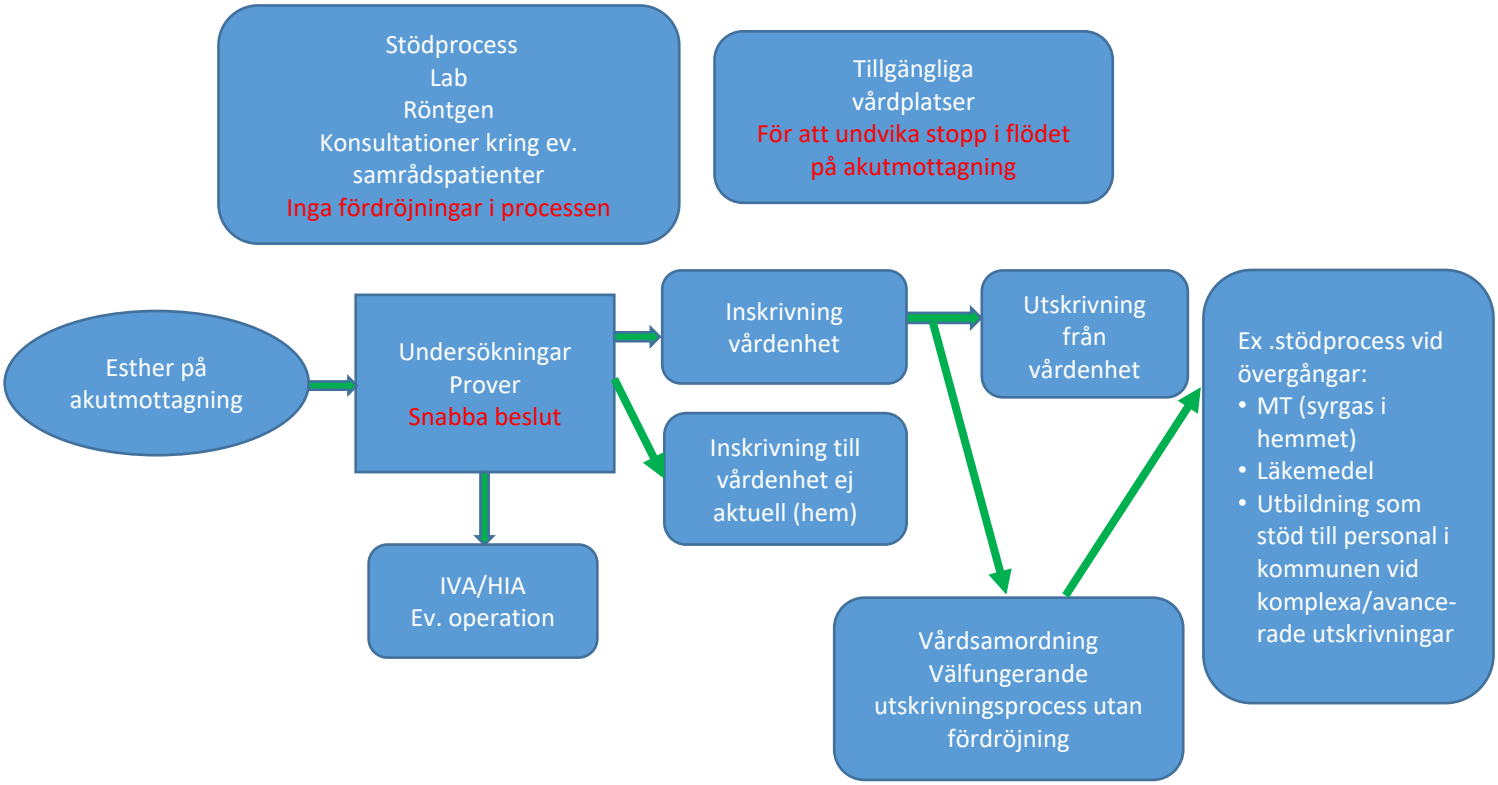
Ansvar/mandat
Lokal ledning är ett stöd i att sjukhusgemensamma kliniska processer fungerar.

Deltagare
Sjukhusgemensamma kliniska processer/mötesplatser kopplas till lokal ledning, exempel:

- Akutrådet)
- Operationsrådet)
- Lokal traumagrupp
- Lokal katastrofkommitté
- Samverkan mellan psykiatri och somatik per sjukhuset
- Övrigt – se bild som bifogas bilaga 6

Omfattning
Lokal ledning stödjer att mötesplatser för kliniska processer genomförs.

Exempel på sjukhusgemensam flödesprocess
Avvikelse i flödesprocessen lyfts upp på daglig styrning. Övergripande samverkan behövs för att lösa eventuella problem. Om problemet kvarstår lyfts det vidare till lokal ledning via chefsjuksköterska.



Region Jönköpings län

Bilaga 5 – Katastrofmedicinsk beredskap, krisberedskap och civilt försvar, säkerhet

Mål och syfte
Verksamheterna ska vara förberedda och samverka för att säkerställa god krishanteringsförmåga. Beslut som rör lokal kris och katastrofmedicinska beredskapsfrågor hanteras i den lokala kris och katastrofmedicinska kommitté.

Ansvar/mandat
Sjukhusets lokala kris och katastrofmedicinska kommitté utgör en inriktnings- och samordningsfunktion på lokal nivå.

Beslutsmandat för **ordföranden i den lokala kris och katastrofmedicinska kommittén** att samordna och planera för att kunna hantera en *särskild händelse* som berör sjukhuset utgår från sjukvårdsdirektören för verksamhetsområde Kirurgisk vård (förslag revideras hälso- och sjukvårdsdirektören), men omfattar även mandatet att samordna hela sjukhusets resurser.

Kirurgbakjourens mandat att samordna sjukhusets resurser gäller vid en **bekräftad särskild händelse.** Lokalt arbete på sjukhus utförs av en lokal beredskapssamordnare per sjukhus som ansvarar för det lokala beredskapsarbetet utifrån uppdrag från beredskapschef.

Deltagare
Funktion i den lokala kris och katastrofmedicinska kommittén:
Ordförande i lokal katastrofkommitté (läkare och medicinskt ansvarig)
Lokal beredskapssamordnare, sekreterare
Säkerhetssamordnare
Lokal samordnare
Lokalt placerad chefläkare och chefsjuksköterska
Krisstödssamordnare
Medicinsk diagnostik.
Driftchef
Lokalt IT ansvarig
Verksamhetschefer (Om verksamhetschefen inte finns på sjukhuset utses en lokal representant med beslutsmandat/medicinskt ansvar). Akutmottagningen, ambulanssjukvården, operations- och intensivvårdskliniken, medicinkliniken, kirurgkliniken, ortopedkliniken
Kommunikatör från regionens kriskommunikationsgrupp

Omfattning
I den regionövergripande planen framgår organisation och **vad** som ska uppnås. **Hur** arbetet ska genomföras ska beskrivas i den lokala planen för varje sjukhus.
F-samverkan, är länets organisation för krissamverkan.

Policy för regionen och strategier för verksamheterna inom säkerhet (beredskap, säkerhet, IT-säkerhet, info-säkerhet) är på remiss.

Bakgrund: Katastrofmedicinsk beredskap, krisberedskap och civilt försvar, säkerhet och beredskap

Alla aktörer inom krisberedskapssystemet ansvarar för att **förbereda sina verksamheter och samverka med varandra för att kunna säkerställa en god krishanteringsförmåga.** Hälso- och sjukvård ska planeras så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. Syftet med den kris- och katastrofmedicinska planeringen är att i första hand **förebygga uppkomsten av en händelse.** Målet är att genom **ledning, inriktning och samordning minimera konsekvenserna för både drabbade och regionens verksamheter**.

Kris och katastrofmedicinska **beredskapsplanen** antas av **regionfullmäktige** och godkänns årligen av **regiondirektör**. **Beredskapschef** ansvarar för revidering. Region Jönköpings län har ett verksamhetsansvar. Vid en *särskild eller extraordinär händelse* inriktas och samordnas händelsen av den regionala särskild sjukvårdsledning i samverkan med lokal särskild sjukvårdsledning på sjukhus.
Civila sjukvården ska stödja försvarsmakten.

Säkerhetsskydd är viktigt och vi behöver förhålla oss till säkerhetsskyddslagen vilken berör informationssäkerhet, tillträdesbegränsning, säkerhetsprövning, säkerhetsklassning och registerkontroll, säkerhetsskyddad upphandling samt utbildning och kontroll.

Regiondirektör har tjänstemanansvaret för regionens verksamhet och för informationen till regionens politiska ledning vid särskild händelse. Beredskapschef ansvarar för att Region Jönköpings län lever upp till kraven i lagstiftning som rör den kris och katastrofmedicinska beredskapen, planering för civilt försvar och säkerhetsskydd samt ansvarar för att leda och vidareutveckla arbetet inom ansvarsområden kris- och katastrofmedicinsk beredskaps, planering för civilt försvar och säkerhetsskydd. Det lokala arbetet på sjukhus utförs av en lokal beredskapssamordnare per sjukhus som ansvarar för det lokala beredskapsarbetet utifrån uppdrag från beredskapschef. Den regionala kommittén är samverkansform ett övergripande råd för kris och katastrofmedicinska beredskapsfrågor mellan regional och lokal nivå för kris och katastrofmedicinska beredskapsfrågor, där diskussion pågår att primärvården ska ingå.

Regionens tre akutsjukhus ska ha en **lokal kris och katastrofmedicinsk kommitté**. Den lokala kommittén utgör en inriktnings- och samordningsfunktion på lokal nivå med uppgift att beskriva och vidta åtgärder för att:

- **förebygga konsekvenser för patienter och verksamheter vid en särskild eller extraordinär händelse genom att bland annat skapa anpassade rutiner**
- **kunna agera (”hur gör vi?”) vid misstänkt eller bekräftad *särskild händelse*, för att minimera konsekvenserna för patienter och regionens verksamheter.**

Sjukhusets kris- och katastrofmedicinska kommitté ska i sin lokala kris och katastrofmedicinska plan följa ramar och lagstiftning som angetts i den kris- och katastrofmedicinska beredskapsplanen för särskilda och extraordinära händelser för Region Jönköpings län.

Deltagare

Funktioner i den lokala kris och katastrofmedicinska kommittén:

Ordförande i lokal katastrofkommitté (läkare och medicinskt ansvarig)
Lokal beredskapssamordnare, sekreterare
Säkerhetssamordnare
Lokal samordnare
Lokalt placerad chefläkare och chefsjuksköterska
Krisstödssamordnare
Medicinsk diagnostik.
Driftchef
Lokalt IT ansvarig
Verksamhetschefer (Om verksamhetschefen inte finns på sjukhuset utses en lokal representant med beslutsmandat/medicinskt ansvar). Akutmottagningen, ambulanssjukvården, operations- och intensivvårdskliniken, medicinkliniken, kirurgkliniken, ortopedkliniken
Kommunikatör från regionens kriskommunikationsgrupp

Den lokala katastrofkommitténs uppgifter

Implementera den kris- och katastrofmedicinsk **beredskapsplanen** för Region Jönköpings län samt sjukhusets lokala plan och aktuella delplaner.

Fatta beslut som rör lokal kris och katastrofmedicinska beredskapsfrågor samt säkerställa att besluten stämmer överens med det som anges i den kris och katastrofmedicinska beredskapsplanen.
Regelbundet testa/öva den lokala planen
Skapa möjlighet för utbildning och övning för den personal som har uppgifter enligt den lokala planen.
Verksamhetschefer ansvarar för att respektive verksamhet har en egen intern plan som följer den lokala planen och är känd hos alla medarbetare.

Lokal beredskapssamordnare ansvarar för att:

Revidera planen/åtgärdslistorna när förändringar skett lokalt eller regionalt
Skapa utbildningar och övningar för den särskilda sjukvårdsledningen
Planera och bedriva utbildning och övningar inom det kris och katastrofmedicinska området för all personal. Se över den materiel som behövs för att ha en fungerande kris- och katastrofmedicinsk organisation. Följa upp och utvärdera det kris och katastrofmedicinska arbetet lokalt och vid behov föreslå förändringar i arbetssätt eller rutiner.

Omfattning

I den regionövergripande planen framgår organisation och **vad** som ska uppnås. **Hur** arbetet ska genomföras ska beskrivas i den lokala planen för varje sjukhus som ska innehålla två delar. I första delen beskrivs sjukhusets förutsättningar och organisation vid särskild eller extraordinär händelse, i del två ska det finnas åtgärdslistor för berörda beslutsfattare och nyckelfunktioner.

Alla vårdcentraler ska vid *särskild händelse* kunna ta emot fysiskt lättare skadade (primärvårdsfall) eller drabbade med behov av krisstöd. Efter begäran från den regionala särskilda sjukvårdsledningen ska vårdcentralen kunna öppna under tider den normalt är stängd. F-samverkan, är länets organisation för krissamverkan.

Region Jönköpings län

Alla som har en roll/funktion i den särskilda sjukvårdsledningen ska ges information/utbildning enligt utbildningsplan och övas regelbundet.

All personal ska ha god kunskap om vad som gäller vid brand, allvarliga störningar och händelser samt den egna arbetsplatsens roll vid *särskild händelse*.

Grund- och funktionsutbildningar samt påbyggnadsutbildningar, mindre övningar och repetitionsutbildningar genomförs av beredskapssamordnare eller av annan utbildare/instruktör.

Personer som ingår i särskild sjukvårdsledning ska vara utbildade och övade i stabsmetodik för att kunna leda verksamheten vid *särskild händelse*. Personer med stabschefsroll i den särskilda sjukvårdsledningen skall gå stabschefsutbildning. Personer som ingår i Region Jönköpings läns lokala krisstödsfunktioner ska vara utbildade och övade. Övningar i särskild sjukvårdsledning arrangeras av lokala beredskapssamordnare, personer med funktioner i särskild sjukvårdsledning skall delta.

Verksamhetschefer ansvarar för att enhetens personal har kompetens att agera vid *särskild händelse* och vid extraordinära händelser. Vid behov görs detta i samarbete med lokal beredskapssamordnare. Varje medarbetare ansvarar för att delta i utbildningar och övningar för att kunna arbeta vid en *särskild händelse*.
Samverkansövningar med andra myndigheter och frivilliga sker via F-samverkan.

Verka för en trygg, säker och pålitlig region enligt vår policy för att upprätthålla en god säkerhet och beredskap.
Det arbetas med ett nytt utkast på en ny säkerhetspolicy, och på en övergripande strategi för **säkerhet och beredskap** för att samordna det övergripande säkerhetsarbetet.

Policy för regionen och strategier för verksamheterna inom säkerhet (beredskap, säkerhet, IT-säkerhet, info-säkerhet) är på remiss.

Region Jönköpings län

Bilaga 6 – Verksamhetsstöd och service

Mål och syfte

Ansvar/mandat (för Lokal ledning)
Har information om kontaktuppgifter till ansvariga för respektive område/uppgift inom Verksamhetsstöd och service.
Lokal samordnare har mandat att begära in den information som behövs från vår verksamhet och att kontakt tas.

Deltagare
Verksamhetsstöd och service har 13 områden, alla inte nämnda nedan, som arbetar med stöd och service för alla verksamheter. Lokal samordnare ansvarar för att kontakt tas med rätt person.

Omfattning
Samordning av lokal säkerhet, larm, bevakning
Det finns en övergripande säkerhetskommitté för Region Jönköpings län som leds av Caroline Cherfan. I deras uppdrag ingår det bland annat att skapa forum för ett systematiskt säkerhets- och beredskapsarbete både lokalt och regionalt.
Säkerhetschef/ säkerhetssamordnare ansvarar för allmän säkerhet och systematiskt brandskyddsarbete för regionen och kontaktas vid behov.
Bevakning på Länssjukhuset Ryhov är i egen regi och finns organisatoriskt på område Regionfastigheter. Bevakning på Höglandssjukhuset och på Värnamo sjukhus är upphandlad och sköts av Securitas.
Säkerhetschef Elias Hammarlund
Beredskapschef och säkerhetskyddschef Caroline Cherfan

Lokaler och fastigheter, reparation, renhållning, sopor och snöröjning
Regionfastigheter och närservice ansvarar och hanterar dessa frågor.
Regionfastigheter, verksamhetschef Tomas Calmviken
Närservice, verksamhetschef Catrine Gustafsson

Avge synpunkter till investeringsråd
Investeringar hanteras i respektive organisation.

Fordon och drivmedel
Fordon för lång- och korttidshyra ansvarar och hanterar område Länstransporter för.
Länstransporter, verksamhetschef Jonas Milton

Mat och matavfall
Måltid, verksamhetschef Jennie Ferm

Flaggning
Flaggning hanteras av bevakningen på Länssjukhuset Ryhov och av Närservice på Höglandssjukhuset och Värnamo sjukhus.
Regionfastigheter, verksamhetschef Tomas Calmviken
Närservice, verksamhetschef Catrine Gustafsson

Miljö
Miljö, verksamhetschef/miljöchef Maria Cannerborg

Värme, kyla, vatten och syrgas mm.
Regionfastigheter ansvarar för att media såsom värme, kyla, vatten och syrgas fungerar och tillhandahålls.
Regionfastigheter, verksamhetschef Tomas Calmviken

Bilaga 7 – Kommunikation/representation

Mål och syfte
Lokal ledning representerar sjukhuset i olika sammanhang där representation övergripande flera verksamhetsområden är lämplig exempelvis studiebesök, gemensamma evenemang, invigningar, mediakontakter.

Lokal ledning är också samordningsfunktion för studiebesök.

Ansvar/mandat
Medverka vid intern och extern kommunikation i frågor som är kopplade till upptagningsområdet.

Deltagare
Kommunikationschef i verksamhetsområde som geografiskt är kopplade till upptagningsområdet ingår i lokal ledning som stödresurs Kommunikation. Stötta lokal ledning i frågor rörande kommunikation.

Kriskommunikatör finns i befintlig organisation, Bilaga 5.

Bilaga 8
Kompletteras efter remissrunda

Region Jönköpings län

Bilaga 9 – Kompetensförsörjning

Mål och syfte
Lokal ledning fångar frågor och behov rörande kompetensförsörjning och lyfter till befintlig HR-organisation.

Ansvar/mandat
Kompetensförsörjning hanteras inom befintlig organisation. (HR, Futurum).
Lokal ledning lyfter de behov med lokal anknytning som uppstår till respektive enhet inom HR.
Lokal ledning kan initiera och samordna interna utbildningar som rör upptagningsområdet.

Deltagare
Lokal ledning
HR-chef i verksamhetsområde som geografiskt är kopplade till upptagningsområdet är stödresurs HR till Lokal ledning.

Region Jönköpings län

Bilaga 10 – Arbetsmiljö

Mål och syfte
Lokal ledning ska vara delaktiga i de arbetsmiljöfrågor som inte täcks i linjen. Det kan till exempel vara i samband med ombyggnationer som är verksamhetsövergripande, skyddsronder i allmänna utrymmen etc.

Ansvar/mandat
Region Jönköpings län som arbetsgivare har det övergripande arbetsmiljöansvaret.
Fördelningen inom organisationen utgår från Regionstyrelsen som har det övergripande arbetsmiljöansvaret och har också det övergripande ansvaret på risk- och säkerhetsområdet.
Regiondirektören ansvarar för att regionens verksamheter bedrivs enligt gällande lagar och föreskrifter på arbetsmiljöområdet. Uppgiftsfördelning

Regiondirektören fördelar ansvaret för arbetsmiljöuppgifterna nedåt i organisationen som följer en uppgiftsfördelning via chefsleden. Närmsta chef har arbetsmiljöansvar för sina medarbetare och ska där arbeta med det systematiska arbetsmiljöansvaret.

Lokal ledning
Lokal ledning deltar i arbetsmiljöfrågor som berör mer än ett verksamhetsområde inom det geografiska upptagningsområdet.
Lokal ledning medverkar i framtagande av riskbedömningar som berör mer än ett verksamhetsområde, i samarbete med berörda chefer och skyddsombud.
Lokal samordnares uppdrag avgränsas till sjukhusets lokaler samt lokaler i anslutning till sjukhusområdet med undantag för filialverksamhet. Vid behov informeras lokal ledning om inkomna avvikelserapporter och åtgärder.

Riskbedömningar samverkas inom respektive verksamhetsområde som berörs. Frågor/ärenden som berör flera verksamhetsområden lyfts därefter till Centrala samverkansgrupp (CSG) för samverkan.

Deltagare
Chefer
Lokal ledning

Bilaga 11
Kompletteras efter remissrunda

Bilaga 12
Kompletteras efter remissrunda

Region Jönköpings län

Bilaga 13 – Samverkan

Mål och syfte
Uppfylla facklig samverkan innan beslut som rör ekonomi, verksamhet, lokaler och personal. Arbetsgivaren ska informera i ett tidigt stadie och sedan förhandla innan beslut tas.

Ansvar/mandat
Ordförande ansvarar för att samverkan alternativt MBL uppfylls innan beslut och anmäler ärende till respektive samverkansgrupp/berörda chefer. Samverkan sker först inom respektive verksamhetsområde som är berörs, samt därefter i Central samverkansgrupp (CSG) i de frågor/ärenden som berör flera verksamhetsområden.

Deltagare
Samverkansgruppen inom verksamhetsområdena
Centrala samverkansgruppen

Personalföreträdare – insyns och närvarorätt
En personalföreträdare sitter inte på ett eget fackligt mandat utan företräder samtlig personal (tvärfackligt) och ska vara anställd inom det geografiska upptagningsområdet. Utses gemensam av de fackliga organisationerna. En personalföreträdare är inte delaktig i beslut, men har rätt att framföra personalens åsikter. Personalföreträdare deltar i storgrupp lokal ledning, ej i lokal ledning.

Region Jönköpings län

Bilaga 14 – Den robusta sjukhusbyggnaden

Mål och syfte
Medverka till förutsättningar för driftsäkra (robusta) sjukhusbyggnader. Verka för medvetenhet om vikten av sjukhusbyggnadens driftsäkerhet som en del i en god krisberedskap.

Driftsäkerheten ska bidra till patientsäkerhet för vården i vardag, kris och krig. Sjukhus behöver vara driftsäkra vid samhällsstörningar, exempel störningar i transporter kan ge upphov till konsekvenser för sjukhusens driftsäkerhet och därmed för sjukvårdens förmåga att upprätthålla sin verksamhet.

Fungerande incidenthantering och funktionssäkra lösningar möjliggör att verksamhet som bedrivs i byggnaden kan upprätthållas i normalläge så som vid störningar.

Ansvar/mandat
Ansvaret för att förebygga uppkomsten och bedöma konsekvenserna vid driftstörningar (akuta och planerade) och minska sårbarheten och minimera konsekvenserna för både drabbade och regionens verksamheter.
Regionerna ska planera för hur behovet av robusta och säkra lokaler ska tillgodoses för att upprätthålla den katastrofmedicinska beredskapen på ett sådant sätt att el, vatten, värme, tele- och datakommunikation och andra viktiga system säkerställs i lokalerna.

Deltagare
Medverka till att fastighetsorganisationens funktion som arbetar med driftsäkerhet i sjukhusbyggnaden ska ges förutsättningar för robusthet i sjukhusbyggnaden. Denna funktion på regionsfastigheter samverkar med beredskapssamordnare, lokal samordnare, chefssjuksköterska och säkerhetssamordnare.

Omfattning
Med syfte att säkra driften av systemen vid driftstörningar eller en särskild händelse ska det finnas plan för att med kort varsel kunna kalla in personal som har kompetens för uppgiften.
Medverka till att hälso- och sjukvårdens försörjning av läkemedel, förbrukningsmateriel och medicinskteknisk utrustning anpassas till de behov som kan uppstå vid driftstörningar eller en särskild händelse.

Bilaga 15 – Koppling till primärvården

Mål och syfte
En välfungerande samverkan med primärvården är en mycket viktig faktor i ett sjukhus vårdprocesser. Vårdsamordning och Närakuten är exempel på områden där en god samverkan är avgörande.

Ansvar/mandat (för Lokal ledning)
Lokal ledning ansvarar för att adjungera in representant från Primärvården till lokal ledning då behov finns i sjukhusövergripande frågor i sjukhusets samverkan med primärvården.

Deltagare
Samordnaren för Närakuten i respektive geografiska område kontaktytan i ovanstående.

Omfattning
Samordnaren för Närakuten adjungeras in vid behov.

Region Jönköpings län

Bilaga 16 - Remissfrågor och kvarvarande frågor

Remissfrågor:

- Bilaga 8 Avdela sjukhusrepresentanter för samverkan primärvård och kommun (t ex Strategigrupperna) – Föreslås under Remissvarvet
- Bilaga 11 Operativa och strategiska ärenden från hälso- och sjukvårdsledningen. - Förslag från hälso- och sjukvårdsledningen
- Bilaga 12 Mall för Regelmässigt rapportering till hälso- och sjukvårdsdirektören hur verksamheten utvecklas. Lokal ledning har inget arbetsgivaransvar och ingen egen budget, utan detta tillkommer linjeorganisationen. – Förslag från hälso- och sjukvårdsdirektören.

Kvarvarande frågor:

- Verksamhetsområdenas ledningsstaber i relation till lokal ledning?
- En delfråga – det som ligger utanför sjukhusen?
- Omfattningen av de som är i lokal ledning, vilken tidsåtgång i förhållande till nuvarande befattning?
- De lokala samordnarnas arbetsområde är sjukhusen. De är inte i frågorna rörande verksamheterna utanför sjukhusen. Hur lösa det?
- Benämningarna?
- Kommunikationsavdelningen får utveckla kommunikationsfrågorna kopplat till lokal ledning. Kommunikationsplaner.
- Hur skapas förutsättningar för de verksamhetschefer som erbjuds ordförandeskap att lösa uppdraget och övriga som ianspråktas?
- Länsklinikernas position kopplat lokal ledning, bland annat vid tillsättning av lokal ledning?
- Sjukvårdsdirektörernas roll kopplat till lokal ledning? Delta i storgrupp lokal ledning?
- Facklig kommentar – Efter att förslaget varit ute på remiss behövs en ytterligare översyn av riskbedömningen kopplat till de remissvar som kommit in.
- Sjukhusledning i kris och krig?
- Ordförande lokal ledning koppling verksamhetschefer med flera?
- Befogenheter/mandat?

Rapport från workshop med parlamentarisk grupp Nämnd för folkhälsa och sjukvård samt företrädare för verksamhetsområden

- Lokal ledning sjukhus

Den 1 december 2021

Deltagare:
Rachel De Basso (S)
Martin Nedergaard- Hansen (BA)
Thomas Bäuml (M)
Peter Iveroth (KD)
Jimmy Ekström (L)
Mikael Ekvall (V)

Kallade men som ej deltog i workshopen:
Razvan Nichitelea (C) - deltog ej
Håkan Karlsson Nyborg (SD) - deltog ej
Linus Perlerot (MP) - deltog ej

Övriga deltagare:
Mats Bojestig, hälso-och sjukvårdsdirektör
Anette Peterson, hälso- och sjukvårdsstrateg
Laura Habib, nämndsekreterare
Agneta Ståhl, sjukvårdsdirektör Medicinsk vård
Micael Edblom, sjukvårdsdirektör Psykiatri, rehabilitering och diagnostik
Martin Takac, sjukvårdsdirektör Kirurgisk vård
Wilhelm Alstermark, verksamhetsstrateg i Medicinsk vårds ledningsstab
Bo-Kennet Knutsson, verksamhetschef Psykiatrin Höglandssjukhuset
Mats Persborn, verksamhetschef länsövergripande Kirurgkliniken
Magnus Trofast, verksamhetschef OP/IVA Ryhov
Susanne Almers, verksamhetschef rehabiliteringscentrum
Oskar Löfgren, verksamhetschef röntgen
Ulf Grahnat, verksamhetschef psykiatriska kliniken Ryhov
Eva-Lena Enell, verksamhetschef medicinkliniken Ryhov
Magnus Cernerud, verksamhetschef medicin- och geriatrikkliniken Värnamo
Elisabet Bergström, verksamhetschef akutkliniken Eksjö

Diskussion genomfördes i två områden och grupperna gav medskick till uppdragen om tre akutsjukhus och länskliniker samt lokal ledning.

Lokal ledning sjukhus

- Bra att träffas en gång i månaden. Chefläkaren viktig att ha med för att inte tappa patientsäkerhet. Adjungerande: driftchefen, AT/BT-chefen. Viktigt att få aktivt stöd från staberna ffa HR, kommunikation.
- Hur många frågor behöver hanteras? Daglig styrning, sommarplanering, samordning kliniska processer, katastrofmedicinsk beredskap, säkerhet, verksamhetsstöd och service, kommunikation, representation, kompetensförsörjning sjukhusen, robusta sjukhusbyggnader, närakuten – koppling primärvård, remissfrågor. Gemensamma lokala sammanhang, lucia, revyer. Ersätter direktörernas lunchmöten

- Vi behöver gemensamt möten mellan verksamhetschefer. Veckostyrningen fredagar räcker inte
- Bra med två chefs-ssk på vardera sjukhus. De är nyckelpersoner.
- Viktigt att se den övergripande biten i uppdraget.
- Viktigt att beredskapssamordnaren har kompetens. Om chefs-ssk ska ha det uppdraget också så ska det vara med som krav i rekryteringen.
- Mycket frågor kring mandatet. Lokal ledning har inte ekonomiskt mandat utan dessa frågor lyfts till sjukvårdens ledningsgrupp. Viktigt att beslutsprocessen blir snabbare i vissa frågor.
- Frågor under pandemin hade varit bra att ha lokal ledning.
- Båda rollerna i processledarna måste ”hottas upp”
- Bra att ordf. funktionen byter varje år i treårscykler
- Mycket relaterat till lokalfrågan och sjukhusstrukturen - lokal samordning behöver växla upp en nivå i ansvarsområde
- Det handlar mycket om det lokala sjukhusets strategiska arbete. Vem ser de behoven och fångar upp det?
- ”Vi-känsla” viktigt för den lokala stoltheten. Bygga det lokala varumärket. Närheten till ledning. Personkännedom
- HR behöver vara på plats och nära – göra allt så att det inte finns flera olika som gör skilda delar. Frihet för lokal lönesättning. Hantera personal som rör sig inom sjukhuset. Central HR synkar inte med det lokala. Kan centrala rekryteringsenheten kopplas till lokal ledning sjukhus
- Chefsjuksköterskan har en central roll och vuxit
- Öppenhet för att få vara olika. Jämlikt behöver inte va lika med att det görs likadant
- IT-resursen saknas. Har blivit sämre över tid. För toppstyrt och långt borta. Kommer in som stoppande för verksamheterna
- Veckostyrning på Ryhov enligt modell Cincinatti. Utveckla det till flera tillfällen och alla sjukhusen?
- Ordförande för lokal ledning med sin grupp behöver äga en ”stab”. Kommer man att känna att det är alldeles för mycket på den egna agendan? Splittringen mellan engagemang inom SÖSR, den egna verksamheten och lokal ledning sjukhus

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 1-20

Tid: 2022-01-11 kl. 08:30

Plats: Digitalt

§ 17

Arbete med uppdragen i budget avseende länsklinikernas uppdrag och att säkra akutsjukhusen på längre sikt

Diarienummer: RJL 2021/2736

Beslut

Presidiet

- Avvaktar med beslut till nämndsammanträdet.

Sammanfattning

Definition och beskrivning av vad som krävs för välfungerande akutsjukhus i Region Jönköpings län är framtaget. Förutsättningarna är nära knutet till länsklinikernas uppdrag att säkra vården på tre akutsjukhus.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 2021-12-03
- Rapport – Akutsjukhus i Region Jönköpings län, daterad 2021-03-30
- Rapport – workshop länskliniker, daterad 2021-10-07
- Rapport – workshop, daterad 2021-12-01

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

Tre akutsjukhus och riktlinjer för länskliniker

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

1. Godkänner definition och beskrivning av akutsjukhus i Region Jönköpings län
2. Godkänner inriktningen på riktlinje för länskliniker.

Sammanfattning

Definition och beskrivning av vad som krävs för välfungerande akutsjukhus i Region Jönköpings län är framtaget. Förutsättningarna är nära knutet till länsklinikernas uppdrag att säkra vården på tre akutsjukhus.

Information i ärendet

Bakgrund

Målet med hälso- och sjukvården i Region Jönköpings län är att länsinvånarna ska erbjudas en behovsanpassad hälso- och sjukvårds av hög kvalitet som är jämlik och jämställd, har hög patientsäkerhet och hög tillgänglighet samt uppvisar kliniska resultat på toppnivå. För att nå detta är det viktigt att kunna rekrytera, attrahera och behålla våra medarbetare. Det ska finnas möjlighet till kompetensutveckling och en god och hållbar arbetsmiljö.

I planen ”Tillsammans möter vi framtiden behov av hälso- och sjukvårds 2020-2030 ” beskrivs strategier som är framtagna utifrån invånarperspektiv och behov, som är vägledande i det fortsatta arbetet för att möta framtidens hälso- och sjukvård.

Ett delprojekt i det övergripande uppdraget är att säkra tre välfungerande akutsjukhus på lång sikt. I planen beskrivs en strategi för, hur den nära vården har en inriktning att stå för en större del av den totala hälso- och sjukvården 2030. Framtidens hälso- och sjukvård ska bedrivas i en stark primärvård, i samspel med tre välfungerande akutsjukhus och 13 kommuner.

Den specialiserade vården är uppdelad i tre verksamhetsområden; medicinsk vård, kirurgisk vård samt psykiatri, rehabilitering och diagnostik. Organisationen ger

förutsättning för jämlik vård där Region Jönköpings län på bästa sätt kan möta invånarnas behov av specialiserad somatisk och psykiatrisk vård.

Utgångspunkter i organiseringen av specialiserad vård:
- Den nära vården är bas för länets hälso- och sjukvård
- Tre välfungerande akutsjukhus
- Länssjukvården fördelas på tre sjukhus
- Särskild hänsyn ska tas till fungerande vårdkedjor
- Säkerställa resurser i form av personal, kompetens, utrustning och lokaler
- Främja god samverkan i hela systemet
- Vårdplatser ska utgå från vårdbehov
- Vara en lärande organisation.

Region Jönköpings län strävar efter att operationer, undersökningar och behandlingar ska erbjudas nära patienten så länge det kan göras med högsta kvalitet och med god ekonomisk hänsyn. Verksamheten ska balanseras, och det kan finnas ett behov att viss befintlig verksamhet behöver omfördelas till att vara centraliserade till något av länsdelssjukhusen. Uppstart av ny verksamhet kan ske i Värnamo, Eksjö och Jönköping.

Ett flertal verksamheter är organiserade som länskliniker och för att tydliggöra länsklinikernas uppdrag i alla tre upptagningsområden kommer det arbetas fram nya riktlinjer för samtliga länskliniker. Inriktningen är fast bemanning, kompetensutveckling, ansvar för akutsjukhusen och den nära vården i alla regiondelar.

En viktig förutsättning för välfungerande akutsjukhus är välfungerande kliniker och länskliniker på alla tre sjukhus. Därför förs uppdragen kring akutsjukhus samman med uppdraget om riktlinjer för länskliniker.

Arbetsprocessen

Akutsjukhus

En kartläggning och analys har genomförts av vad som krävs för att Region Jönköpings län ska kunna garantera tre välfungerande akutsjukhus på lång sikt.

Fysiska intervjuer (42 stycken) har gjorts med samtliga verksamhetsföreträdare, utvecklingsdirektör, chefläkare, personaldirektör samt fackliga företrädare. Utöver detta är en omvärldsspaning gjord och startade med ett antal telefonintervjuer med sju regioner, för att efterhöra deras arbete avseende akutsjukhus. Utöver detta är litteraturstudie gjord samt sökning på webbsidor. Underlag i form av statistik rörande befolkningstäthet, besök, trauma och bemanning har tagits fram, liksom statistik över antal trauma uppdelade per sjukhus samt ambulansens prio 1 verksamhet. Kartläggningen och analysen är sammanställd i en rapport.

Riktlinjer för länskliniker
En workshop är genomförd med verksamhetschefer för länsklinikerna (totalt ca 20 personer) tillsammans med sjukvårdsdirektörerna för medicinsk vård, kirurgisk vård samt för psykiatri, rehabilitering och diagnostik.

Under workshopen diskuterades fyra frågeställningar; fast bemanning, kompetensutveckling, ansvar för akutsjukhusen samt ansvar för den nära vården i alla regiondelar. Resultatet sammanställdes i en rapport från workshopen.

Workshop kring akutsjukhus och länskliniker
Underlaget från framtagna rapporter kring akutsjukhus och länskliniker har presenterats och diskuterats under en workshop med en parlamentarisk grupp tillsammans med verksamhetsföreträdare den 1 december 2021. Under workshopen gavs input och medskick till det slutliga förslaget som beskrivs nedan.

Definition
Det finns i dagsläget ingen tydlig, fastställd definition på vad ett akutsjukhus är. Exempelvis saknar Socialstyrelsen definition på akutsjukhus i sin termbank.

Wikipedia beskriver: Akutsjukhus syftar i Sverige på ett sjukhus med resurser och beredskap att dygnet runt ta emot akut sjuka patienter. Begreppet har i svensk lag definierats som en "vårdinrättning som är inrättad för sluten vård och som har särskild akutmottagning för den som behöver omedelbar hälso- och sjukvård."

Socialstyrelsen förklarade år 1994 att ett akutsjukhus ska kunna ta emot alla sjuka och skadade som kräver akut omhändertagande och är i behov av akutsjukhusets resurser. Det gäller till exempel att det ska finnas omedelbar tillgång till operationsavdelning, intensivvård och röntgenundersökning samt jourverksamhet inom ett stort antal specialiteter.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys definierar i Rapport 2018:3 akutsjukvård som omhändertagande och vård av tidskritiska tillstånd, vilket gör att tiden till adekvat omhändertagande påverkar hälsoutfallet. I rapporten beskrivs även avsaknad av vägledning inom forskningen, gällande avvägningen mellan transporttid och volym på akutsjukvården.

I övrigt är den enda officiella definitionen av akutsjukhus som stått att finna den som står i lagen (2000:440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan. Definition av akutsjukhus är här ”vårdinrättning som är inrättad för sluten vård och som har särskild akutmottagning för den som behöver omedelbar hälso- och sjukvård.”

Akutsjukhus i Region Jönköpings län

Förslag på Region Jönköpings läns definition på akutsjukhus

- Akutmottagning för akut hastigt påkomna sjukdomar/olycksfall dygnet runt alla årets dagar
- Traumaomhändertagande med möjlighet att färdigbehandla på vårdplats vid behov
- Att kunna initialt behandla patient med livshotande tillstånd.

För att kunna säkerställa tre akutsjukhus på lång sikt behöver nedanstående funktioner finnas.

Funktioner som måste finnas på ett akutsjukhus

- Akutmottagning
- Traumaomhändertagande med kirurgi, operation-anestesi och medicin samt tillhörande jourverksamhet
- Röntgen (datortomograf, slätröntgen, genomlysning)
- Klinisk kemiskt laboratorium
- Förlossning med barnberedskap.

Funktioner som bör finnas

- Ortopedjour i beredskap om kirurgkompetensen finns
- Urologi
- Infektionskompetens, kan även finnas i beredskap
- Primärvården nära sjukhuset
- Psykiatriberedskap.

Traumaverksamhet

- För att upprätthålla ett jämlikt traumaomhändertagande krävs att vi har en traumaorganisation som är lika för hela regionen
- Viktigt med återkommande utbildningar och övningar, som bidrar till att kompetensen säkerställs
- Bakjour med krav på traumakompetens och lokal kännedom
- Antalet patienter är det bästa sättet att upprätthålla kompetensen.

Tillgång till vårdplatser

Troligen behövs något färre vårdplatser i framtiden. Detta beroende på utveckling inom nära vård och ökat antal behandlingar som är individanpassade. Vårdplatser i hemmet kommer att öka, där patienten är medskapande.

Behovet av intermediärvårdplatser kan komma att behöva utredas ytterligare.

Andra delar att beakta för att kunna upprätthålla akutsjukhus

Det behövs tillräckligt stora lokala verksamheter för att upprätthålla dygnet runt verksamhet med acceptabel balans mellan dag och natt verksamhet. I detta behöver följande beaktas:

- Kompetens för att klara jourlinjer, översyn av jourlinjer kan behövas
- Medarbetare för att klara visst antal vårdplatser
- Verksamhet dagtid
- Baskompetens för att säkra akutsjukhusets uppdrag. Rotationstjänster mellan primärvård och specialistsjukvård, samt utbildningstjänster kan vara möjligheter för att öka kompetens och samverkan
- Stödfunktioner i form av närhet till exempelvis HR.

Forum

Viktiga forum för att upprätthålla akutsjukhusen är exempelvis: akutråd, traumaråd, katastrofkommitté, medicinska programgrupper/processgrupper/lokala programområden samt daglig styrning och veckoavstämning.

Även den planerade lokal ledning sjukhus blir en viktig funktion för att säkra det lokala arbetet på sjukhusen.

Det finns också behov av andra typer av forum som kan behöv skapas. Exempelvis ett forum där samtliga aktörer deltar (somatisk vård, primärvård och kommun), för att hitta samverkansområden med tyngdpunkt på samverkan, kvalitet, kunskap, tillgänglighet, och bemötande. Även ett forum för länsgemensamma verksamheter och funktioner, telefoner, larm, inköp av utrustning samt lokalfrågor skulle behövas.

Riktlinjer länskliniker

Verksamheterna och klinikerna inom Region Jönköpings län ska arbeta för effektivitet och jämlik hälsa och vård. Centralt i uppdraget för länsklinikerna är att bedriva verksamhet på tre orter och det måste finnas acceptans för att det kostar mera att finnas på tre orter.

Uppdraget att tydliggöra vad som gäller för länsklinikerna beskrivs utifrån fyra områden.

Fast bemanning

Värnamo och Höglandet har större utmaningar vad gäller bemanning och kontinuitet. Små enheter är sårbara med risk att medarbetare tappar det kollegiala och tappar kompetens över tid.

Lösningar kan vara fast bemanning på kliniken, inte i huvudsak ort, och att samordna resurser. I vissa fall koncentreras bemanningen till en ort, men är en del av verksamhet och kompetensutveckling på andra orter. Mycket kan också lösas digitalt.

Olika lösningar kan behövas utifrån olika kliniker. Randning på alla tre sjukhus. Jämn bemanning på alla tre ställen men basplacering på ett ställe. Olika inriktningar.

Kompetensutveckling
All kompetens kan inte finnas överallt när volymerna är små. Länskliniker har bra möjlighet att kompetensutveckla varandra. Digitaliseringen öppnar upp och det finns möjlighet att även ha med patienter i digitala möten. Det viktiga är kompetensen på alla tre sjukhus. Det behöver inte vara kopplat till fysisk närvaro. Yrkesträffar eller funktionsträffar över regionen, samt ST-läkare som roterar kan öka kompetensen. Lokal utbildning av sjuksköterskor i Eksjö och Värnamo blir viktigt.

Ansvar för akutsjukhus
Ansvar för att upprätthålla tre akutsjukhus är ett gemensamt uppdrag. Länskliniker är en förutsättning för vissa verksamheter att ha verksamhet på tre sjukhus, man har ett ansvar för att det ska fungera på alla tre sjukhusen Länsklinikerna behöver säkerställa att nödvändig kompetens från den egna verksamheten tillhandahålls på respektive sjukhus för att klara uppdraget som akutsjukhus. Digitala konsultationer kan ske mellan verksamheter.

Länsklinikerna har också ansvar för att stödja verksamheter på respektive sjukhus med kompetensutveckling.

Ansvar för den nära vården i alla regiondelar
Verksamheterna har i uppdrag att säkerställa jämlik vård/resurser till den nära vården i hela länet. Det ska vara lika i alla länsdelar. Samtidigt kan det ibland vara lättare på mindre orter där det kan vara lättare att bygga relationer och kommunikationen blir enklare.

Viktigt att klinikerna och länsklinikerna är uppdaterade på det lokala behovet för att kunna anpassa utbudet jämlikt. Länskliniker kan ha lättare att stödja och utbilda i den nära vården eftersom man har tillgång till hela klinikens resurser.

Fortsatt arbete

Genom denna rapport har uppdraget om hur tre akutsjukhus garanteras på lång sikt samt länsklinikernas uppdrag tydliggjorts. Definitionen av och hur vi säkrar tre akutsjukhus på sikt fortsätter och knyts samman med arbetet med länsklinikernas uppdrag utifrån behov av att säkra fast bemanning, kompetensutveckling, ansvaret för akutsjukhusen samt för utvecklingen av den nära vården.

Uppföljning av arbetet sker kontinuerligt i sjukvårdens ledningsgrupp och med avrapportering till nämnden för folkhälsa och sjukvård.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 2021-12-03
- Rapport – Akutsjukhus i Region Jönköpings län, daterad 2021-03-30
- Rapport – workshop länskliniker, daterad 2021-10-07
- Rapport – workshop, daterad 2021-12-01

Beslut skickas till

Folkhälsa och sjukvård

REGIONLEDNINGSKONTORET

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anette Peterson
Hälso- och sjukvårdsstrateg

Region
Jönköpings län

Akutsjukhus i Region Jönköpings Län

Tre välfungerande akutsjukhus i Region Jönköpings Län

Författare: Wille Alstermark

Årtal: 2021

Författare: Wille Alstermark

Verksamhetsområde
Regionledningskontoret

Uppdragets deltagare
Wille Alstermark verksamhetsstrateg, Linda Andlöw utvecklingsledare, Agneta Mussi administrativ samordnare och Britt-Marie Persson överläkare.

Innehållsförteckning

Författare: Wille Alstermark **2**
Verksamhetsområde **2**
Uppdragets deltagare **2**

1. Bakgrund 1
2. Syfte och mål 2
3. Metod 2
4. Resultat 3
5. Diskussion 16
6. Slutsats 17

Referenser 18

Ev. bilagor 18

1. Bakgrund

Regionledningskontoret fick i Budget och verksamhetsplan för 2019 i uppdrag att ta fram en plan för Framtidens hälso- och sjukvård.
Ett delprojekt i det övergripande uppdraget är att säkra tre välfungerande akutsjukhus.
I planen ska beskrivas en strategi för, hur den nära vården har en inriktning att stå för en större del av den totala hälso- och sjukvården 2030.
Framtidens hälso- och sjukvård ska bedrivas i en stark primärvård, i samspel med tre välfungerande akutsjukhus och 13 kommuner.
Den specialiserade vården är uppdelad i tre verksamhetsområden; medicinsk vård, kirurgisk vård samt psykiatri, rehabilitering och diagnostik. Organisationen ger förutsättning för jämlik vård där Region Jönköpings län på bästa sätt kan möta invånarnas behov av specialiserad somatisk och psykiatrisk vård.

Utgångspunkter i organiseringen av specialiserad vård:
- den nära vården är bas för länets hälso- och sjukvård
- tre välfungerande akutsjukhus
- länssjukvården fördelas på tre sjukhus
- särskild hänsyn ska tas till fungerande vårdkedjor
- säkerställa resurser i form av personal, kompetens, utrustning och lokaler
- främja god samverkan i hela systemet
- vårdplatser ska utgå från vårdbehov
- vara en lärande organisation

Region Jönköpings län ska sträva efter att vanligt förekommande operationer, undersökningar och behandlingar ska erbjudas nära patienten så länge det kan göras med högsta kvalitet och med god ekonomisk hänsyn. Verksamheten ska balanseras så att inte länsdelssjukhusen missgynnas. Grundläggande är att akutsjukhusens uppdrag och kompetens inte får äventyras.

En del i planen för Framtidens hälso- och sjukvård ska omfatta hur tre akutsjukhus ska garanteras på lång sikt.

Uppdraget
Uppdraget innebär att genomföra en kartläggning och analys av vad som krävs för att Region Jönköpings län ska kunna garantera tre välfungerande akutsjukhus på lång sikt.

Beställare
Hälso- och sjukvårdsdirektören, som också ansvarar för en kontinuerlig rapportering till Nämnden för folkhälsa och sjukvård.

Ekonomi
Finansieringen av utredningsarbetet sker via medel avsatta för planeringen av Framtidens hälso- och sjukvård

Tidplan
2020-01-15 – 2021-01-31

Redovisning
Skriftlig rapport

2. Syfte och mål
Framtidens hälso- och sjukvård ska bedrivas i en stark primärvård, i samspel med tre välfungerande akutsjukhus och 13 kommuner. Organisationen ska ge förutsättning för jämlik vård där Region Jönköpings län på bästa sätt kan möta invånarnas behov av specialiserad somatisk och psykiatrisk vård.

3. Metod
Vi har valt kvalitativ undersökning som metod för att få fram verksamhetens syn på verkligheten i realtid och 10 år framåt. Beroende på var verksamheten befinner sig inom regionen uppfattar man sin verksamhet och framtid på olika sätt.
Fysiska intervjuer (42 styck) har gjorts med samtliga verksamhetsföreträdare, utvecklingsdirektör, chefläkare, personaldirektör samt fackliga företrädare. Samtliga intervjuer har skett under premissen att inga direkta citat ska kunna härledas till uppgiftslämnaren.

Omvärldsspaning gjord och startade med ett antal telefonintervjuer med sju regioner, för att efterhöra deras arbete avseende akutsjukhus. Ett fåtal av regionerna har pågående utredningar och färdiga rapporter. Någon region har en färdig rapport.
Vissa litteraturstudier är gjorda, samt sökning på webbsidor. Underlag i form av statistik rörande befolkningstäthet, besök, trauma och bemanning, har tagits fram, liksom statistik över antal trauma uppdelade per sjukhus samt ambulansens prio 1 verksamhet.
Styrgrupp och referensgrupp har informerats kontinuerligt.

Ett flertal områden i utredningen har ej berörts. Exempelvis har vi inte berört kopplingen mellan ett Akutsjukhus och Regional utveckling och näringsliv. Detta är naturligtvis en viktig faktor när det gäller kompetensförsörjningen på våra tre sjukhus.
Tanken var att vi också, parallellt, skulle gjort en översyn hur HR – organisationen, ser på framtiden och sin medverkan ur aspekten ”hur kan våra enheter medverka till tre välfungerande akutsjukhus”. Detta är av tidsskäl under pandemin ej gjort.

4. Resultat

Myndighetens för vård- och omsorgsanalys kartläggning av akutsjukvården.
Rapport 2018:
Rekommendationerna är:

1. **Landstinget (regionen) måste tydliggöra olika verksamheters uppdrag och vilken roll verksamheten har för det akuta omhändertagandet.** Vad kan och/eller ska skötas på vilket sjukhus?

2. **Landstinget (regionen) behöver säkerställa kompetensnivån på akutmottagningen.**
    - Gäller alla personalkategorier!
    - Icke-legitimerade läkare (helst inte heller AT-läkare) ska inte arbeta på en akutmottagning utan fysisk närvarande handledare (som är legitimerad läkare) - enligt IVO 2015/2017. Detta av patientsäkerhets skäl.
    - Då flertalet patienter som söker akutmottagningen har hög ålder kan speciell sjuksköterske- eller läkarkompetens inom geriatrik behöva säkerställas.

Myndigheten ser även att det krävs en bred kompetens dygnet runt på ett akutsjukhus.

Definitioner av begreppet akutsjukhus;
Socialstyrelsen saknar definition på ”akutsjukhus” i sin termbank.

Wikipedia, **Akutsjukhus** syftar i Sverige på ett sjukhus med resurser och beredskap att dygnet runt ta emot akut sjuka patienter. Begreppet har i svensk lag definierats som en "vårdinrättning som är inrättad för sluten vård och som har särskild akutmottagning för den som behöver omedelbar hälso- och sjukvård."[1] Socialstyrelsen förklarade år 1994 att ett akutsjukhus ska kunna ta emot alla sjuka och skadade som kräver akut omhändertagande och är i behov av akutsjukhusets resurser. Det gäller till exempel att det ska finnas omedelbar tillgång till operationsavdelning, intensivvård och röntgenundersökning, och jourverksamhet inom ett stort antal specialiteter.[2]

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys definierar i Rapport 2018:3 **akutsjukvård** som omhändertagande och vård av tidskritiska tillstånd, vilket gör att tiden till adekvat omhändertagande påverkar hälsoutfallet. I rapporten beskrivs även avsaknad av vägledning inom forskningen, gällande avvägningen mellan transporttid och volym på akutsjukvården.

I övrigt är den enda officiella definitionen av akutsjukhus som stått att finna den som står i lagen (2000:440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan. **Definition av akutsjukhus** är här ”vårdinrättning som är inrättad för sluten vård och som har särskild akutmottagning för den som behöver omedelbar hälso- och sjukvård.”

Nedan följer en sammanställning av intervjuerna med verksamhetsföreträdarna.
Observera att det är inte är utredningsgruppens tankar och funderar som ligger till grund för nedanstående.

Den definition av **akutsjukhus** som framkommit vid våra intervjuer är;

Hur definierar du/din verksamhet ett akutsjukhus?
Vilka funktioner anser du/din verksamhet måste finnas 24/7/365 på ett akutsjukhus?

- Akutmottagning för akut hastigt påkomna sjukdomar/olycksfall 24/7/365, det vill säga dygnet runt alla årets dagar.
- Traumaomhändertagande med möjlighet att färdigbehandla på vårdplats vid behov.
- Att kunna rädda patient med livshotande tillstånd initialt på alla tre sjukhus.

De funktioner de intervjuade anser **måste** finnas 24/7/365 för att kunna benämnas akutsjukhus är;

- Akutmottagning
- Traumaomhändertagande med kirurgi, operation-anestesi och medicin samt tillhörande jourverksamhet
- Röntgen (datortomograf, slätröntgen, genomlysning)
- Klinisk kemiskt laboratorium
- Förlossning med barnberedskap

De funktioner de intervjuade anser bör finnas 24/7/365 för att kunna benämnas akutsjukhus är;

Vilka funktioner anser du/din verksamhet bör finnas 24/7/365 på ett akutsjukhus?

- Ortopedjour i beredskap om kirurgkompetensen finns
- Urologi
- Infektionskompetens, men kan finnas i beredskap
- Primärvården nära sjukhuset
- Psykiatriberedskap

Vårdplatser och processer
Vad tror du/din verksamhet om vårdplatsbehovet, ur perspektivet akutsjukhus inom en 10 - års period?

Troligen behövs något färre vårdplatser i framtiden, detta beroende på utveckling inom nära vård och ökat antal behandlingar som är individanpassade.

Omvårdnad med större flexibilitet för att möta patienternas vårdbehov, vilket gör att patienterna inte behöver läggas in utan kan få vård/egenvård i hemmet och på särskilda boenden.

Behov av en intermediär vårdavdelning, som komplettering till intensiv vårdplatser. Dels på grund av sjukare patienter med ökad komplexitet, andra läkemedel (fler immunsuppressiva) och mer resistenta bakterier, vilket gör patienten mer svårbehandlad. Dels förändrat arbetssätt och krav på en ökad patientsäkerhet. Vid exempelvis pandemi eller liknande finns stort behov att kunna öka flödet ut från IVA till intermediär avdelning, där patienten fortfarande har behov av kvalificerad vård, men inte respirator.
Vårdplatser i hemmet kommer att öka, där patienten är medskapande.

Vissa processgrupper fungerar bra, exempelvis neurologi. Måste dock finnas någon på varje sjukhus som engagerar sig, tar ansvar för alla delar i de akuta processerna och driver processarbetet framåt.
Det finns ett fåtal regionspecifika processer idag, exempelvis PCI, galla, bråck.

Traumaverksamhet
Traumaverksamheten är förstås en viktig del inom ett akutsjukhus.
Vilken roll har din verksamhet för handläggning av trauma och vad krävs för att upprätthålla detta?

- För att upprätthålla ett jämlikt traumaomhändertagande krävs att vi har en traumaorganisation som är lika för hela regionen.
- Viktigt med återkommande utbildningar och övningar, som bidrar till att kompetensen säkerställs.
- Bakjour med krav på traumakompetens och lokal kännedom.
- Antalet patienter är det bästa sättet att upprätthålla kompetensen.

Sjukhus	Nivå 1 - larm	Nivå 2 - larm	NISS > 15	Undertriage i %	Övertriage i %
	Antal (% av total)	Antal (% av total)	Antal (% av total)	Nivå 2 med NISS >15 /Antal Nivå2 Bör ej överstiga 5%	Nivå 1 med NISS <15/Antal Nivå 2 25–50% accepteras
Länssjukhuset i Kalmar	21(13,5%)	134(86,5%)	26 (16,7%)	21%	52%
Västerviks Sjukhus	40(34%)	94 (66%)	9 (6%)	1.9%	26%
Länssjukhuset Ryhov, Jönköping	89 (34%)	174(66%)	49(17%)	10.5%	63%
Vrinnevisjukhuset, Norrköping	135(100%)	-	24(17.8%)	0%	(82.2%) Enbart Nivå 1 larm
US i Linköping (rapporterar inte)	-	-		-	-
Värnamo sjukhus	11 (9%)	107 (89%)	6 (5%)	-	-
Höglandssjukhuset, Eksjö	150		24 (16%)	-	-
SÖSR (utan USiL)	446		138		

Bilden ovan (2018 års registrering) visar hur många SVÅRT skadade patienter som vi tagit emot per sjukhus. Ser likadant ut under alla år i stort sett. Skadornas svårighetsgrad är bedöma enligt NISS (New Injury Severity Score). NISS>15 är svårt skadad.
Jönköping tog 2018 emot 49 svårt skadade, Eksjö 24 och Värnamo 6.

Jourlinjer

Beskriv din verksamhets jourverksamhet – vad krävs för att upprätthålla dessa?
Finns det jourlinjer i din verksamhet som skulle kunna vara regiongemensamma för att lättare kunna upprätthålla dessa jourlinjer med rätt kompetens?

- I ett läge med begränsade resurser är det svårt med närvaro 24 timmar på alla tre sjukhusen inom vår region.
- Önskvärt att vi förändrar våra arbetssätt, samlar kompetens och utnyttjar de lokala resurser som finns, vilket i sin tur skapar jämlik vård och mindre vårdköer.
- Översyn av jourlinjer önskvärt.
- En del verksamheter klarar sig med beredskapsjour, men då viktigt med prioriteringslistor, så personalen kan ringa vid behov.

- Kompetent bakjour som finns tillgänglig för frågor dygnet runt.
- Utökad infektionsjour dagtid på akutmottagningarna samt infektionskonsult
- Ta vara på erfarenheten under våren, då pandemin började och med den ett arbetssätt med husjour.

Forum

Vilka viktiga forum finns idag på sjukhuset för att bäst styra och ta beslut i de viktiga sjukhusgemensamma processerna?
Finns akutråd eller liknande? Fungerande?
Vilka, som du anser, viktiga regiongemensamma forum deltar du/din verksamhet i?
Saknas något forum?

Akutråd
Akutrådet finns på alla tre sjukhus. Representationen ser olika ut.
Olika grad av närvaro, vid representation kommer oftast person utan beslutsmandat. Saknas representanter från övriga verksamheter på samtliga sjukhus, exempelvis röntgen, labb, gynekologi, psykiatri, traumaorganisation och primärvård. Chefläkare.

Man är överens om att akutrådet har en viktig funktion på sjukhusen.

Medicinska programgrupper
Majoriteten anser att medicinska programgrupperna är bra och fungerar tillfredsställande.

Processgrupper
Processgrupperna har kommit olika långt i att hitta sin roll och sitt uppdrag.

Verksamhetschefsträffar
Finns informationsträffar för verksamhetschefer på två sjukhus förlagda vid lunchtid. Detta är ett forum för i första hand information.
Man tycker dessa träffar är bra, då man kan skapa informella snabba dialoger. På det sjukhus där denna träff inte finnas, önskar man få denna möjlighet mycket på grund av att kunna ta informella kontakter.

Daglig styrning (vårdenhetschefer) och veckoavstämning (verksamhetschefer)
Dessa forum fungerar bra för rapportering av nuläge, nära framtid samt kortare informella möten. Dessa forum leds av chefsläkarorganisationen.

Traumarådet
Traumaråd finns idag, men man saknar mandat och budget, vilket gör det svårarbetat.
Arbetet med att utveckla traumavården hämmas av att ingen verksamhet finns som bär kostnader för investeringar i vårdprocessen och ingen finns som kan fatta beslut som får ekonomisk konsekvens.
I traumarådet saknas representation från ambulansverksamheten.

Katastrofkommitté
Det finns vissa svårigheter med forumen, då de kommer ur vår gamla organisation och den tiden vi fokuserade mest på Hälso- och sjukvård, därav deltagarna. I den reviderade planen som finns utkast är grupperna omgjorda så att fler perspektiv ska finnas med, till exempel har fastigheter, IT med flera saknats i grupperna. Svårigheten är vilket mandat och uppdrag de har idag gentemot linjeorganisationen. Vi har också flera grupper som hanterar nästan samma saker, vi har i Eksjö och Jönköping lokala risk- och säkerhetsråd, som ju också finns regionalt men med lite otydligt uppdrag.
Ingen har det uttalade ansvaret för ett fysiskt sjukhus.
Det finns ingen som kan ta beslut som rör hela sjukhuset eller som inte tydligt hör till något verksamhetsområde.

Exempelvis:
1 Saneringshallen i Eksjö påverkas vid ombyggnation av akutmottagningen- vem tar beslut om det är ok att stänga den eller vilken lägsta förmåga som skall finnas.
2 Driftstörning i Eksjö när it och telefoni var ur funktion på grund av ett elproblem. Reservtelefoni på sjukhuset är mobiltelefoner som delas ut; tyvärr är täckningen på mobiltelefoni idag så dålig inom sjukhuset att den inte fungerar på vissa ställen.
Samma fråga där, vem är ansvarig för att ta beslut om lägsta nivå för mobiltäckning?

Mötesfrekvensen har varit låg under pandemin, men annars är det möten 1 gång/termin.

Forum som saknas:

- Ett forum där samtliga aktörer deltar (somatisk vård, primärvård och kommun), för att hitta samverkansområden med tyngdpunkt på samverkan, kvalitet, kunskap, tillgänglighet, och bemötande.
- Forum för länsgemensamma verksamheter och funktioner, telefoner, larm, inköp av utrustning samt lokalfrågor.

Kompetens
(Nedan följer synpunkter från intervjuerna som har berört kompetensförsörjningen)

- Inom de flesta verksamheterna har vi svårt att få personal med rätt kompetens.
- Man kan inte bygga kompetens och kvalitet på hyrläkare/ hyrsjuksköterskor.
- Konsekvensen av svårighet att hitta specialistläkare, blir att man utbildar sina egna ST-läkare.

Samverkan

- Grunden är att inte konkurrera utan komplettera varandra för att få optimal jämlik vård och hushålla med den kompetens vi har.
- I framtiden krävs samverkan över gränserna och kliniker.
- Mer dialog och utnyttjande av lokaler i regionen.
- Vid rekrytering av nya chefer bör fokus ligga på samverkan över gränser med fokus på hela regionen.

Utmaningar

- De mindre orterna har svårare att rekrytera rätt kompetens.
- Vi saknar möjlighet att tillvarata rekrytering när möjligheten dyker upp, större flexibilitet och mer långsiktig planering önskas.
- Vi gör kompetensförsörjningsplaner, som saknar uppföljning.
- Måste ha en bas som säkrar akutsjukhusets kompetens
- Politikerbeslut som tar hänsyn till kompetensbehov och framtid.

Möjligheter

- Rotationstjänster, även mellan kommun och region, för att öka kompetens och samverkan.
- Utbildningstjänster, ett måste i framtiden
- Kompetensperspektivet ska finnas på alla kliniker, man bör ta hjälp och stöd av andra kliniker för att stärka sin kompetens, exempelvis tracheostomivård, barnperspektiv.

Framtidsspaning

Vad tror du/din verksamhet kommer bli den/de största förändringarna inom en 10 - års period (inom perspektivet akutsjukhus)? Vad krävs för att du/din verksamhet ska kunna ställa om i detta?
Hur ser behovet av kompetens ut inom din/er verksamhet under kommande 10-års period och vad krävs för att ni skall kunna upprätthålla denna kompetens?

- Specialiserad verksamhet mer och mer. Idag skräddarsyr man behandling och man kommer utveckla mer individualiserad behandling. Detta ger naturligtvis bättre effekt, men kostar mer.
- Gentestning, för att upptäcka vilka sjukdomar man har anlag för, kommer öka.
- Vad får sjukvården kosta? När ska vi sluta vårda?
- Med läkarutbildningen i Jönköping, så måste man på klinikerna ta större ansvar för handledning.
- Ta hand om och utbilda krävs specialister, vilket genererar att klinikerna får kompetenstapp då specialisterna ska handleda studenter.
- Kortare internutbildningar, för att öka upp kompetensen på vårdavdelning (exempelvis tracheostomivårds - kompetens)
- Webbutbildningar
- Svårare med kompetensförsörjningen, då den blir mer specialiserad i framtiden.
- Internationellt står vi oss ganska väl.
- För oss handlar det om att utveckla samverkan och utnyttja den kompetens som finns.
- Det enda sättet att kompetent personal är att vi utbildar själva. Problemet är att vid rekrytering har vi svårt hitta arbete åt övriga familjemedlemmar. Vi anställer och man genomgår vidareutbildning, men sedan har vi svårt behålla personalen.
- Utbildningscentrum, (NUC i Nässjö) fungerar mycket bra för primärvården.
  ELSA (enheten för legitimerade sjuksköterskor i allmän tjänstgöring) som idag finns på ett sjukhus, borde även finnas för undersköterskor.
  ”RIU” (regional introduktionsutbildning för nya sjuksköterskor) finns idag, saknas gör likvärdig utbildning för erfaren personal.

Nätverk för medarbetare önskvärt över gränserna i regionen.

Mobil röntgenverksamhet (nära vård), har precis startat upp och kommer troligen att utökas.
Artificiell intelligens mammografi.

Videosamtal med primärvårdsläkare – patient – kardiolog på nätet, vilket ger vinster både för patient och vårdgivare. Förändrat arbetssätt genom att primärvårdsläkare ringer till tillgänglig medicinjour och istället för akutbesök kan det generera ett mottagningsbesök idag eller inom två dygn på specialistmottagning. Detta skapar ökad tillgänglighet men framför allt trygghet för patienten.

Fler aktörer som får ansvar för den psykiska ohälsan - egenvården

Sammanslagning av medicin och geriatrik är bra med tanke på att det finns behov av geriatrikkompetens på en medicinavdelning. Minimerar risken för stuprör då man lyfter komplicerade patientfall tillsammans vilket också ger bättre flöden.

Intermediärplatser ett måste i framtiden.

Vården ska följa med i samma utveckling, som samhället gör i övrigt. Minska tiden mellan test och uppstart, för att komma igång med nya arbetssätt.

Man arbetar med att ta fram ny transportverksamhet för barn nationellt.
I Jönköping finns IVA platser för barn, vilket gör att barnen blir transporterade till Jönköping, från Eksjö, Värnamo. Saknas platser här blir barnen transporterade till Sahlgrenska, Uppsala, Lund eller Stockholm.

När den nära vården är välfungerande kommer behovet av vården på akutmottagningarna att minska.

Stödfunktioner
Större engagemang från HR med närhet till verksamheten.
Många omorganisationer med uppdelade kompetensområden inom HR - enheten, senaste åren, som gör att närhet till funktionerna saknas.
Stöttning i de administrativa systemen. Konkret hjälp, framför allt de större verksamheterna.
Önskvärt med mer dialog, kommunikation samt analys av resurser.
Upplever att vi har välfungerande controller

Anställningsförhållande
Anställningsförhållande kommer att vara en stark konkurrenskraft i framtiden hemarbete där detta är möjligt, vilket spar både resande och tid.
Flexibilitet avseende lokala fördelar (exempelvis kunna få förmån vid arbetspass på annat sjukhus än baskliniken).

Mer långsiktig planering avseende årsarbetare, exempelvis kan man på infektionskliniken behöva täcka i inför framtida behov inom smittskydd, vårdhygien och mikrobiologi.
Utökad flexibilitet avseende tjänstgöringsgrad och schemamodeller.

För att upprätthålla kompetens, utvecklingsmöjligheter och konkurrenskraftig lön, behöver vi få till ett förändrat synsätt på anställningsvillkor (flexibel arbetstid, rotationstjänst).

5. Diskussion

Vi väljer här att ta fram de synpunkter som kommit ur intervjuerna istället för att dra egna slutsatser och diskussioner.

Ledning och organisation

- *Strategiska beslut borde tas högst upp med prioritering, tydlighet, öppenhet och transparens*
- *Dela upp uppdragen mellan sjukhusen*
- *Införa KPS*
- *Tydligare uppdrag med bättre kontroll på beslutsnivåer*
- *Viktigt att ha en nyanserad dialog med samtliga aktörer, kommun, primärvård och sjukvård*
- *Vi måste få till samsyn med kommun och primärvård när det gäller rekrytering och minska konkurrens med varandra.*
- *Vid nyanställning poängtera vikten av samverkan mellan verksamheter lokalt och mellan sjukhusen.*
- *Finns lokaler inom verksamheter som inte utnyttjas optimalt över dygnet och andra som behöver få mer utrymme. Vad finns för lokaler, hur används dessa.*
- *Utmaningen är samhällsstrukturen, skolan. Arbetslösa ungdomar.*
  Klarar vi inte dessa utmaningar, blir psykisk ohälsa ett stort problem.
- *Tydliga chefsuppdrag med fokus på samverkan över gränser, obligatorisk närvaro i beslutsforum*

Kompetensutveckling

- *Bra fortbildning för all personal. Förändrade arbetssätt och attityder till samverkan kan förbättras och då bidra till att göra processerna mer kostnadseffektiva samt säkerställer kompetensen.*
- *Förbättra medarbetarnas förmåga att erkänna när vi gör fel i en lärande organisation*
- *Kvalitetskontroll på våra medarbetare*
- *Systematisera kunskapsöverföring (seniora kollegor handledare åt yngre kollegor)*
- *Mentor för varje nyanställd chef*
- *Ökat antal avgångssamtal – för att identifiera problemområden i tid*

Stöd och framgångsfaktorer

- *IT behov kräver närhet till IT*

- *Tydlighet i beredskapsplan vid behov av fler vårdplatser vid särskild händelse*
- *Lyft kontinuerligt fram goda exempel och lyft dem högt.*
- *Processgruppernas arbete är nyckeln till framgång i framtiden. Dock är det viktigt att man tar till sig och arbetar utefter de riktlinjer som finns både vad gäller medicinska programgrupperna och processgrupperna i övrigt. Processgruppernas ansvar kan vara av stort intresse att uppdatera dessa riktlinjer och ansvar som finns. Finns mycket tydliga punkter att arbeta efter, finns konsekvenser av att inte följa?*
- *AI (artificiell intelligens) bör användas även för att effektivisera patientinflödet till sjukvården genom selektering så att patienterna får korrekt anvisning i den första kontakten*

6. Slutsats

Som slutord skulle vi vilja säga att rapporten är långt ifrån heltäckande och bygger framförallt på den klokskap som våra medarbetare har inkommit med under intervjuerna. Det har inte varit möjligt att skapa en heltäckande rapport under rådande pandemi.
De nyckelord som vi har fångat i intervjuerna för att fortsättningsvis kunna garantera tre välfungerande akutsjukhus på lång sikt i Region Jönköpings Län är enligt vår bedömning:

- *SAMVERKAN – TRANSPERENS*
- *TYDLIGHET I BESLUT OCH UPPDRAG*
- *LÅNGSIKTIGHET I KOMPETENSFÖRSÖJRNING*
- *HR, CONTROLLERS, IT OCH VÅRD NÄRA SERVICE - STÖD UT I VERKSAMHETEN SOM GÖR SKILLNAD*
- *VÄLFUNGERANDE MÖTESFORUM MED MANDAT*
- *UTVECKLINGSARBETE OCH FORSKNING ENLIGT REGIONENS LÅNGVARIGA TRADITION*

Annat som kommit fram i intervjuerna är behovet av intermediärvårdplatser, behovet av en jourutredning där även begreppet husjour har nämnts, vikten av att fortsätta med det arbete som processgrupperna gör men även ha gemensamma forum för specialistvård och primärvård (kanske även kommunal medverkan) samt vikten av ett nära stöd av funktioner som HR, Controllers, It och Vård Nära Service. Synpunkter på förbättringar inom forumen Katastrofkommittén och Traumaråd bör diskuteras och eventuellt utredas djupare.

Referenser

Vårdvalsanalys. Socialstyrelsen. Hälsa och vård. Dagens Medicin
Telefonintervjuer med regionerna Gotland, Halland, Kronoberg, Norrbotten, Värmland, Östergötland och Örebro samt Kairosfuture

Bilagor

Bilaga 1 Intervjufrågor
Bilaga 2 Statistik Befolkningsframskrivning

Bilaga 3 Förlossningar
Bilaga 4 Ambulansuppdrag fördelning till respektive sjukhus

Intervjufrågor tre välfungerande akutsjukhus verksamhetsföreträdare

Uppdraget innebär att genomföra en kartläggning och analys av vad som krävs för att Region Jönköpings län ska kunna garantera tre välfungerande akutsjukhus på lång sikt.
Uppdraget från Folkhälsa och Sjukvård, Mats Bojestig skickas som bilaga för kännedom.

Definition
Hur definierar du/din verksamhet ett akutsjukhus?

Funktioner 24/7/365 på ett akutsjukhus
*Vilka funktioner anser du/din verksamhet **måste** finnas 24/7/365?*
*Vilka funktioner anser du/din verksamhet **bör** finnas 24/7/365?*

Vårdprocesser – vårdkedjor
Vad tror du/din verksamhet om vårdplatsbehovet, ur perspektivet akutsjukhus, inom en 10-års period?
Beskriv vilka regionspecifika vårdprocesser som finns inom din verksamhet – nu och om möjligt i framtiden?

Traumaverksamheten är förstås en viktig del inom ett akutsjukhus.
Vilken roll har din verksamhet för handläggning av trauma och vad krävs för att upprätthålla detta?

Jourlinjer
Beskriv din verksamhets jourverksamhet – vad krävs för att upprätthålla dessa?
Finns det jourlinjer i din verksamhet som skulle kunna vara regiongemensamma för att lättare kunna upprätthålla dessa jourlinjer med rätt kompetens?

Forum
Vilka viktiga forum finns idag på sjukhuset för att bäst styra och ta beslut i de viktiga sjukhusgemensamma processerna?
Finns akutråd eller liknande? Fungerande?

Vilka, som du anser, viktiga regiongemensamma forum deltar du/din verksamhet i? Saknas något forum?

Framtidsspaning
Vad tror du/din verksamhet kommer bli den/de största förändringarna inom en 10 - års period (inom perspektivet akutsjukhus)? Vad krävs för att du/din verksamhet ska kunna ställa om i detta?
Hur ser behovet av kompetens ut inom din/er verksamhet under kommande 10-års period och vad krävs för att ni skall kunna upprätthålla denna kompetens?

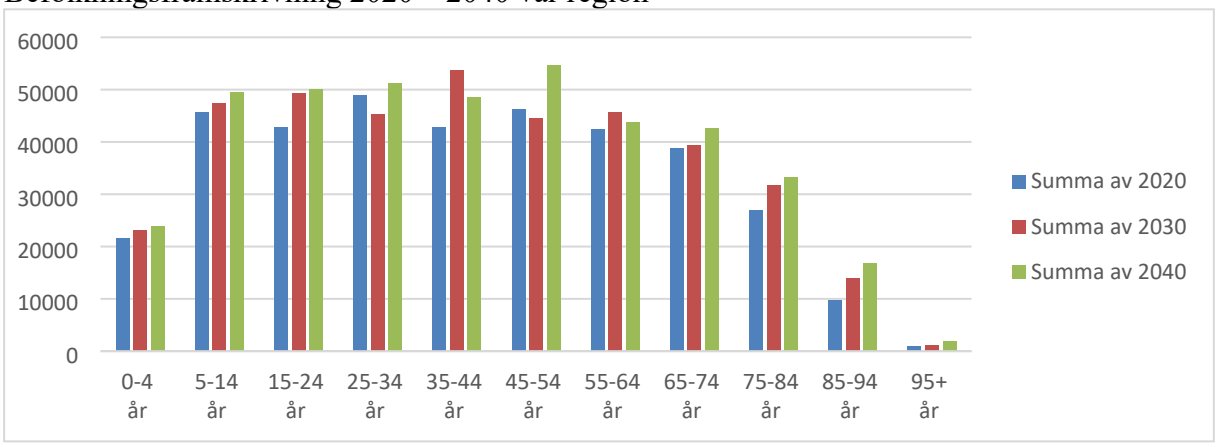
Övrigt som du/din verksamhet vill framföra avseende tre välfungerande akutsjukhus?

Tack för din medverkan!

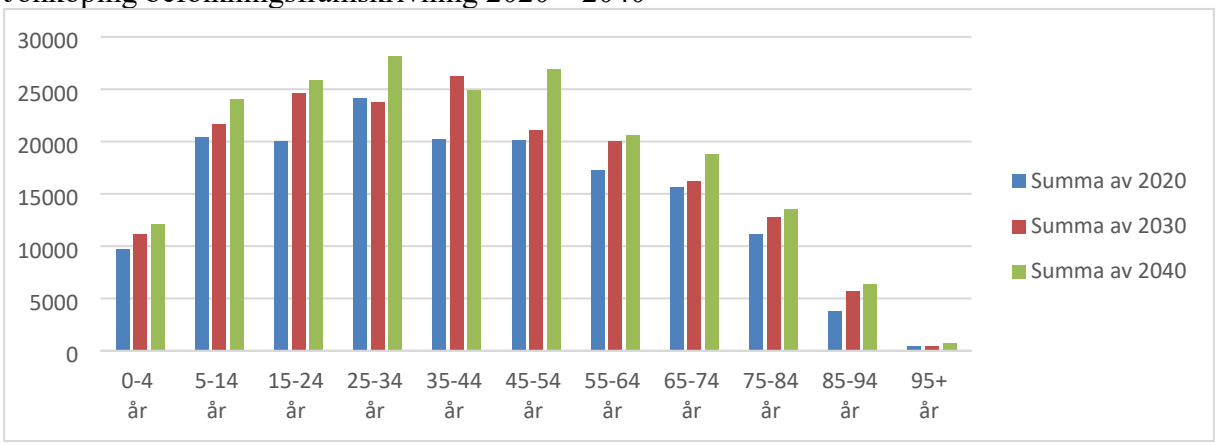
Wille Alstermark, Linda Andlöw, Agneta Mussi, Britt-Marie Persson

Framtagen statistik

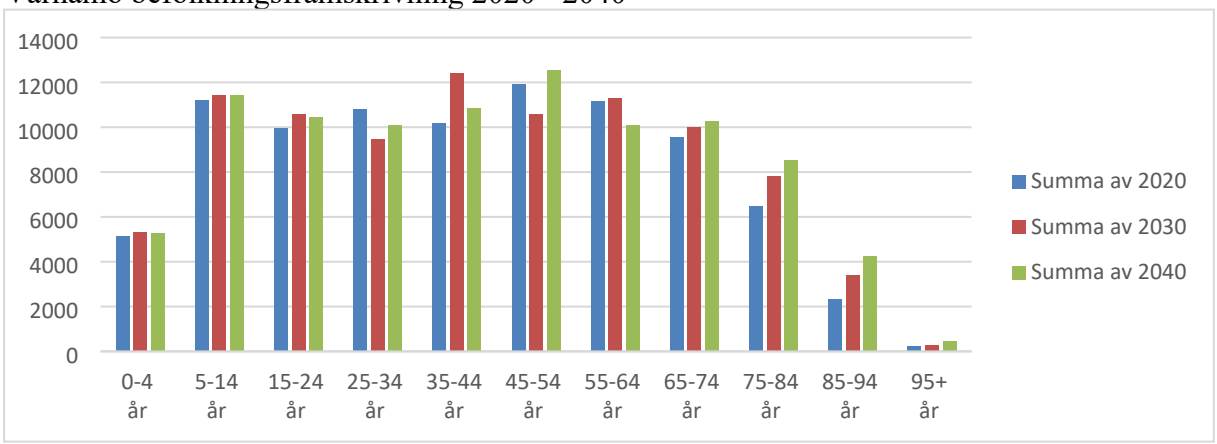
Befolkningsframskrivning 2020 – 2040 vår region



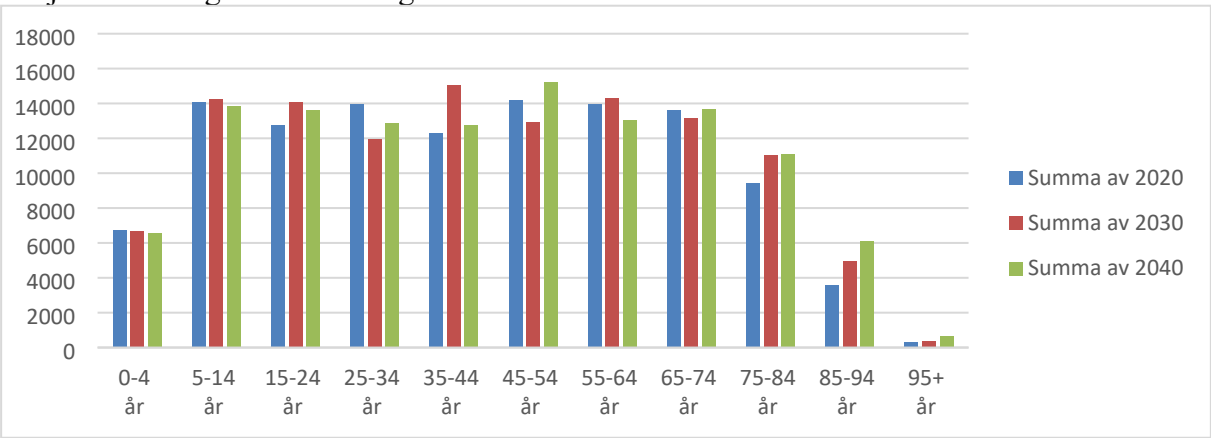
Jönköping befolkningsframskrivning 2020 – 2040



Värnamo befolkningsframskrivning 2020 - 2040

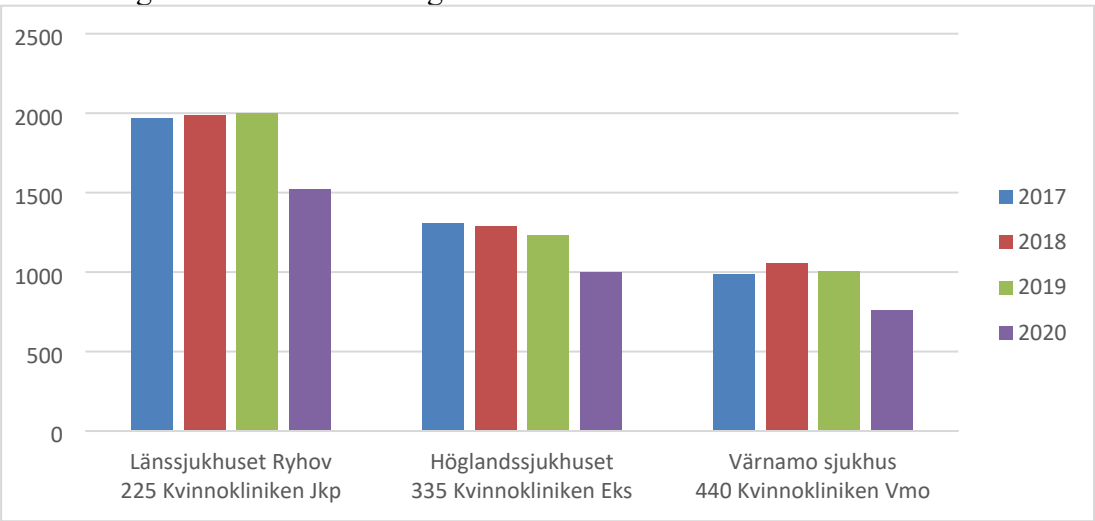


Eksjö befolkningsframskrivning 2020 -- 2040

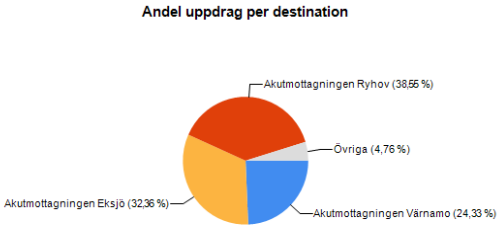


I Österbymo bor 834 personer, i Ydre kommun 3743. Detta är så pass få så att de knappast behöver vara med i underlaget om befolknings utveckling.

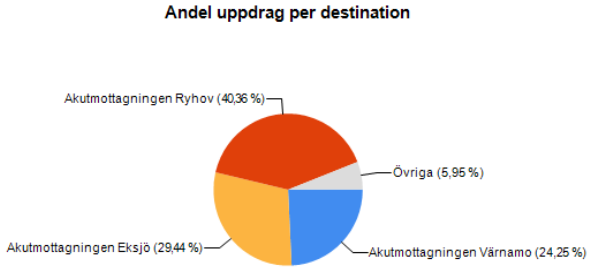
Förlossningar 2017 – 2020 vår region



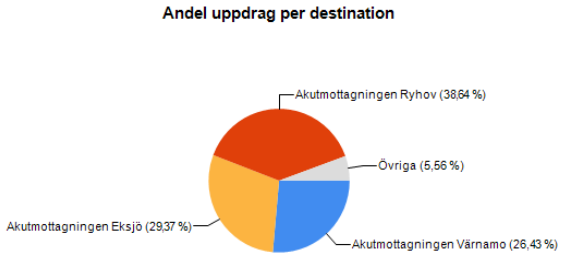
Ambulanstransporter prio 1 2018



Ambulanstransporter prio 1, 2019



Ambulanstransporter prio 1 2020



Region Jönköpings län

2021-10-07

Rapport från workshop om länsklinikernas uppdrag

Bakgrund

I Budget och verksamhetsplan för 2021 finns ett uppdrag som lyder:

Ett flertal verksamheter är organiserade som länskliniker och för att tydliggöra länsklinikernas uppdrag i alla tre upptagningsområden kommer det arbetas fram nya riktlinjer för samtliga länskliniker. Inriktningen är fast bemanning, kompetensutveckling, ansvar för akutsjukhusen och den nära vården i alla regiondelar.

Workshop

En workshop genomfördes den 27 september 2021 med verksamhetschefer (totalt ca 20 stycken) för Region Jönköpings läns länskliniker samt tre sjukvårdsdirektörer, kring frågan om uppdraget för länsklinikerna. Under workshopen diskuterades även hur tre akutsjukhus kan säkras över tid.

Frågeställningar

Under workshopen diskuterades fyra frågeställningar i mindre grupper

- Fast bemanning
- Kompetensutveckling
- Ansvar för akutsjukhusen
- Ansvar för den nära vården i alla regiondelar

Sammanfattning från gruppdiskussionerna

Under gruppdiskussionerna framkom tydligt att verksamhet ska och kan finnas på alla tre sjukhus i Region Jönköpings län. Utifrån länsklinikernas storlek och inriktning ser det lite olika ut hur lösningen kan se ut.

För att klara en fast bemanning kan den i vissa verksamheter finnas på respektive ort, men i princip samtliga länskliniker ser ett behov av att samordna sina resurser och att anställningarna med fördel är i Region Jönköpings län och inte på ort.

Små specialiteter har svårare att bedriva verksamhet på flera orter och behöver i vissa fall koncentreras till en ort, men samtidigt vara en del av verksamheten och kompetensutvecklingen på andra orter. För att behålla kompetens behöver man tillhöra en grupp. Det blir sårbart med för små enheter och det finns en risk att kompetensen tappas över tid.

Det är viktigt med kompetens på samtliga sjukhus, men det behöver inte nödvändigtvis vara fysisk närvaro. Länsklinikerna upplever att man har bra möjlighet att kompetensutveckla varandra. Digitaliseringen öppnar upp andra möjligheter, även att ha med patienter.

Länsklinikerna är en förutsättning för vissa verksamheter att ha verksamhet på tre sjukhus, och de har ett ansvar för att det ska fungera på alla tre sjukhus. Läkare kan i vissa fall finnas på distans om utrustning och sjuksköterskor finns lokalt, till exempel inom röntgen.

För att upprätthålla en hög kvalitet är det en fördel att kunna fördela operationer. Urologen är ett exempel på där det finns en gemensam väntelista i Region Jönköpings län och viss verksamhet finns på ett av länets sjukhus, inte på alla tre.

Jourverksamheten behöver lösas för att säkra tre akutsjukhus. Digitala jourer och konsultationer?

Region Jönköpings län har i uppdrag att säkerställa en jämlik vård i länet och det inkluderar stödet och arbetet i den nära vården. På mindre orter är det ibland lättare att bygga relationer mellan sjukvården och kommunerna. Länskliniker har tillgång till hela klinikens resurser och kan därför ha lättare att stödja och utbilda i den nära vården.

Resultat av gruppernas diskussioner

Grupperna diskuterade och sammanfattade sina tankar utifrån de fyra frågeställningar i en padlet. Resultatet beskrivs i sin helhet nedan.

Fast bemanning

Grupp 1

- Viktigt med kontinuitet. Olika från olika verksamheter. Små verksamheter måste ha resurser som kan användas på alla orter.
- Större utmaning i Värnamo och Höglandet. Samarbete med näringsliv och kommun. Finns exempel på i Värnamo. Dubbelrekryteringar. Lyft fram det som är attraktivt med mindre orter. Socialiseringsaktiviteter.
- Fast bemanning på kliniken. Resor ingår i jobbet. Normaltillstånd. Känna sig uppskattad när man kommer till andra ställen.
- Viktigt att prata om att vi har ett gemensamt uppdrag. Inte att "nu hjälper vi dom”
- Pandemin har ökat digitaliseringen.

Grupp 2

- Urologen: randar sig på alla tre sjukhusen oavsett bassjukhus. Bemanning är jämnt fördelat även om man har sin basplanering på Ryhov. ST-läkarna vill vara i Eksjö och Värnamo för att lära sig mer. De som bor i området har sin fasta placering på respektive sjukhus. Ledningen ser alltid till att det finns bemanning på alla tre sjukhusen.
  Primärjour: Tre läkare har primärjourer i Eksjö inom kirurgjourlinjen. I Värnamo köps primärjouren från kirurgen. Ryhov gemensam jour med kirurgen. Man är anställd på urologkliniken i RJL. Övrig personal hjälps åt mellan sjukhusen (ej läkare). Gemensam väntelista i RJL. Vissa verksamheter finns på ett av sjukhusen. Tex sten Värnamo, Tumör Eksjö. Vårdplatser på alla sjukhus. 5 i Eksjö, 4 i Värnamo. Måste alltid finnas överläkare på alla tre sjukhusen. Fördelning av operationer för att bibehålla hög kvalitet. Har mottagningar på alla tre sjukhusen
- Röntgen: löser mycket digitalt. Fast placerade ST på alla tre sjukhusen. Har jour på alla tre sjukhusen. TMC hjälper till. I Värnamo ofta hyrläkare.
- Infektion: utgår ifrån Ryhov. Vårdavdelning, mottagning, omvårdnadspersonal finns på Ryhov. Är konsulter på alla tre sjukhusen. 1-2 dagar per vecka. Måste tillhöra en grupp för att bibehålla kompetensen.
- Onkologen: stora delen finns på Ryhov. Sedan ett år behandlingsenhet Värnamo inom medicin-geriatrikenheten. Onkologens sjuksköterska åker till Värnamo ett par dagar i veckan. Telefonkontakt vb med läkare på onkologen men behövs sällan. Man vill rotera att arbeta Ryhov och Värnamo.

- Det digitala arbetet kan utföras oavsett ort. Inom urologin 30% operationer, 70% ej operationer.

Grupp 3

- Kirurgkliniken: Mycket utmanande att hantera ekvationen kompetensförsörjning, kvalitet och ekonomi. Den gamle omnipotente kirurgen är borta som koncept.
- Definierar vi vårdnivå kan vi även definiera vilken bemanning som behövs.
- Sårbart med små enheter. Medarbetare tappar det kollegiala, tappar kompetens över tid.
- Förslag från verksamhet om "Nattis" för att hantera jourer etc.

Grupp 4

- Nyanställning är tydlig med anställning i Regionen inte på ort. Vikten av att förtydliga om det finns en tydlig anställning på ort och att det inte är fritt valt.
- Små specialiteter måste koncentreras till en ort men vara en del av verksamhet och kompetensutveckling på andra orter
- Resonemang kring lönesättning behöver vara lika. I dagsläget har vissa verksamheter glesortstillägg, andra inte. Anställd inom bemanningsenhet har extra ersättning

Kompetensutveckling

Grupp 1

- Psykologer saknas på Värnamo och Eksjö. Jönköping täcker upp. Gammal historik. Täcks delvis upp av vårdcentraler.
- Kan vara svårare att avvara en person om man är liten grupp
- Mindre arbetsgrupper behöver vara mer av generalister. Svårt att få spetskunskap.
- All kompetens kan inte finnas överallt när volymerna är små.
- Länskliniker har bra möjlighet att kompetensutveckla varandra. Digitaliseringen öppnar upp. Möjlighet att även ha med patienter.
- Yrkesträffar eller funktionsträffar över regionen
- Pandemin har ökat digital kompetensutveckling

Grupp 2

- Se ovan ST-läkare som roterar.
- Vi vill vända på resonemanget: det viktiga är kompetensen på alla tre sjukhus. Det behöver inte vara kopplat till fysisk närvaro.
- Röntgen: fördel att vara länsklinik. Finns inte möjlighet att ha full kompetens inom alla områden på alla tre sjukhusen.
- Måste jobba i processer eftersom utvecklingen går i rasande fart. Tänka större än akutsjukhus. Storregion?
- Öka antalet digitala ronder?

Grupp 3

- Patientvolymerna för små för att upprätthålla kvalitet för att parallellt utbilda akutjourer.
- Tjänster som kombinerar placering i RJL med placering exempelvis 1 månad på traumasjukhus samt en definierad lägsta nivå av utbildning.
- Länsanställda ST-läkare

Grupp 4

- Säkerställer kompetensutveckling hos samarbetspartners på respektive ort för att säkerställa det primära omhändertagandet.
- Strategi för att studenter får en kontinuerlig förankring under sin utbildning ute i hela länet. Återkomma till samma plats flera gånger
- Utbyte mellan verksamheter under utbildning, tex ST-utbildning

Ansvar för akutsjukhusen

Grupp 1

- Viktigt att vi har ett gemensamt uppdrag. Tillgängliga via video mm kan vara ett alternativ.
- Rehabmedicin har inte direkt behov av sjukhusets lokaler. Vården skulle kunna bedrivas utanför sjukhusen.
- Rehabcentrum har många personalkategorier som behöver finnas för att akutsjukhusen ska kunna fungera.
- Hur nyttjar vi sjukhusen alla dagar i veckan?
- Måste finnas en baskompetens på alla sjukhus, exempelvis på vårdavdelningar.

Grupp 2

- Länskliniker är en förutsättning för vissa verksamheter att ha verksamhet på tre sjukhus, man har ett ansvar för att det ska fungera på alla tre sjukhusen
- Röntgen: maskiner och sjuksköterskor på plats är viktigt. Läkare kan arbeta på distans med god kvalitet. Pleuradrän kan göras via IVA-läkare.
- se ovan: vända på resonemanget. Kompetensen finns när det behövs. Behöver inte vara fysiskt på plats.
- Vi tar ansvar för den akut sjuka patienten i hela länet.
- Framtiden? Urologjour digitalt. Träffar tex jourläkare på ett sjukhus. Är det urologpatient så finns det ett rum på akuten där jouren eller AT-läkaren kopplar upp sig med urologjour som är länsgemensam. Får rätt vård direkt.
- Digitala konsultationer mellan verksamheter
- Vill ha patienten med i samtalet enligt ovan

Grupp 3

- Tydligt uppdrag = konstant i systemet.

Grupp 4

- Säkerställa att nödvändig kompetens från den egna verksamheten tillhandahålls på respektive sjukhus för att klara uppdraget som akutsjukhus
- Ansvar för att stödja verksamheter på respektive sjukhus med kompetensutveckling

Ansvar för den nära vården i alla regiondelar

Grupp 1

- Lika i alla länsdelar. Mindre orter kan ibland vara lättare. Lättare att bygga relationer.
- Många gånger lättare med mindre kommuner, kommunikation. Jönköping svårare.
- Länskliniker kan ha lättare att stödja, utbilda i den nära vården eftersom man har tillgång till hela klinikens resurser.

Grupp 4

- Säkerställa jämlik vård/resurs till den nära vården i hela länet
- Uppdaterad på det lokala behovet för att kunna anpassa utbudet jämlikt men inte alltid lika
- Övergripande frågeställningen: Länsklinikerna olika sinsemellan, med olika uppdrag, ansvar och sammanhang. Viktigt att uppdraget får handla om ”inriktning” mer än ”riktlinjer” som ska gälla lika för alla.

Rapport från workshop med parlamentarisk grupp Nämnd för folkhälsa och sjukvård samt företrädare för verksamhetsområden

- Akutsjukhus och länskliniker

Den 1 december 2021

Deltagare:
Rachel De Basso (S)
Martin Nedergaard- Hansen (BA)
Thomas Bäuml (M)
Peter Iveroth (KD)
Jimmy Ekström (L)
Mikael Ekvall (V)

Kallade men som ej deltog i workshopen:
Razvan Nichitelea (C) - deltog ej
Håkan Karlsson Nyborg (SD) - deltog ej
Linus Perlerot (MP) - deltog ej

Övriga deltagare:
Mats Bojestig, hälso-och sjukvårdsdirektör
Anette Peterson, hälso- och sjukvårdsstrateg
Laura Habib, nämndsekreterare
Agneta Ståhl, sjukvårdsdirektör Medicinsk vård
Micael Edblom, sjukvårdsdirektör Psykiatri, rehabilitering och diagnostik
Martin Takac, sjukvårdsdirektör Kirurgisk vård
Wilhelm Alstermark, verksamhetsstrateg i Medicinsk vårds ledningsstab
Bo-Kennet Knutsson, verksamhetschef Psykiatrin Höglandssjukhuset
Mats Persborn, verksamhetschef länsövergripande Kirurgkliniken
Magnus Trofast, verksamhetschef OP/IVA Ryhov
Susanne Almers, verksamhetschef rehabiliteringscentrum
Oskar Löfgren, verksamhetschef röntgen
Ulf Grahnat, verksamhetschef psykiatriska kliniken Ryhov
Eva-Lena Enell, verksamhetschef medicinkliniken Ryhov
Magnus Cernerud, verksamhetschef medicin- och geriatrikkliniken Värnamo
Elisabet Bergström, verksamhetschef akutkliniken Eksjö

Diskussion genomfördes i två områden och grupperna gav medskick till uppdragen om tre akutsjukhus och länskliniker samt lokal ledning.

Akutsjukhus och länsklinik

- Hur ser vårdbehovsutvecklingen ut? Utvecklingen av nära vård. Vissa saker kan lösas digitalt men inte allt. Den mentala resan är viktig. Resan från Jönköping är längre än från Eksjö till Jönköping! Vi har inte fått ut ST-läkare från Jönköping till Eksjö och Värnamo. Ska man bära länsfunktion måste man förstå alla tre sjukhusen.
- Hur kan man se ett flöde genom hela systemet? Vi behöver få en kulturförändring i att se på hälso- och sjukvård. Går mot nära vård. Vad betyder det? Vill ha specialistvården tillgänglig till PV. Hälso- och sjukvården måste vara förändringsbenägen. Vi jobbar i en konservativ verksamhet. Svårt att förändra sig. Besöker sjukhusen och ser att det är tre starka kulturer. Viktigt att vi ser att varje del betyder något och att vi jobbar tillsammans. Hela vården ska ha

höga medicinska resultat. Vi politikern har sagt att vi ska ha tre akutsjukhus. Och då måste vi fylla tre akutsjukhus.

- Basal kompetens måste finnas på tre sjukhus. Vi måste ibland trycka tillbaka frågor till Eksjö och Värnamo för att kompetenser ska kunna behållas på tre sjukhus. Det som ställer till det för kirurgen är akutkirurgi. Måste ha hög kompetens för att klara det. Eksjö är hyrläkarberoende och ev. i Värnamo också. Tar lång tid att lära sig.
- Viktigt att sy ihop specialistsjukvård, primärvård. Kan man ha mer av kombinationstjänster? Inom rehabilitering är det nog möjligt. Samarbete mer över organisationsgränserna.
- Stora problemet just nu med vakanta tjänster sjuksköterskor och att upprätthålla vårdplatser i Eksjö och Värnamo. Viktigt att också jobba med kommunerna att tillsammans jobba med utbildning och rekrytering. Lokala utbildningar av sjuksköterskor i Eksjö och Värnamo. Viktigt att fånga upp dessa. Viktigt att orka och kunna utvecklas ett helt yrkesliv.
- Kulturfråga att jobba med som länsklinik. ST- läkaren en nyckelgrupp att jobba med men det tar tid.
- Samverkan med kommunerna viktig
- Det finns för och nackdelar med länskliniker. Viktigt med grundbemanning på varje sjukhus. Viktigt att förhålla oss även till sydöstra regionen. Kunskapsstyrningen.
- Fördel med 3 akutsjukhus - Det vanliga akuta, den planerade vården, tillgänglighet till utbudet, sprida riskerna på flera sjukhus. Ju närmare desto bättre service till PV och invånare – Nära vård! Det ger många positiva spin-off-effekter
- Det finns inte förutsättningar att koncentrera verksamheten till ett sjukhus
- Det ska inte finnas ”sämre och bättre” – ”A och B-sjukhus”. Antingen lika, eller då ska det som centraliseras kunna centraliseras på vilket sjukhus som helst - men vi har redan idag många verksamheter som enbart finns på Ryhov. Bakjour måste finnas för att primärjouren ska kunna agera lokalt
- Lyckas inte behålla färdiga specialister – de har inte tillräcklig utvecklingspotential? Vissa kliniker lyckas – andra gör det inte. Vad kan vi lära av varandra för att fler ska va attraktiva?
- Jourlinjer kostar men förstärkta jourlinjer kan också löna sig med lägre kostnader. Går det att specificera ett antal jourlinjer som en definition på akutsjukhus? Det behövs en kritisk massa av kompetens för att klara jourlinjer. Det behövs en kritisk massa av medarbetare för att klara viss volym av vårdplatser. Det behövs en viss mängd av daglig verksamhet och plats för att alla medarbetare ska ha att göra dagtid.
- Det mindre sjukhuset ställer högre krav på att jobba brett och inte vara för spetsig
- Det större sjukhuset har utmaningar att bli för spetsig för att inte kunna hantera bredden
- Hur stor andel ska kunna hanteras lokalt? Går det att få fram en procentuell siffra på vad som ska skötas lokalt respektive lösas inom länet?
- Det som finns just nu på respektive sjukhus är ett minimum!
- Länskliniker riskerar att urvattna attraktiviteten på tre orter - successivt förändras scenariot och engagemanget
- Optimering av länskliniker ger centralisering - Måste finnas både uppdrag och acceptans för att det kostar mera att finnas på tre orter. Det måste vara centralt i uppdraget att driva verksamheten på tre orter
- Vissa kompetenser saknas dagtid för jämlikheten på alla tre sjukhusen När definitionen av akutsjukhus finns är det lättare att vara tydlig i uppdraget till länsklinikerna
- Har länsklinikerna en tydlig formulerad plan för vad som ska finnas på respektive ort?
- Sammanställning från workshop kan uppfattas som att det bekräftar oron för att länsklinikerna vill samlas på ett ställe
- Utmaning i mixen när det finns många länskliniker och flera lokala verksamheter avseende kommunikation/dialog och ffa beslutsnivåer
- Initial diskussion om historik och var finns drivkrafterna. Processerna viktigt, både med interna och externa intressenter. Viktigt att definiera målsättningen. Politiskt: effektivitet och säkra en jämlik hälsa.

- Fördel om frågan av länsklinik lyfts underifrån, men därmed inte sagt att den är avgjord. Vad blir konsekvenserna, ingår det centralisering exv?
- Kunskapsstyrningen blir viktigt framåt och kan komma att påverka hur vi ska organisera oss för att uppnå målsättningarna.
- Nära vård, hur kan det komma att påverka? Patientkontraktet spelar en viktig roll, vad vill patienten men hur påverkar det vården? Exv. Öppettider, digital vård, digital kommunikation.
- Initial diskussion om vilka patienter som egentligen söker på ett akutsjukhus och är det rätt vårdnivå.
- Geografi och förväntningar. Fysiskt avstånd, skillnad i RJL, Norrbotten eller Stockholm.
- Diskussion om relationen ut mellan jourtjänstgöring och planerad vård.
- Vilken vårdnivå eftersträvar vi? Hur kommunicerar vi när vi koncentrerar en typ av elektiv kirurgi från Ryhov till exv Värnamo? Patienten vill träffa den bästa.
- Samordning viktigt. Nära vård.
- Arbetstider?

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 1-20

Tid: 2022-01-11 kl. 08:30

Plats: Digitalt

§ 17

Arbete med uppdragen i budget avseende länsklinikernas uppdrag och att säkra akutsjukhusen på längre sikt

Diarienummer: RJL 2021/2736

Beslut

Presidiet

- Avvaktar med beslut till nämndsammanträdet.

Sammanfattning

Definition och beskrivning av vad som krävs för välfungerande akutsjukhus i Region Jönköpings län är framtaget. Förutsättningarna är nära knutet till länsklinikernas uppdrag att säkra vården på tre akutsjukhus.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 2021-12-03
- Rapport – Akutsjukhus i Region Jönköpings län, daterad 2021-03-30
- Rapport – workshop länskliniker, daterad 2021-10-07
- Rapport – workshop, daterad 2021-12-01

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

Tre akutsjukhus och riktlinjer för länskliniker

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

1. Godkänner definition och beskrivning av akutsjukhus i Region Jönköpings län
2. Godkänner inriktningen på riktlinje för länskliniker.

Sammanfattning

Definition och beskrivning av vad som krävs för välfungerande akutsjukhus i Region Jönköpings län är framtaget. Förutsättningarna är nära knutet till länsklinikernas uppdrag att säkra vården på tre akutsjukhus.

Information i ärendet

Bakgrund

Målet med hälso- och sjukvården i Region Jönköpings län är att länsinvånarna ska erbjudas en behovsanpassad hälso- och sjukvårds av hög kvalitet som är jämlik och jämställd, har hög patientsäkerhet och hög tillgänglighet samt uppvisar kliniska resultat på toppnivå. För att nå detta är det viktigt att kunna rekrytera, attrahera och behålla våra medarbetare. Det ska finnas möjlighet till kompetensutveckling och en god och hållbar arbetsmiljö.

I planen ”Tillsammans möter vi framtiden behov av hälso- och sjukvårds 2020-2030 ” beskrivs strategier som är framtagna utifrån invånarperspektiv och behov, som är vägledande i det fortsatta arbetet för att möta framtidens hälso- och sjukvård.

Ett delprojekt i det övergripande uppdraget är att säkra tre välfungerande akutsjukhus på lång sikt. I planen beskrivs en strategi för, hur den nära vården har en inriktning att stå för en större del av den totala hälso- och sjukvården 2030. Framtidens hälso- och sjukvård ska bedrivas i en stark primärvård, i samspel med tre välfungerande akutsjukhus och 13 kommuner.

Den specialiserade vården är uppdelad i tre verksamhetsområden; medicinsk vård, kirurgisk vård samt psykiatri, rehabilitering och diagnostik. Organisationen ger

förutsättning för jämlik vård där Region Jönköpings län på bästa sätt kan möta invånarnas behov av specialiserad somatisk och psykiatrisk vård.

Utgångspunkter i organiseringen av specialiserad vård:
- Den nära vården är bas för länets hälso- och sjukvård
- Tre välfungerande akutsjukhus
- Länssjukvården fördelas på tre sjukhus
- Särskild hänsyn ska tas till fungerande vårdkedjor
- Säkerställa resurser i form av personal, kompetens, utrustning och lokaler
- Främja god samverkan i hela systemet
- Vårdplatser ska utgå från vårdbehov
- Vara en lärande organisation.

Region Jönköpings län strävar efter att operationer, undersökningar och behandlingar ska erbjudas nära patienten så länge det kan göras med högsta kvalitet och med god ekonomisk hänsyn. Verksamheten ska balanseras, och det kan finnas ett behov att viss befintlig verksamhet behöver omfördelas till att vara centraliserade till något av länsdelssjukhusen. Uppstart av ny verksamhet kan ske i Värnamo, Eksjö och Jönköping.

Ett flertal verksamheter är organiserade som länskliniker och för att tydliggöra länsklinikernas uppdrag i alla tre upptagningsområden kommer det arbetas fram nya riktlinjer för samtliga länskliniker. Inriktningen är fast bemanning, kompetensutveckling, ansvar för akutsjukhusen och den nära vården i alla regiondelar.

En viktig förutsättning för välfungerande akutsjukhus är välfungerande kliniker och länskliniker på alla tre sjukhus. Därför förs uppdragen kring akutsjukhus samman med uppdraget om riktlinjer för länskliniker.

Arbetsprocessen

Akutsjukhus

En kartläggning och analys har genomförts av vad som krävs för att Region Jönköpings län ska kunna garantera tre välfungerande akutsjukhus på lång sikt.

Fysiska intervjuer (42 stycken) har gjorts med samtliga verksamhetsföreträdare, utvecklingsdirektör, chefläkare, personaldirektör samt fackliga företrädare. Utöver detta är en omvärldsspaning gjord och startade med ett antal telefonintervjuer med sju regioner, för att efterhöra deras arbete avseende akutsjukhus. Utöver detta är litteraturstudie gjord samt sökning på webbsidor. Underlag i form av statistik rörande befolkningstäthet, besök, trauma och bemanning har tagits fram, liksom statistik över antal trauma uppdelade per sjukhus samt ambulansens prio 1 verksamhet. Kartläggningen och analysen är sammanställd i en rapport.

Riktlinjer för länskliniker
En workshop är genomförd med verksamhetschefer för länsklinikerna (totalt ca 20 personer) tillsammans med sjukvårdsdirektörerna för medicinsk vård, kirurgisk vård samt för psykiatri, rehabilitering och diagnostik.

Under workshopen diskuterades fyra frågeställningar; fast bemanning, kompetensutveckling, ansvar för akutsjukhusen samt ansvar för den nära vården i alla regiondelar. Resultatet sammanställdes i en rapport från workshopen.

Workshop kring akutsjukhus och länskliniker
Underlaget från framtagna rapporter kring akutsjukhus och länskliniker har presenterats och diskuterats under en workshop med en parlamentarisk grupp tillsammans med verksamhetsföreträdare den 1 december 2021. Under workshopen gavs input och medskick till det slutliga förslaget som beskrivs nedan.

Definition
Det finns i dagsläget ingen tydlig, fastställd definition på vad ett akutsjukhus är. Exempelvis saknar Socialstyrelsen definition på akutsjukhus i sin termbank.

Wikipedia beskriver: Akutsjukhus syftar i Sverige på ett sjukhus med resurser och beredskap att dygnet runt ta emot akut sjuka patienter. Begreppet har i svensk lag definierats som en "vårdinrättning som är inrättad för sluten vård och som har särskild akutmottagning för den som behöver omedelbar hälso- och sjukvård."

Socialstyrelsen förklarade år 1994 att ett akutsjukhus ska kunna ta emot alla sjuka och skadade som kräver akut omhändertagande och är i behov av akutsjukhusets resurser. Det gäller till exempel att det ska finnas omedelbar tillgång till operationsavdelning, intensivvård och röntgenundersökning samt jourverksamhet inom ett stort antal specialiteter.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys definierar i Rapport 2018:3 akutsjukvård som omhändertagande och vård av tidskritiska tillstånd, vilket gör att tiden till adekvat omhändertagande påverkar hälsoutfallet. I rapporten beskrivs även avsaknad av vägledning inom forskningen, gällande avvägningen mellan transporttid och volym på akutsjukvården.

I övrigt är den enda officiella definitionen av akutsjukhus som stått att finna den som står i lagen (2000:440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan. Definition av akutsjukhus är här ”vårdinrättning som är inrättad för sluten vård och som har särskild akutmottagning för den som behöver omedelbar hälso- och sjukvård.”

Akutsjukhus i Region Jönköpings län

Förslag på Region Jönköpings läns definition på akutsjukhus

- Akutmottagning för akut hastigt påkomna sjukdomar/olycksfall dygnet runt alla årets dagar
- Traumaomhändertagande med möjlighet att färdigbehandla på vårdplats vid behov
- Att kunna initialt behandla patient med livshotande tillstånd.

För att kunna säkerställa tre akutsjukhus på lång sikt behöver nedanstående funktioner finnas.

Funktioner som måste finnas på ett akutsjukhus

- Akutmottagning
- Traumaomhändertagande med kirurgi, operation-anestesi och medicin samt tillhörande jourverksamhet
- Röntgen (datortomograf, slätröntgen, genomlysning)
- Klinisk kemiskt laboratorium
- Förlossning med barnberedskap.

Funktioner som bör finnas

- Ortopedjour i beredskap om kirurgkompetensen finns
- Urologi
- Infektionskompetens, kan även finnas i beredskap
- Primärvården nära sjukhuset
- Psykiatriberedskap.

Traumaverksamhet

- För att upprätthålla ett jämlikt traumaomhändertagande krävs att vi har en traumaorganisation som är lika för hela regionen
- Viktigt med återkommande utbildningar och övningar, som bidrar till att kompetensen säkerställs
- Bakjour med krav på traumakompetens och lokal kännedom
- Antalet patienter är det bästa sättet att upprätthålla kompetensen.

Tillgång till vårdplatser

Troligen behövs något färre vårdplatser i framtiden. Detta beroende på utveckling inom nära vård och ökat antal behandlingar som är individanpassade. Vårdplatser i hemmet kommer att öka, där patienten är medskapande.

Behovet av intermediärvårdplatser kan komma att behöva utredas ytterligare.

Andra delar att beakta för att kunna upprätthålla akutsjukhus

Det behövs tillräckligt stora lokala verksamheter för att upprätthålla dygnet runt verksamhet med acceptabel balans mellan dag och natt verksamhet. I detta behöver följande beaktas:

- Kompetens för att klara jourlinjer, översyn av jourlinjer kan behövas
- Medarbetare för att klara visst antal vårdplatser
- Verksamhet dagtid
- Baskompetens för att säkra akutsjukhusets uppdrag. Rotationstjänster mellan primärvård och specialistsjukvård, samt utbildningstjänster kan vara möjligheter för att öka kompetens och samverkan
- Stödfunktioner i form av närhet till exempelvis HR.

Forum

Viktiga forum för att upprätthålla akutsjukhusen är exempelvis: akutråd, traumaråd, katastrofkommitté, medicinska programgrupper/processgrupper/lokala programområden samt daglig styrning och veckoavstämning.

Även den planerade lokal ledning sjukhus blir en viktig funktion för att säkra det lokala arbetet på sjukhusen.

Det finns också behov av andra typer av forum som kan behöv skapas. Exempelvis ett forum där samtliga aktörer deltar (somatisk vård, primärvård och kommun), för att hitta samverkansområden med tyngdpunkt på samverkan, kvalitet, kunskap, tillgänglighet, och bemötande. Även ett forum för länsgemensamma verksamheter och funktioner, telefoner, larm, inköp av utrustning samt lokalfrågor skulle behövas.

Riktlinjer länskliniker

Verksamheterna och klinikerna inom Region Jönköpings län ska arbeta för effektivitet och jämlik hälsa och vård. Centralt i uppdraget för länsklinikerna är att bedriva verksamhet på tre orter och det måste finnas acceptans för att det kostar mera att finnas på tre orter.

Uppdraget att tydliggöra vad som gäller för länsklinikerna beskrivs utifrån fyra områden.

Fast bemanning

Värnamo och Höglandet har större utmaningar vad gäller bemanning och kontinuitet. Små enheter är sårbara med risk att medarbetare tappar det kollegiala och tappar kompetens över tid.

Lösningar kan vara fast bemanning på kliniken, inte i huvudsak ort, och att samordna resurser. I vissa fall koncentreras bemanningen till en ort, men är en del av verksamhet och kompetensutveckling på andra orter. Mycket kan också lösas digitalt.

Olika lösningar kan behövas utifrån olika kliniker. Randning på alla tre sjukhus. Jämn bemanning på alla tre ställen men basplacering på ett ställe. Olika inriktningar.

Kompetensutveckling
All kompetens kan inte finnas överallt när volymerna är små. Länskliniker har bra möjlighet att kompetensutveckla varandra. Digitaliseringen öppnar upp och det finns möjlighet att även ha med patienter i digitala möten. Det viktiga är kompetensen på alla tre sjukhus. Det behöver inte vara kopplat till fysisk närvaro. Yrkesträffar eller funktionsträffar över regionen, samt ST-läkare som roterar kan öka kompetensen. Lokal utbildning av sjuksköterskor i Eksjö och Värnamo blir viktigt.

Ansvar för akutsjukhus
Ansvar för att upprätthålla tre akutsjukhus är ett gemensamt uppdrag. Länskliniker är en förutsättning för vissa verksamheter att ha verksamhet på tre sjukhus, man har ett ansvar för att det ska fungera på alla tre sjukhusen Länsklinikerna behöver säkerställa att nödvändig kompetens från den egna verksamheten tillhandahålls på respektive sjukhus för att klara uppdraget som akutsjukhus. Digitala konsultationer kan ske mellan verksamheter.

Länsklinikerna har också ansvar för att stödja verksamheter på respektive sjukhus med kompetensutveckling.

Ansvar för den nära vården i alla regiondelar
Verksamheterna har i uppdrag att säkerställa jämlik vård/resurser till den nära vården i hela länet. Det ska vara lika i alla länsdelar. Samtidigt kan det ibland vara lättare på mindre orter där det kan vara lättare att bygga relationer och kommunikationen blir enklare.

Viktigt att klinikerna och länsklinikerna är uppdaterade på det lokala behovet för att kunna anpassa utbudet jämlikt. Länskliniker kan ha lättare att stödja och utbilda i den nära vården eftersom man har tillgång till hela klinikens resurser.

Fortsatt arbete

Genom denna rapport har uppdraget om hur tre akutsjukhus garanteras på lång sikt samt länsklinikernas uppdrag tydliggjorts. Definitionen av och hur vi säkrar tre akutsjukhus på sikt fortsätter och knyts samman med arbetet med länsklinikernas uppdrag utifrån behov av att säkra fast bemanning, kompetensutveckling, ansvaret för akutsjukhusen samt för utvecklingen av den nära vården.

Uppföljning av arbetet sker kontinuerligt i sjukvårdens ledningsgrupp och med avrapportering till nämnden för folkhälsa och sjukvård.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 2021-12-03
- Rapport – Akutsjukhus i Region Jönköpings län, daterad 2021-03-30
- Rapport – workshop länskliniker, daterad 2021-10-07
- Rapport – workshop, daterad 2021-12-01

Beslut skickas till

Folkhälsa och sjukvård

REGIONLEDNINGSKONTORET

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anette Peterson
Hälso- och sjukvårdsstrateg

Region
Jönköpings län

Akutsjukhus i Region Jönköpings Län

Tre välfungerande akutsjukhus i Region Jönköpings Län

Författare: Wille Alstermark

Årtal: 2021

Författare: Wille Alstermark

Verksamhetsområde
Regionledningskontoret

Uppdragets deltagare
Wille Alstermark verksamhetsstrateg, Linda Andlöw utvecklingsledare, Agneta Mussi administrativ samordnare och Britt-Marie Persson överläkare.

Innehållsförteckning

Författare: Wille Alstermark **2**
Verksamhetsområde **2**
Uppdragets deltagare **2**

1. Bakgrund 1
2. Syfte och mål 2
3. Metod 2
4. Resultat 3
5. Diskussion 16
6. Slutsats 17

Referenser 18

Ev. bilagor 18

1. Bakgrund

Regionledningskontoret fick i Budget och verksamhetsplan för 2019 i uppdrag att ta fram en plan för Framtidens hälso- och sjukvård.
Ett delprojekt i det övergripande uppdraget är att säkra tre välfungerande akutsjukhus.
I planen ska beskrivas en strategi för, hur den nära vården har en inriktning att stå för en större del av den totala hälso- och sjukvården 2030.
Framtidens hälso- och sjukvård ska bedrivas i en stark primärvård, i samspel med tre välfungerande akutsjukhus och 13 kommuner.
Den specialiserade vården är uppdelad i tre verksamhetsområden; medicinsk vård, kirurgisk vård samt psykiatri, rehabilitering och diagnostik. Organisationen ger förutsättning för jämlik vård där Region Jönköpings län på bästa sätt kan möta invånarnas behov av specialiserad somatisk och psykiatrisk vård.

Utgångspunkter i organiseringen av specialiserad vård:
- den nära vården är bas för länets hälso- och sjukvård
- tre välfungerande akutsjukhus
- länssjukvården fördelas på tre sjukhus
- särskild hänsyn ska tas till fungerande vårdkedjor
- säkerställa resurser i form av personal, kompetens, utrustning och lokaler
- främja god samverkan i hela systemet
- vårdplatser ska utgå från vårdbehov
- vara en lärande organisation

Region Jönköpings län ska sträva efter att vanligt förekommande operationer, undersökningar och behandlingar ska erbjudas nära patienten så länge det kan göras med högsta kvalitet och med god ekonomisk hänsyn. Verksamheten ska balanseras så att inte länsdelssjukhusen missgynnas. Grundläggande är att akutsjukhusens uppdrag och kompetens inte får äventyras.

En del i planen för Framtidens hälso- och sjukvård ska omfatta hur tre akutsjukhus ska garanteras på lång sikt.

Uppdraget
Uppdraget innebär att genomföra en kartläggning och analys av vad som krävs för att Region Jönköpings län ska kunna garantera tre välfungerande akutsjukhus på lång sikt.

Beställare
Hälso- och sjukvårdsdirektören, som också ansvarar för en kontinuerlig rapportering till Nämnden för folkhälsa och sjukvård.

Ekonomi
Finansieringen av utredningsarbetet sker via medel avsatta för planeringen av Framtidens hälso- och sjukvård

Tidplan
2020-01-15 – 2021-01-31

Redovisning
Skriftlig rapport

2. Syfte och mål
Framtidens hälso- och sjukvård ska bedrivas i en stark primärvård, i samspel med tre välfungerande akutsjukhus och 13 kommuner. Organisationen ska ge förutsättning för jämlik vård där Region Jönköpings län på bästa sätt kan möta invånarnas behov av specialiserad somatisk och psykiatrisk vård.

3. Metod
Vi har valt kvalitativ undersökning som metod för att få fram verksamhetens syn på verkligheten i realtid och 10 år framåt. Beroende på var verksamheten befinner sig inom regionen uppfattar man sin verksamhet och framtid på olika sätt.
Fysiska intervjuer (42 styck) har gjorts med samtliga verksamhetsföreträdare, utvecklingsdirektör, chefläkare, personaldirektör samt fackliga företrädare. Samtliga intervjuer har skett under premissen att inga direkta citat ska kunna härledas till uppgiftslämnaren.

Omvärldsspaning gjord och startade med ett antal telefonintervjuer med sju regioner, för att efterhöra deras arbete avseende akutsjukhus. Ett fåtal av regionerna har pågående utredningar och färdiga rapporter. Någon region har en färdig rapport.
Vissa litteraturstudier är gjorda, samt sökning på webbsidor. Underlag i form av statistik rörande befolkningstäthet, besök, trauma och bemanning, har tagits fram, liksom statistik över antal trauma uppdelade per sjukhus samt ambulansens prio 1 verksamhet.
Styrgrupp och referensgrupp har informerats kontinuerligt.

Ett flertal områden i utredningen har ej berörts. Exempelvis har vi inte berört kopplingen mellan ett Akutsjukhus och Regional utveckling och näringsliv. Detta är naturligtvis en viktig faktor när det gäller kompetensförsörjningen på våra tre sjukhus.
Tanken var att vi också, parallellt, skulle gjort en översyn hur HR – organisationen, ser på framtiden och sin medverkan ur aspekten ”hur kan våra enheter medverka till tre välfungerande akutsjukhus”. Detta är av tidsskäl under pandemin ej gjort.

4. Resultat

Myndighetens för vård- och omsorgsanalys kartläggning av akutsjukvården.
Rapport 2018:
Rekommendationerna är:

1. **Landstinget (regionen) måste tydliggöra olika verksamheters uppdrag och vilken roll verksamheten har för det akuta omhändertagandet.** Vad kan och/eller ska skötas på vilket sjukhus?

2. **Landstinget (regionen) behöver säkerställa kompetensnivån på akutmottagningen.**
    - Gäller alla personalkategorier!
    - Icke-legitimerade läkare (helst inte heller AT-läkare) ska inte arbeta på en akutmottagning utan fysisk närvarande handledare (som är legitimerad läkare) - enligt IVO 2015/2017. Detta av patientsäkerhets skäl.
    - Då flertalet patienter som söker akutmottagningen har hög ålder kan speciell sjuksköterske- eller läkarkompetens inom geriatrik behöva säkerställas.

Myndigheten ser även att det krävs en bred kompetens dygnet runt på ett akutsjukhus.

Definitioner av begreppet akutsjukhus;
Socialstyrelsen saknar definition på ”akutsjukhus” i sin termbank.

Wikipedia, **Akutsjukhus** syftar i Sverige på ett sjukhus med resurser och beredskap att dygnet runt ta emot akut sjuka patienter. Begreppet har i svensk lag definierats som en "vårdinrättning som är inrättad för sluten vård och som har särskild akutmottagning för den som behöver omedelbar hälso- och sjukvård."[1] Socialstyrelsen förklarade år 1994 att ett akutsjukhus ska kunna ta emot alla sjuka och skadade som kräver akut omhändertagande och är i behov av akutsjukhusets resurser. Det gäller till exempel att det ska finnas omedelbar tillgång till operationsavdelning, intensivvård och röntgenundersökning, och jourverksamhet inom ett stort antal specialiteter.[2]

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys definierar i Rapport 2018:3 **akutsjukvård** som omhändertagande och vård av tidskritiska tillstånd, vilket gör att tiden till adekvat omhändertagande påverkar hälsoutfallet. I rapporten beskrivs även avsaknad av vägledning inom forskningen, gällande avvägningen mellan transporttid och volym på akutsjukvården.

I övrigt är den enda officiella definitionen av akutsjukhus som stått att finna den som står i lagen (2000:440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan. **Definition av akutsjukhus** är här ”vårdinrättning som är inrättad för sluten vård och som har särskild akutmottagning för den som behöver omedelbar hälso- och sjukvård.”

Nedan följer en sammanställning av intervjuerna med verksamhetsföreträdarna.
Observera att det är inte är utredningsgruppens tankar och funderar som ligger till grund för nedanstående.

Den definition av **akutsjukhus** som framkommit vid våra intervjuer är;

Hur definierar du/din verksamhet ett akutsjukhus?
Vilka funktioner anser du/din verksamhet måste finnas 24/7/365 på ett akutsjukhus?

- Akutmottagning för akut hastigt påkomna sjukdomar/olycksfall 24/7/365, det vill säga dygnet runt alla årets dagar.
- Traumaomhändertagande med möjlighet att färdigbehandla på vårdplats vid behov.
- Att kunna rädda patient med livshotande tillstånd initialt på alla tre sjukhus.

De funktioner de intervjuade anser **måste** finnas 24/7/365 för att kunna benämnas akutsjukhus är;

- Akutmottagning
- Traumaomhändertagande med kirurgi, operation-anestesi och medicin samt tillhörande jourverksamhet
- Röntgen (datortomograf, slätröntgen, genomlysning)
- Klinisk kemiskt laboratorium
- Förlossning med barnberedskap

De funktioner de intervjuade anser bör finnas 24/7/365 för att kunna benämnas akutsjukhus är;

Vilka funktioner anser du/din verksamhet bör finnas 24/7/365 på ett akutsjukhus?

- Ortopedjour i beredskap om kirurgkompetensen finns
- Urologi
- Infektionskompetens, men kan finnas i beredskap
- Primärvården nära sjukhuset
- Psykiatriberedskap

Vårdplatser och processer
Vad tror du/din verksamhet om vårdplatsbehovet, ur perspektivet akutsjukhus inom en 10 - års period?

Troligen behövs något färre vårdplatser i framtiden, detta beroende på utveckling inom nära vård och ökat antal behandlingar som är individanpassade.

Omvårdnad med större flexibilitet för att möta patienternas vårdbehov, vilket gör att patienterna inte behöver läggas in utan kan få vård/egenvård i hemmet och på särskilda boenden.

Behov av en intermediär vårdavdelning, som komplettering till intensiv vårdplatser. Dels på grund av sjukare patienter med ökad komplexitet, andra läkemedel (fler immunsuppressiva) och mer resistenta bakterier, vilket gör patienten mer svårbehandlad. Dels förändrat arbetssätt och krav på en ökad patientsäkerhet. Vid exempelvis pandemi eller liknande finns stort behov att kunna öka flödet ut från IVA till intermediär avdelning, där patienten fortfarande har behov av kvalificerad vård, men inte respirator.
Vårdplatser i hemmet kommer att öka, där patienten är medskapande.

Vissa processgrupper fungerar bra, exempelvis neurologi. Måste dock finnas någon på varje sjukhus som engagerar sig, tar ansvar för alla delar i de akuta processerna och driver processarbetet framåt.
Det finns ett fåtal regionspecifika processer idag, exempelvis PCI, galla, bråck.

Traumaverksamhet
Traumaverksamheten är förstås en viktig del inom ett akutsjukhus.
Vilken roll har din verksamhet för handläggning av trauma och vad krävs för att upprätthålla detta?

- För att upprätthålla ett jämlikt traumaomhändertagande krävs att vi har en traumaorganisation som är lika för hela regionen.
- Viktigt med återkommande utbildningar och övningar, som bidrar till att kompetensen säkerställs.
- Bakjour med krav på traumakompetens och lokal kännedom.
- Antalet patienter är det bästa sättet att upprätthålla kompetensen.

Sjukhus	Nivå 1 - larm	Nivå 2 - larm	NISS > 15	Undertriage i %	Övertriage i %
	Antal (% av total)	Antal (% av total)	Antal (% av total)	Nivå 2 med NISS >15 /Antal Nivå2 Bör ej överstiga 5%	Nivå 1 med NISS <15/Antal Nivå 2 25–50% accepteras
Länssjukhuset i Kalmar	21(13,5%)	134(86,5%)	26 (16,7%)	21%	52%
Västerviks Sjukhus	40(34%)	94 (66%)	9 (6%)	1.9%	26%
Länssjukhuset Ryhov, Jönköping	89 (34%)	174(66%)	49(17%)	10.5%	63%
Vrinnevisjukhuset, Norrköping	135(100%)	-	24(17.8%)	0%	(82.2%) Enbart Nivå 1 larm
US i Linköping (rapporterar inte)	-	-		-	-
Värnamo sjukhus	11 (9%)	107 (89%)	6 (5%)	-	-
Höglandssjukhuset, Eksjö	150		24 (16%)	-	-
SÖSR (utan USiL)	446		138		

Bilden ovan (2018 års registrering) visar hur många SVÅRT skadade patienter som vi tagit emot per sjukhus. Ser likadant ut under alla år i stort sett. Skadornas svårighetsgrad är bedöma enligt NISS (New Injury Severity Score). NISS>15 är svårt skadad.
Jönköping tog 2018 emot 49 svårt skadade, Eksjö 24 och Värnamo 6.

Jourlinjer

Beskriv din verksamhets jourverksamhet – vad krävs för att upprätthålla dessa?
Finns det jourlinjer i din verksamhet som skulle kunna vara regiongemensamma för att lättare kunna upprätthålla dessa jourlinjer med rätt kompetens?

- I ett läge med begränsade resurser är det svårt med närvaro 24 timmar på alla tre sjukhusen inom vår region.
- Önskvärt att vi förändrar våra arbetssätt, samlar kompetens och utnyttjar de lokala resurser som finns, vilket i sin tur skapar jämlik vård och mindre vårdköer.
- Översyn av jourlinjer önskvärt.
- En del verksamheter klarar sig med beredskapsjour, men då viktigt med prioriteringslistor, så personalen kan ringa vid behov.

- Kompetent bakjour som finns tillgänglig för frågor dygnet runt.
- Utökad infektionsjour dagtid på akutmottagningarna samt infektionskonsult
- Ta vara på erfarenheten under våren, då pandemin började och med den ett arbetssätt med husjour.

Forum

Vilka viktiga forum finns idag på sjukhuset för att bäst styra och ta beslut i de viktiga sjukhusgemensamma processerna?
Finns akutråd eller liknande? Fungerande?
Vilka, som du anser, viktiga regiongemensamma forum deltar du/din verksamhet i?
Saknas något forum?

Akutråd
Akutrådet finns på alla tre sjukhus. Representationen ser olika ut.
Olika grad av närvaro, vid representation kommer oftast person utan beslutsmandat. Saknas representanter från övriga verksamheter på samtliga sjukhus, exempelvis röntgen, labb, gynekologi, psykiatri, traumaorganisation och primärvård. Chefläkare.

Man är överens om att akutrådet har en viktig funktion på sjukhusen.

Medicinska programgrupper
Majoriteten anser att medicinska programgrupperna är bra och fungerar tillfredsställande.

Processgrupper
Processgrupperna har kommit olika långt i att hitta sin roll och sitt uppdrag.

Verksamhetschefsträffar
Finns informationsträffar för verksamhetschefer på två sjukhus förlagda vid lunchtid. Detta är ett forum för i första hand information.
Man tycker dessa träffar är bra, då man kan skapa informella snabba dialoger. På det sjukhus där denna träff inte finnas, önskar man få denna möjlighet mycket på grund av att kunna ta informella kontakter.

Daglig styrning (vårdenhetschefer) och veckoavstämning (verksamhetschefer)
Dessa forum fungerar bra för rapportering av nuläge, nära framtid samt kortare informella möten. Dessa forum leds av chefsläkarorganisationen.

Traumarådet
Traumaråd finns idag, men man saknar mandat och budget, vilket gör det svårarbetat.
Arbetet med att utveckla traumavården hämmas av att ingen verksamhet finns som bär kostnader för investeringar i vårdprocessen och ingen finns som kan fatta beslut som får ekonomisk konsekvens.
I traumarådet saknas representation från ambulansverksamheten.

Katastrofkommitté
Det finns vissa svårigheter med forumen, då de kommer ur vår gamla organisation och den tiden vi fokuserade mest på Hälso- och sjukvård, därav deltagarna. I den reviderade planen som finns utkast är grupperna omgjorda så att fler perspektiv ska finnas med, till exempel har fastigheter, IT med flera saknats i grupperna. Svårigheten är vilket mandat och uppdrag de har idag gentemot linjeorganisationen. Vi har också flera grupper som hanterar nästan samma saker, vi har i Eksjö och Jönköping lokala risk- och säkerhetsråd, som ju också finns regionalt men med lite otydligt uppdrag.
Ingen har det uttalade ansvaret för ett fysiskt sjukhus.
Det finns ingen som kan ta beslut som rör hela sjukhuset eller som inte tydligt hör till något verksamhetsområde.

Exempelvis:
1 Saneringshallen i Eksjö påverkas vid ombyggnation av akutmottagningen- vem tar beslut om det är ok att stänga den eller vilken lägsta förmåga som skall finnas.
2 Driftstörning i Eksjö när it och telefoni var ur funktion på grund av ett elproblem. Reservtelefoni på sjukhuset är mobiltelefoner som delas ut; tyvärr är täckningen på mobiltelefoni idag så dålig inom sjukhuset att den inte fungerar på vissa ställen.
Samma fråga där, vem är ansvarig för att ta beslut om lägsta nivå för mobiltäckning?

Mötesfrekvensen har varit låg under pandemin, men annars är det möten 1 gång/termin.

Forum som saknas:

- Ett forum där samtliga aktörer deltar (somatisk vård, primärvård och kommun), för att hitta samverkansområden med tyngdpunkt på samverkan, kvalitet, kunskap, tillgänglighet, och bemötande.
- Forum för länsgemensamma verksamheter och funktioner, telefoner, larm, inköp av utrustning samt lokalfrågor.

Kompetens
(Nedan följer synpunkter från intervjuerna som har berört kompetensförsörjningen)

- Inom de flesta verksamheterna har vi svårt att få personal med rätt kompetens.
- Man kan inte bygga kompetens och kvalitet på hyrläkare/ hyrsjuksköterskor.
- Konsekvensen av svårighet att hitta specialistläkare, blir att man utbildar sina egna ST-läkare.

Samverkan

- Grunden är att inte konkurrera utan komplettera varandra för att få optimal jämlik vård och hushålla med den kompetens vi har.
- I framtiden krävs samverkan över gränserna och kliniker.
- Mer dialog och utnyttjande av lokaler i regionen.
- Vid rekrytering av nya chefer bör fokus ligga på samverkan över gränser med fokus på hela regionen.

Utmaningar

- De mindre orterna har svårare att rekrytera rätt kompetens.
- Vi saknar möjlighet att tillvarata rekrytering när möjligheten dyker upp, större flexibilitet och mer långsiktig planering önskas.
- Vi gör kompetensförsörjningsplaner, som saknar uppföljning.
- Måste ha en bas som säkrar akutsjukhusets kompetens
- Politikerbeslut som tar hänsyn till kompetensbehov och framtid.

Möjligheter

- Rotationstjänster, även mellan kommun och region, för att öka kompetens och samverkan.
- Utbildningstjänster, ett måste i framtiden
- Kompetensperspektivet ska finnas på alla kliniker, man bör ta hjälp och stöd av andra kliniker för att stärka sin kompetens, exempelvis tracheostomivård, barnperspektiv.

Framtidsspaning

Vad tror du/din verksamhet kommer bli den/de största förändringarna inom en 10 - års period (inom perspektivet akutsjukhus)? Vad krävs för att du/din verksamhet ska kunna ställa om i detta?
Hur ser behovet av kompetens ut inom din/er verksamhet under kommande 10-års period och vad krävs för att ni skall kunna upprätthålla denna kompetens?

- Specialiserad verksamhet mer och mer. Idag skräddarsyr man behandling och man kommer utveckla mer individualiserad behandling. Detta ger naturligtvis bättre effekt, men kostar mer.
- Gentestning, för att upptäcka vilka sjukdomar man har anlag för, kommer öka.
- Vad får sjukvården kosta? När ska vi sluta vårda?
- Med läkarutbildningen i Jönköping, så måste man på klinikerna ta större ansvar för handledning.
- Ta hand om och utbilda krävs specialister, vilket genererar att klinikerna får kompetenstapp då specialisterna ska handleda studenter.
- Kortare internutbildningar, för att öka upp kompetensen på vårdavdelning (exempelvis tracheostomivårds - kompetens)
- Webbutbildningar
- Svårare med kompetensförsörjningen, då den blir mer specialiserad i framtiden.
- Internationellt står vi oss ganska väl.
- För oss handlar det om att utveckla samverkan och utnyttja den kompetens som finns.
- Det enda sättet att kompetent personal är att vi utbildar själva. Problemet är att vid rekrytering har vi svårt hitta arbete åt övriga familjemedlemmar. Vi anställer och man genomgår vidareutbildning, men sedan har vi svårt behålla personalen.
- Utbildningscentrum, (NUC i Nässjö) fungerar mycket bra för primärvården.
  ELSA (enheten för legitimerade sjuksköterskor i allmän tjänstgöring) som idag finns på ett sjukhus, borde även finnas för undersköterskor.
  ”RIU” (regional introduktionsutbildning för nya sjuksköterskor) finns idag, saknas gör likvärdig utbildning för erfaren personal.

Nätverk för medarbetare önskvärt över gränserna i regionen.

Mobil röntgenverksamhet (nära vård), har precis startat upp och kommer troligen att utökas.
Artificiell intelligens mammografi.

Videosamtal med primärvårdsläkare – patient – kardiolog på nätet, vilket ger vinster både för patient och vårdgivare. Förändrat arbetssätt genom att primärvårdsläkare ringer till tillgänglig medicinjour och istället för akutbesök kan det generera ett mottagningsbesök idag eller inom två dygn på specialistmottagning. Detta skapar ökad tillgänglighet men framför allt trygghet för patienten.

Fler aktörer som får ansvar för den psykiska ohälsan - egenvården

Sammanslagning av medicin och geriatrik är bra med tanke på att det finns behov av geriatrikkompetens på en medicinavdelning. Minimerar risken för stuprör då man lyfter komplicerade patientfall tillsammans vilket också ger bättre flöden.

Intermediärplatser ett måste i framtiden.

Vården ska följa med i samma utveckling, som samhället gör i övrigt. Minska tiden mellan test och uppstart, för att komma igång med nya arbetssätt.

Man arbetar med att ta fram ny transportverksamhet för barn nationellt.
I Jönköping finns IVA platser för barn, vilket gör att barnen blir transporterade till Jönköping, från Eksjö, Värnamo. Saknas platser här blir barnen transporterade till Sahlgrenska, Uppsala, Lund eller Stockholm.

När den nära vården är välfungerande kommer behovet av vården på akutmottagningarna att minska.

Stödfunktioner
Större engagemang från HR med närhet till verksamheten.
Många omorganisationer med uppdelade kompetensområden inom HR - enheten, senaste åren, som gör att närhet till funktionerna saknas.
Stöttning i de administrativa systemen. Konkret hjälp, framför allt de större verksamheterna.
Önskvärt med mer dialog, kommunikation samt analys av resurser.
Upplever att vi har välfungerande controller

Anställningsförhållande
Anställningsförhållande kommer att vara en stark konkurrenskraft i framtiden hemarbete där detta är möjligt, vilket spar både resande och tid.
Flexibilitet avseende lokala fördelar (exempelvis kunna få förmån vid arbetspass på annat sjukhus än baskliniken).

Mer långsiktig planering avseende årsarbetare, exempelvis kan man på infektionskliniken behöva täcka i inför framtida behov inom smittskydd, vårdhygien och mikrobiologi.
Utökad flexibilitet avseende tjänstgöringsgrad och schemamodeller.

För att upprätthålla kompetens, utvecklingsmöjligheter och konkurrenskraftig lön, behöver vi få till ett förändrat synsätt på anställningsvillkor (flexibel arbetstid, rotationstjänst).

5. Diskussion

Vi väljer här att ta fram de synpunkter som kommit ur intervjuerna istället för att dra egna slutsatser och diskussioner.

Ledning och organisation

- *Strategiska beslut borde tas högst upp med prioritering, tydlighet, öppenhet och transparens*
- *Dela upp uppdragen mellan sjukhusen*
- *Införa KPS*
- *Tydligare uppdrag med bättre kontroll på beslutsnivåer*
- *Viktigt att ha en nyanserad dialog med samtliga aktörer, kommun, primärvård och sjukvård*
- *Vi måste få till samsyn med kommun och primärvård när det gäller rekrytering och minska konkurrens med varandra.*
- *Vid nyanställning poängtera vikten av samverkan mellan verksamheter lokalt och mellan sjukhusen.*
- *Finns lokaler inom verksamheter som inte utnyttjas optimalt över dygnet och andra som behöver få mer utrymme. Vad finns för lokaler, hur används dessa.*
- *Utmaningen är samhällsstrukturen, skolan. Arbetslösa ungdomar.*
  Klarar vi inte dessa utmaningar, blir psykisk ohälsa ett stort problem.
- *Tydliga chefsuppdrag med fokus på samverkan över gränser, obligatorisk närvaro i beslutsforum*

Kompetensutveckling

- *Bra fortbildning för all personal. Förändrade arbetssätt och attityder till samverkan kan förbättras och då bidra till att göra processerna mer kostnadseffektiva samt säkerställer kompetensen.*
- *Förbättra medarbetarnas förmåga att erkänna när vi gör fel i en lärande organisation*
- *Kvalitetskontroll på våra medarbetare*
- *Systematisera kunskapsöverföring (seniora kollegor handledare åt yngre kollegor)*
- *Mentor för varje nyanställd chef*
- *Ökat antal avgångssamtal – för att identifiera problemområden i tid*

Stöd och framgångsfaktorer

- *IT behov kräver närhet till IT*

- *Tydlighet i beredskapsplan vid behov av fler vårdplatser vid särskild händelse*
- *Lyft kontinuerligt fram goda exempel och lyft dem högt.*
- *Processgruppernas arbete är nyckeln till framgång i framtiden. Dock är det viktigt att man tar till sig och arbetar utefter de riktlinjer som finns både vad gäller medicinska programgrupperna och processgrupperna i övrigt. Processgruppernas ansvar kan vara av stort intresse att uppdatera dessa riktlinjer och ansvar som finns. Finns mycket tydliga punkter att arbeta efter, finns konsekvenser av att inte följa?*
- *AI (artificiell intelligens) bör användas även för att effektivisera patientinflödet till sjukvården genom selektering så att patienterna får korrekt anvisning i den första kontakten*

6. Slutsats

Som slutord skulle vi vilja säga att rapporten är långt ifrån heltäckande och bygger framförallt på den klokskap som våra medarbetare har inkommit med under intervjuerna. Det har inte varit möjligt att skapa en heltäckande rapport under rådande pandemi.
De nyckelord som vi har fångat i intervjuerna för att fortsättningsvis kunna garantera tre välfungerande akutsjukhus på lång sikt i Region Jönköpings Län är enligt vår bedömning:

- *SAMVERKAN – TRANSPERENS*
- *TYDLIGHET I BESLUT OCH UPPDRAG*
- *LÅNGSIKTIGHET I KOMPETENSFÖRSÖJRNING*
- *HR, CONTROLLERS, IT OCH VÅRD NÄRA SERVICE - STÖD UT I VERKSAMHETEN SOM GÖR SKILLNAD*
- *VÄLFUNGERANDE MÖTESFORUM MED MANDAT*
- *UTVECKLINGSARBETE OCH FORSKNING ENLIGT REGIONENS LÅNGVARIGA TRADITION*

Annat som kommit fram i intervjuerna är behovet av intermediärvårdplatser, behovet av en jourutredning där även begreppet husjour har nämnts, vikten av att fortsätta med det arbete som processgrupperna gör men även ha gemensamma forum för specialistvård och primärvård (kanske även kommunal medverkan) samt vikten av ett nära stöd av funktioner som HR, Controllers, It och Vård Nära Service. Synpunkter på förbättringar inom forumen Katastrofkommittén och Traumaråd bör diskuteras och eventuellt utredas djupare.

Referenser

Vårdvalsanalys. Socialstyrelsen. Hälsa och vård. Dagens Medicin
Telefonintervjuer med regionerna Gotland, Halland, Kronoberg, Norrbotten, Värmland, Östergötland och Örebro samt Kairosfuture

Bilagor

Bilaga 1 Intervjufrågor
Bilaga 2 Statistik Befolkningsframskrivning

Bilaga 3 Förlossningar
Bilaga 4 Ambulansuppdrag fördelning till respektive sjukhus

Intervjufrågor tre välfungerande akutsjukhus verksamhetsföreträdare

Uppdraget innebär att genomföra en kartläggning och analys av vad som krävs för att Region Jönköpings län ska kunna garantera tre välfungerande akutsjukhus på lång sikt.
Uppdraget från Folkhälsa och Sjukvård, Mats Bojestig skickas som bilaga för kännedom.

Definition
Hur definierar du/din verksamhet ett akutsjukhus?

Funktioner 24/7/365 på ett akutsjukhus
*Vilka funktioner anser du/din verksamhet **måste** finnas 24/7/365?*
*Vilka funktioner anser du/din verksamhet **bör** finnas 24/7/365?*

Vårdprocesser – vårdkedjor
Vad tror du/din verksamhet om vårdplatsbehovet, ur perspektivet akutsjukhus, inom en 10-års period?
Beskriv vilka regionspecifika vårdprocesser som finns inom din verksamhet – nu och om möjligt i framtiden?

Traumaverksamheten är förstås en viktig del inom ett akutsjukhus.
Vilken roll har din verksamhet för handläggning av trauma och vad krävs för att upprätthålla detta?

Jourlinjer
Beskriv din verksamhets jourverksamhet – vad krävs för att upprätthålla dessa?
Finns det jourlinjer i din verksamhet som skulle kunna vara regiongemensamma för att lättare kunna upprätthålla dessa jourlinjer med rätt kompetens?

Forum
Vilka viktiga forum finns idag på sjukhuset för att bäst styra och ta beslut i de viktiga sjukhusgemensamma processerna?
Finns akutråd eller liknande? Fungerande?

Vilka, som du anser, viktiga regiongemensamma forum deltar du/din verksamhet i? Saknas något forum?

Framtidsspaning
Vad tror du/din verksamhet kommer bli den/de största förändringarna inom en 10 - års period (inom perspektivet akutsjukhus)? Vad krävs för att du/din verksamhet ska kunna ställa om i detta?
Hur ser behovet av kompetens ut inom din/er verksamhet under kommande 10-års period och vad krävs för att ni skall kunna upprätthålla denna kompetens?

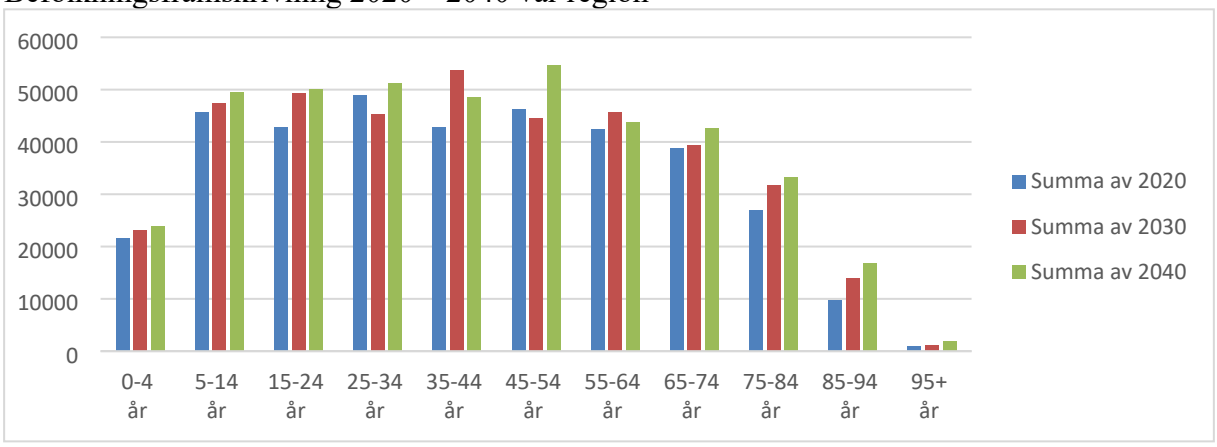
Övrigt som du/din verksamhet vill framföra avseende tre välfungerande akutsjukhus?

Tack för din medverkan!

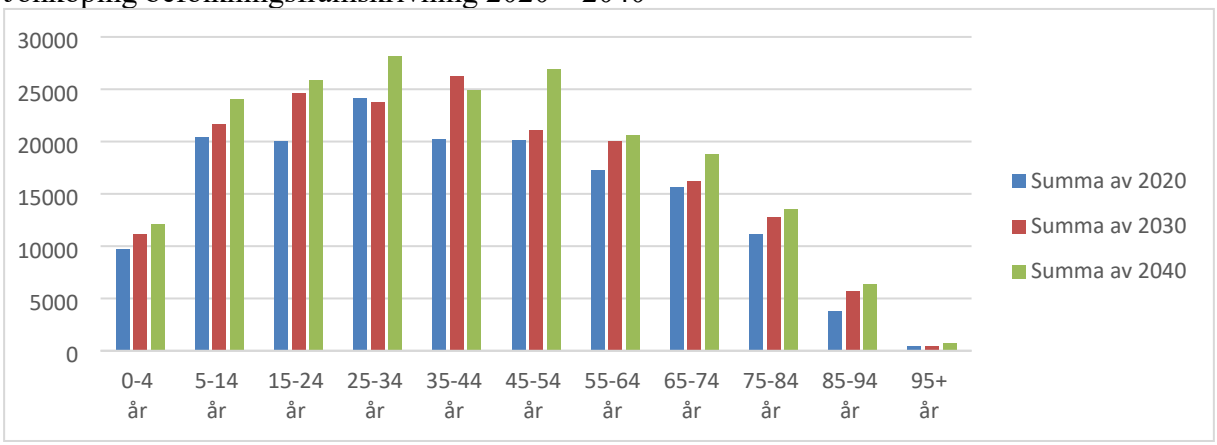
Wille Alstermark, Linda Andlöw, Agneta Mussi, Britt-Marie Persson

Framtagen statistik

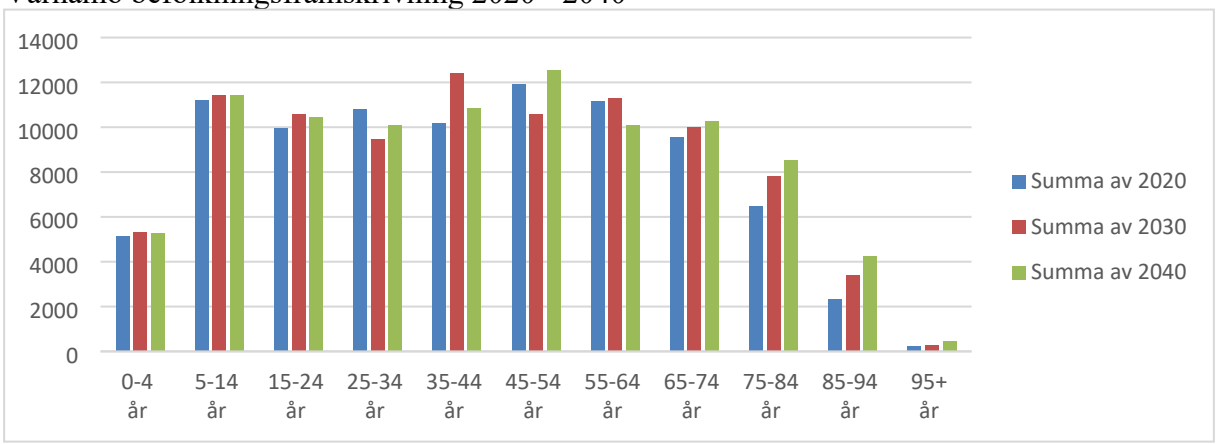
Befolkningsframskrivning 2020 – 2040 vår region



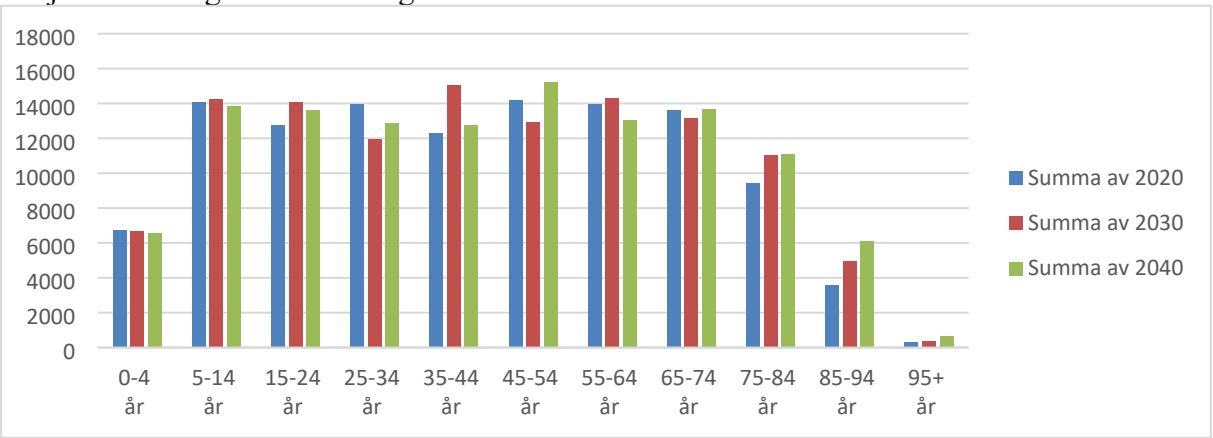
Jönköping befolkningsframskrivning 2020 – 2040



Värnamo befolkningsframskrivning 2020 - 2040

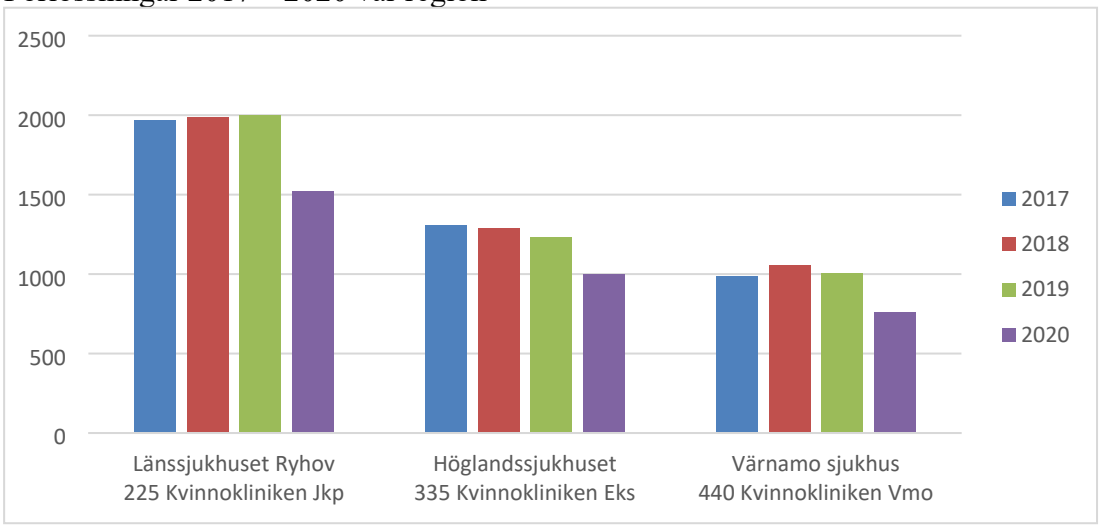


Eksjö befolkningsframskrivning 2020 -- 2040

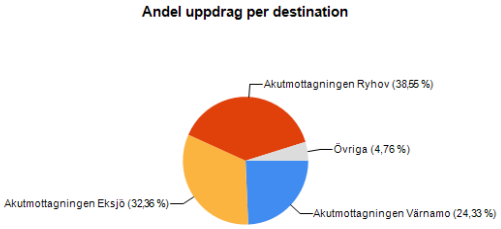


I Österbymo bor 834 personer, i Ydre kommun 3743. Detta är så pass få så att de knappast behöver vara med i underlaget om befolknings utveckling.

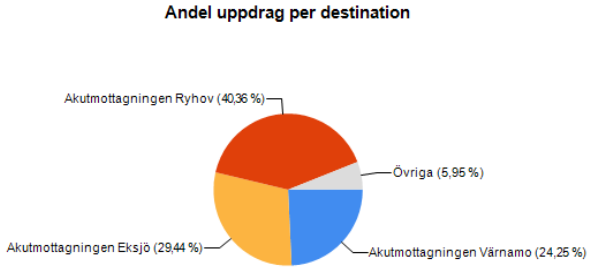
Förlossningar 2017 – 2020 vår region



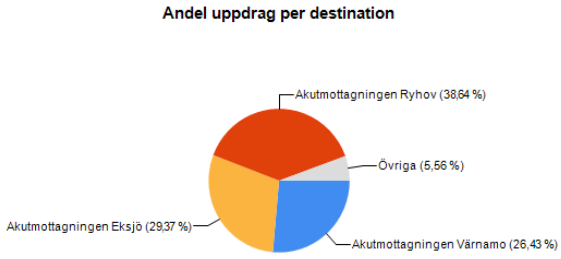
Ambulanstransporter prio 1 2018



Ambulanstransporter prio 1, 2019



Ambulanstransporter prio 1 2020



Region Jönköpings län

2021-10-07

Rapport från workshop om länsklinikernas uppdrag

Bakgrund

I Budget och verksamhetsplan för 2021 finns ett uppdrag som lyder:

Ett flertal verksamheter är organiserade som länskliniker och för att tydliggöra länsklinikernas uppdrag i alla tre upptagningsområden kommer det arbetas fram nya riktlinjer för samtliga länskliniker. Inriktningen är fast bemanning, kompetensutveckling, ansvar för akutsjukhusen och den nära vården i alla regiondelar.

Workshop

En workshop genomfördes den 27 september 2021 med verksamhetschefer (totalt ca 20 stycken) för Region Jönköpings läns länskliniker samt tre sjukvårdsdirektörer, kring frågan om uppdraget för länsklinikerna. Under workshopen diskuterades även hur tre akutsjukhus kan säkras över tid.

Frågeställningar

Under workshopen diskuterades fyra frågeställningar i mindre grupper

- Fast bemanning
- Kompetensutveckling
- Ansvar för akutsjukhusen
- Ansvar för den nära vården i alla regiondelar

Sammanfattning från gruppdiskussionerna

Under gruppdiskussionerna framkom tydligt att verksamhet ska och kan finnas på alla tre sjukhus i Region Jönköpings län. Utifrån länsklinikernas storlek och inriktning ser det lite olika ut hur lösningen kan se ut.

För att klara en fast bemanning kan den i vissa verksamheter finnas på respektive ort, men i princip samtliga länskliniker ser ett behov av att samordna sina resurser och att anställningarna med fördel är i Region Jönköpings län och inte på ort.

Små specialiteter har svårare att bedriva verksamhet på flera orter och behöver i vissa fall koncentreras till en ort, men samtidigt vara en del av verksamheten och kompetensutvecklingen på andra orter. För att behålla kompetens behöver man tillhöra en grupp. Det blir sårbart med för små enheter och det finns en risk att kompetensen tappas över tid.

Det är viktigt med kompetens på samtliga sjukhus, men det behöver inte nödvändigtvis vara fysisk närvaro. Länsklinikerna upplever att man har bra möjlighet att kompetensutveckla varandra. Digitaliseringen öppnar upp andra möjligheter, även att ha med patienter.

Länsklinikerna är en förutsättning för vissa verksamheter att ha verksamhet på tre sjukhus, och de har ett ansvar för att det ska fungera på alla tre sjukhus. Läkare kan i vissa fall finnas på distans om utrustning och sjuksköterskor finns lokalt, till exempel inom röntgen.

För att upprätthålla en hög kvalitet är det en fördel att kunna fördela operationer. Urologen är ett exempel på där det finns en gemensam väntelista i Region Jönköpings län och viss verksamhet finns på ett av länets sjukhus, inte på alla tre.

Jourverksamheten behöver lösas för att säkra tre akutsjukhus. Digitala jourer och konsultationer?

Region Jönköpings län har i uppdrag att säkerställa en jämlik vård i länet och det inkluderar stödet och arbetet i den nära vården. På mindre orter är det ibland lättare att bygga relationer mellan sjukvården och kommunerna. Länskliniker har tillgång till hela klinikens resurser och kan därför ha lättare att stödja och utbilda i den nära vården.

Resultat av gruppernas diskussioner

Grupperna diskuterade och sammanfattade sina tankar utifrån de fyra frågeställningar i en padlet. Resultatet beskrivs i sin helhet nedan.

Fast bemanning

Grupp 1

- Viktigt med kontinuitet. Olika från olika verksamheter. Små verksamheter måste ha resurser som kan användas på alla orter.
- Större utmaning i Värnamo och Höglandet. Samarbete med näringsliv och kommun. Finns exempel på i Värnamo. Dubbelrekryteringar. Lyft fram det som är attraktivt med mindre orter. Socialiseringsaktiviteter.
- Fast bemanning på kliniken. Resor ingår i jobbet. Normaltillstånd. Känna sig uppskattad när man kommer till andra ställen.
- Viktigt att prata om att vi har ett gemensamt uppdrag. Inte att "nu hjälper vi dom”
- Pandemin har ökat digitaliseringen.

Grupp 2

- Urologen: randar sig på alla tre sjukhusen oavsett bassjukhus. Bemanning är jämnt fördelat även om man har sin basplanering på Ryhov. ST-läkarna vill vara i Eksjö och Värnamo för att lära sig mer. De som bor i området har sin fasta placering på respektive sjukhus. Ledningen ser alltid till att det finns bemanning på alla tre sjukhusen.
  Primärjour: Tre läkare har primärjourer i Eksjö inom kirurgjourlinjen. I Värnamo köps primärjouren från kirurgen. Ryhov gemensam jour med kirurgen. Man är anställd på urologkliniken i RJL. Övrig personal hjälps åt mellan sjukhusen (ej läkare). Gemensam väntelista i RJL. Vissa verksamheter finns på ett av sjukhusen. Tex sten Värnamo, Tumör Eksjö. Vårdplatser på alla sjukhus. 5 i Eksjö, 4 i Värnamo. Måste alltid finnas överläkare på alla tre sjukhusen. Fördelning av operationer för att bibehålla hög kvalitet. Har mottagningar på alla tre sjukhusen
- Röntgen: löser mycket digitalt. Fast placerade ST på alla tre sjukhusen. Har jour på alla tre sjukhusen. TMC hjälper till. I Värnamo ofta hyrläkare.
- Infektion: utgår ifrån Ryhov. Vårdavdelning, mottagning, omvårdnadspersonal finns på Ryhov. Är konsulter på alla tre sjukhusen. 1-2 dagar per vecka. Måste tillhöra en grupp för att bibehålla kompetensen.
- Onkologen: stora delen finns på Ryhov. Sedan ett år behandlingsenhet Värnamo inom medicin-geriatrikenheten. Onkologens sjuksköterska åker till Värnamo ett par dagar i veckan. Telefonkontakt vb med läkare på onkologen men behövs sällan. Man vill rotera att arbeta Ryhov och Värnamo.

- Det digitala arbetet kan utföras oavsett ort. Inom urologin 30% operationer, 70% ej operationer.

Grupp 3

- Kirurgkliniken: Mycket utmanande att hantera ekvationen kompetensförsörjning, kvalitet och ekonomi. Den gamle omnipotente kirurgen är borta som koncept.
- Definierar vi vårdnivå kan vi även definiera vilken bemanning som behövs.
- Sårbart med små enheter. Medarbetare tappar det kollegiala, tappar kompetens över tid.
- Förslag från verksamhet om "Nattis" för att hantera jourer etc.

Grupp 4

- Nyanställning är tydlig med anställning i Regionen inte på ort. Vikten av att förtydliga om det finns en tydlig anställning på ort och att det inte är fritt valt.
- Små specialiteter måste koncentreras till en ort men vara en del av verksamhet och kompetensutveckling på andra orter
- Resonemang kring lönesättning behöver vara lika. I dagsläget har vissa verksamheter glesortstillägg, andra inte. Anställd inom bemanningsenhet har extra ersättning

Kompetensutveckling

Grupp 1

- Psykologer saknas på Värnamo och Eksjö. Jönköping täcker upp. Gammal historik. Täcks delvis upp av vårdcentraler.
- Kan vara svårare att avvara en person om man är liten grupp
- Mindre arbetsgrupper behöver vara mer av generalister. Svårt att få spetskunskap.
- All kompetens kan inte finnas överallt när volymerna är små.
- Länskliniker har bra möjlighet att kompetensutveckla varandra. Digitaliseringen öppnar upp. Möjlighet att även ha med patienter.
- Yrkesträffar eller funktionsträffar över regionen
- Pandemin har ökat digital kompetensutveckling

Grupp 2

- Se ovan ST-läkare som roterar.
- Vi vill vända på resonemanget: det viktiga är kompetensen på alla tre sjukhus. Det behöver inte vara kopplat till fysisk närvaro.
- Röntgen: fördel att vara länsklinik. Finns inte möjlighet att ha full kompetens inom alla områden på alla tre sjukhusen.
- Måste jobba i processer eftersom utvecklingen går i rasande fart. Tänka större än akutsjukhus. Storregion?
- Öka antalet digitala ronder?

Grupp 3

- Patientvolymerna för små för att upprätthålla kvalitet för att parallellt utbilda akutjourer.
- Tjänster som kombinerar placering i RJL med placering exempelvis 1 månad på traumasjukhus samt en definierad lägsta nivå av utbildning.
- Länsanställda ST-läkare

Grupp 4

- Säkerställer kompetensutveckling hos samarbetspartners på respektive ort för att säkerställa det primära omhändertagandet.
- Strategi för att studenter får en kontinuerlig förankring under sin utbildning ute i hela länet. Återkomma till samma plats flera gånger
- Utbyte mellan verksamheter under utbildning, tex ST-utbildning

Ansvar för akutsjukhusen

Grupp 1

- Viktigt att vi har ett gemensamt uppdrag. Tillgängliga via video mm kan vara ett alternativ.
- Rehabmedicin har inte direkt behov av sjukhusets lokaler. Vården skulle kunna bedrivas utanför sjukhusen.
- Rehabcentrum har många personalkategorier som behöver finnas för att akutsjukhusen ska kunna fungera.
- Hur nyttjar vi sjukhusen alla dagar i veckan?
- Måste finnas en baskompetens på alla sjukhus, exempelvis på vårdavdelningar.

Grupp 2

- Länskliniker är en förutsättning för vissa verksamheter att ha verksamhet på tre sjukhus, man har ett ansvar för att det ska fungera på alla tre sjukhusen
- Röntgen: maskiner och sjuksköterskor på plats är viktigt. Läkare kan arbeta på distans med god kvalitet. Pleuradrän kan göras via IVA-läkare.
- se ovan: vända på resonemanget. Kompetensen finns när det behövs. Behöver inte vara fysiskt på plats.
- Vi tar ansvar för den akut sjuka patienten i hela länet.
- Framtiden? Urologjour digitalt. Träffar tex jourläkare på ett sjukhus. Är det urologpatient så finns det ett rum på akuten där jouren eller AT-läkaren kopplar upp sig med urologjour som är länsgemensam. Får rätt vård direkt.
- Digitala konsultationer mellan verksamheter
- Vill ha patienten med i samtalet enligt ovan

Grupp 3

- Tydligt uppdrag = konstant i systemet.

Grupp 4

- Säkerställa att nödvändig kompetens från den egna verksamheten tillhandahålls på respektive sjukhus för att klara uppdraget som akutsjukhus
- Ansvar för att stödja verksamheter på respektive sjukhus med kompetensutveckling

Ansvar för den nära vården i alla regiondelar

Grupp 1

- Lika i alla länsdelar. Mindre orter kan ibland vara lättare. Lättare att bygga relationer.
- Många gånger lättare med mindre kommuner, kommunikation. Jönköping svårare.
- Länskliniker kan ha lättare att stödja, utbilda i den nära vården eftersom man har tillgång till hela klinikens resurser.

Grupp 4

- Säkerställa jämlik vård/resurs till den nära vården i hela länet
- Uppdaterad på det lokala behovet för att kunna anpassa utbudet jämlikt men inte alltid lika
- Övergripande frågeställningen: Länsklinikerna olika sinsemellan, med olika uppdrag, ansvar och sammanhang. Viktigt att uppdraget får handla om ”inriktning” mer än ”riktlinjer” som ska gälla lika för alla.

Rapport från workshop med parlamentarisk grupp Nämnd för folkhälsa och sjukvård samt företrädare för verksamhetsområden

- Akutsjukhus och länskliniker

Den 1 december 2021

Deltagare:
Rachel De Basso (S)
Martin Nedergaard- Hansen (BA)
Thomas Bäuml (M)
Peter Iveroth (KD)
Jimmy Ekström (L)
Mikael Ekvall (V)

Kallade men som ej deltog i workshopen:
Razvan Nichitelea (C) - deltog ej
Håkan Karlsson Nyborg (SD) - deltog ej
Linus Perlerot (MP) - deltog ej

Övriga deltagare:
Mats Bojestig, hälso-och sjukvårdsdirektör
Anette Peterson, hälso- och sjukvårdsstrateg
Laura Habib, nämndsekreterare
Agneta Ståhl, sjukvårdsdirektör Medicinsk vård
Micael Edblom, sjukvårdsdirektör Psykiatri, rehabilitering och diagnostik
Martin Takac, sjukvårdsdirektör Kirurgisk vård
Wilhelm Alstermark, verksamhetsstrateg i Medicinsk vårds ledningsstab
Bo-Kennet Knutsson, verksamhetschef Psykiatrin Höglandssjukhuset
Mats Persborn, verksamhetschef länsövergripande Kirurgkliniken
Magnus Trofast, verksamhetschef OP/IVA Ryhov
Susanne Almers, verksamhetschef rehabiliteringscentrum
Oskar Löfgren, verksamhetschef röntgen
Ulf Grahnat, verksamhetschef psykiatriska kliniken Ryhov
Eva-Lena Enell, verksamhetschef medicinkliniken Ryhov
Magnus Cernerud, verksamhetschef medicin- och geriatrikkliniken Värnamo
Elisabet Bergström, verksamhetschef akutkliniken Eksjö

Diskussion genomfördes i två områden och grupperna gav medskick till uppdragen om tre akutsjukhus och länskliniker samt lokal ledning.

Akutsjukhus och länsklinik

- Hur ser vårdbehovsutvecklingen ut? Utvecklingen av nära vård. Vissa saker kan lösas digitalt men inte allt. Den mentala resan är viktig. Resan från Jönköping är längre än från Eksjö till Jönköping! Vi har inte fått ut ST-läkare från Jönköping till Eksjö och Värnamo. Ska man bära länsfunktion måste man förstå alla tre sjukhusen.
- Hur kan man se ett flöde genom hela systemet? Vi behöver få en kulturförändring i att se på hälso- och sjukvård. Går mot nära vård. Vad betyder det? Vill ha specialistvården tillgänglig till PV. Hälso- och sjukvården måste vara förändringsbenägen. Vi jobbar i en konservativ verksamhet. Svårt att förändra sig. Besöker sjukhusen och ser att det är tre starka kulturer. Viktigt att vi ser att varje del betyder något och att vi jobbar tillsammans. Hela vården ska ha

höga medicinska resultat. Vi politikern har sagt att vi ska ha tre akutsjukhus. Och då måste vi fylla tre akutsjukhus.

- Basal kompetens måste finnas på tre sjukhus. Vi måste ibland trycka tillbaka frågor till Eksjö och Värnamo för att kompetenser ska kunna behållas på tre sjukhus. Det som ställer till det för kirurgen är akutkirurgi. Måste ha hög kompetens för att klara det. Eksjö är hyrläkarberoende och ev. i Värnamo också. Tar lång tid att lära sig.
- Viktigt att sy ihop specialistsjukvård, primärvård. Kan man ha mer av kombinationstjänster? Inom rehabilitering är det nog möjligt. Samarbete mer över organisationsgränserna.
- Stora problemet just nu med vakanta tjänster sjuksköterskor och att upprätthålla vårdplatser i Eksjö och Värnamo. Viktigt att också jobba med kommunerna att tillsammans jobba med utbildning och rekrytering. Lokala utbildningar av sjuksköterskor i Eksjö och Värnamo. Viktigt att fånga upp dessa. Viktigt att orka och kunna utvecklas ett helt yrkesliv.
- Kulturfråga att jobba med som länsklinik. ST- läkaren en nyckelgrupp att jobba med men det tar tid.
- Samverkan med kommunerna viktig
- Det finns för och nackdelar med länskliniker. Viktigt med grundbemanning på varje sjukhus. Viktigt att förhålla oss även till sydöstra regionen. Kunskapsstyrningen.
- Fördel med 3 akutsjukhus - Det vanliga akuta, den planerade vården, tillgänglighet till utbudet, sprida riskerna på flera sjukhus. Ju närmare desto bättre service till PV och invånare – Nära vård! Det ger många positiva spin-off-effekter
- Det finns inte förutsättningar att koncentrera verksamheten till ett sjukhus
- Det ska inte finnas ”sämre och bättre” – ”A och B-sjukhus”. Antingen lika, eller då ska det som centraliseras kunna centraliseras på vilket sjukhus som helst - men vi har redan idag många verksamheter som enbart finns på Ryhov. Bakjour måste finnas för att primärjouren ska kunna agera lokalt
- Lyckas inte behålla färdiga specialister – de har inte tillräcklig utvecklingspotential? Vissa kliniker lyckas – andra gör det inte. Vad kan vi lära av varandra för att fler ska va attraktiva?
- Jourlinjer kostar men förstärkta jourlinjer kan också löna sig med lägre kostnader. Går det att specificera ett antal jourlinjer som en definition på akutsjukhus? Det behövs en kritisk massa av kompetens för att klara jourlinjer. Det behövs en kritisk massa av medarbetare för att klara viss volym av vårdplatser. Det behövs en viss mängd av daglig verksamhet och plats för att alla medarbetare ska ha att göra dagtid.
- Det mindre sjukhuset ställer högre krav på att jobba brett och inte vara för spetsig
- Det större sjukhuset har utmaningar att bli för spetsig för att inte kunna hantera bredden
- Hur stor andel ska kunna hanteras lokalt? Går det att få fram en procentuell siffra på vad som ska skötas lokalt respektive lösas inom länet?
- Det som finns just nu på respektive sjukhus är ett minimum!
- Länskliniker riskerar att urvattna attraktiviteten på tre orter - successivt förändras scenariot och engagemanget
- Optimering av länskliniker ger centralisering - Måste finnas både uppdrag och acceptans för att det kostar mera att finnas på tre orter. Det måste vara centralt i uppdraget att driva verksamheten på tre orter
- Vissa kompetenser saknas dagtid för jämlikheten på alla tre sjukhusen När definitionen av akutsjukhus finns är det lättare att vara tydlig i uppdraget till länsklinikerna
- Har länsklinikerna en tydlig formulerad plan för vad som ska finnas på respektive ort?
- Sammanställning från workshop kan uppfattas som att det bekräftar oron för att länsklinikerna vill samlas på ett ställe
- Utmaning i mixen när det finns många länskliniker och flera lokala verksamheter avseende kommunikation/dialog och ffa beslutsnivåer
- Initial diskussion om historik och var finns drivkrafterna. Processerna viktigt, både med interna och externa intressenter. Viktigt att definiera målsättningen. Politiskt: effektivitet och säkra en jämlik hälsa.

- Fördel om frågan av länsklinik lyfts underifrån, men därmed inte sagt att den är avgjord. Vad blir konsekvenserna, ingår det centralisering exv?
- Kunskapsstyrningen blir viktigt framåt och kan komma att påverka hur vi ska organisera oss för att uppnå målsättningarna.
- Nära vård, hur kan det komma att påverka? Patientkontraktet spelar en viktig roll, vad vill patienten men hur påverkar det vården? Exv. Öppettider, digital vård, digital kommunikation.
- Initial diskussion om vilka patienter som egentligen söker på ett akutsjukhus och är det rätt vårdnivå.
- Geografi och förväntningar. Fysiskt avstånd, skillnad i RJL, Norrbotten eller Stockholm.
- Diskussion om relationen ut mellan jourtjänstgöring och planerad vård.
- Vilken vårdnivå eftersträvar vi? Hur kommunicerar vi när vi koncentrerar en typ av elektiv kirurgi från Ryhov till exv Värnamo? Patienten vill träffa den bästa.
- Samordning viktigt. Nära vård.
- Arbetstider?