Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Tid: 2025-10-14 13.00

Plats: Kulturhuset Spira, lokal Insikten

1	Upprop och val av protokollsjusterare	
2	Fastställande av dagordning	5 - 6
3	Anmälan av delegationsbeslut	7 - 8
4	Övriga anmälningsärenden	9 - 23
5	Kurser och konferenser	24 - 29

Information

6	Läkemedel	
7	Kirurgisk vård – ekonomisk uppföljning	
8	Anmälningsärende: Intern kontroll – Delårsrapport 2025 Nämnd för folkhälsa och sjukvård – verksamhetsområden	30 - 197
9	Anmälningsärende: Halvårsrapport 2025 Patientnämnden Region Jönköpings län	198 - 222
10	Anmälningsärende: Barn i vården – En analys av patientnämnden av synpunkter och klagomål gällande barn	223 - 231
11	Aktuell information	
12	Frågor	
13	Motion: Leapscribes AI-lösning i Region Jönköpings hälso- och sjukvård	232 - 235
14	Motion: Utveckla behandlingsformer och förbättra stödinsatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar	236 - 243

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Tid: 2025-10-14 13.00

Beslutsärenden för regionfullmäktige

15	Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län	244 - 267
16	Tandvårdstaxa Folktandvården 2026	268 - 289
17	Strategi för att möta framtidens behov av hälso- och sjukvård 2020–2030	290 - 310

Beslutsärenden för regionstyrelsen

18	Remiss: Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62)	311 - 1207

Beslutsärenden för nämnden

19	Intern kontroll – Delårsrapport 2025 Nämnd för folkhälsa och sjukvård	1208 - 1240
20	Budget och verksamhetsplan 2026 Nämnd för folkhälsa och sjukvård	1241 - 1262
21	Remiss: Säkerställ tillgången till läkemedel – förordnande och utlämnande i bristsituationer (SOU 2025:43)	1263 - 1375
22	Förändring av ledningsorganisationen för kirurgiverksamheten i Region Jönköpings län	1376 - 1379
23	Handlingsplan för bemanning av vårdcentralerna med 1100 per läkare inom Bra Livs verksamhet	1380
24	Delegationsordning för Nämnd för folkhälsa och sjukvård	1381 - 1390

Övrigt

25	Övriga frågor	

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Tid: 2025-10-14 13.00

Kallade

Ledamöter
Thomas Gustafsson (S), ordförande
Martin Nedergaard-Hansen (VD), 1:a vice ordförande
Monica Samuelsson (KD), 2:a vice ordförande
Eva Eliasson (S)
Karsten Offenbartl (S)
Annki Stark (S)
Kerstin Hammar (M)
Lisbeth Andersson (M)
Carina Källman (M)
Camilla Lundgren (VD)
Peter Iveroth (KD)
Razvan Nichitelea (C)
Andrea Stjärne (L)
Maria Högberg (SD)
Vibecke Hvidsten (SD)

Övriga
Bengt-Ove Eriksson (V), adjungerad
Jane Ydman, regiondirektör
Mats Bojestig, hälso- och sjukvårdsdirektör
Viktoria Karlsson, nämndsekreterare
Anette Peterson, hälso- och sjukvårdsstrateg
Jonatan Vincent, chefscontroller
Mårten Lindström, överläkare
Agneta Ståhl, sjukvårdsdirektör
Martin Takac, sjukvårdsdirektör
Mats Siljehult, sektionschef
Fatmir Zogaj, personalrepresentant Vårdförbundet
Ann-Christin Rydberg, personalrepresentant Kommunal
Anette Sandström, personalrepresentant Vision

För kännedom

Ersättare
Erik Wågman (S)
Cristina Nichta (S)
Hans Oscarsson (S)
Linda Danielsson (S)
Senada Sacic (M)
Anders Jarl (M)
Gun Lusth (M)
Frida Aronsson (VD)
Emma Hörberg Butler (VD)
Zeljka Axelsson (KD)
Lina Johannesson (C)
Evelina Romhagen (L)
Leontina Aurell (SD)
Rebecca Lindgren (SD)

Regionråd
Rachel De Basso (S)
Tommie Ekered (M)
Per Eriksson (C)
Jimmy Ekström (L)
Stina Sinclair (KD)
Håkan Karlsson Nyborg (SD)
Mikael Ekvall (V)

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Tid: 2025-10-14 13.00

Region Jönköpings län

	NFS 2025-10-14	Föredragande/ansvarig
	Plats: Spira, Insikten	
13.00	Upprop och val av protokollsjusterare Fastställande av dagordning Anmälan av delegationsbeslut Övriga anmälningsärenden Kurser och konferenser	Thomas Gustafsson, ordförande Viktoria Karlsson, nämndsekreterare
13.05	Läkemedel	Mårten Lindström, överläkare
13.35	Kirurgisk vård – ekonomisk uppföljning	Martin Takac, sjukvårdsdirektör
14.00	Förändring av ledningsorganisationen för kirurgiverksamheten i Region Jönköpings län	Martin Takac, sjukvårdsdirektör
14.20	Delegationsordning för Nämnd för folkhälsa och sjukvård	Mats Siljehult, sektionschef
14.25	Anmälningsärende: Intern kontroll – Delårsrapport 2025 Nämnd för folkhälsa och sjukvård – verksamhetsområden	
	Anmälningsärende: Halvårsrapport 2025 Patientnämnden Region Jönköpings län	
	Anmälningsärende: Barn i vården – En analys av patientnämnden av synpunkter och klagomål gällande barn	
14.25	**Paus**	
14.40	Aktuell information	Mats Bojestig, hälso- och sjukvårdsdirektör Agneta Ståhl, sjukvårdsdirektör
15.10	Frågor	Mats Bojestig, hälso- och sjukvårdsdirektör
15.15	Motion: Leapscribes AI-lösning i Region Jönköpings hälso- och sjukvård	Mats Bojestig, hälso- och sjukvårdsdirektör
15.20	Motion: Utveckla behandlingsformer och förbättra stödinsatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar	Mats Bojestig, hälso- och sjukvårdsdirektör
15.25	Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län	Mats Bojestig, hälso- och sjukvårdsdirektör
15.30	Tandvårdstaxa Folktandvården 2026	Jonatan Vincent, chefscontroller
15.35	Strategi för att möta framtidens behov av hälso- och sjukvård 2020–2030	Thomas Gustafsson, ordförande
15.40	Remiss: Betänkandet Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62)	Mats Bojestig, hälso- och sjukvårdsdirektör
15.45	Intern kontroll: Delårsrapport 2 2025 – Nämnd för folkhälsa och sjukvård	Jonatan Vincent, chefscontroller
16.05	Budget och verksamhetsplan 2026 Nämnd för folkhälsa och sjukvård	Mats Bojestig, hälso- och sjukvårdsdirektör
16.10	Remiss: Säkerställ tillgången till läkemedel – förordnande och	Mats Bojestig, hälso- och sjukvårdsdirektör

	utlämnande i bristsituationer (SOU 2025:43)	
16.15	Handlingsplan för bemanning av vårdcentralerna med 1100 per läkare inom Bra Livs verksamhet	Thomas Gustafsson, ordförande
	Övriga frågor	

Delegeringsbeslut

Utskriftsdatum: 2025-10-07 **Utskriven av:** Viktoria Karlsson

Diarieenhet:	Region Jönköpings län
Beslutsfattare:	Alla
Kategori:	Alla
Beslutsinstans:	Nämnd för folkhälsa och sjukvård
Sammanträdesdatum:	2025-10-14
Sekretess:	Visas ej

Id	Beskrivning	Paragraf
Datum	Avsändare/Mottagare	Beslutsfattare
Ärendenummer	Ärendemening	Kategori
		Ansvarig
2025.12573	Anmälan av personuppgiftsincident	FS 4.5.4 §66/2025
2025-08-29	Integritetsskyddsmyndigheten	Sofia Sund
RJL 2025/2841	Personuppgiftsincident	FS 4.5.4
		Sofia Sund
2025.12878	Anmälan av personuppgiftsincident	FS 4.5.4 §67/2025
2025-09-03	Integritetsskyddsmyndigheten	Sofia Sund
RJL 2025/2896	Personuppgiftsincident	FS 4.5.4
		Sofia Sund
2025.12901	Anmälan av personuppgiftsincident	FS 4.5.4 §68/2025
2025-09-03	Integritetsskyddsmyndigheten	Sofia Sund
RJL 2025/2890	Personuppgiftsincident	FS 4.5.4
		Sofia Sund
2025.12923	Anmälan av personuppgiftsincident	FS 4.5.4 §69/2025
2025-09-03	Integritetsskyddsmyndigheten	Sofia Sund
RJL 2025/2901	Personuppgiftsincident	FS 4.5.4
		Sofia Sund
2025.12984	Anmälan av personuppgiftsincident	FS 4.5.4 §71/2025
2025-09-04	Integritetsskyddsmyndigheten	Sofia Sund
RJL 2025/2928	Personuppgiftsincident	FS 4.5.4
		Sofia Sund
2025.12988	Anmälan av personuppgiftsincident	FS 4.5.4 §70/2025
2025-09-04	Integritetsskyddsmyndigheten	Sofia Sund
RJL 2025/2929	Personuppgiftsincident	FS 4.5.4
		Sofia Sund
2025.13336	Anmälan av personuppgiftsincident	FS 4.5.4 §72/2025
2025-09-10	Integritetsskyddsmyndigheten	Sofia Sund
RJL 2025/2975	Personuppgiftsincident	FS 4.5.4
		Sofia Sund
2025.13425	Anmälan av personuppgiftsincident	FS 4.5.4 §74/2025

2025-09-10	Integritetsskyddsmyndigheten	Sofia Sund
RJL 2025/2989	Personuppgiftsincident	FS 4.5.4
		Sofia Sund
2025.13549	Anmälan av personuppgiftsincident	FS 4.5.4 §75/2025
2025-09-12	Integritetsskyddsmyndigheten	Sofia Sund
RJL 2025/3011	Personuppgiftsincident	FS 4.5.4
		Sofia Sund
2025.13794	Anmälan av personuppgiftsincident	FS 4.5.4 §76/2025
2025-09-16	Integritetsskyddsmyndigheten	Sofia Sund
RJL 2025/3081	Personuppgiftsincident	FS 4.5.4
		Sofia Sund
2025.14118	Anmälan av personuppgiftsincident	FS 4.5.4 §77/2025
2025-09-19	Integritetsskyddsmyndigheten	Sofia Sund
RJL 2025/3119	Personuppgiftsincident	FS 4.5.4
		Sofia Sund
2025.14901	Anmälan av personuppgiftsincident	FS 4.5.4 §78/2025
2025-09-26	Integritetsskyddsmyndigheten	Sofia Sund
RJL 2025/3225	Personuppgiftsincident	FS 4.5.4
		Sofia Sund
2025.15958	Anmälan av personuppgiftsincident	FS 4.5.4 §79/2025
2025-10-06	Integritetsskyddsmyndigheten	Sofia Sund
RJL 2025/3353	Personuppgiftsincident	FS 4.5.4
		Sofia Sund

Handlingar

Utskriftsdatum: 2025-09-01 **Utskriven av:** Monica Sandsvik Svensson

Diarieenhet:	Region Jönköpings län
Datum:	2025-08-01 - 2025-08-31
Riktning:	Alla
Status:	Alla
Handlingstyp:	REMISS
Notering:	
Sekretess:	Visas ej

Id	I/U/K	Beskrivning	Ansvarig
Datum		**Avsändare/Mottagare**	**Avdelning**
Ärendenummer		**Notering**	**Handlingstyp**
		Ärendemening	
2025.11366	I	Remiss- Förslag till dokument och checklistor för bedömning av regelefterlevnad för hälsodokumentationssystem. D8.2 Xt-EHR (EHDS)	Peter Häyhänen
2025-08-04		E Hälsomyndigheten	Regionledningskontoret
RJL 2025/2548		D8.2 EHR Conformity Assessment Scheme assertion document and checklists Svar senast 2025-09-14	REMISS
		Remiss- Förslag till dokument och checklistor för bedömning av regelefterlevnad för hälsodokumentationssystem. D8.2 Xt-EHR (EHDS)	
2025.12121	I	Remiss - Plandokument-samråd	Karin Hermansson
2025-08-15		Boxholms kommun	Regionledningskontoret
RJL 2025/2725		Svar senast: 2025-10-15	REMISS
		Samråd om ny översiktsplan för Boxholms kommun	
2025.12110	I	Remiss - Implementeringsguider för EEHRxF, funktionella och tekniska krav och specifikationer för elektroniska patientjournalsystem 01_Xt-EHR_D7 1 Announcement Stakeholder Consultation	Peter Häyhänen
2025-08-19		E-Hälsomyndigheten	Regionledningskontoret
RJL 2025/2713		Svar senast 2025-10-12	REMISS
		Remiss- Europeiskt format för elektroniska patientjournaler Xt-EHR Deliverable 7.1	
2025.12099	I	Remiss - Konsekvensutredning om upphävande av föreskrifter om utbildningar inom yrkeshögskolan med inriktning medicinsk vårdadministratör.	Anette Peterson
2025-08-19		Myndigheten för yrkeshögskolan	Regionledningskontoret
RJL 2025/2712		Svar senast: 2025-10-31 till registrator@myh.se	REMISS

Ärenden

Utskriftsdatum: 2025-09-01 **Utskriven av:** Monica Sandsvik Svensson

Diarieenhet: Region Jönköpings län

Sekretess: Visas ej

Makulerade: Visas ej

Beskrivning av sökning:

Ärendenummer Datum	Ärendemening Avsändare/Mottagare	Ansvarig Avdelning
2024/2721 2024-08-06	Patientärende SN 80 (M) Inspektionen för vård och omsorg	Camilla Holgersson Regionledningskontoret
2024/2722 2024-08-06	Patientärende KS 50 (K) Inspektionen för vård och omsorg	Camilla Holgersson Regionledningskontoret
2024/2873 2024-08-15	Personalärende Inspektionen för vård och omsorg	Camilla Holgersson Regionledningskontoret
2024/2897 2024-08-19	Patientärende SK (K) Inspektionen för vård och omsorg	Camilla Holgersson Regionledningskontoret
2024/3120 2024-09-10	Tillsynsärende Inspektionen för vård och omsorg	Camilla Holgersson Regionledningskontoret
2024/3175 2024-09-13	Patientärende HB (M) Inspektionen för vård och omsorg	Camilla Holgersson Regionledningskontoret
2024/3269 2024-09-24	Begäran från IVO, dnr 3.6.1- 01362/2024 Inspektionen för vård och omsorg	Camilla Holgersson Regionledningskontoret
2024/3320 2024-09-27	Tillsynsärende Inspektionen för vård och omsorg	Camilla Holgersson Regionledningskontoret
2024/3380 2024-10-03	Patientärende Inspektionen för vård och omsorg	Camilla Holgersson Regionledningskontoret
2024/3413 2024-10-07	Patientärende CL (K) Inspektionen för vård och omsorg	Camilla Holgersson Regionledningskontoret
2024/3528 2024-10-18	Begäran om information Inspektionen för vård och omsorg	Pernilla Svensson Psykiatri rehab o diagnostik
2024/3704 2024-11-01	Patientärende Inspektionen för vård och omsorg	Camilla Holgersson Regionledningskontoret
2024/3732 2024-11-05	Patientärende SA (K) Inspektionen för vård och omsorg IVO	Pernilla Svensson Psykiatri rehab o diagnostik

2024/3823	Patientärende	Camilla Holgersson
2024-11-11	Inspektionen för vård och omsorg	Regionledningskontoret
2024/3848	Tillsyn	Camilla Holgersson
2024-11-12	Inspektionen för vård och omsorg	Regionledningskontoret
2024/3882	Patientärende	Camilla Holgersson
2024-11-14	Inspektionen för vård och omsorg	Regionledningskontoret
2024/3914	Patientärende	Camilla Holgersson
2024-11-15	Inspektionen för vård och omsorg	Regionledningskontoret
2024/4077	Patientärende	Camilla Holgersson
2024-11-28	Inspektionen för vård och omsorg	Regionledningskontoret
2024/4125	Patientärende	Camilla Holgersson
2024-12-02	Inspektionen för vård och omsorg	Regionledningskontoret
2024/4206	Underrättelse om inspektion samt begäran om uppgifter	Pernilla Svensson
2024-12-09	Inspektionen för vård och omsorg	Psykiatri rehab o diagnostik
2024/4266	Patientärende	Camilla Holgersson
2024-12-12	Inspektionen för vård och omsorg	Regionledningskontoret
2024/4273	Patientärende	Camilla Holgersson
2024-12-13	Inspektionen för vård och omsorg	Regionledningskontoret
2024/4326	Patientärende	Cecilia Dahl
2024-12-18	Inspektionen för vård och omsorg	Medicinsk vård
2024/4327	Patientärende	Camilla Holgersson
2024-12-18	Inspektionen för vård och omsorg	Regionledningskontoret
2024/4342	Patientärende	Camilla Holgersson
2024-12-19	Inspektionen för vård och omsorg	Regionledningskontoret
2025/107	Patientärende	Camilla Holgersson
2025-01-10	Inspektionen för vård och omsorg	Regionledningskontoret
2025/224	Begäran om journal och tillfälle till yttrande	Camilla Gustafsson
2025-01-20	Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	Vårdcentralerna Bra Liv
2025/225	Begäran om journal samt tillfälle till yttrande	Camilla Gustafsson
2025-01-20	Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	Vårdcentralerna Bra Liv
2025/558	Begäran om journal och tillfälle till yttrande	Lina Eriksson
2025-02-12	Inspektionen för vård och omsorg, IVO	Kirurgisk vård
2025/656	Begäran om verksamhetsberättelser	Camilla Holgersson
2025-02-20	Inspektionen för vård och omsorg	Regionledningskontoret
2025/688	Underrättelse och begäran från IVO	Camilla Holgersson
2025-02-24	Inspektionen för vård och omsorg	Regionledningskontoret
2025/701	Patientärende BUP	Pernilla Svensson

2025-02-25	Inspektionen för vård och omsorg IVO	Psykiatri rehab o diagnostik
2025/738	Begäran om handlingar från IVO, dnr 3.4.1- 06375	Camilla Holgersson
2025-02-28	Inspektionen för vård och omsorg	Regionledningskontoret
2025/916	Patientärende	Camilla Holgersson
2025-03-13	Inspektionen för vård och omsorg	Regionledningskontoret
2025/1005	Patientärende	Camilla Holgersson
2025-03-18	Inspektionen för vård och omsorg	Regionledningskontoret
2025/1146	Meddelande om inspektion och begäran från IVO	Pernilla Svensson
2025-03-31	Inspektionen för vård och omsorg	Psykiatri rehab o diagnostik
2025/1177	Remiss - gällande IVO:s föreskrifter om anmälan av händelser gällande säkerhetsbrister inom psykiatrisk tvångsvård, rättspsykiatrisk vård och vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning	Anette Peterson
2025-04-03	Inspektionen för vård och omsorg	Regionledningskontoret
2025/1295	Patientärende	Camilla Holgersson
2025-04-10	Inspektionen för vård och omsorg	Regionledningskontoret
2025/1399	Patientärende, lexMaria	Camilla Holgersson
2025-04-22	Inspektionen för vård och omsorg	Regionledningskontoret
2025/1706	Patientärende	Camilla Holgersson
2025-05-13	Inspektionen för vård och omsorg	Regionledningskontoret
2025/2325	Patientärende	Camilla Gustafsson
2025-07-01	Inspektionen för vård och omsorg	Vårdcentralerna Bra Liv
2025/2451	Patientärende	Camilla Holgersson
2025-07-16	Inspektionen för vård och omsorg	Regionledningskontoret
2025/2452	Patientärende	Camilla Holgersson
2025-07-16	Inspektionen för vård och omsorg	Regionledningskontoret
2025/2532	Patientärende	Camilla Holgersson
2025-07-31	Inspektionen för vård och omsorg	Regionledningskontoret
2025/2543	Patientärende	Camilla Holgersson
2025-08-01	Inspektionen för vård och omsorg	Regionledningskontoret
2025/2603	Patientärende	Camilla Holgersson
2025-08-06	Inspektionen för vård och omsorg	Regionledningskontoret
2025/2667	Vävnadsinrättningen inom Region Jönköpings län EU:id: SE000451	Angelica Karlsson
2025-08-14	Inspektionen för vård och omsorg IVO	Psykiatri rehab o diagnostik
2025/2751	Patientärende IVO	Camilla Holgersson
2025-08-21	Inspektionen för vård och omsorg	Regionledningskontoret
2025/2768	Tillsynsärende personal, IVO	Camilla Holgersson
2025-08-22	Inspektionen för vård och omsorg	Regionledningskontoret
2025/2802	Underrättelse angående möte, dnr 5.2.1-	Camilla Holgersson

Handlingar

Utskriftsdatum: 2025-10-01 **Utskriven av:** Anette Nero

Diarieenhet:	Region Jönköpings län
Datum:	2025-09-01 - 2025-09-30
Riktning:	Alla
Status:	Alla
Handlingstyp:	REMISS
Notering:	
Sekretess:	Visas ej

Id	I/U/K	Beskrivning	Ansvarig
Datum		Avsändare/Mottagare	Avdelning
Ärendenummer		Notering	Handlingstyp
		Ärendemening	
2025.12849	I	Remiss - Föreskrift om ST sjukhusfysiker	Anette Peterson
2025-09-02		Socialstyrelsen	Regionledningskontoret
RJL 2025/2893		Svar senast: 2025-10-31 Vänligen ange diarienumret 4.1-41776/2025 i remissvaret.	REMISS
		Remiss avseende förslag till föreskrifter och allmänna råd om sjukhusfysikernas specialisttjänstgöring	
2025.12850	I	Remiss - Målbeskrivningar för sjukhusfysikernas specialiseringstjänstgöring	Anette Peterson
2025-09-02		Socialstyrelsen	Regionledningskontoret
RJL 2025/2893		Svar senast: 2025-10-31 Vänligen ange diarienumret 4.1-41776/2025 i remissvaret.	REMISS
		Remiss avseende förslag till föreskrifter och allmänna råd om sjukhusfysikernas specialisttjänstgöring	
2025.12852	I	Remiss - förslag till föreskrifter och allmänna råd om sjukhusfysikernas specialiseringstjänstgöring	Anette Peterson
2025-09-02		Socialstyrelsen	Regionledningskontoret
RJL 2025/2893		Svar senast: 2025-10-31 Vänligen ange diarienumret 4.1-41776/2025 i remissvaret.	REMISS
		Remiss avseende förslag till föreskrifter och allmänna råd om sjukhusfysikernas specialisttjänstgöring	
2025.12854	I	Remiss - Inremarknadstest med proportionalitetsprövning Med anledning av nya föreskrifter och allmänna råd om specialiseringstjänstgöring för sjukhusfysiker	Anette Peterson
2025-09-02		Socialstyrelsen	Regionledningskontoret
RJL 2025/2893		Svar senast: 2025-10-31	REMISS

		Vänligen ange diarienumret 4.1-41776/2025 i remissvaret. Remiss avseende förslag till föreskrifter och allmänna råd om sjukhusfysikernas specialisttjänstgöring	
2025.12935	I	Remiss - Laboratorieresultat och rapporter: Implementeringsguider för EEHRxF, funktionella och tekniska krav och specifikationer för elektroniska patientjournalsystem	Peter Häyhänen
2025-09-04		E-Hälsomyndigheten	Regionledningskontoret
RJL 2025/2713		Remissvar skickas enligt bifogade instruktioner. Svar senast 20251013. Meddela om det innebär att din organisation behöver någon förlängd deadline. Remiss- Europeiskt format för elektroniska patientjournaler Xt-EHR Deliverable 7.1	REMISS
2025.12959	I	Remiss - Planbeskrivningför Del av Gamla Staden 1:1 vid kv. Brandstationen 1, Nässjö stad och kommun	Hugo Jacobsson
2025-09-04		Nässjö kommun, samhällsplaneringskontoret	Länstrafiken
RJL 2025/2923		Diarienummer SPK-2024-1510 Svar senast 2025-09-24 Remiss - Samråd för detaljplan för del av Gamla Staden 1:1, vid kv. Brandstationen 1, Nässjö stad, Nässjö kommun	REMISS
2025.13109	I	Remiss - Länstransportplan för Östergötland 2026–2037	Karin Hermansson
2025-09-05		Region Östergötland	Regionledningskontoret
RJL 2025/2946		Svar senast: 2025-11-21 via registrator@regionostergotland.se RÖ 2024-7498 Remiss - Länstransportplan för Östergötland 2026–2037	REMISS
2025.13430	I	Remiss - Regional transportplan Kalmar län 2026 - 2037	Karin Hermansson
2025-09-11		Region Kalmar län	Regionledningskontoret
RJL 2025/2998		Ärendenummer RS 2025/894 Svar senast 2025-12-05 Remiss - Förslag till Regional transportplan för Kalmar län (Länstransportplan) 2026-2037	REMISS
2025.13645	I	Remiss - Nationella riktlinjer 2025: Screening för tjock- och ändtarmscancer	Anette Peterson
2025-09-11		Socialstyrelsen, avd. för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård	Regionledningskontoret
RJL 2025/3012			REMISS

		Remiss - Socialstyrelsens utredning kring utvidgning av screeningprogrammet för tjock- och ändtarmscancer	
2025.13759	I	Remiss - Intellektuell funktionsnedsättning, genetisk diagnostik för barn och vuxna	Evelina Örn
2025-09-15		Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård	Regionledningskontoret
RJL 2025/3067		Svar senast 2025-11-14	REMISS
		Remiss - Intellektuell funktionsnedsättning, genetisk diagnostik för barn och vuxna	
2025.13764	I	Remiss- Nationellt vårdprogram för otoskleros	Evelina Örn
2025-09-15		Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård	Regionledningskontoret
RJL 2025/3069		Svar senast 2025-11-14	REMISS
		Remiss- Nationellt vårdprogram för otoskleros	
2025.13626	I	Remiss- Akut onkologi, vårdprogram	Evelina Örn
2025-09-15		Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård	Regionledningskontoret
RJL 2025/3028		Svar senast 2025-11-14	REMISS
		Remiss- Akut onkologi, vårdprogram	
2025.13649	I	Remiss- Nationellt vårdprogram för palliativ vård.	Evelina Örn
2025-09-15		Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård	Regionledningskontoret
RJL 2025/3036		Svar senast 2025-11-14	REMISS
		Remiss- Nationellt vårdprogram för palliativ vård.	
2025.13665	I	Remiss – Min vårdplan Testikelcancer	Evelina Örn
2025-09-15		Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård	Regionledningskontoret
RJL 2025/3040		Svar senast 2025-11-14	REMISS
		Remiss – Min vårdplan Testikelcancer	
2025.13673	I	Remiss - Personcentrerat sammanhållet vårdförlopp tuberkulos	Evelina Örn
2025-09-15		Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård	Regionledningskontoret
RJL 2025/3042		Svar senast 2025-11-14	REMISS
		Remiss - Personcentrerat sammanhållet vårdförlopp tuberkulos	
2025.13678	I	Remiss- Plan för eliminering av hepatit B	Evelina Örn
2025-09-15		Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård	Regionledningskontoret
RJL 2025/3046		Svar senast 2025-11-14	REMISS
		Remiss- Plan för eliminering av hepatit B	
2025.13705	I	Remiss- Amyotrofisk lateral skleros (ALS)	Evelina Örn
2025-09-15		Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård	Regionledningskontoret
RJL 2025/3052		Svar senast 2025-11-14	REMISS
		Remiss- Amyotrofisk lateral skleros (ALS)	

2025.13720	I	Remiss- Kliniskt kunskapsstöd ALS	Evelina Örn
2025-09-15		Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård	Regionledningskontoret
RJL 2025/3055		Svar senast 2025-11-14	REMISS
		Remiss- Kliniskt kunskapsstöd ALS	
2025.13814	I	Remiss- promemoria Förordningsförslag med anledning av kommande tandvårdsreformer	Evelina Örn
2025-09-16		Socialdepartementet	Regionledningskontoret
RJL 2025/3082		Svar senast 2025-10-28	REMISS
		S2025/01575	
		Remiss- promemoria Förordningsförslag med anledning av kommande tandvårdsreformer	
2025.13827	I	Remiss - förslag till upphävande; gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa med mera	Evelina Örn
2025-09-17		Rättsavdelningen Socialstyrelsen	Regionledningskontoret
RJL 2025/3085		Socialstyrelsens dnr 4.1-50440/2025	REMISS
		Svar senast 2025-10-22	
		Remiss - förslag till upphävande av föreskrifterna om katastrofmedicinsk beredskap med mera	
2025.13828	I	Remiss - förslag föreskrifter om beredskap för katastrofmedicinska insatser utomlands	Evelina Örn
2025-09-17		Rättsavdelningen Socialstyrelsen	Regionledningskontoret
RJL 2025/3085		Socialstyrelsens dnr 4.1-50440/2025	REMISS
		Svar senast 2025-10-22	
		Remiss - förslag till upphävande av föreskrifterna om katastrofmedicinsk beredskap med mera	
2025.13829	I	Remiss - förslag upphävande av allmänna råd 1995 1	Evelina Örn
2025-09-17		Rättsavdelningen Socialstyrelsen	Regionledningskontoret
RJL 2025/3085		Socialstyrelsens dnr 4.1-50440/2025	REMISS
		Svar senast 2025-10-22	
		Remiss - förslag till upphävande av föreskrifterna om katastrofmedicinsk beredskap med mera	
2025.13830	I	Remiss -förslag ändring om ambulanssjukvård	Evelina Örn
2025-09-17		Rättsavdelningen Socialstyrelsen	Regionledningskontoret
RJL 2025/3085		Socialstyrelsens dnr 4.1-50440/2025	REMISS
		Svar senast 2025-10-22	
		Remiss - förslag till upphävande av föreskrifterna om katastrofmedicinsk beredskap med mera	
2025.13992	I	Remiss- förberedande information om EHDS Xt-EHR, flaggning remiss om Medicinsk bild	Peter Häyhänen
2025-09-18		E-hälsomyndigheten	Regionledningskontoret

RJL 2025/3113		Information om D/.2 - Stakeholder Briefing Workshop den 2025-09-23 kl 10.00-12.00. Den 30 september kommer remissen. Svar senast 2025-11-11. Remiss - D7.2 Medicinska bildstudier och relaterade bildrapporter: Implementeringsguider för EEHRxF, funktionella och tekniska krav och specifikationer för elektroniska patientjournalsystem	REMISS
2025.14139	I	Remiss- Skärpta villkor för anhöriginvandring	Linda Löfgren
2025-09-18		Regeringskansliet	Regionledningskontoret
RJL 2025/3116		SOU-202595	REMISS
		Remiss - SOU 2025:95 Skärpta villkor för anhöriginvandring	
356965	K	Samrådshandling Konsekvensbeskrivning för regional transportplan för Jönköpings län 2026-2037	Lina Gerdin
2025-09-19			Regionledningskontoret
RJL 2025/3105		Vår konsekvensbeskrivning för remittering	REMISS
		Samråd Regional transportinfrastrukturplan för Jönköpings län 2026-2037 inklusive konsekvensbeskrivning	
2025.14373	I	Remiss - Regional infrastrukturplan Halland 2026 - 2037	Karin Hermansson
2025-09-23		Region Halland	Regionledningskontoret
RJL 2025/3162		Svar senast 2025-12-12	REMISS
		RS240122	
		Remiss- Regional infrastrukturplan Halland 2026 - 2037	
357405	K	Samrådshandling Regional treansportplan för Jönköpings län 2026-2037	Lina Gerdin
2025-09-23			Regionledningskontoret
RJL 2025/3105		Jönköpings transportplan för remittering till berörda kommuner	REMISS
		Samråd Regional transportinfrastrukturplan för Jönköpings län 2026-2037 inklusive konsekvensbeskrivning	
2025.14658	I	Remiss - Utkast till lagrådsremiss Sänkt straffbarhetsålder för allvarliga brott	Linda Löfgren
2025-09-25		Justitiedepartementet, straffrättsenheten	Regionledningskontoret
RJL 2025/3193		Ju2025/01945	REMISS
		Svar senast 2025-11-12	
		Remiss - Sänkt straffbarhetsålder för allvarliga brott	
2025.14928	I	Remiss - EU-kommissionens förslag till Europaparlamentets och rådets förordningar för perioden 2028-2034	Karin Hermansson
2025-09-26		Landsbygds- och infrastrukturdepartementet	Regionledningskontoret

RJL 2025/3227		LI EU-fonder 28 LI2025/01620 Svar senast 2025-12-23 Remiss - EU-kommissionens förslag till Europaparlamentets och rådets förordningar för perioden 2028-2034	REMISS
2025.15320	I	Remiss- Förslag till Europaparlamentets och rådets förordning om inrättande av Fonden för ett sammanlänkat Europa för perioden 2028–2034	Nathalie Bijelic Eriksson
2025-09-29		Landsbygds- och infrastrukturdepartementet	Regionledningskontoret
RJL 2025/3259		Dnr LI2025/01628 Svar senast 2025-11-24 Remiss- Förslag till Europaparlamentets och rådets förordning om inrättande av Fonden för ett sammanlänkat Europa för perioden 2028–2034	REMISS
2025.15321	I	Remiss- Förslag till Europaparlamentets och rådets förordning om inrättande av Fonden för ett sammanlänkat Europa för perioden 2028–2034	Nathalie Bijelic Eriksson
2025-09-29		Landsbygds- och infrastrukturdepartementet	Regionledningskontoret
RJL 2025/3259		Dnr LI2025/01628 Svar senast 2025-11-24 Remiss- Förslag till Europaparlamentets och rådets förordning om inrättande av Fonden för ett sammanlänkat Europa för perioden 2028–2034	REMISS
2025.15374	I	Remiss - Ändring av översiktsplanen för norra staden och järnvagen, samradshandling	Nathalie Bijelic Eriksson
2025-09-30		Linköpings kommun	Regionledningskontoret
RJL 2025/3268		Svar senast 2025-11-30 Remiss - Förslag till ändring av översiktsplanen för norra staden och järnvägen - tillägg med anledning av Ostlänken, samråd	REMISS
2025.15408	I	Remiss - D7.2 Xt-EHR - Medicinska bilder och rapporter EEHRxF krav och specifikationer för EHR-system - Utkast	Peter Häyhänen
2025-09-30		E-hälsomyndigheten	Regionledningskontoret
RJL 2025/3113		D7.2 Xt-EHR - Medical images and reports EEHRxF requirements and specifications for EHR systems - Draft Remissvar skickas enligt bifogade instruktioner, på engelska och i bifogat excelformulär till registrator@ehalsomyndigheten.se, med cc till michel.silvestri@ehalsomyndigheten.se. Svar senast 2025-11-11. Remiss - D7.2 Medicinska bildstudier och relaterade bildrapporter: Implementeringsguider för EEHRxF, funktionella och tekniska krav och specifikationer för elektroniska	REMISS

		patientjournalsystem	
2025.15421	I	Remiss - Xt-EHR D7.2_Introduktion WP7 och D7.2. Kort beskrivning av rapporten samt specifika frågor för återkoppling/remissvar	Peter Häyhänen
2025-09-30		E-hälsomyndigheten	Regionledningskontoret
RJL 2025/3113		Xt-EHR D7.2_Introduction WP7 and D7.2 Consultation Briefing Document 20250926 Svar senast 2025-11-11. Remiss - D7.2 Medicinska bildstudier och relaterade bildrapporter: Implementeringsguider för EEHRxF, funktionella och tekniska krav och specifikationer för elektroniska patientjournalsystem	REMISS
2025.15464	I	Remiss- Granskning- Detaljplan för fastigheten Rastad 1:6	Nathalie Bijelic Eriksson
2025-09-30		Vaggeryds kommun	Regionledningskontoret
RJL 2025/3281		Svar senast 2025-10-31 Remiss- Granskning- Detaljplan för fastigheten Rastad 1:6	REMISS
2025.15493	I	Remiss- huvudrapport Trafikverket	Lina Gerdin
2025-09-30		Trafikverket	Regionledningskontoret
RJL 2025/1031		 Regeringsbeslut - Uppdrag till Trafikverket att ta fram förslag till nationell plan för transportinfrastrukturen och möjlighet för länsplaneupprättarna att ta fram länsplaner för regional transportinfrastruktur 2026 - 2037	REMISS

Ärenden

Utskriftsdatum: 2025-10-01 **Utskriven av:** Anette Nero

Diarieenhet: Region Jönköpings län

Sekretess: Visas ej

Makulerade: Visas ej

Beskrivning av sökning:

Ärendenummer Datum	Ärendemening Avsändare/Mottagare	Ansvarig Avdelning
2025/2898 2025-09-03	Patientärende Inspektionen för vård och omsorg	Camilla Holgersson Regionledningskontoret
2025/2926 2025-09-04	Patientärende Inspektionen för vård och omsorg	Camilla Holgersson Regionledningskontoret
2025/2983 2025-09-10	Patientärende Inspektionen för vård och omsorg	Camilla Holgersson Regionledningskontoret
2025/3004 2025-09-11	Patientärende Inspektionen för vård och omsorg	Camilla Holgersson Regionledningskontoret
2025/3005 2025-09-11	Patientärende Inspektionen för vård och omsorg	Camilla Holgersson Regionledningskontoret
2025/3108 2025-09-18	Patientärende Inspektionen för vård och omsorg	Camilla Holgersson Regionledningskontoret
2025/3156 2025-09-22	Patientärende Inspektionen för vård och omsorg	Pernilla Svensson Psykiatri rehab o diagnostik
2025/3256 2025-09-29	Patientärende Inspektionen för vård och omsorg	Camilla Holgersson Regionledningskontoret

Handling	Dnr + rubrik/innehåll
Inkomna handlingar	
– Regeringsbeslut	
– Beslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	RJL 2024/1151 Patientärende RJL 2023/3743 Patientärende RJL 2025/2320 Patientärende, Lex Maria RJL 2025/1815 Patientärende, Lex Maria RJL 2025/3025 Anmälan av avvikande händelse vid blodverksamhet RJL 2025/3024 Anmälan av avvikande händelse vid blodverksamhet RJL 2025/3101 Ansökan om tillstånd i temporära lokaler för laboratoriemedicin RJL 2025/3079 Ansökan om tillstånd i temporära lokaler för laboratoriemedicin RJL 2025/3156 Beslut gällande begäran om journalförstöring – uppdrag att verkställa IVO:s beslut om journalförstöring RJL 2025/1402 Patientärende, lex Maria
– Beslut från Sveriges kommuner och regioner (SKR)	
– Skrivelser från invånare	
– Skrivelser från organisationer	
– Övrigt	
Upprättade handlingar	
– Protokoll	Protokoll Nämnd för folkhälsa och sjukvård – presidium 2025-08-19 Protokoll Nämnd för folkhälsa och sjukvård 2025-09-02
– Svar på skrivelser från invånare	RJL 2025/2071 Svar på skrivelse: Rädslan för peth-prov och körkortsåterkallelse gör att patienter avstår vård – ett farligt vårdhinder
– Svar på skrivelser från organisationer	
– Övrigt	

§ 125

Kurser och konferenser

Beslut
Presidiet beslutar följande.

Inbjudan: Bara en hjärnskakning – eller?
– Nämnden står inte för kostnader kopplade till inbjudan.

Inbjudan: Dialogmöte mellan patientföreningar och politiker
– Nämnden står för kostnader kopplade till inbjudan.

Beslutsunderlag
- Inbjudan: Bara en hjärnskakning – eller?
- Inbjudan: Dialogmöte mellan patientföreningar och politiker

Beslutet skickas till
Nämnden för folkhälsa och sjukvård

BARA EN HJÄRNSKAKNING - ELLER?

Seminarium 24 oktober kl.13:00 - 16:30

Varje år söker 30.000 personer sjukhusvård efter lindriga traumatiska hjärnskador, orsakade av fall, slag mot huvudet etc. Flertalet av dessa drabbas av hjärnskakning, och ungefär var femte drabbad får långvariga kvarstående problem. Hjärnskakningar orsakar mycket personligt lidande och stora samhällskostnader och långt ifrån alla som drabbas har idag tillgång till adekvat rehabilitering. Detta seminarium syftar till att sätta fokus på och sprida kunskap om hjärnskakningar, och lyfta fram goda exempel på förebyggande arbete och rehabilitering.

Varmt välkomna!
Plats: Hasse på Sjökanten, Rekrytvägen 5, Jönköping www.hassepasjokanten.se
Anmälan: Anmälan senast 22 oktober här: Anmälningsformulär eller

PROGRAM

Moderator: Britt-Marie Ekdahl

13.00-13.15 **Välkommen - inledning**
Mikael Lundqvist, ordförande Hjärnkraft Jönköping
”Förändring kan leda till framgång”
Morgan Johansson, projektledare “Nollvision spelares säkerhet” Svenska Hockeyförbundet
“Långvariga symptom efter hjärnskakning - en förvirrande folksjukdom”
Victor Bull, fysioterapeut Hjärnskakningsmottagningen
14.40-15.00 **Paus med fika**
15.00-16.30 **“Synproblem efter hjärnskakning”**
Madelein Kautto, optometrist Eye Clinic Scandinavia
Hjärnskakningsguiden
Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft
På gång - personcentrerat vårdförlopp för traumatisk hjärnskada (THS)
Region Jönköpings län
Panelsamtal med dagens föreläsare
Moderator Britt-Marie Ekdahl
Avslutning

Hjärnskadeförbundet HJÄRNKRAFT Jönköpings län

HJÄRNKRAFT

From: "Johansson Maria" <maria.e.johansson@rjl.se>
Sent: 2025-09-24 16:14:45
To: "Karlsson Viktoria" <viktoria.karlsson@rjl.se>
Subject: Inbjudan med anmälan till dialogmöte mellan patientföreningar och politiker 20 november

Nu är anmälan öppen till höstens dialogmöte mellan patientföreningar och politiker.

Datum: Torsdagen den 20 november 2025
Tid: Kl. 13:00 – 16:00, start med lunch kl. 12:00
Plats: Kungsporten, Huskvarna Hitta hit

Sista anmälningsdag är **9 november.**

För mer information och för att göra din anmälan, klicka på länken, Anmälan dialogmöte 20 november 2025
Utskick av frågor till gruppsamtalen sker i god tid innan dialogmötet.

(Denna inbjudan skickas även till de som medverkade vid vårens dialogmöte)

Varmt välkommen!

Med vänliga hälsningar arbetsgruppen/gm

_____
Maria Johansson
Utvecklingsledare, sektion samskapande med partners och invånare
072-586 00 46
maria.e.johansson@rjl.se

Qulturum
Region Jönköpings län
www.rjl.se/qulturum | www.rjl.se

Region Jönköpings län

Ur ett patientperspektiv: Drabbad av psykisk ohälsa/diagnos.
Frågeställning: ”Vilka hinder kan man stöta på i vården?”
”Hur undvikes hindren för att göra besöket det bästa möjliga?”

Hinder

Historien om kvinnan som sökte vård för smärtor i fot och ben. Kvinnan hade tidigare haft en depression och fick frågan om hon hade slagit sig själv på foten då den var så missfärgad och svullen. Kvinnan blev inlagd på sluten avdelning och ansågs inte ha smärta. Ett halvår senare sökte hon vård igen och behandlades då för Borrelia och fick genomgå en operation av foten, då hon inte längre kunde ha en sko på den.

Upplevelsen av att inte bli tagen på allvar.

En gång psykiatripatient alltid psykiatripatient oavsett åkomma – Att bli klappad på huvudet ”vi vet bättre”.

Hjälpsamt

För att skapa förutsättningar för tillit och delaktighet.

När en person söker vård på grund av somatisk sjukdom är det den som ska vara i fokus även om det finns en psykiatrisk diagnos i journalen.

Empatisk förhållnings ger att personal och patient har en dialog för att skapa förståelse.

En del kan vara rädda för att göra fel eller säga fel, säg det inledningsvis och be patienten sammanfatta vad den upplevt för att undvika missförstånd.

Det är viktigt att tänka att kommunikation också sker genom kroppsspråk. Det som sägs visas genom gester, tonfall och rörelser.

Ärlighet och att vara respektfull i kommunikationen skapar förutsättningar för tillit och delaktighet i vårdkontakten.

Bemötandet – alla personer vill bli lyssnade på, tagna på allvar och sedda. Att inte vårdpersonal behandlar eller ser den orsak som patienten söker vård för.

Icke-dömande inställning

Se personen bakom diagnosen.

Ingen är sin diagnos.

Kompetenta personer som kan ta egna beslut.

Region Jönköpings län

2024-01-24

Medverkan vid dialogmöten mellan patientföreningar och politiker med inbjudna verksamhetsrepresentanter

Vad är ett dialogmöte?

Dialogmöte är en mötesplats där politiker från nämnden för folkhälsa och sjukvård bjuder in länets patientföreningar till dialog eller samtal kring hälsa, vård och omsorg. Med utgångspunkt i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättningar möts samtalen i de möjligheter och utmaningar som samhällsutvecklingen/omställningen till en nära vård medför. Varje dialogmöte har ett tema med framtagna samtalsfrågor, som berör såväl funktionsrätt, politik eller hälso- och sjukvårdens verksamheter. För att dialogmöten ska bli så innehållsrika som möjligt, finns en arbetsgrupp med representanter från regionens politiska- och tjänstemannaorganisation samt Funktionsrätt Jönköpings län som håller i planeringen. Dialogmöte hålls två gånger per år, under vår och senhöst.

Roller och förväntningar på deltagare

Dialogmöten har genom åren ändrat form. Under senare tid har vikten av att verksamhetsrepresentanter medverkar blivit tydlig. Dels för att kunna svara direkt eller återkomma med svar på de frågor som berör verksamhetsnära områden men också att inhämta synpunkter och sprida kunskap vidare om funktionshinderperspektiv som lyfts i samtalen.

Inbjudan till patientföreningar går i första hand genom föreningarnas ordförande eller kontaktperson och sprids vidare till medlemmar i föreningarna. Patientföreningarnas deltagare ska ha ett brett funktionsrättsperspektiv och representera föreningens medlemmar och inte sig själva. Funktionsrätt Jönköpings län sprider inbjudan via sin webbplats och erbjuder ett förmöte för anmälda deltagare.

Politiker förväntas representera samtliga partier.

Representant från patientförening

- Innan dialogmötet:
  - ta del av utskickade samtalsfrågor och samla in underlag från medlemmarna.
  - om möjligt medverka vid förmöte anordnat av Funktionsrätt Jönköpings län.
- Under dialogmötet:
  - delta i gruppsamtal med underlag från samtalsfrågorna.
  - vara en röst för att lyfta funktionsrättsfrågor utifrån aktuellt tema samt representera egen förenings perspektiv.
- Efter dialogmötet:
  - återkoppla och sprida underlag från dialogmötet till medlemmar och eventuella nätverk .

Politikerrepresentant

- Innan dialogmötet:
  - vara uppdaterad om aktuellt tema.
  - utse samtalsledare, 6-8 personer. Utsedda personer ska vara väl förberedda att leda samtalet. Som stöd finns checklista som skickas ut i god tid före mötet.
- Under dialogmötet:
  - delta i gruppsamtal med underlag från samtalsfrågorna. Som stöd för mötesanteckningar finns tjänstemän från sektion folkhälsa och Qulturum.
- Efter dialogmötet:

- fundera på hur de synpunkter som kommer fram kan tas vidare och i vissa fall gå från snack till verkstad.
- sprida till politiker i FS-nämnden och eventuella nätverk.

Verksamhetsrepresentant

- Innan dialogmötet:
  - vara uppdaterad om aktuellt tema och ta del av utskickade samtalsfrågor.
  - utifrån samtalsfrågorna ta reda på hur det ser ut i den verksamhet jag representerar.
- Under dialogmötet:
  - delta i gruppsamtal med underlag från samtalsfrågorna.
  - agera bollplank mellan verksamhet och dialogmötesforum (som sittande behöver man inte ha svar på alla frågor, men vid behov ta reda på fakta och återkoppla).
- Efter dialogmötet:
  - fundera hur de synpunkter som kommer fram kan tas vidare och i vissa fall gå från snack till verkstad.
  - sprida till verksamheter som man representerar och eventuella nätverk.

§ 111

Intern kontroll – Delårsrapport 2025 Nämnd för folkhälsa och sjukvård – verksamhetsområden

Diarienummer: RJL 2025/21

Beslut

Presidiet beslutar att

- verksamheternas delårsrapporter ska delges nämnden vid nämndsammanträdet den 14 oktober 2025.

Beslutsunderlag

- Delårsrapport 2025 Folkhälsa och sjukvård (regionledning)
- Delårsrapport 2025 Folktandvården
- Delårsrapport 2025 Kirurgisk vård
- Delårsrapport 2025 Medicinsk vård
- Delårsrapport 2025 Psykiatri, rehab o diagnostik
- Delårsrapport 2025 Vårdcentralerna Bra Liv

Region Jönköpings län

Delårsrapport
Tertial 2 2025

Folkhälsa och sjukvård (regionledning)

Dnr RJL 2025/21
Mats Bojestig, Hälso- och sjukvårdsdirektör
Folkhälsa och sjukvård (regionledning)
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

Inledning **4**

Medborgare och kund **5**

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på 5

Process och produktion **10**

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare 10

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet 11

Inledning

Avdelningen för Folkhälsa och sjukvård på Regionledningskontoret består av 6 sektioner och en stab med uppdrag att stödja arbetet inom folkhälsa och sjukvård. Staben har uppdrag bland annat inom planen för framtidens hälso- och sjukvård, kunskapsstyrningen, läkemedel, patienträttigheter och avgifter. Övriga sektioner är Primärvård och rehabilitering, Chefläkare och patientsäkerhet, Smittskydd och vårdhygien, Folkhälsa, E-hälsa och Bedömning tandvård. Avdelningen har omkring 110 medarbetare.

Avdelningen stödjer arbetet med revideringen av planen för hur vi tillsammans möter framtidens behov av hälso- och sjukvård. Planen tar sikte på utveckling kring sjukvård och hälsa fram till 2030 inklusive förflyttningen mot nära vård. Arbetet inom *Bästa platsen* tillsammans med kommunerna i länet har fortsatt med riktade insatser för elevhälsocentraler och förstärkt lokal samverkan inklusive arbetet med dashboardar som nu finns på plats. Rutinen kring konsultstöd från sjukhusens specialistvård till primärvården genom sömlösa vårdövergångar har fortsatt och avvikelser följs.

Utredningen kring 1177 på telefon och förstudien av ingångar i vården är klara och innehåller ett antal förbättringsförslag som nu används som underlag i den fortsatta planeringen och arbetet med att vårdcentralen är ingången till vården.

Arbetet med uppstarter av länsgemensamma programområden (LPO) fortsätter och under våren genomfördes en test av LPO-forum. Konceptet med LPO-forum kommer fortsätta under hösten med två ytterligare dagar.

Planering inför höstens vaccinationer pågår. Alla över 75 år kommer att kallas till vaccination för influensa och covid. De mellan 65 och 74 får ett meddelande i 1177. Intresset för TBE vaccination har hittills i år varit något lägre än 2024.

Inom läkemedelsområdet pågår ett antal aktiviteter och förbättringsarbeten. Antibiotikaförskrivningen har minskat och Region Jönköpings län ligger nu näst bäst i landet. Arbetet kring avancerad läkemedelsbehandling i hemmet pågår och riskbedömningar är genomförda. Diskussion förs om möjlighet för kommunerna att få tillgång till Cosmics läkemedelslista. Ett nationellt arbete pågår kring restnoteringar och i sydöstra sjukvårdsregionen förs dialog kring rekommendationer.

Digitaliseringen och arbetet med enklare vardag är viktigt område där det pågår ett aktivt arbete med att öka användningen av digitala tjänster och digitala arbetssätt.

Medborgare och kund

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktorer: Nöjda kunder och intressenter

Uppdrag: Införa gemensam dokumenterad överenskommelse mellan patient och vårdgivare.

Aktiviteter	Analys
Stödja, utveckla och följa tillämpningen av dokumenterad överenskommelse	Ett förberedande arbete har startat med Qulturum, sektion e-hälsa och några vårdcentraler inför en pilot som planeras med start i september och ska hålla på till och med december. Fokus på att utforska Cosmic Insight i daglig styrning, särskilt kopplat till dokumenterad överenskommelse. En paketering av koncept för egengranskning pågår (exempel Rehabcentrum), samt planering av uppföljning av patientupplevd (exempel Habiliteringen). Under hösten kommer dessa koncept testas.

Uppdrag: Öka patientens kunskap om sin sjukdom.

Aktiviteter	Analys
Utveckling och införande av patientens kunskapsstöd	En synkgrupp för samordning av strategiska initiativ i budget med verksamhetsplan 2025 startades under våren. Områdena är digitala kallelser, digital patientinformation, gemensam digital servicenivå, patientens kunskapsstöd. Kommunikation har skett vid olika forum, såsom storgrupp sjukvård, utvecklingskraft och nätverksträffar. Uppföljning av arbetet och avstämning mot gemensamma målbilden i september tillsammans med operativa ledningsgruppen.
Utveckling och spridning av fler mötesplatser och hälsocaféer likt hjärtats hus i länet	**Hälsocafé - Digitala och fysiska mötesplatser (tidigare benämnt Hälsocafé)** Dessa hälsofrämjande insatser finns även med under ”Fortsätta utveckla olika tjänster inom hälsa och prevention” (Meny för invånare). På FS-webben finns nu en samlad sida för verksamheten. Samtal pågår med kommunikationsavdelningen att få till en motsvarande samlad sida på 1177. **Fysiska mötesplatser:** • Hjärtats hus (fortsatt arbete med årshjul med aktiviteter relevant för målgruppen, kopplade till olika kroniska diagnoser). Hjärtats hus finns på två platser, Värnamo och Jönköping. I Eksjö har Hjärtats hus samarbete med Hälsocenter med gågrupper. • Recovery college, erbjuder kurser över länet. • Lärcafé, fortsatt samverkan inom Sydöstra sjukvårdsområdet, gällande sällsynta diagnoser. Kurser startas upp regelbundet, både inom primärvård och specialiserad vård.

Aktiviteter	Analys
	• Självhjälpsgrupper. Fortsatt utveckling genom IOP med föreningen Hjärnkoll. Många grupper har startats upp över länet. Utbildning sker kontinuerligt av igångsättare för att leda grupperna. **Resurspersoner:** • Levande bibliotek/Peer. Ett löpande arbete pågår med att ta in nya personer med egen erfarenhet in i verksamheten och introducera till nya uppdrag. Även bokningar och kontakter från verksamheterna har ökat i antal och engagemang. • Patientstödjare. Jönköping och Eksjö är bemannade med tre Patientstödjare på deltid. De tre arbetar på lite olika sätt med patientkontakterna på och utanför sjukhuset. Kontakterna med verksamheten har ökat och därmed också patientkontakterna. Även Värnamo täcks in.

Uppdrag: Ett treårigt projekt med en samordnare för omställningen till nära vård startas under 2024.

Aktiviteter	Analys
Starta en operativ ledningsgrupp för ledning, styrning och uppföljning	Den operativa ledningsgruppen för ledning, styrning och uppföljning av verksamhetsplanen för Folkhälsa och sjukvård inklusive förflyttningen mot nära vård har fortsatt sitt arbete. Syftet med gruppen är att stödja och stärka samverkan kring olika uppdrag och aktiviteter utifrån verksamhetsplanen. I uppdraget ingår att följa upp aktiviteter, mål och mätningar. Kartlägga aktiviteter och resultat utifrån förflyttningen mot nära vård och stödja spridning av goda exempel. Gruppen bereder även ärenden som behöver gå till sjukvårdens ledningsgrupp för information eller beslut.

Framgångsfaktorer: God tillgänglighet

Uppdrag: Under 2025 genomförs en utredning kring 1177 på telefon

Aktiviteter	Analys
En utredning genomförs av 1177	Utredningen kring 1177 på telefon är klar och rapporterade till nämnd för folkhälsa och sjukvård och till sjukvårdens ledningsgrupp. Rapporten visar ett antal förslag till förbättringar. Denna rapport tillsammans med några andra uppdrag och initiativ i budget och verksamhetsplan kommer vara underlag till fortsatt planering.

Uppdrag: Översyn av ingångar till vården

Aktiviteter	Analys
Översyn av patientingångar till vården.	Förstudien kring vårdens ingångar är klar och rapporterade till sjukvårdens ledningsgrupp. Rapporten visar på ett antal förslag till utvecklings framåt. Rapporten kommer tillsammans utredningen av 1177 på telefon samt ytterligare uppdrag/aktiviteter i Budget och verksamhetsplan vara

Aktiviteter	Analys
	underlag till fortsatt inriktning och planering.

Uppdrag: Erbjuda fast vårdkontakt och enkla kontaktvägar in till vårdcentralerna för patienter med stora vårdbehov.

Aktiviteter	Analys
Utveckla läkarstödet till de särskilda boendena och den kommunala hemsjukvården	Fortsatt utveckling och uppföljning av läkaruppdraget enligt avtal mellan huvudmännen. Gemensam kompetensutveckling i form av ytterligare en omgång Faktadagar SÄBO för läkare och sjuksköterskor som arbetar i särskilt boende är under planering för hösten.

Framgångsfaktorer: God och jämlik hälsa

Uppdrag: Förbättra folkhälsan hos länets invånare.

Aktiviteter	Analys
Arbetet med ”Bästa platsen” för att förbättra folkhälsan hos länets invånare fortsätter	Utvecklingsplattformen Bästa platsen pågår och tar sin utgångspunkt utifrån strategigruppernas handlingsplaner där stöd erbjuds till team som arbetar i samverkan över organisatoriska gränser. Inom barn och unga görs nu en satsning med fokus på stöd till konceptet elevhälsocentral. Inom äldre finns en riktad insats på att ge stöd till team som arbetar med utveckling av konceptet förstärkt lokal samverkan med gemensamma dashboard. Dessa riktade insatser följs upp inom respektive strategigrupp i deras handlingsplaner.
Stödja kommuner i tidiga samordnade insatser för att främja psykisk hälsa, fysisk aktivitet och fullfölja studier	Mycket arbete pågår kring detta dels genom flera aktiviteter som finns inom handlingsplanen för strategigruppens arbete. Sektion folkhälsa har utifrån att den nya strategin för psykisk hälsa och suicidprevention som antogs våren 2025 skickat ut en enkät till alla rektorer i länet för att kartlägga hur man arbetar med tidiga samordnare insatser och även vilka metoder och insatser man använder för att på olika sätt bidra till psykisk hälsa för länets barn och unga. Resultatet från kartläggningen visa att många jobbar aktivt med psykisk hälsa men främst genom temadagar m.m. Hälsosamtalen används brett men återkopplingen till grupp/organisation varierar. Många lyfter svårigheter i samverkan mellan vissa aktörer och personal upplever ökade krav att bemöta psykisk ohälsa, särskilt bland flickor. Nästa steg blir att utifrån resultaten ta fram rekommendationer för fortsatt arbete, identifiera möjliga stöd- och utbildningsinsatser och fördjupa dialogen mellan kommun och region. Flera kommuner är också i ett arbete där man vill få snurr på fysisk aktivitet på recept. Det genomfördes ett digitalt studiebesök i Helsingborg där de jobbat med Go FaR. Det har lett vidare i fortsatt arbete med en av våra kommuner. Se också mer information under aktiviteten med det fortsatta arbetet med Elevhälsocentral.

Uppdrag: Arbeta för en mer jämlik hälsa hos utrikesfödda invånare.

Aktiviteter	Analys
Stärka hälsolitteracitet, egenmakt och främja integration genom hälsokommunikatörernas insatser och spridningen av hälsoguider till hela länet.	Under tertial 2 har arbetet med regionens interkulturella hälsokommunikation avseende både hälsokommunikatörer och hälsoguider fortsatt enligt plan. Hälsokommunikationerna har haft hälsoskolor, smärtskolor, diabetesskolor och föräldrautbildningar på olika språk. Personal och verksamheter efterfrågar också fortsatt utbildning och verksamhetsstöd. Samordnarna för hälsoguider har fortsatt att rekrytera och utbilda hälsoguider i länets olika kommuner. Mer utförlig rapportering av resultat sker i slutet av året. En tryckt hälsobroschyr har arbetats fram i samverkan med kommunikationsavdelningen som kan användas som ett utbildningsmaterial för att komplettera muntlig hälsokommunikation i olika sammanhang. En ny monter har även tagits fram för områdesevent. Hälsoskolans presentationer har granskats och uppdaterats och nya övningar som ska träna deltagare i hälsolitteracitet har lagts till. Insatserna syftar till att stärka egenmakten hos utrikesfödda, träna deras hälsolitteracitet och förståelse för det svenska hälso- och sjukvårdssystemet samt främja hälsa och föräldraskap. Insatserna följs genom utvärderingar i Esmaker.

Uppdrag: Förbättra barn och ungas hälsa.

Aktiviteter	Analys
Fortsätta införandet av elevhälsocentraler.	Strategigrupp barn och unga beslutade vid mötet i mars att avsätta medel till att finansiera projektledare/processledare för att driva arbetet med att hitta en gemensam väg framåt för arbetet med konceptet kring elevhälsocentraler. Dialog pågår kring om arbetet ska heta Elevhälsocentral eller om det ska heta något annat. Det viktigaste är att enas om kärnan i arbetet och varför vi behöver få till nya arbetssätt, för att tidigt och i samverkan än snabbare hjälpa våra barn och familjer till bästa möjliga hälsa. Rekryteringen är klar och 3 processledare på 50 procent vardera, en ifrån skolan, en ifrån socialtjänsten och en ifrån Region Jönköpings län, börjar den 1 september. Den nya styrgruppen för Bästa platsen barn och unga beslutade på styrgruppsmötet i maj att det blir en kick-off den 10 oktober. I dagsläget är 12 av 13 kommuner anmälda.

Uppdrag: Främja äldres hälsa.

Aktiviteter	Analys
Insatser för att främja fysisk aktivitet och motverka stillasittande hos seniorer 65+ inklusive utrikesfödda 60+	Konceptet *Walk and Talk* i Nässjö har genomförts med Hälsoguider som ledare. En somaliska talande grupper med 12 personer. En grupp med arabisktalande med 7 personer (totalt 6 promenader under maj-juni). Detta leder till både minskat stillasittande och främjande av den fysiska aktiviteten. Insatsen främjar också social samvaro vilket i sin tur kan motverka ofrivillig ensamhet. Under promenaderna

Aktiviteter	Analys
	förs dialog om olika hälsoteman på svenska. Dans på äldreboenden har under perioden haft aktiviteter på tre mötesplatser i Jönköpings län. Totalt har 131 personer deltagit, fördelat på följande platser Österängens ÄB, Jönköping (31 st), Furugårdens ÄB, Vaggeryd (46 st) och Björklidens ÄB, Nässjö (54 st). Insatsen främjar äldres rörelseglädje och social gemenskap. Under perioden har en samverkan påbörjats med idrottsförening *Bauer Endurance Club* i Jönköping. Planering för insats - konditionsträning för 60+ (simma, cykla och springa/gå). Två tillfällen för prova-på under sommaren har genomförts med få deltagare. Samverkan fortsätter för ytterligare aktiviteter. Syftet med insatsen är att främja fysisk aktivitet. Fördelen med kombinationen (simma-cykla-springa/gå) är att inte behöver träna samma sak så ofta, man stärker sin kropp för att klara vardagssysslor. Utmana balansen och rörligheten. Sista tillfället gällande simskola, för terminen, genomfördes i maj månad för utrikesfödda seniorer i Jönköping. Insatsen fortsätter i JSS regi. Resultatet av insatsen är att aktiviteten fortsätter i JSS regi. Simkunnigheten hos målgruppen har stärkts.

Uppdrag: Arbeta målinriktat med att skapa trygg och säker vård och omsorg.

Aktiviteter	Analys
Arbeta för en trygg och säker vård och omsorg.	Utvecklingen med förstärkt lokal samverkan fortsätter i hela länet. Dashboard är framtagen för att följa resultat på läns- och kommunnivå. Arbetet innefattar att förstärka både på chefsnivå och i den nära samverkan mellan kommunal hälso- och sjukvård och vårdcentral kring gemensamma patienter. Olika stödinsatser pågår, call-in på länsnivå, lokala besök.

Process och produktion

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktorer: Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Uppdrag: Erbjuda digitala tjänster som en del av verksamheternas ordinarie utbud.

Aktiviteter	Analys
Utveckla digitala tjänster som en del av ordinarie utbud.	E-hälsosektionen arbetar med stöd för digitalisering i verksamheterna, gäller exempelvis nationella tjänster 1177, olika vårdstöd ex Cosmic. Arbete pågår med att förbättra patientsäkerhetsarbetet/patientsäkerhetsberättelse via Stratsys. Framtagning av förslag på ny riskanalys i Stratsys pågår. Robot framtagen för kallelse till vaccination, kommer användas igen till höstens vaccinationer.

Uppdrag: Öka användningen av digitala tjänster och system för vård, hälsa och prevention.

Aktiviteter	Analys
Genomföra utbildnings- och inspirationstillfällen samt verksamhetsnära stöd	En inspirationsträff har genomförts under våren. Vårdverksamheter berättade om erfarenheter från omställning till digifysiskt arbetssätt.
Slutföra upphandling och teckna avtal, samt påbörja införandet av egenmonitorering.	Upphandling pågår. Beslut om systemägare har fattats och blir sektionschef primärvård och rehabilitering, Folkhälsa sjukvård. Rekrytering av resurser har påbörjats.

Uppdrag: utvecklas till att bli en viktig digital ingång till vården och samlingsplats för nödvändig information om hälsa, vård och tandvård.

Aktiviteter	Analys
Öka nyttjandet av tjänster via 1177.se	Sektion e-hälsa har genomfört utbildningar riktade till medarbetare som vill nyttja 1177 e-tjänster. Sektionen erbjuder dem regelbundet. Enklare vardag har flera pågående utvecklingsarbeten med verksamheter som vill komma i gång med tjänster på 1177.se Bokningsbara tider via webbtidbok har ökat, fler patienter bokar eller avbokar tiden via 1177. Det är inte alla verksamheter i region Jönköpings län som erbjuder bokning, avbokning/ombokning via webbtidbok och få verksamheter lägger ut tillräckligt med tider. Arbete pågår för mer ändamålsenliga vårdtjänster med avsikt att underlätta för fler utlagda tider. Antal meddelanden skickade av invånare till vården har ökat jämfört med föregående år. Antal meddelanden skickade av vården till invånarna har också ökat, med en dubbel ökning från föregående år varav de flesta meddelanden innebär en kallelse till vården. Antal startade Stöd- och behandlingsprogram har ökat måttligt jämfört med föregående år och fler behandlingsprogram erbjuds i Region Jönköpings län

Aktiviteter	Analys
	jämfört med föregående år. Antal skickade formulär via formulärtjänsten fortsätter att öka och antal videosamtal mellan invånare och vården ligger på samma nivå som föregående år.
Utforma och implementera ny riktlinje för gemensam digital servicenivå i invånartjänster på 1177.se i Region Jönköpings län	Arbetet ingår som en del i arbetet kopplat till förstudien om att minska ingångar till vården, samt utredningen av 1177 på telefon.

Uppdrag: Förbättra dialogen mellan sjukhusens specialistvård och primärvården genom sömlös vård och övergångar.

Aktiviteter	Analys
Analysera och utveckla användandet av konsultstödet från sjukhusens specialistvård till primärvården genom sömlösa övergångar	Arbetet med "Sömlös vård" fortsätter. Arbete pågår kontinuerligt med att säkerställa att doctor on demand på telefon finns tillgänglig. Alla avvikelser där det inte upplevs ha fungerat följs upp.

Uppdrag: Fasa ut mindre värdeskapande arbetssätt.

Aktiviteter	Analys
Identifiera och fasa ut arbetssätt som inte längre bedöms värdeskapande.	Det pågår en dialog med Cambio om att höja kvaliteten på Cambios manualer för att minska behovet av regionspecifika manualer. Pågår arbete också för att minska omfattning på kontaktpersonsträffar i takt med utveckling av dialogmöten för Samordnare Cosmic. Utvecklingsarbete kring patientsäkerhetsberättelsen och patientsäkerhetsdialoger pågår.
Genomföra förbättringsuppdraget, "förenkla chefers administration"	Förbättringsområden identifierade och arbete pågår. Exempelvis kring patientsäkerhetsberättelse och riskanalys.

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktorer: Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande

Uppdrag: Stödja invånare att främja hälsosamma levnadsvanor med minskad klimatpåverkan.

Aktiviteter	Analys
Fortsatt arbete i länsgemensamt programområde (LPO) Levnadsvanor, som en del av utvecklingen av Nationellt system för kunskapsstöd.	Under perioden har arbetsgruppen haft fyra gemensamma planeringsmöten. Gemensamt initiativ är taget för samverkan mellan LPO levnadsvanor och LPO cancersjukdom. Ett möte är genomfört mellan del olika LPO grupperna. Fortsatt planering följer. Med stöd av sektion e-hälsa har en Diver rapport levnadsvanor tagits fram.
Regional ledning för utveckling av Hälsocenter i Jönköpings län	Under hösten 2025 pågår ett förarbete av den regionala styrgruppen för att få in hälsocenter i regionens ledningsstruktur. Därför har deltagandet i den regionala styrgruppen minskat till att bemannas av folkhälsochef, chef för primärvård och rehabilitering och samordnare för fritidschefsnätverket. Planering pågår för en fysisk nätverksträff för

Aktiviteter	Analys
	hälsocoacherna i september och digital nätverksträff för alla team i november.

Uppdrag: Stödja kommunernas rehabiliteringspersonal med specialistkompetens och följa upp hela rehabiliteringsprocessen.

Aktiviteter	Analys
Följa upp tillämpning av rehabiliteringsplan	Uppföljning av rehabplan har gjorts kvartal 2. Ersättning har utbetalts för 24 rehabplaner. Det planeras ny utbildning av ACT rehabplaner i januari 2026.
Utveckla arbetssätt inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen	Arbetet har fortsatt och utvärderingsmaterial från e-utbildningen sammanställs regelbundet av Region Östergötland. Utvärderingen visar att de som genomgått E-utbildningen har god nytta och skriver att de kommer gå tillbaka till den för att inhämta stöd i processen.
Ett arbetssätt inom området smärta med eller utan psykisk ohälsa tas fram	Arbetet och den uppföljningen som hittills gjorts i referensgruppen har nu överförts till Fakta-grupp smärta. Första mötet genomfördes i maj. Uppföljning i forskningsgruppen pågår. ACT-utbildning tillämpning genomförd i augusti men positiv utvärdering. Planeras ytterligare utbildning i december och januari 2026. ACT-utbildning rehabplan planeras till januari 2026.

Uppdrag: Samordna arbetet kring suicidprevention i länet.

Aktiviteter	Analys
Fortsatt arbete utifrån den länsgemensamma handlingsplanen för suicidpreventionsarbetet	En uppdatering av den länsgemensamma handlingsplanen ska göras under hösten. En enkät är utskickad för att efterfråga om något specifikt behöver tas med utifrån region, kommun eller civilsamhällets perspektiv. Stor vikt kommer läggas på den nationella strategin för psykisk hälsa och suicidprevention, specifikt delmål 6. Det finns redan ett påbörjat arbete kring efterlevandestöd. Det är dock ett omfattande arbete som behöver involvera ett flertal personer, ev lyftas som ett projekt och resurser kan behöva fördelas. Diskussion kommer ske till hösten med främst strategigrupp psykiatri/missbruk, men berör även barn och unga samt äldre.

Uppdrag: Arbeta för en hög vaccinationstäckning bland äldre.

Aktiviteter	Analys
Informationskampanj kring pneumokockvaccination	Ingen särskild aktivitet under sommaren. Planering pågår inför höstens vaccinationsinsats.

Uppdrag: Stödja arbetet med att vaccinera mot TBE.

Aktiviteter	Analys
Stödja och följa upp vaccination mot TBE	Intresset för TBE -vaccination hos barn 3-18 år har varit lägre tertial 2 2025 jämfört med motsvarande period under 2024. Medialt har intresset dock fortsatt varit relativt stort

Aktiviteter	Analys
	under perioden med flera möjligheter att göra vaccinationen känd hos allmänheten. En del beslut inväntas kring fortsatt finansiering för 2026 som blir avgörande för hur arbetet ska kunna fortgå då. Från 1/1 tom 26/8 har totalt 14462 doser vaccin givits till barn 3-18 år, varav 3299 är dos 1.

Uppdrag: Hälsofrämjande arbete i socioekonomiskt utsatta områden - tilläggsuppdrag till primärvården.

Aktiviteter	Analys
Ta fram modell för att hantera uppdraget för vårdcentralerna i socioekonomiskt utsatta områden.	Ett omtag har gjorts i uppdraget kring satsningar på vårdcentraler i socioekonomiskt utsatt områden. Exempel på aktiviteter som pågår för att möte invånarnas behov i CNI tunga områden: • Vårdcentralerna lägger mer tid idag på varje patient – och därav högre CNI. • Hälsoguiderna - medmänniska som stöd fortsätter att utvecklas. Förklara det svenska sjukvårdssystemet. • Hälsokommunikatörer stödjer på vårdcentraler. • Hälsoskolan med hälsokommunikation fångar många frågor. Arbete pågår med beteendeförändring (tex har diabetesskolan varit framgångsrikt när den följs upp med butiksvandringar). • Hälsocenter arbetar med förflyttningen. • Jobbar proaktivt med mångbesökare. Teambedömningar vid korttidssjukskrivningar och mångbesökare. • Teambaserade arbetssätt görs redan idag men kan utökas till målgrupper med särskilda behov. • Forum/invånardialog med patienter för att fånga behov. • Snabbkonsultation av läkare för att visa upp högsta kompetensen och bekräfta sköterskans bedömning. • Lokal samverkan med förening och civilsamhälle. • Jobbar med fast vårdkontakt - även i andra målgrupper. Personcentrerat arbetssätt.

Framgångsfaktorer: Säker verksamhet

Uppdrag: Under planperioden anpassas Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete till Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård.

Aktiviteter	Analys
Genomföra patientsäkerhetsronder	Patientsäkerhetsronderna är genomförda enligt plan. Arbetssättet med Patientsäkerhetsronder i realtid (PiR) har genomförts på de tre orterna i triagering inom ögonsjukvården i syfte att stärka samverkan och det proaktiva patientsäkerhetsarbetet samt att lära va varandra.
Fortsätta arbete med patientsäkerhetsdialoger	Patientsäkerhetsdialoger och uppföljning av patientsäkerhetsarbetet har påbörjats integrerat med höstens verksamhetsuppföljningar enligt årshjul för patientsäkerhet, denna gång med fokus på arbetssätt för riskhantering.
Utveckla arbetet med lokal samverkansgrupp - patientsäkerhet	Utvärdering av startade länsgemensamma arbetsgrupper (LAG) sker regelbundet via lokal samverkansgrupp (LSG).

Aktiviteter	Analys
	LAG nära vård är uppstartad.
Utveckling av omvårdnadsdokumentation	Grupp för omvårdnadsdokumentation har regelbundna möten för att diskutera frågor kring omvårdnadsdokumentation och att det utifrån gruppen har brutits ut en mindre arbetsgrupp som ser över journalföringen av vårdprevention (risk för fall, undernäring, trycksår, munhälsa).

Uppdrag: Arbeta med rätt antibiotikaförskrivning och att minska vårdrelaterade infektioner.

Aktiviteter	Analys
Stöd för rationell antibiotikaanvändning	Antalet antibiotikarecept per 1000 invånare minskar igen sedan ökningen efter pandemin. Fyra av landets regioner klarar nationella målet kring antibiotikarecept och Region Jönköpings län är näst bästa regionen i landet. Inom primärvård är nu strukturerad data framtagen för samverkanspatienter tillsammans med kommuner, detta för att vidga arbetet med antibiotika och god hygienisk standard. Under september möter vi slutenvårdskliniker inom Antibiotikasmart och kommer under hösten kunna ta fram strukturerad och lättåtkomlig data med hjälp av Diver och Inera. Strama Tandvård har journalgranskat recept och i linje med nytt regeringsuppdrag utvidgas arbetet under hösten. Stramas behandlingsrekommendationer utvecklas kontinuerligt och finns enkelt att nå via App eller webbläsare, senaste tillägget är en del för Barn-infektioner.
Stöd för verksamheternas arbete mot vårdrelaterade infektioner	Vårdhygien har under påbörjat arbetet med att skapa processer som hjälper vården att utforma, genomföra och utvärdera insatser kopplade till handlingsplanens fokusområden, med fokus på den vanligaste vårdskadan i regionen: vårdrelaterade infektioner. För att öka medarbetarnas kunskap om förekomsten av vårdrelaterade infektioner, samt minska antalet patienter som drabbas av pneumoni som vårdskada har Vårdhygien prioriterat de två delprocesserna: "följa VRI" och "förebygga vårdrelaterad pneumoni". Ett processorienterat arbetssätt har använts där intervjuer har genomförts med medarbetare för att främja en kundanpassad och behovsdriven utveckling av arbetssätt, metoder, kunskapsstöd och utbildning. Syftet är att hjälpa medarbetare att registrera, mäta och följa upp vårdrelaterade infektioner samt identifiera bakomliggande orsaker och arbeta förebyggande. Genom att utveckla de två delprocesserna utifrån medarbetarnas vardag skapas förutsättningar för att arbeta mer säkert och effektivt. Ändamålsenligt verksamhetsstöd till vårdpersonal har tagits fram under tertialen, bland annat nya rutiner för MRB-screening, guide för kemiska desinfektionsmedel, metod för registrering av vårdrelaterade infektioner i primärvård och hygienutbildning till vårdpersonal. De tre vårdhygieniska egenkontrollerna för slutenvård, mottagning och vårdcentral har inför 2025 reviderats utifrån regionens handlingsplan för vårdrelaterade infektioner. Vårdhygien har deltagit på flera genomgångar av

Aktiviteter	Analys
	vårdhygienisk egenkontroll inom slutenvård, primärvård och kommunal vård och omsorg med syfte att stötta verksamheterna till att uppnå en god hygienisk standard. Det har också genomförts en vårdhygienisk egenkontroll inom respektive verksamhetsområde för att skapa ett engagemang för vårdhygieniska frågor på ledningsnivå.

Uppdrag: Agera för en säker läkemedelsanvändning.

Aktiviteter	Analys
Arbeta med att säkra vårdövergångar gällande läkemedelsbehandling	Arbetet med att ta fram rutiner för läkemedelslista i kommunal hälso- och sjukvård fortsätter tillsammans med representanter ifrån MAS-gruppen, men kommunerna har olika rutiner och inte alltid samsyn. Målet är att få en gemensam inriktning klar under hösten. En förutsättning är att kommunerna får bättre tillgång till Cosmics läkemedelslista, vilket är lyft till Sektion eHälsa.
Arbeta med att minska potentiellt olämpliga läkemedel	Ett utkast till ”mättavla” kring polyfarmaci (10-eller fler läkemedel, förskrivning av opioider, PPI, furosemid etc) är nu framtaget, som visar att RJL ligger fortsatt högst jämfört med riket gällande 10 eller fler läkemedel, att förskrivningen av opioider minskar, men fortsatt över riket men att för paracetamol ligger vi i nivå med riket hos våra 75+ men högre för hela befolkningen. Protonpumpshämmare har vi fortsatt högre förskrivning än riket, medan furosemid och bensodiazepiner ligger i nivå med riket. Målet för samtliga mätetal är i nivå med riket. Vi tittar vidare på hur mättavlan kan användas i kommunikation med förskrivare och sjuksköterskor. Under hösten fokuserar vi på förskrivning av opioider på kirurgkliniken, samt tillsammans med Fakta hålls utbildning kring utfasning av PPI. Vi behöver fortsatt skruva på arbetet med läkemedelsgenomgångar, men ingen plan finns klar för detta.
Arbeta med goda förutsättningar för att ordinera och hantera högriskläkemedel.	Riktlinjer gällande läkemedel i samband med operation/undersökning hos patienter med diabetes har uppdaterats och trädde i kraft i maj. Det pågår finjusteringar och förtydligande men rullar på bra i stort. De nationella riktlinjerna gällande koncentrerade kalium-lösningar dröjer, de är ännu inte fastställda, men framtagande av regionövergripande utbildningsmaterial kring området pågår. I oktober arrangeras ett antal workshops kring hur läkemedel ska förvaras i läkemedelsrum (tex i bokstavsordning eller ATC-kodsordning), i syfte att minska risk för fel. Målet är att det ska finnas en regionövergripande standard klar till årsskiftet.

Framgångsfaktorer: Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Uppdrag: Servera måltider som främjar hälsosamma matvanor med minskad klimatpåverkan.

Aktiviteter	Analys
Kostpolicyn med tillhörande tillämpningsanvisningar ska implementeras och följas upp.	Arbetet rullar på med aktiviteter i de olika verksamhetsområdena. Det är kopplat till utvecklingspunkterna i Handlingsplanen som i stort löper på enligt plan. Exempel på aktivitet som genomförts under perioden är Gårdsrundan den 13-14/9 i samverkan med Smålandsleden. Planering pågår och medel är sökta för att utveckla kommunikationen kring råd om säsongsanpassade och närproducerade råvaror tillsammans med Länsstyrelsen. Det pågår även ett stort arbete med omtag kring regionens riktade hälsosamtal, utvecklingsarbete pågår med hälsosamtal 2.0. Under perioden har bland annat arbete gjorts kring frågorna och en enkät har skickats ut till alla utförare. Arbete kopplat till kommunikation om de nya nationella kostråden tillsammans med kommunikationsavdelningen pågår, bland annat har man gjort flertalet inlägg på Regionens Instagramkonto. Arbetet som pågår leder på olika sätt till ökad kunskap om hälsosamma och hållbara matvanor och därmed till följsamhet av regionens kostpolicy.

Uppdrag: Fortsätta implementering och utveckling av kunskapsstyrning med syfte att erbjuda god och jämlik vård.

Aktiviteter	Analys
Fortsätta utveckling och införande av Länsgemensamma programområden - LPOer	Fortsatta LPO uppstarter sker under hösten. Målsättning är att samtliga 24 LPO ska vara uppstartade under 2025. Idag är 12 programområden igång och under september/oktober kommer ytterligare sex programområden att startas upp. Ledningsdialoger (LPO-forum) är testade i liten skala under våren och kommer genomföras för samtliga uppstartade LPO under hösten 2025.

Uppdrag: Erbjuda avancerad läkemedelsbehandling nära patienten.

Aktiviteter	Analys
Verka för en säker och jämlik avancerad läkemedelsbehandling nära patienten.	I LAG Patientsäkerhet Nära vård – Läkemedel i Nära vård gjordes i maj en genomgång av aktiviteter som kvarstår. En generisk riskbedömning kring enskilda patienter har tagits fram av chefläkarna och är ett stöd i detta arbete. En riskbedömning har genomförts utifrån läkemedelsperspektivet, främst för användning av apotekarna. Utredningen kring tillgång till syrgas i kommunal hälso- och sjukvård blev inte klar under våren, men förhoppningen är att det ska finnas ett svar under september. Aktiviteter kring utbildning och stöd för patient och vårdpersonal sker i samverkan med bland annat Qulturum. En svårighet som gruppen kommer arbeta vidare

Aktiviteter	Analys
	med under hösten, är samverkan vid öppenvårdsbesök i primärvård och i specialistsjukvård.

Uppdrag: Tillhandahålla en rationell och hållbar läkemedelsförsörjning.

Aktiviteter	Analys
Arbeta med kritiska bristsituationer av läkemedel i öppen och sluten vård	Arbete med rest- och bristsituationer av läkemedel, bedrivs i nära samarbete med Hälso-och sjukvårdsfarmaci. FAKTA-grupper involveras för att ger förslag till alternativ behandling. Information om restnoteringar publiceras på Folkhälsa- sjuvårdswebben samt i Cosmic läkemedelsmallar. Arbetet pågår kontinuerligt. Medarbetare från Region Jönköpings län är utlånad på 50 procent till Nationellt kontrolltorn (regionernas samverkansmodell för läkemedel) för att arbeta med rest-bristsituationer nationellt. Medarbetare från Region Jönköpings län är även involverade i arbetet via NAG LOK (nationell arbetsgrupp Nätverket för Sveriges läkemedelskommittéer) och då främst med framtagande av rekommendationer.
Verka för att förenkla läkemedelsrelaterade arbetsmoment inom slutenvården	Under tertial 2 har projektet med att ta fram ett inventerings- och analysverktyg för att möjliggöra journalföring av narkotiska läkemedel digitalt fortsatt. Verktyget förväntas vara klart för användning under hösten och kommer att underlätta den manuella kontrollen. Det i sin tur möjliggör att fler vårdenheter kan anslutas och sjuksköterskas arbete med journalföring av narkotiska läkemedel underlättas. Arbetssättet innebär en förflyttning av arbetsuppgift från sjuksköterska till farmaceut, vilket frigör sjuksköterskетid till förmån för patienten. Arbete med läkemedelsautomater till gemensamma läkemedelsrum pågår tillsammans med Hälso-och sjukvårdsfarmaci och kommer att fortsätta under hösten.

Uppdrag: Arbeta för en kostnadseffektiv och jämlik läkemedelsbehandling.

Aktiviteter	Analys
Följa och utveckla arbetet med upphandling och ordnat införande inom Sydöstra sjukvårdsregionen	Gemensamma läkemedelsrekommendationer för Sydöstra Sjukvårdsregionen tas fram löpande och publiceras både på lokal webbplats och på Sydöstragemensam webbplats. Läkemedelsdialoger genomförs i alla regioner inom Sydöstra sjukvårdsområdet. Benchmarking för Sydöstra sjukvårdsregionen gentemot riket och övriga regioner genomförs två gånger per år. Aktivt arbete görs för att identifiera möjligheter till kostnadsbesparingar i samband med tex patentutgångar och introduktion av biosimilarer. Samverkan sker mellan RSG Läkemedel och RSG Patientsäkerhet för att utveckla området patientsäkerhet/läkemedel. En verksamhetsplan för Sydöstragemensamma arbetsgruppen för upphandling är framtagen.
Arbeta med behandlingsrekommendationer och statistik kring läkemedel	Aktivt arbete kring kostnadsbesparingar för läkemedel sker i dialog med verksamheter vid introduktion av till exempel biosimilarer eller vid förändringsmöjligheter vid patentutgångar. Läkemedelsrekommendationer tas fram

Aktiviteter	Analys
	nationellt och storregionalt. Tillsammans med Fakta ordnas möten för faktamedlemmar för att skapa ett strukturerat arbetssätt kring läkemedelsrekommendationer via Cosmic ordinationsmallar. En RAG Obesitas har upprättats i Sydöstra sjukvårdsregionen med syfte att ta fram behandlingsrekommendationer med anledning av nya läkemedel inom området. Gruppen är ett samarbete mellan RSG Läkemedel och RPO endokrinologi.

Uppdrag: Skapa förutsättningar för patientdelaktighet i läkemedelsbehandling.

Aktiviteter	Analys
Arbeta för att förbättra överenskommelsen mellan vård och patient kring fortsatt läkemedelsbehandling.	Blanketterna för ”Information om din vårdtid” och ”Information om ditt besök” har fasats ut, men under det andra tertialet har det kommit in synpunkter på informationen i form av journaltext (dubbel-dokumentation). Målet är fortsatt att underlätta dokumentationen kring läkemedel, men det är komplext då det hänger ihop med andra arbeten kring Överenskommelse, omvårdnadsdokumentation etc. Möten med e-hälsa är inplanerade i början av hösten och förhoppningsvis finns ett beslut om inriktning till årsskiftet.
Arbeta för att öka patientdelaktighet under vård inneliggande vård genom tex självadministrering	Arbete kring självadministrering pågår sedan ca 15 år tillbaka men har liten omfattning på de flesta vårdenheter. I samband med uppdatering av riktlinjerna för diabetiker som opereras (reviderades i maj 2025) uppmärksammas vikten av att låta diabetiker som kan och vill så snart möjligt ansvara för provtagning och medicinering eftersom t ex insulindoser ska vara anpassade efter matintag.

Region Jönköpings län

Delårsrapport
Tertial 2 2025

Folktandvården

Dnr RJL 2025/21
Henrik Jansson, tandvårdsdirektör
Folktandvården
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

Inledning **4**

Medborgare och kund **6**

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på 6

Process och produktion **10**

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare 11

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet 11

Lärande och förnyelse **14**

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya 14

Medarbetare **16**

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser 16

Ekonomi **21**

Strategiska mål: God och hållbar hushållning 21

Inledning

Folktandvårdens allmäntandvård omfattar 26 kliniker i 12 av länets 13 kommuner. Specialisttandvården bedrivs på olika orter i länet med tyngdpunkt i Jönköping, där samtliga nio specialiteter finns. I Nässjö bedrivs käkkirurgi, endodonti (rotbehandling), parodontologi (tandlossningssjukdomar), ortodonti (tandreglering) samt pedodonti (specialistbarntandvård). I Värnamo bedrivs ortodonti och pedodonti. I Värnamo finns dessutom orofacial medicin (tidigare benämnt sjukhustandvård). Vid Höglandssjukhuset utförs även behandling under narkos för barn.

Tillgängligheten i allmäntandvården har fortsatt förbättrats under perioden, där 20 av 26 kliniker nu klarar tillgänglighetsmålet för vuxna patienter. Barn, äldre (75+) och patienter med frisktandvårdsavtal kallas i tid och sedan årsskiftet har ca 3 200 nya patienter kallats från kö. Arbetet med extra vårdinsatser har fortsatt under perioden, i syfte att möjliggöra vård i rätt tid i hela länet. På enstaka kliniker kvarstår fortfarande viss försening och svårighet att ta emot nya patienter, men inför 2026 ses en förbättrad tillgänglighet även där. Utvecklingen i stort pekar på att det finns kapacitet att under 2026 ta emot de patienter som förväntas söka vård inom ramen för tandvårdsreformen "tiotandvård". Kliniken i Bodafors hålls fortsatt stängd.

Den centrala uppsökande verksamheten för personer med berättigande till nödvändig tandvård har utökats, och målet om munhälsobedömning har under perioden uppnåtts medans berättigade till nödvändig tandvård som fått den utförd nås delvis.

Bemanningen i allmäntandvården är generellt god. Dock syns en ökad rörlighet inom tandläkargruppen och inom överskådlig tid ses även en större omfattning av pensionsavgångar för tandsköterskor, vilket är en utmaning då det råder svårigheter att rekrytera inom denna personalgrupp.

Inom specialisttandvården är tillgängligheten tydligt förbättrad jämfört med motsvarande tertial föregående år, där 71 procent av patienterna får vård inom 60 dagar. Utmaningar finns inom specialiteterna orofacial medicin, pedodonti, bettfysiologi samt käkkirurgi, där arbete pågår för att jämna ut och öka tillgängligheten. Prognosen pekar på att tillgänglighetsmålet om 80 procent kommer att nås under 2026.

Inom Odontologiska Institutionen pågår fortsatt ST-utbildning inom samtliga specialiteter vilket säkerställer god kompetensförsörjning, samt bidrar till ökad tillgänglighet. Under perioden är 37 tandläkare i specialisttjänstgöring, varav 18 inom regionen och övriga 19 genom uppdragsutbildning.

I juni 2025 kom besked från UKÄ att ansökan om examinationsrätt för tandläkarexamen har avslagits. Jönköping University har meddelat att man inte har för avsikt att göra en förnyad ansökan.

Inom Folktandvårdens ledning pågår under hösten ett övergripande strategiarbete som tar sikte på 2030, där bland annat en långsiktig strategi för utbud och etablering ingår och en bredare varumärkesundersökning kommer att genomföras.

Folktandvårdens finansiering består av anslag i form av budgetram, intäkter från vuxna patienter och tandvårdsförsäkringen, samt ersättning från regionens bedömningsenhet för särskilda patientgrupper samt en barntandvårdspeng. Folktandvårdens verksamhet är till stora delar konkurrensutsatt gentemot privata aktörer. Krav på konkurrensneutralitet förutsätter att prissättningen baseras på Folktandvårdens självkostnad. För att finansiera pris- och löneökningar har Folktandvårdens priser till 2025 höjts med i genomsnitt 4,6 procent. Mervärdesskatt ingår i Folktandvårdens självkostnad av konkurrensskäl.

Folktandvårdens ackumulerade resultat som helhet uppgår under perioden till 0,5 miljoner kronor. Jämfört med motsvarande period föregående år är resultatet 6,3 miljoner kronor bättre. Allmäntandvårdens resultat under samma period uppgår till minus 1,4 miljoner kronor, medan specialisttandvårdens resultat uppgår till plus 2 miljoner kronor.

Folktandvården har ekonomi i balans. Inför tandläkarutbildningen har Folktandvården utvecklat och utökat ST-utbildning och har därmed också kapacitet att under kommande år nå tillgänglighetsmålet för specialisttandvården. Under 2025 har Folktandvården erhållit finansiering för den ST-utbildning som tidigare finansierades via den nationella ersättningsmodell som successivt fasats ut sedan 2021.

Måluppfyllelse ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

	2025-08-31	Andel	2024-08-31	Andel
Antal mätetal som är uppfyllda	7	58,3%	4	40,0%
Antal mätetal som är delvis uppfyllda	3	25,0%	4	40,0%
Antal mätetal som inte är uppfyllda	2	16,7%	2	20,0%
Antal mätetal som mäts	12	100,0%	10	100,0%

83,3 procent av mätetal som är beslutade av fullmäktige respektive nämnd är helt eller delvis uppfyllda. Mer konkret uppfylls mätetalen avseende täckningsgrad för munhälsobedömningar, andel revisionspatienter i tid, ta emot nya patienter, antal årsarbetare, andel heltidsanställda, ekonomi i balans samt en positiv helårsprognos. Delvis uppfylls mätetalen avseende sjukfrånvaro, andel berättigade till nödvändig tandvård som fått den utförd och tillgänglighet till specialisttandvård.

Målen som inte uppfylls är andel chefer med 10-35 medarbetare och personalomsättningen i procent.

Utöver politiskt beslutade mätetal följer Folktandvården även nedanstående egna mätetal:
• Uppföljning av att rätt revisionsintervall enligt nya riktlinjer tillämpas för vuxna patienter 20-74 år (uppfyllt)

• Uppföljning av att rätt revisionsintervall enligt nya riktlinjer tillämpas för patienter 0-19 år (uppfyllt)

• Uppföljning av andel av revisionspatienterna som har frisktandvårdsavtal (delvis uppfyllt)

• Andel frisktandvårdspatienter av nya patienter som lämnar barn- och ungdomstandvården (ej uppfyllt)

• Andel patienter där behandlare tagit ställning till om patient är aktuell för frisktandvård eller ej (ej uppfyllt)

• Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (uppfyllt)

• Signering av journalanteckningar inom 3 veckor från besöksdatum (delvis uppfyllt)

• Inom specialisttandvården ska 70 procent av arbetstiden utgöras av klinisk tjänstgöring (ej uppfyllt)

• Andel medarbetarsamtal (ej uppfyllt)

Utfall Folktandvårdens egna mätetal:
• Antal mätetal som är uppfyllda: 3 (33,3 procent)
• Antal mätetal som är delvis uppfyllda: 3 (33,3 procent)
• Antal mätetal som inte är uppfyllda: 3 (33,3 procent)
• Antal mätetal som mäts: 9 (100 procent)

Medborgare och kund

Allmäntandvård

Tillgängligheten i allmäntandvården är avsevärt bättre 2025 än 2024, där 20 av 26 kliniker klarar tillgänglighetsmålet om 90 procent. Vi har sedan årsskiftet kallat in ca 3 200 nya patienter från kölistor. Målet är att för 2026 inte ha några patienter på kö, utan endast revisionspatienter eller akuta patienter. Vi är i tid med patienter äldre 75+, samt frisktandvårdspatienter. Vi kommer fortsätta arbetet med extra vårdinsatser för att ge möjlighet till vård i rätt tid i hela länet. På enstaka kliniker kvarstår det fortfarande viss försening, men för 2026 ser vi en förändring även där.

Specialisttandvård

Inom specialisttandvården är tillgängligheten tydligt förbättrad där 71 procent av patienterna får vård inom 60 dagar i jämförelse med 40 procent 2022 och 59 procent 2023. Utmaningar finns inom specialiteterna orofacial medicin, pedodonti, bettfysiologi samt käkkirurgi, där arbete pågår för att att jämna ut och öka tillgängligheten.

Inom orofacial medicin är tillgängligheten 27 procent vilket delvis beror på en vakant övertandläkartjänst samtidigt som vi kan notera att remisserna ökat framförallt inom området slemhinneförändringar. För att initialt lösa detta, tar man hjälp av övertandläkare käkkirurgi och på sikt genom att anställa en allmäntandläkare som kan avlasta genom att utföra narkosvården. Käkkirurgi noterar 34 procent i tillgänglighet men har 1 400 färre försenade patienter jämfört med för 2 år sedan. Kliniken har även prioriterat dentoalveolärkirurgi under de första sex månaderna till följd av sänkt åldersgräns för avgiftsfri tandvård, där nyblivna vuxna får behandlingen utan kostnad. Pedodonti noterar 48 procent i tillgänglighet. Man har idag tre övertandläkare, varav två forskar på 50 procent vardera och en är heltidssjukskriven, vilket innebär en minskad vårdproduktion och därmed sämre tillgänglighet. Inom klinisk bettfysiologi är tillgängligheten 59 procent, vilket delvis beror på att vi med kort varsel tagit över huvudhandledarskapet för en ST-tandläkare från Region Östergötland, vilket innebär reducerad klinik för handledare.

Inför 2026 kommer utvecklingen att vända inom samtliga enheter, då trenden de sista två åren pekar på att tillgänglighetsmålet om 80 procent nås under 2026.

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktorer: Nöjda kunder och intressenter

Uppdrag: Införa gemensam dokumenterad överenskommelse mellan patient och vårdgivare.

Aktiviteter	Analys
Förtydligande av överenskommelser i dagantecknings i patientjournaler	Vården ska så långt det är möjligt planeras ihop med patienten. Med tydlig information om olika behandlingsalternativ kan patienten välja det som passar hen bäst. Folktandvården journalgranskar löpande under året för att säkerställa i samband med att övriga lagkrav kontrolleras för journalföring och framtagande av kostnadsförslag till patient.

Uppdrag: Öka patientens kunskap om sin sjukdom.

Aktiviteter	Analys
Folktandvården säkerställer att patienten har tillgång till korrekt odontologisk information	Respektive ämnesansvarig övertandläkare granskar innehållet för respektive specialitet via sina nationella ämnesföreningar som återkopplar eventuella synpunkter till

Aktiviteter	Analys
1177.se	nationella 1177-redaktionen.

Framgångsfaktorer: God tillgänglighet

Uppdrag: Förbättra tillgängligheten till vården och tandvården utifrån systemmätetal och mål för verksamheterna.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Uppföljning av att rätt revisionsintervall enligt nya riktlinjer tillämpas (vuxentandvårdsprogram)	90 %	92 %	Följsamhet mäts i förhållande till rekommenderat kallelseintervall för patienter 19-64 år (samtliga riskgrupper). Från 1 september 2023 mäts följsamheten för vuxna utifrån det nya tandvårdsprogrammet, med intervallet 19-74 år. Målet om 90 procent följsamhet uppnås. Med en följsamhet på 92 procent ges mycket goda förutsättningar att bedriva rätt vård i rätt tid.
VO Uppföljning av att rätt revisionsintervall enligt nya riktlinjer tillämpas (barntandvårdsprogram)	90 %	94 %	Följsamhet mäts till rekommenderat kallelseintervall enligt barntandvårdsprogrammet för barn och unga 1-19 år och målet uppfylls för samtliga riskgrupper.
Täckningsgrad för den uppsökande verksamheten (munhälsobedömningar)	70 %	74 %	Av de personer som har "Intyg om nödvändig tandvård" och som önskat få en munhälsobedömning utförd (4 045 personer) har 74 procent (2 994 personer) fått det, målet är därmed uppfyllt.
Nämnd Andel berättigade till nödvändig tandvård som fått den utförd	53 %	39 %	Av 5 354 berättigade personer har 2 071 fått nödvändig tandvård utförd (39 procent). Behandlingarna utförs av både privat- och folktandvård varför mätetalet inte specifikt mäter Folktandvårdens måluppfyllnad. Folktandvården har god tillgänglighet att ta emot alla patienter, vi har utökat sitt centrala team för den uppsökande verksamheten och därmed ökat andel munhälsobedömningar men det slår inte igenom på detta mätetal. Folktandvården har i dagsläget inte tillgång till information om alla invånare som är berättigade till nödvändig tandvård, eller vilka av de berättigade patienterna som har tackat nej till vård vilket heller inte tas hänsyn till i mätetalet.
Nämnd Allmäntandvård: Andel revisionspatienter i tid till undersökning och behandling	90 %	92 %	Utfallet för augusti 2025 ligger på 92 procent, vilket är 6 procent bättre jämfört med augusti 2024. Satsning gör just nu för att erbjuda tid till nya patienter som står på kö hos Folktandvården. Därav kan vi se en nedgång under sommarhalvåret på de kallelser som finns bland ordinarie revisionspatienter.
Nämnd Allmäntandvård: Möjlighet att ta emot nya patienter, mäts genom minskning av kö		-59 %	Sedan årsskiftet 2025 har allmäntandvården minskat antalet patienter i kö till första tid med ca 3 200 patienter.
Tillgänglighet specialisttandvård	80 %	71 %	Tillgängligheten till specialisttandvården är 71 procent i jämförelse med 52 procent januari 2024. Följande kliniker

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
inom 60 dagar efter remiss			klarar inte tillgänglighetsmålet: käkkirurgi, orofacial medicin, klinisk bettfysiologi samt pedodonti. Arbete pågår för att jämna ut och öka tillgängligheten. Utifrån trenden de senaste två åren, når specialisttandvården målet under 2026.

Aktiviteter	Analys
Utökat fokus på att utbilda vårdpersonal på särskilda boenden för att förbättra omhändertagandet av äldres munhälsa och utveckla förståelsen för att munnen är en del av kroppen	Äldretandvårdssamordnaren är kontinuerligt ute hos kommunerna och informerar aktörer inom äldreomsorgen kring äldres munhälsa och vikten av att utföra och upprätthålla en god munhygien.
Ämnesföreträdare genomför översyn klassificering och registrering av remisser för att säkerställa korrekt mätning av tillgängligheten	Specialisttandvården arbetar med prioriteringen av remisser för att göra den likställd oavsett specialitet.

Framgångsfaktorer: God och jämlik hälsa

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Uppföljning av andel av revisionspatienterna som har frisktandvårdsavtal, Folktandvården	25 %	21 %	Vi ligger fortfarande under målvärdet. Vi pratar kontinuerligt med klinikchefer och behandlare om vikten av att erbjuda Frisktandvård till patienter som kan vara aktuella för att teckna frisktandvårdsavtal.
VO Andel frisktandvårdspatienter av nya patienter som lämnar barn- och ungdomstandvården	30 %	14 %	Målvärdet uppnås ej. Klinikchefer fått information om att behandlare ofta erbjuder ungdomar Frisktandvård i en högre premiegrupp än vad riskbedömningen anger. En osäkerhet finns bland behandlare att erbjuda i lägre premiegrupper och arbete med att stödja behandlare att bli trygga i premiegruppsbedömning pågår nu.
VO Andel patienter där behandlare tagit ställning till om patient är aktuell för frisktandvård eller ej	100 %	53 %	Behandlarna blir bättre på detta allt eftersom. Vi har inte möjlighet att nå 100 procent, då vissa patienter behöver ett återbesök för att ställningstagande till Frisktandvård ska kunna göras.

Uppdrag: Förbättra folkhälsan hos länets invånare.

Aktiviteter	Analys
Folktandvården ska arbeta för att öka kännedomen om att munnen är en del av kroppen och att Folktandvården alltid utgår utifrån den odontologiska risken	Kontakter med sektion Folkhälsa och sjukvård har tagits. Folktandvården har erbjudit sig att vara med och utföra riktade hälsosamtal, men förslaget har styrts över till andra aktiviteter. Just nu pågår aktiviteter för att möjliggöra utbildningsinsatser för tandhygienister avseende kostrådgivning och tobaksavvänjning.

Uppdrag: Arbeta för en mer jämlik hälsa hos utrikesfödda invånare.

Aktiviteter	Analys
Skapa en medvetenhet om socioekonomins och/eller kulturell påverkan på patientsäkerhet och kliniska resultat	Arbete ej påbörjat.
Barntandvårdsstrategen får i uppdrag ta fram en strategi för hur vi ska samverka med övriga aktörer för att nå målgruppens behov	Avser att etablera kontakt och samarbete med regionens hälsokommunikatörer.

Uppdrag: Förbättra barn och ungas hälsa.

Aktiviteter	Analys
I samband med digitala 2-årsmöten ska Folktandvården informera för Barnhälsovårdens räkning	Samarbetet mellan barnhälsovården och Folktandvården vid 6-månadersbesöket är i startgroparna, vi inväntar besked från leverantören av tandborstarna. Vi jobbar tillsammans med barnhälsovården för att vi ska börja göra samtliga 1-årsbesök tillsammans på barnhälsovården, troligtvis i samband med deras 10-månaders besök under 2026.

Uppdrag: Riktade insatser genomförs inom områden där kariesförekomsten ökar i förskola, fritidshem och skola.

Aktiviteter	Analys
Översyn av det preventiva arbetet inom Folktandvården (kollektiva satsningar) utifrån risk och socioekonomi	De nya externa teamen har varit ute på skolorna en del av vårterminen och kommer nu att vara ute under hela höstterminen. Vi har tyvärr tappat medarbetare, bland annat till följd av sjukdom och att de har fått andra tjänster. Ny rekrytering påbörjad. Till följd av personalbristen kommer de externa teamen inte kunna gå fullt ut på det sätt som planerats.

Process och produktion

Allmäntandvård

Vi ser det minsta rekryteringsbehovet generellt på många år. För första gången på flera år är vi nu fullbemannade i de södra länsdelarna. Dock ser vi en pensionsvåg annalkandes som främst rör våra tandsköterskor. Vi försöker vara proaktiva och vara involverade i utbildningar som ges i regionen. De första nischtandläkarna i käkkirurgi och endodonti är nu igång på sina hemmakliniker och fungerar mycket väl. Extra vårdinsatser har genomförts, på såväl på sin egen som närliggande kliniker med mycket gott resultat. Vi arbetar mer över klinikgränser som "Ett Folktandvården" än tidigare. Målet uppnås för patienter som är berättigade till nödvändig tandvård, och som önskat en munhälsobedömning. Målet uppnås även för patienter som är berättigade till nödvändig tandvård. Kliniken i Bodafors håller fortsatt stängt.

Specialisttandvård

Bemanningen är god inom samtliga enheter och specialiteter, endast en övertandläkare inom orofacial medicin saknas. I nuläget är tre övertandläkare i slutfasen av sina avhandlingsarbeten vilket leder till något reducerad klinik, samt att det är fler huvudhandledare för ST jämfört med planerat inför året, när specialisttandvården med kort varsel hjälpt andra regioner med ST-utbildning. Därav ökar inte antalet besök inom specialisttandvården trots god bemanning.

Specialisttandvården står på tre ben med utbildning, forskning och klinik. Det pågår fortsatt ett arbete kring att mäta andel klinisk tid och vad som görs på den ej kliniska delen som avser utbildning och forskning. Detta påverkar även ST-utbildningen där utvärderingar generellt visar på vikten av att ha en hög andel klinisk tid under utbildningen. Det finns fler ST igång än tidigare, totalt 37 varav 18 interna.

Under året har en forskningstjänst inom allmäntandvården tillsatts, i syfte att öka möjligheten till forskning i allmäntandvården.

Verksamhetsstatistik

	Utfall 2024-08	Utfall 2025-08	Förändring % 2025-2024
Barn och ungdomstandvård, antal patienter som har haft minst ett besök	52 693	48 304	-8,3 %
Allmäntandvård vuxna, antal patienter som har haft minst ett besök	60 413	64 558	6,9 %
Specialisttandvård, antal patienter som har haft minst ett besök	17 575	17 024	-3,1 %
Tandvård för patienter med rätt till tandvårdsstöd	5 224	5 354	2,5 %
Antal patienter, munhälsobedömning	2 208	2 994	35,6 %
Antal patienter, nödvändig tandvård	2 123	2 071	-2,2 %

Allmäntandvård:

Antalet behandlade patienter är något lägre än under 2024. Det är fler behandlade vuxna patienter samtidigt som antalet behandlade barn minskar. När det gäller antalet barn beror det på sänkt ålder för avgiftsfri tandvård. Den totala minskningen av antal besök hänger ihop med att Folktandvården nått en god tillgänglighet och har svårare att fylla tidböckerna med nya patienter. Den stora ökningen av antal patienter som fått en munhälsobedömning utförd beror på ett utökat centralt team för den uppsökande verksamheten. Trots en god tillgänglighet och kapacitet inom allmäntandvården minskar antalet patienter med rätt till nödvändig tandvård som fått den utförd vilket beror på att vi inte får kännedom om alla berättigade.

Specialisttandvård:
Antal behandlade patienter har minskat jämfört med 2024 men ligger högre än såväl 2023 som 2019, vilket är positivt. Årets minskning beror främst på att ortodontin har färre behandlade patienter samt att parodontologi-verksamheten har färre behandlade patienter till följd av en vakant övertandläkartjänst. Orofacial medicin och klinisk bettfysiologi har en större ökning under 2025.

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktorer: Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Uppdrag: Öka användningen av digitala tjänster och system för vård, hälsa och prevention.

Aktiviteter	Analys
Folktandvården ska ta fram en strategi för hur vi ska arbeta med digitala tjänster kring E-hälsa och hur vi ska prioritera dessa i samverkan med ITC och sektion E-hälsa	En genomlysning av Folktandvårdens IT-, digitalisering- och dentalservicefunktion pågår, dessutom är en ny chefstjänst inrättad (innovation och kunskapsutveckling). Denna har fått till huvuduppgift att leda Folktandvårdens fortsatta arbete med digitaliseringstjänster. Vårt arbete i IT-styrgrupp utvecklas och börjar fungera enligt regionens förväntningar.

Uppdrag: Fasa ut mindre värdeskapande arbetssätt.

Aktiviteter	Analys
Folktandvården ska på alla nivåer i hela verksamheten hålla workshops om hur vi kan arbeta för att fasa ut mindre värdeskapande arbetssätt	Från 1 augusti finns en ny enhet för Innovation och kunskapsutveckling som har till uppdrag att samla ihop verksamhetsutveckling och värdeskapande arbetssätt inom Folktandvården.

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktorer: Säker verksamhet

Uppdrag: Under planperioden anpassas Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete till Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
SJLG Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	100 %	88 %	Antalet genomförda mätningar har återigen ökat något. Följsamheten har varit stabil det senaste året, även om resultaten fortfarande ligger under målvärdet. För att stärka följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler genomförs regelbundna hygienombudsträffar. Vid dessa utbildas hygienombud som fungerar som ambassadörer på sina respektive kliniker. Ombuden uppmuntras även att regelbundet lyfta frågor om BHK på exempelvis APT, för att hålla dialogen levande och tydliggöra varför efterlevnaden är avgörande för patientsäkerheten.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Signering av journalanteckningar inom 3 veckor från besöksdatum	100 %	99,7 %	Utfallet förklaras av att flertalet övertandläkare dikterar.

Aktiviteter	Analys
Fortsatt implementering av patientsäkerhetsarbete	Patientsäkerhetsarbetet har införts och följts upp i flera forum, bland annat i Folktandvårdens ledningsgrupp, på klinikledningsnivå samt av tandläkare med odontologiskt ledningsansvar. Dessutom har utbildningsmaterial tagits fram för nyanställda och integrerats i introduktionsprogrammet.
Inventera möjligheterna till digital diktering	Medspeech finns där digital diktering utförs i Folktandvården. Ett arbete pågår med att utreda möjligheter till taligenkänning där dikteringen läggs in i journalsystemet automatiskt. Under hösten planeras för en pilot på Käkkirurgiska kliniken.
Implementera regelbundna journalgranskningar för att säkerställa god och säker vård	Flera klinikchefer och tandläkare med odontologiskt ledningsansvar genomför redan idag regelbundna journalgranskningar. På ledningsnivå har samtal inletts om att införa journalgranskning som en återkommande rutin på samtliga kliniker. För att säkerställa en enhetlig och systematisk tillämpning inom hela Folktandvården behöver ett gemensamt arbetssätt tas fram. Detta utvecklingsarbete är påbörjat och kommer att fortsätta under kommande period.

Uppdrag: Arbeta med rätt antibiotikaförskrivning och att minska vårdrelaterade infektioner.

Aktiviteter	Analys
Folktandvården ska implementera Strama's koncept "Antibiotikasmart" och genomföra insats på klinik. Målsättning under året att skapa ett mätetal för att följa förskrivningen av antibiotika och minska denna.	En arbetsgrupp har tillsatts med representant från allmän- och specialisttandvård. De har haft uppstartsmöte med regionens STRAMA-koordinator. Ett koncept ska utarbetas för utbildning på klinikerna och även involvera privata vårdgivare, samt framtagande av mätetal av antibiotikaförskrivning inom tandvården. Ett arbete har genomförts för att tillgängliggöra data för mätning.

Framgångsfaktorer: Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Aktiviteter	Analys
Alla enheter skall ha tillgång till JLT applikationen under 2025 för beställning av tjänsteresor	Kliniker och ledningsstaben har börjat använda JLT-applikationen för tjänsteresor via kollektivtrafiken. Allmäntandvårdens klinikkoordinatorer har förevisats JLT-applikationen på klinikkoordinatormöte. Stab och kliniker har testat med gott resultat och samtliga kliniker har uppmanats att börja använda JLT-applikationen för tjänsteresor genom att se till att samtliga kliniker har tillgång och att samtliga medarbetare känner till möjligheten och använder kollektivtrafik i högre utsträckning vid tjänsteresor.

Uppdrag: Utveckla cirkulära materialflöden och minska mängden avfall.

Aktiviteter	Analys
Främja användning av förbrukningsmaterial som går att materialåtervinna och består av återvunnen och/eller förnybar råvara.	Folktandvårdens kliniker arbetar med att använda flergångsprodukter där det är möjligt, som till exempel borr, dappenglas, rondskålar. Klinikerna har sett över sina rutiner för att inte använda mer engångsmaterial, dels genom att endast plocka fram det som kommer att användas, dels genom att handskar tas på när man vet att de behövs. Dock har hårdare hygienkrav försvårat arbetet med att minska engångsmaterial. Klinikerna återvinner det som går att materialåtervinna och har nu även börjat återvinna pappersmuggar och sterilförpackningar från behandlingsrummen. Digital scanner-teknik vid avtryckstagning har tagit fart, vilket leder till en stor minskning av avtrycksmaterial.
Folktandvården ska arbeta för ökad sortering av återvinningsmaterial, minska mängden engångsprodukter och främja cirkulära flöden	Folktandvårdens kliniker inom Region Jönköpings län arbetar med att använda flergångsprodukter där det är möjligt, som till exempel borr, dappenglas, rondskålar. De har sett över sina rutiner för att inte använda mer engångsmaterial genom att bara plocka fram det som kommer att användas, och att handskar tas på när de vet att de behövs. Dock har hårdare hygienkrav försvårat deras arbete med att minska engångsmaterial. Klinikerna återvinner det som går att materialåtervinna och har nu även börjat återvinna pappersmuggar och sterilförpackningar från behandlingsrummen. Scanning av avtryck har tagit fart vilket medför en stor minskning av avtrycksmaterial.

Uppdrag: Fortsätta implementering och utveckling av kunskapsstyrning med syfte att erbjuda god och jämlik vård.

Aktiviteter	Analys
Vidareutveckla arbetet inom Folktandvårdens kunskapscentrum sydöstra (FOKUS) samt införande av de nationella riktlinjerna	Under perioden har vårens kartläggning analyserats och en preliminär plan för kompetensutvecklingsinsatser 2026 har tagits fram. Gällande införandet av nationella riktlinjer pågår planering av framtagande av nästa block; den lilla protetiken.

Lärande och förnyelse

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya

Framgångsfaktorer: Förbättringskunskap

Uppdrag: Kortare ledtider från kontakt till utförd vårdåtgärd.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Inom Specialisttandvården ska 70% av arbetstiden utgöras av klinisk tjänstgöring	70 %	0 %	Arbete pågår fortsatt med att enas om ett gemensamt synsätt och hur uppföljning kan ske. Mätning kan först börja när detta arbete är klart.

Aktiviteter	Analys
Folktandvården ska arbeta med schemaläggning och arbetstidsmodeller för att korta ledtider och öka resursutnyttjandet med befintliga flöden inom specialisttandvården	Ett påbörjat arbete med att nyttja rummen i större utsträckning när tex ST är på kurs eller har administration. Ett arbete pågår att få till att ensa användning av gemensamma tidboksaktiviteter i journalsystemet vilket också har en teknisk sida som behöver lösas i journalsystemet. Förhoppningen är att färdigställa detta under 2026
Översyn av rumsutnyttjandet på klinik och framtagande av handlingsplan för optimering av rumsutnyttjandet i Folktandvården	I början på 2025 har Folktandvården startat ett projekt för "Etablerings- och utbudsstrategi i allmäntandvården" som slutförs under september månad. En del i projektet handlar om vad lokalbehovet är, där ett optimerat rumsutnyttjande är en viktig parameter för att dimensionera lokaler utifrån behovet idag och framöver. I samtliga ombyggnationer är detta en viktig parameter vi tar hänsyn till vilket leder till att antal behandlingsrum jämfört med nuläget minskar i kommande ombyggnation i Värnamo kommun. Med etablerings- och utbudsstrategin i allmäntandvården kan vi fatta välgrundade beslut framöver och styra verksamheten utifrån behovet. Folktandvården har även beslutat att göra en översyn av tandvårdsverksamheten i Rosenlunds vårdcentrum för att se hur vi kan organisera tandvården och nyttja lokalerna på ett optimalt sätt framöver.
Folktandvården ska arbeta med schemaläggning och arbetstidsmodeller för att öka resursutnyttjandet med befintliga resurser inom allmäntandvården	Denna aktivitet startas när arbetet med att ta fram "Etablerings och utbudsstrategi" för allmäntandvården slutförts.

Framgångsfaktorer: Professionell kunskap

Uppdrag: Region Jönköpings län ska kunna bidra med lärarresurser i Jönköping Universitys tandläkarutbildning.

Aktiviteter	Analys
Arbeta för att utbildningar för både tandläkare och tandsköterskor inrättas i länet	I juni 2025 kom besked från UKÄ att ansökan om examinationsrätt för tandläkarexamen har avslagits. Jönköping University (JU) har meddelat att man inte har för avsikt att göra en förnyad ansökan. Utbildning av tandsköterskor sker i TUC:s regi, där även Folktandvården är involverad. SKR genomför en nationell inventering av behovet av utbildning för tandsköterskor framgent. Folktandvården har tagit fram ett underlag under våren 2025 som visar på behovet av fler utbildningsplatser framöver kopplat till framtida pensionsavgångar och att för få utbildas redan idag.
Folktandvården för dialog med JU och samverkansregioner för att säkerställa adekvat kompetens inför tandläkarutbildning	I juni 2025 fick JU besked från UKÄ att ansökan om examinationsrätt för tandläkarexamen har avslagits. JU har meddelat att det inte har för avsikt att göra något nytt försök. Frågan är för tillfället avslutad.

Framgångsfaktorer: Forskning

Uppdrag: Fler disputerade övertandläkare.

Aktiviteter	Analys
Folktandvårdens forskningsledare tar fram en forskningsplan för de närmsta 3 åren	Folktandvårdens forskningsstrategi är framtagen i ett utkast som presenterats för tandvårdsdirektören, tandvårdschefen för specialisttandvård och Folktandvårdens forskningsråd. Arbetet med att utveckla och förankra dokumentet fortsätter under hösten 2025.

Medarbetare

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser

Framgångsfaktorer: Rätt kompetens och bemanning

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Andel medarbetarsamtal	90 %	80 %	Under tertial 2 2025 har genomförda och signerade medarbetarsamtal i LoK minskat från tertial 1 och ligger därmed längre från regionens målvärde. Någon djupare analys av orsaken till att vi backar från tertial 1 har vi i dagsläget inte. Under tertial 3 2025 planeras utbildningsaktivitet för Folktandvårdens chefer för att dels nå målen och även skapa goda dialoger mellan och och medarbetare genom kvalitativa och värdeskapande medarbetar- och lönesamtal.

Aktiviteter	Analys
Chefer ska utbildas i att öka kvaliteten i medarbetarsamtalen där individuell utvecklingsplan samt ställningstagande till eventuell bisyssla ska ingå	Under tertial 1 har Folktandvården fokuserat på att höja kunskapen om Region Jönköpings läns riktlinjer för bisysslor för att skapa en bättre följsamhet till regionens riktlinjer. En tillsatt projektgrupp har genomfört utbildningsinsatser för samtliga chefer inom området bisyssla. Utbildningen har även kort berört grundläggande moment kring medarbetarsamtalet samt introduktion till relevant systemstöd. Med anledning av förändringar på HR-enheten har inga fler riktade utbildningsinsatser genomförts under tertial 2 för att öka kvaliteten i medarbetarsamtalen. Frågan om medarbetarsamtal med fokus på individuella kompetensutvecklingsplaner samt följsamheten till Region Jönköpings läns riktlinjer för bisyssla har däremot lyfts i flera andra sammanhang i verksamheten. Även i dialoger som berör löneprocessen och lönesamtal har koppling till medarbetarsamtal och betydelsen av kontinuerlig dialog mellan chef och medarbetare gjorts. Under tertial 3 2025 planerar Folktandvården att fortsätta följa upp kvaliteten i medarbetarsamtalen där individuell utvecklingsplan samt ställningstagande till eventuell bisyssla är fortsatt prioriterad.

Uppdrag: Strategisk kompetensplanering.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Faktiska årsarbetare	571	572	Folktandvårdens verksamhet finansieras till stor del genom patientintäkter. Varje tandläkare, tandhygienist och tandsköterska som anställs leder därmed till en ökad tillgänglighet och förbättrad ekonomi. Resultatet blir det omvända när antalet medarbetare minskar. Behovet av att rekrytera fler tandläkare och tandsköterskor till framförallt allmäntandvården är vanligtvis konstant. Folktandvården arbetar aktivt med olika insatser för att attrahera, behålla och utveckla medarbetarna i konkurrens med de privata

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			aktörerna. Utmaningen är fortsatt att bemanna på mindre orter i länet framförallt vad gäller tillgången på tandhygienister och tandsköterskor. Generellt råder det brist på tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor i hela riket. För Folktandvården kan dock en positiv utveckling konstateras där personalomsättningen varit relativt stabil under 2025. Därtill har även sjukfrånvaron sjunkit över tid vilket lett till en mer stabil bemanning och bättre arbetsmiljö. Flera kliniker i allmäntandvården är nu fullbemannade och rekryteringsbehovet har därmed kraftigt minskat på dessa kliniker. Folktandvården har genom god bemanning och förbättrade arbetssätt ökat tillgängligheten för patienten, vilket har resulterat i att nyrekrytering sker i betydligt mindre utsträckning hittills under 2025. Antalet årsarbetare i augusti 2025 uppgår till 572, dvs en årsarbetare från målvärdet på 571 årsarbetare. Ackumulerat utfall för augusti jämfört med samma period föregående år och fördelat per yrkesgrupp: Tandläkare: 0,9 årsarbetare Tandhygienist: 1,1 årsarbetare Tandsköterska m.fl: - 3,9 årsarbetare Övriga: 2,7 årsarbetare Summa: 0,8 årsarbetare
Personalomsättning (andel externa avgångar exkl pension) under de senaste 12 månaderna	5 %	6,7 %	Den totala personalomsättningen i Folktandvården har stabiliserats de senaste åren med en positivt nedåtgående trend. Resultatet för andra tertialet 2024 uppgick till 7,2 procent. För motsvarande period 2025 uppgår den totala personalomsättningen till 6,7 procent. Resultatet visar en positiv indikator men nivån ligger fortfarande en bit från regionens mål på 5 procent. Även tämligen svårrekryterade kompetenser så som tandläkare inom vissa specialiteter har hittills genererat anställningsbara sökanden. Folktandvården arbetar aktivt med olika insatser för att attrahera, behålla och utveckla medarbetarna i konkurrens med övriga aktörer aktörer på marknaden. Genomförda insatser har bidragit till att minska både personalomsättningen och sjukfrånvaron över tid, vilket lett till en mer stabil bemanning, ökad tillgänglighet och bättre arbetsmiljö. Under 2025 avser Folktandvården att djupare följa upp och analysera personalomsättningen framför allt bland tandläkare, där vi kan konstatera att omsättningen tenderar att avvika i negativ riktning. Detta trots att lönesatsningar för tandläkare och tandsköterskor gjorts de senaste 3-5 åren i syfte att behålla kompetens.

Aktiviteter	Analys
Utveckla kompetensplaneringsprocessen i syfte att använda i den strategiska planeringen	För att få en överblick och strategisk höjd i det arbete som pågår med komptensutmaningen i Folktandvården har en övergripande kompetensförsörjningsstrategi för 2022-2025 tagits fram och beslutats i Folktandvårdens ledningsgrupp. Arbetet har vidareutvecklats genom den modell för kompetensplanering som Region Jönköpings län genomförde under 2024. Givet att Universitetskanslerämbetet (UKÄ) i juni 2025 avslog

Aktiviteter	Analys
	ansökan om en tandläkarutbildning vid Hälsohögskolan, Jönköping University har den möjligheten att säkerställa framtida försörjning av tandläkare gått om intet. Ett kompetenssamarbete finns etablerat med Folktandvården i Region Östergötland och Region Kalmar län inom ramen för Sydöstra sjukvårdsregionen, för att stödja medarbetares utveckling genom ett bredare kompetensutvecklingserbjudande utifrån verksamhetens behov. Under tertial 2 har Folktandvården fortsatt att kartlägga kompetensbehov månadsvis, i syfte att identifiera interna resurser samt eventuella över- eller underskott av personal. Kartläggningen genomförs inledningsvis i allmäntandvården via enkät under första halvåret 2025. Inrapportering via enkät fortsätter under början på tertial 3 för att övergå i Stratsys under mitten av tertiial 3. Därefter är målsättningen att även specialisttandvården ansluter i denna aktivitet. Införande av mätetal i Stratsys möjliggör mer strukturerad uppföljning över tid. Under tertial 3 kommer arbetet med 2026 års kompetensplan att påbörjas.
Utveckla och implementera utvecklingsprogram för respektive tandvårdsyrke	I slutet av våren och början av hösten har ytterligare material spelats in och i september lanseras block 3. Parallellt startar en ny omgång av utvecklingsprogrammet för Folktandvårdens nyaste medarbetare. Programmet inleds med introduktionsdag 2 september och går därefter vidare till block 1, som sedan våren har utvärderats och utvecklats.

Framgångsfaktorer: En god arbetsmiljö och hälsa

Uppdrag: Ett systematiskt arbetsmiljöarbete med utgångspunkt i friskfaktorerna.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel heltidsanställda	91 %	97 %	Folktandvården följer riktlinjen heltid som norm och har heltidsanställning som utgångspunkt vid nyanställning. Om särskilda omständigheter anges beviljas partiell tjänstledighet. I dessa fall gör chefen en bedömning utifrån verksamhetens och medarbetarens behov. Under tertial 2 2025 kan konstateras att 97 procent av Folktandvårdens medarbetare är heltidsanställda vilket visar hög följsamhet till riktlinjen och i förhållande till regionens mål på 91 procent. Det finns ändock en potential i att ytterligare öka följsamheten till riktlinjen genom en konstruktiv dialog mellan chef och medarbetare, när medarbetaren önskar partiell tjänstledighet som ej är lagstadgad.
Personalhälsa - Sjukfrånvaro %	5,5 %	5,7 %	Under tertial 2 2025 har Folktandvårdens sjukfrånvaro minskat och ligger totalt på 5,7 procent och närmar sig därmed regionens målvärde på 5,5 procent. Givet att tertial 2 dels omfattar semester och heller inte utgör säsong för influensa och annan virussmitta, är det sannolikt en del i förklaringen till utfallet. I jämförelse med Folktandvården i övriga Sveriges regioner ligger nivån klart under genomsnitt över tid. Folktandvården arbetar fortsatt med att minska sjukfrånvaro och öka frisknärvaro med utgångspunkt i regionens åtta

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			friskfaktorer. Det sker genom ett fokus på systematiskt arbetsmiljöarbete, förebyggande insatser för att fånga tidiga signaler på ohälsa, arbeta aktivt med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen samt ge förutsättningar för återgång i arbete, samt uppföljning.

Aktiviteter	Analys
Översyn av deltidsarbete	Folktandvården följer riktlinjen kring heltid som norm och har heltidsanställning som utgångspunkt vid nyanställning. Om särskilda omständigheter anges beviljas partiell tjänstledighet. I dessa fall gör chefen en bedömning utifrån verksamhetens och medarbetarens behov. Uppföljning av antal partiellt tjänstlediga sker löpande. Målet är att minska antalet partiellt tjänstlediga som ej stöds av lag, som ett led i kompetensutmaningen. Under tertial 2 ser Folktandvården fortsatt ett minskat nyrekryteringsbehov, varför frågan om att minska partiellt tjänstlediga blivit mer aktuell för att tillgängliggöra mer tid och resurser. Hittills har ingen nämnvärd förändring skett i andelen partiellt tjänstlediga men Folktandvården har på ett medvetet sätt fortsatt diskutera förekomsten av partiell tjänstledighet och de eventuella vinningarna av att minska partiell tjänstledighet som inte stöds av lag.
Fortsatt arbete med friskfaktorer och införande av "pulsmätning av friskfaktorer" på medarbetarnivå för klinikvis uppföljning utifrån denna	Projektet "Frisk arbetsplats" inleddes under 2023 och fortlöper under 2025. Frisk arbetsplats är Folktandvårdens tolkning av avsiktsförklaringen i HÖK, (huvudöverenskommelsen i det centrala kollektivavtalet) om implementeringen av Suntarbetslivs Friskfaktorer samt det regionövergripande beslutet att implementera Suntarbetslivs Friskfaktorer i samtliga verksamhetsområden. Projektdirektivet för "Frisk arbetsplats" är förankrat i Folktandvårdens samverkansgrupp. Projektet utgår från tre fokusområden: implementering av Friskfaktorer, fördjupade insatser kring tidiga signaler på ohälsa samt tydliggörandet av skyddsombudets roll i det lokala sammanhanget. Under 2023 och 2024 genomfördes Friskfaktor-workshops med framgång i hela verksamheten. Som en fortsättning på detta arbete har Folktandvården sedan våren 2024 erbjudit klinikerna möjlighet att genomföra pulsmätningar baserat på friskfaktorerna. Pulsmätningarna har genomförts i varierande grad, där klinikledningen på respektive klinik själva fått avgöra när och hur ofta de bedömt att det funnits behov. Framledes fortlöper arbetet med genomförande och uppföljning av pulsmätningarna ute på folktandvårdsklinikerna.

Framgångsfaktorer: Främjar kreativitet och delaktighet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel chefer med 10-35 medarbetare	80 %	50 %	Folktandvården arbetar aktivt för att uppnå en rimlig fördelning av antal medarbetare per chef. I dagsläget har cirka 70 procent av klinikernas chefer ett spann på 10–35 medarbetare, vilket ligger i linje med riktvärdet. Endast tre chefer i kärnverksamheten har fler än 35 medarbetare, men dessa har inga kliniska uppdrag utan arbetar enbart i chefsrollen, vilket delvis kompenserar för det höga antalet medarbetare. De chefer som har färre än 10 medarbetare ingår i Folktandvårdens ledningsstab. Det innebär att Folktandvården, bortsett från ledningsstab, är i närheten av att nå det uppsatta målet om att 80 procent av cheferna ska ha mellan 10 och 35 medarbetare. Under tertial 2 har viss rörlighet fortsatt förekommit bland första linjens chefer, vilket har medfört behov av tillfälliga lösningar för att säkerställa ett fungerande chefskap på samtliga kliniker och enheter. Utöver detta har även tillsättningar av chefer i ledningsstab tillkommit under perioden.

Ekonomi

Strategiska mål: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Ekonomi i balans	0 tkr	537 tkr	**Resultatanalys** Efter ett positivt resultat 2024 har Folktandvården inlett 2025 med negativt resultat som under augusti månad vänt till plus 0,5 miljoner kronor för perioden januari-augusti 2025. Jämfört med motsvarande period föregående år är resultatet 7,4 miljoner kronor sämre. Allmäntandvårdens ackumulerade resultat uppgår till minus 1,4 miljoner kronor. Specialisttandvårdens resultat uppgår till plus 2 miljoner kronor varav ca 4,6 miljoner kronor motsvarar vad specialisttandvården per augusti månad erhållit ersättning från regionen för den ST-utbildning som tidigare finansierades via Nationella samordningsgruppen för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring (NSATS). Inför 2025 sänktes åldern för avgiftsfri tandvård vilket lett till minskad finansiering för barn. Folktandvården erhåller övergångsfinansiering vilken inte täcker kostnaderna fullt ut för pågående behandling. Ortognatkirurgi för unga vuxna har bedömningsenheten valt att hantera inom övergångsreglerna för pågående behandling, trots att det tidigare ersattes inom det regionala tandvårdsstödet. Flera kliniker inom Folktandvården upplever en försämrad ekonomi då Folktandvården byggt upp en god bemanning under 2024 för att nå en god tillgänglighet och ta ikapp köer. Under 2025 har samma bemanning kvarstått och med god tillgänglighet är det nu svårare att fylla tidböckerna, där ett antal kliniker har patientbrist vilket ger negativt utslag på ekonomin. Kommande tandvårdsreform Tiotandvård gör att äldre avstår från tandvård, lågkonjunktur och god tillgänglighet i kombination med konjunkturen gör det svårare att fylla återbud, samt att sänkt ålder för avgiftsfri tandvård inför året, bidrar till att Folktandvården tappat en fast intäkt utan att kunna ersätta patienttiden med vuxna patienter. Klinikerna hjälper varandra och det pågår ett arbete för att synliggöra vilka kliniker som behöver låna in medarbetare och vilka som har möjlighet att låna ut medarbetare till andra kliniker. Efter augusti månad har dock Folktandvården ett samlat överskott till följd av erhållen ersättning för ST-utbildning. **Intäkter** Intäkterna för perioden januari-augusti 2025 är totalt 18,3 miljoner kronor lägre än budget och 8,8 miljoner kronor högre än motsvarande period föregående år. Till följd av god tillgänglighet och lägre patientinflöde än förväntat har inte tillsatt alla budgeterade tjänster tillsats, vilket också leder till lägre intäkter än budgeterat. Allmäntandvården har dessutom lagt mer tid på åldersgruppen 0-19 år jämfört med tidigare år, vilket motsvarar ca 6 miljoner i utebliven alternativ vuxenintäkt. När det gäller enbart intäkter från patientavgifter (inklusive

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			Frisktandvård) så är dessa 19,8 miljoner kronor lägre än budget, men 2,5 miljoner kronor högre än föregående år. Vid närmare analys av respektive verksamhet framgår att allmäntandvårdens patientintäkter är 17,1 miljoner kronor lägre än budgeterat, men 2,4 miljoner kronor högre än föregående år. Budgeterad timintäkt och andel klinisk tid uppnås. Specialisttandvårdens patientintäkter är 2,4 miljoner kronor lägre än budget men i nivå med föregående år där specialisttandvården har högre andel klinisk tid per person jämfört med tidigare år, men har tappat i timintäkt. Den förbättrade tillgängligheten gör det svårare att fylla återbud samtidigt som patienter har en sämre ekonomi till följd av lågkonjunkturen. Äldre avvaktar behandling i väntan på Tiotandvårdsreformen 2026. Fortsatt har specialisttandvården inte återgått till samma nivå andel klinisk tid som innan coronapandemin. Övriga intäkter är 1,5 miljoner högre än budget och 2,4 miljoner kronor lägre än föregående år. Ökningen mot budget beror på erhållen nationell finansiering för ST, minskningen mot föregående år beror på sänkt ålder för avgitsfri tandvård som lett till lägre regionintern ersättning. **Personalkostnader** Personalkostnaderna för perioden januari–augusti 2025 är 15 miljoner kronor lägre än budgeterat, men de är samtidigt 10,3 miljoner kronor högre än föregående år. Folktandvården har vakanta tjänster som inte tillsatts vilket hänger ihop med för lågt patientinflöde. Specialisttandvården är i princip fullbemannad. Inom allmäntandvården behöver Foltkandvården, utifrån nuvarande läge, väga tillsättning av tjänster mot patientunderlaget där ovan beskrivna utmaningar leder till att klinikerna inte tillsätter alla budgeterade tjänster. Det är en skillnad mot tidigare år då Folktandvården haft högre köer och kunnat anställa tills kliniken är fullbemannad utifrån antalet behandlingsrum. En genomlysning görs per klinik för att se över vad behovet är. En del av avvikelsen mot budget beror även på vakanta tjänster på ledningsnivå under året, framförallt ny chef för innovation och kunskapsutveckling, cheftandläkare samt tillsättning av HR-chef. Jämfört med samma period föregående år har antalet årsarbetare totalt sett ökat med 0,8 faktiska årsarbetare. I synnerhet rör det sig om 0,9 fler tandläkare och 1,1 fler tandhygienister i faktiska årsarbetare, medan tandsköterskor med flera har minskat med 3,9. Jämfört med årsskiftet ses en ökning med 0,6 faktiska årsarbetare. **Kostnader för köpt verksamhet** Kostnaderna för köpt verksamhet omfattar tjänster och material som är direkt kopplade till kliniskt utförd tandvård, såsom tandteknik, tandvårdsmaterial och implantat. Dessa kostnader är till största delen rörliga och varierar med antalet behandlade patienter samt behandlingens komplexitet. För perioden januari–augusti 2025 är kostnaderna 0,3 miljoner kronor högre än budget och 5,1 miljoner kronor lägre än föregående år. Här ingår "periodisering" i utbetalning av ersättning för barntandvård till klinikerna;

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			utan den är kostnaderna lägre än budget. Kostnadsminskningen hänger ihop med lägre produktion än budget och skillnaden mellan åren beror framförallt på lägre kostnader för tandteknik och implantat samtidigt som införandet av digitala scanners kan ha börjat ge effekt med minskat antal gipsavtryck. Jämfört med förra året har kostnad för hyrtandläkare minskat med 0,4 miljoner kronor. Avvikelsen i lägre kostnader jämfört med budget består mer konkret av 1,3 miljoner kronor för implantat, samt övrigt tandvårdsmaterial 1,7 miljoner kronor. Nya upphandlingar för tandteknik och tandvårdsmaterial har också påverkat kostnaderna positivt. **Övriga kostnader** Folktandvårdens övriga kostnader är till stora delar fasta (hyror, avskrivningar, IT med mera) och därmed svåra att påverka i det korta perspektivet. Utfallet avseende övriga kostnader för perioden januari-augusti 2025 är 4,2 miljoner kronor lägre jämfört med budget men 4,9 miljoner kronor högre än utfallet för föregående år. De huvudsakliga orsakerna till avvikelsen mot budget är följande: • 3,7 miljoner lägre kostnader avseende ombyggnationer än planerat under 2025, där Folktandvården har ett eftersatt renoveringsbehov. Vi har dock pågående ombyggnationer där kostnaden ännu ej erhållits samt större om- och nybyggnationer framöver, t ex i Eksjö, Mullsjö, Rosenlund och Värnamo. • Avskrivningar är 2,1 miljoner högre än budgeterat till följd av att avskrivning för anskaffad utrustning under 2024 påbörjades först under december månad och därmed inte var med i simuleringen till budgetprocessen. Ökning med 2 miljoner kronor mot föregående år beror på investeringen i digitala scannrar 2024. • Köpta administrationstjänster från regionen är 0,7 miljoner högre än vad som aviserats under budgetprocessen. • Regionfastigheter har debiterat en hyra som är 0,26 miljoner kronor lägre än vad som angavs i budgetprocessen.
Prognos	0 tkr	6 100 tkr	För helåret 2025 prognostiserar verksamheten ett resultat om plus 6,1 miljoner kronor och därmed en ekonomi i balans. Resultat januari-augusti: +0,5 mnkr Prognos september-december: +5,5 mnkr Folktandvården under året haft ett gott bemanningsläge och en god tillgänglighet. Sänkt ålder för avgiftsfri tandvård vid årsskiftet och kommande tandvårdsreform har gjort att färre patienter sökt vård än vad verksamheten varit dimensionerad för. Tiotandvården innebär att patienter äldre än 67 år endast ska betala 10 procent av sin behandling varför den åldersgruppen skjuter fram sin vård. En bättre tillgänglighet och lågkonjunktur gör också att det är svårare att fylla tidbok och återbud vilket återspeglas i ekonomin i början på året. En tidigare förändring med förlängda

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			kallelseintervall för friska patienter, har i år fått genomslag med lägre intäkter till följd. Allmäntandvården har jämfört med de senaste åren ett negativt resultat per augusti. Allmäntandvården förväntas avsluta året med ett positivt resultat. Specialisttandvården bedöms nå en ekonomi i balans för helåret 2025 och har per augusti ett positivt resultat. En förklaring till ekonomi i balans är att Folktandvården erhållit ersättning för ST-utbildning avseende den del Folktandvården förlorade när den nationella finansieringen för nationella ST-platser upphörde. Inför 2025 har specialisttandvården även tappat finansiering till följd av den sänkta åldersgränsen för avgiftsfri tandvård, som fortsätter under 2026-2027 avseende tillfällig övergångsfinansiering för pågående behandling. Trots att Folktandvården har en ekonomi i balans finns uteblivna ombyggnationer och fastighetsrenoveringar som bidrar positivt till resultatet, och därmed har en "underhålls- och ombyggnationsskuld" som framöver kommer leda till ökade kostnader vad gäller såväl hyra som ombyggnationskostnader.

Aktiviteter	Analys
Handlingsplan för ekonomi i balans	Folktandvårdens ekonomi är i balans både vad gäller budget för 2025 och utfallet efter andra tertialet. Prognosen är ett utfall för 2025 om 6 miljoner kronor. Folktandvården har dock ett eftersatt renoveringsbehov av lokaler som kommer innebära högre kostnader framöver, varför vi behöver arbeta med att långsiktigt ha en ekonomi i balans och där Folktandvården arbetar med flera åtgärder: • "Ett Folktandvården" för patienten där hela Folktandvården ska ha fokus på att ta emot nya patienter även om enskilda kliniker kan ha sämre tillgänglighet. Innan årsskiftet ska Folktandvården inte ha några köpatienter utan dessa ska erbjudas att bli revisions- eller frisktandvårdspatient. • Fokusera än mer på att erbjuda frisktandvård till patienterna för folkhälsan och för att ha en planerbar vård. • Vi behöver förflytta kapacitet dit den behövs och arbeta med rörlighet bland medarbetare. • Ett projekt har satts igång för att se över Folktandvårdens etablerings och utbudsstrategi för allmäntandvården. Vad har vi för potential för att locka nya patienter i olika kommuner och hur dimensionerar vi oss utifrån behovet på lång sikt. Projektet leder också till olika actionpoints per klinik vad de kan arbeta vidare med på kort och lång sikt. • Öppna upp för webbtidbokning. Pilottest har genomförts på 3 kliniker att erbjuda köpatienter att boka tid via webben, nästa steg blir till samtliga allmäntandvårdskliniker. Steg 3 blir även helt nya patienter kunna erbjudas webbtidbokning, samt ombokning för befintliga patienter. • Kliniker som uppvisat negativa budgetavvikelser efter maj månads resultat arbetar utifrån dessa. • Marknadsföringsinsatser - fokus på att ta emot nya patienter. • Uppföljning av kostnadssidan via verktyget spendanalys för att identifiera eventuella nya behov. • Arbeta med effekthemtagning av exempelvis digitala scanners som investerats i under 2024.

Region Jönköpings län

Delårsrapport
Tertial 2 2025

Kirurgisk vård

Dnr RJL 2025/21
Martin Takac, sjukvårdsdirektör
Kirurgisk vård
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

Inledning **4**

Medborgare och kund **6**

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på 6

Process och produktion **13**

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare 13

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet 15

Lärande och förnyelse **24**

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya 24

Medarbetare **25**

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser 25

Ekonomi **28**

Strategiska mål: God och hållbar hushållning 28

Inledning

God vård i ständig förbättring

Kirurgisk vård består av 17 kliniker inom specialiteterna kirurgi, kvinnohälsa och kvinnosjukvård, onkologi, operations- och intensivvård, ortopedi, smärtbehandling, urologi, ögonsjukvård samt öron-, näs- och halssjukvård. Verksamhet bedrivs på sjukhusen i Eksjö, Jönköping och Värnamo samt på länets familjecentraler och ungdomsmottagningar.

Kirurgisk vård har en budget på 3 414 miljoner kronor och cirka 2 500 medarbetare.

Verksamhetsområdet har arbetat med fokus på medicinska resultat, tillgänglighet och en budget i balans. Kompetensförsörjning och gemensamt ansvar för vårdbehovet hos länets invånare finns också ständigt i fokus. Arbetssätt ses över för att skapa mest värde i vården med befintliga resurser bland annat utifrån synsättet kloka kliniska val.

Utveckling av vården och samarbete inom och mellan specialiteter syftar till bästa möjliga hälsa hos befolkningen och bättre och jämlik vård. Parallellt med primärvårdens arbete för hälsosamma levnadsvanor arbetar Kirurgisk vård för att tidigt upptäcka allvarlig sjukdom genom aktiviteter som organiserad prostatacancertestning och screening för tjock- och ändtarmscancer.

I mitten av augusti öppnades nya lokaler för dagkirurgisk enhet i Eksjö med en utökning av daguppvak från 10 till 20 platser. Samtidigt färdigställdes en tionde operationssal. Den är dock i nuläget inte bemannad.

Det trängande behovet av högrena salar på operation i Jönköping utreds tillsammans med Regionfastigheter. Det finns fortfarande ett stort behov av att samlokalisera förlossning, BB och neonatal.

Tillgänglighet

Region Jönköpings län har Sveriges bästa tillgänglighet. Köerna till operation minskar jämfört med föregående år. Väntetiderna till mottagning har ökat. Det behövs bättre balans mellan mottagnings- och operationskapacitet.

Arbetet för kapacitet och produktionsstyrning behöver stärkas på strategisk, taktisk och operativ nivå och följas upp mer konsekvent. Genom dialog, gemensam uppföljning och bättre användning av data kan vi skapa en mer sammanhållen styrning och säkerställa att planeringen utgår från patienternas behov.

Färre remisser skickas till andra vårdgivare för patienter enligt vårdgaranti.

Cancervård

Arbetet med det nationella ledtidsmåttet för standardiserade vårdförlopp har fortsatt med uppdrag att nå delmål. Resultatet har förbättrats och är nu i nivå med riket. Verksamheterna har ett stort engagemang och avvaktar beslut om den uppdaterade nationella cancerstrategin som bidrar till fortsatt utveckling. Region Jönköpings län och Sydöstra sjukvårdsregionen har påbörjat pilotprojektet EUnetCCC för att ytterligare ta omhand nyttorna av en ackrediterad cancervård via strukturerna Comprehensive Cancer Center.

En kanslifunktion för organiserad prostatacancertestning har startats i Region Jönköpings län för hela sydöstra sjukvårdsregionen, OPT - sydöst. Deltagandegraden är den högsta i landet, 47 procent av dem som fått erbjudandet.

Digitalisering

Digitaliseringen pågår enligt plan med inriktningen att fortsätta öka erbjudandet av e-tjänster. "Enklare vardag" används för att identifiera möjlig utveckling.

HR

Sommaren fungerade i stort fungerat bra. Sjukfrånvaron var låg. Ett fåtal semestrar avbröts.

Kvinnoklinikerna hade särskilda utmaningar och samarbetade mellan sjukhusen för att hantera toppar i förlossningsvården.

Några kliniker medverkade i ett projekt om "veckoslutsarbete".

En chefsdag arrangerades i augusti om aktuellt läge, utveckling inom AI och med inspiration i ledarskap.

Ekonomi

Kirurgisk vård prognostiserar ett budgetunderskott på 65 miljoner kronor, 2 procent av budget. Flera åtgärder pågår för att nå ekonomi i balans.

Händelser

Ortopedklinikerna var värdar för den nationella ortopediveckan som hölls på Elmia i augusti.

En medarbetare har disputerat inom onkologi.

Måluppfyllelse ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

	2025-08-31	Andel	2024-08-31	Andel
Antal mätetal som är uppfyllda	5	26 %	6	26 %
Antal mätetal som är delvis uppfyllda	8	42 %	10	43 %
Antal mätetal som inte är uppfyllda	6	32 %	7	30 %
Antal mätetal som mäts	19		23	

För 68 procent av mätetalen uppnås måluppfyllelse helt eller delvis. Det är i nivå med utfallet (70 procent) i delårsrapport 2 2024. 2023 var motsvarande siffra 48 procent.

Mätetal där mål inte uppnås finns inom ekonomi, återbesök, ledtider inom SVF, utlokaliserade patienter och andel chefer med 10-35 medarbetare.

Medborgare och kund

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktorer: Nöjda kunder och intressenter

Aktiviteter	Analys
Handlingsplan utifrån resultat i nationell patientenkät (NPE)	Resultatet av Nationella patientenkäten, specialiserad sjukhusvård 2025 blir offentligt i slutet av september. Handlingsplanerna skrivs per verksamhet, på klinik- och enhetsnivå, med utgångspunkt ifrån resultatredovisningen för NPE. NPE-resultatet kompletteras ibland med andra, mer verksamhetsnära enkäter vars resultat också analyseras och ligger till grund för löpande förändringar i verksamheten. Patienter som vårdades i slutenvård mellan 1 mars och 30 april 2025 ingår i urvalsgruppen. Urvalsperiod för öppenvård var hela april månad.
Förbättra patient- och närståendeinflytande	Patient- och närståendeinflytande fortsätter att utvecklas inom VO Kirurgisk vård och tar sig olika uttryck på flera olika nivåer – från det enskilda vårdmötet till mer strukturerad verksamhetsutveckling. Flera verksamheter stärker patientens roll i den egna vården. På kvinnokliniken används exempelvis BB-tavlor för att göra den nyblivna familjen mer delaktig, och patientstyrd sedering erbjuds vid vissa mottagningsingrepp. Inom smärtkliniken har rutiner för skriftlig information och systematiska utvärderingsenkäter införts för att både förbättra delaktigheten och kvalitetssäkra behandlingar. På ortopedklinikerna ser man en tydlig ökning av patientinitierade kontakter via 1177 och TeleQ, och i Eksjö kan patienter bidra till verksamhetsutveckling direkt via informationsskärm i väntrummet. Samtidigt utvecklas arbetet med strukturerade forum och råd. Onkologkliniken har lång erfarenhet av patient- och närståenderåd och kombinerar det med nya former för delaktighet, exempelvis QR-koder i väntrummen för förbättringsförslag och kursen *Mötesplats cancer*, där patienter och närstående möts kring utbildning och samtal. Urologkliniken bjuder regelbundet in till patientråd och har aktiv dialog med patientföreningar. Ett växande område är att följa upp patient- och närståendes erfarenheter systematiskt över tid. Inom intensivvården i Eksjö sker uppföljningar vid 2, 6 och 12 månader efter vårdtillfället, vilket ger värdefull kunskap för fortsatt förbättringsarbete. Sammanfattningsvis ser vi en utveckling där patient- och närståendeinflytande integreras i allt fler delar av verksamheterna. Arbetet präglas både av innovativa metoder i det enskilda vårdmötet och av långsiktiga satsningar på samskapande i strukturerade forum. .

Uppdrag: Införa gemensam dokumenterad överenskommelse mellan patient och vårdgivare.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
SJLG Antal upprättade överenskommelser - uppföljning	60 000 st	34 392 st.	Antalet överenskommelser har ökat kraftigt sedan 2023. Antal överenskommelser till och med augusti 2023 var 8 645 stycken, för 2024 var det 24 162 stycken och för 2025 34 392 stycken. Verksamhetsområdet har för de senaste 12 månaderna 51 139 överenskommelser.

Aktiviteter	Analys
Starta upp ett arbete med dokumenterad överenskommelse med fokus på vissa sjukdomsgrupper	Kirurgisk vård följer, via operativa ledningsgruppen, arbetet som pågår övergripande för alla sjukvårdsområden.

Framgångsfaktorer: God tillgänglighet

Uppdrag: Förbättra tillgängligheten till vården och tandvården utifrån systemmätetal och mål för verksamheterna.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Starttid operation (mål 08:30)	80 %	35,5 %	Augusti 2025 når vi 35,5 procent. Antal operationer 307st varav 109 med starttid senast 0830. Augusti 2024 28,7 procent. Antal operationer 320 varav 92 med starttid senast 0830.
Faktisk väntetid till första besök inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering.	80 %	64 %	Under augusti får 55 procent sin tid inom 60 dagar. Det är liknande resultat som samma månad föregående år.
Faktisk väntetid till operation/åtgärd inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering	80 %	76 %	Under sommaren är andel som får operation inom 60 dagar lägre då det under den perioden görs färre elektiva operationer . Fortfarande är tillgängligheten till operation bäst i Sverige.
Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum	90 %	72 %	Till och med augusti får 72 procent återbesök inom 60 dagar. Insatser görs för att bättre genomföra återbesök inom medicinskt måldatum. Bland annat har ett stort arbete genomförts som kommer förbättra tillgängligheten till endoskopienheterna både vad gäller ny- och återbesök.
Nämnd Fått hjälp och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar	90 %	78 %	Tertial 2 är utfallet 79 procent det är nära målet på 80 procent. 5 kliniker som inte uppnår målet för tertial 2. Flera av dem är nära att nå målet.

Aktiviteter	Analys
Extra insatser	Urologkliniken och endoskopienheten har gjort extra insatser för patienter som väntar på besök.
(KPS) Utveckling av Kapacitets- och produktionsstyrning	Under tertial 2 har arbetet med Kapacitets- och produktionsstyrning (KPS) fortsatt inom flera verksamheter. Inom endoskopin på Ryhov har en ny produktionsplan införts med målsättningen att successivt minska vårdkön. Arbetet sker i nära samverkan mellan chefer och medarbetare på enheten, tillsammans med Qulturum, samt i dialog mellan kirurgi och medicin för en mer balanserad fördelning av patienterna. Ett länsperspektiv präglar arbetet, där resurser fördelas och nyttjas på bästa sätt över hela regionen. Flera kliniker arbetar mer aktivt med KPS och utvecklingen av *Kloka kliniska val* fortsätter att spridas. Däremot behöver arbetet med att förändra och förfina arbetssätt intensifieras ytterligare för att ge full effekt. De flesta kliniker planerar idag sina scheman 4–6 veckor framåt i **Cosmics tidbok**, medan några har kommit upp i 10–11 veckors framförhållning. Enstaka kliniker planerar redan mer än 12 veckor framåt. Inom operation används **Cosmic TM operationsplanering** med minst 12 veckors framförhållning, vilket ger goda förutsättningar för samplanering mellan de opererande klinikerna. För mottagningsverksamheten behöver vi nu ta nästa steg. En planeringshorisont på minst 12 veckor i Cosmics tidbok är en gemensam regional målsättning och en viktig förutsättning för att kunna samordna mottagning, behandlingar och operationer på ett mer hållbart och effektivt sätt. Här behöver vi bli bättre och arbeta mer konsekvent för att nå målet. Utöver detta behöver vi stärka arbetet med planering på **strategisk, taktisk och operativ nivå**: På **strategisk nivå** handlar det om långsiktig kapacitetsplanering och att säkerställa att resurserna i regionen används utifrån patientens behov och prioriteringar. På **taktisk nivå** ligger fokus på produktionsplaner och bemanning över tid, så att verksamheterna kan uppnå sina mål för tillgänglighet och produktion. På **operativ nivå** sker den dagliga styrningen av scheman, flöden och bemanning i nära anslutning till verksamheten. För att lyckas krävs att vi inte bara planerar på strategisk, taktisk och operativ nivå, utan också har en tydlig struktur för hur vi följer upp verksamheternas arbete. Detta sker genom regelbundna dialoger, analys av data och gemensamma forum där avvikelser och förbättringsbehov kan fångas upp. Arbetssättet behöver dock stärkas ytterligare, då uppföljning idag inte sker konsekvent på alla nivåer. Genom att utveckla detta kan vi skapa en mer sammanhållen styrning och säkerställa att regionen når de mål som satts upp.

Uppdrag: Under mandatperioden ska Region Jönköpings län säkra akutvårdkedjan för att patienter ska få ett snabbare och säkrare omhändertagande i hela länet.

Aktiviteter	Analys
Arbeta med att förbättra akutvårdkedjan	Samtliga sjukhus har arbetsgrupper som utvecklar arbetssätt för att hantera högt patientinflöde (PHA), komplexa vårdbehov och smidiga övergångar mellan akutmottagning och vårdavdelning. Målet är ökad patientsäkerhet, kortare ledtider och bättre patientupplevelse. Utvecklingen av subakuta mottagningar, oberoende av specialitet, pågår för att minska återbesökens belastning på akutmottagningarna och förbättra patientomhändertagandet. Regionens akutmottagningar fortsätter att ligga i topp nationellt sedan andra halvåret 2024, med cirka 80 procent av patienterna färdigbehandlade inom fyra timmar. Dessutom visar senaste nationella patientenkäten att patienterna upplever akutmottagningarna har förbättrat sig avsevärt inom samtliga aspekter. Det finns tendenser att Höglandssjukhuset och Värnamo sjukhus stagnerar i sin utveckling. Länssjukhuset Ryhov fortsätter att förbättra sig trots ett högre inflöde. En utmaning inom Kirurgisk vård är att behovet av läkarresurser till akutmottagningarna till viss del konkurrerar med behovet av läkarresurser på operationsavdelningar och att dessa konkurrerande behov inte alltid hanteras på systemnivå utan emellanåt på individnivå. Förbättringsarbetet med akutflödesprocessen, som även adresserar utmaningarna specifika för Kirurgisk vård, fortsätter.

Uppdrag: Tillse att det finns vårdplatser efter behov på de tre akutsjukhusen.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Disponibla vårdplatser		232 ◆	Antal disponibla platser till och med augusti är 232 vilket är två fler än motsvarande period 2024.
Nämnd Beläggning	<85 %	81 % ●	Den genomsnittliga beläggningen för verksamhetsområdet är på en god nivå men varierar mellan verksamheterna. Beläggningen är högst för kirurgavdelningarna i länet och lägst på gynavdelningarna inom kvinnoklinikerna. Kirurgklinikens beläggning är 94 procent medan ett flertal kliniker har en beläggning under 75 procent. Flera kliniker har i uppdrag att se över sitt vårdplatsutnyttjande.
Nämnd Utlokaliserade		1,7 % ■	Andelen utlokaliserade patienter av antal disponibla vårdplatser är till och med augusti 1,7 procent jämfört med 1,9 procent 2024 och 1,9 procent 2023. Arbete med att minimera utlokaliseringar pågår ständigt.
Nämnd Överbeläggningar	0 %	0,9 % ●	Kirurgisk vård har till och med augusti haft 0,9 procent i överbeläggningar av disponibla vårdplatser. Det är färre än förra året (1,5 %) och färre än 2023 (1,5 %). Överbeläggningar var i juli och augusti i år 1,6 respektive 1,5 procent jämfört med 2,4 respektive 2,1 procent förra året. Arbete med att minimera överbeläggningar pågår ständigt.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Återinläggningar inom 30 dagar vårddygn	15 %	13 %	Målet uppnås både i tertial 2 och stabilt över tid.

År	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025 T1	2025 T2
Återinläggningar	3 377	3 143	3 420	3 224	3 175	3 241	1 151	2 228
Utskrivna	26 945	24 342	25 462	25 036	24 979	24 643	8 594	16 756
Andel	12, 5%	12, 9%	13, 4%	12, 9%	12, 7%	13, 2%	13, 4%	13, 3%

De flesta kliniker inom Kirurgisk vård når målet. På onkologkliniken återinläggs 30 procent inom 30 dagar.

Aktiviteter	Analys
Utveckla möjligheterna att förflytta specialiserad vård från heldygnsvård till dagtidsvård/polikliniserings	Arbetet med att förflytta vård från heldygnsvård till dagtidsvård och polikliniska lösningar har fortsatt under 2025 och är en central del i näravårdomställningen inom VO Kirurgisk vård. Målet är att korta vårdtider, frigöra resurser och öka patienternas delaktighet – samtidigt som patientsäkerheten bibehålls. Framgångsfaktorer är systematisk planering, tät uppföljning av resultat och patientsäkerhet, samt nära samarbete mellan kliniker och med kommunerna. Begränsningar finns fortsatt kopplat till patienters samsjuklighet och behov av inneliggande övervakning. Flera verksamheter beskriver tydliga framsteg. Kvinnokliniken i Värnamo har framgångsrikt polikliniserat prolapsoperationer, där patienterna nu går hem direkt från UVA istället för att vårdas inneliggande. Kliniken erbjuder även gravida och nyförlösta med förhöjt blodtryck möjligheten att låna blodtrycksmätare för uppföljning i hemmet. Operations- och intensivvårdsklinikerna i Jönköping och Eksjö arbetar aktivt tillsammans med de opererande klinikerna för att bredda urvalet av ingrepp som kan genomföras dagkirurgiskt. I Jönköping följs resultat noggrant genom mätetal för oplanerade inläggningar efter planerad dagkirurgi, där målnivån om 10 % uppnås trots ökande komplexitet hos patienterna. Kliniken samverkar också med nationella och internationella nätverk inom dagkirurgi för att säkerställa hög kvalitet, säkerhet och logistik. Även inom ortopedin pågår utveckling. I Jönköping förflyttas dagkirurgiska ingrepp till ortopedmottagningen för att frigöra resurser på dagkirurgen. Arbetet med att förkorta vårdtider efter både elektiv och akut kirurgi fortsätter, och där är kommunerna viktiga samarbetspartners.

Aktiviteter	Analys
	Urologkliniken beskriver ett långsiktigt och konsekvent arbete med att förskjuta vård från slutenvård till polikliniska former. Öron-, näs- och halskliniken uppger att cirka 90 % av deras operationer redan sker polikliniskt; de patienter som fortfarande vårdas inneliggande har ofta allvarligare samsjuklighet som kräver särskild övervakning.

Uppdrag: (KPS) Uppföljning av klinikens produktion

Aktiviteter	Analys
Tillgänglighetsansvarig följer verksamheternas produktionsplan och tillgänglighet löpande.	Tillgänglighetsansvarig följer verksamheternas produktionsplaner och tillgänglighet löpande. Inom operation har samtliga kliniker inom Kirurgisk vård tagit fram produktionsplaner för 2025, där de elektiva operationerna ligger till grund. Akuta ingrepp, definierade som åtgärder inom fem dagar, hanteras fortfarande utanför produktionsplanen. Flera kliniker har under året utfört fler elektiva ingrepp än planerat, vilket bidragit till att väntetiderna inom operation har minskat. Under hösten finns ett fortsatt mål att bemanna en operationssal till i Värnamo, vi ser att behovet för framförallt ortopeden och Kvinnokliniken har för lite operationssals tid för att klara patient behovet. Ortopeden har en produktionsplan som är högre än salstilldelningen vilket blir tydligt i planeringsverktyget Astrada. För att vi ska få bästa nyttjande av operationssalar behöver vi använda allt utrymme i regionen vilket kan innebära att personal och patienter behöver vara mer rörliga inom regionen. Kö för operation i regionen 2024 i vecka 36 var 1249 timmar. Kö för operation i regionen 2025 i vecka 36 var 1155 timmar. Filtrerar vi i antal ser vi att antalet i kön har minskat. För mottagningsverksamheten är bilden annorlunda. Här har antalet väntande ökat under året, vilket visar på behovet av att arbeta mer systematiskt med **Kloka kliniska val** och att balansera mottagnings- och operationskapacitet. Totalt har köerna för ny- och återbesök ökat från 5 432 timmar i vecka 36, 2024, till 6 084 timmar i vecka 36, 2025. Ökningen omfattar även audionom mottagningen, som inte har särredovisats i statistiken. Sammantaget visar tertial 2 på en positiv utveckling för operation, där köerna minskat jämfört med föregående år, medan mottagningsverksamheten har haft en negativ utveckling med längre väntetider.

Framgångsfaktorer: God och jämlik hälsa

Uppdrag: Arbeta för en mer jämlik hälsa hos utrikesfödda invånare.

Aktiviteter	Analys
Skapa en medvetenhet om socioekonomins	"Verksamhetsföreträdare beskriver att de har ledstjärnan att

Aktiviteter	Analys
och/eller kulturell påverkan på patientsäkerhet och kliniska resultat	vården ska vara jämlik och att alla patienter ska bemötas som unika individer med öppenhet inför dennes förutsättningar, samtidigt finns en medvetenhet att tillkortakommanden förekommer. Många verksamheter har uttalade arbetssätt för att nå alla medborgare oavsett socioekonomisk eller kulturell bakgrund, till exempel kvinnohälsovården och ungdomsmottagningarna. Verksamhetsföreträdare inom Kirurgisk vård har tagit del av de regionövergripande informationstillfällena om ämnet som ägt rum senaste året, till exempel på Storgrupp sjukvård. Vissa verksamheter har gjort specifika satsningar för att öka medvetenheten om socialt utsatta grupper, till exempel genom internutbildningar och ämnen på storgruppsmöten. Ett exempel på ett förbättringsarbete är att informationsmaterial på lätt svenska har tagits fram på strålbehandlingen. Nästa steg är att sprida detta arbete vidare på hela onkologkliniken." Utöver detta är det nu sannolikt dags formulera aktiviteter på enskilda kliniker och enheter, men detta bör vägas mot en viss "aktivitetströtthet" hos verksamhetsföreträdare.

Uppdrag: Förebyggande insatser som stöd till nyblivna föräldrar.

Aktiviteter	Analys
Arbeta med förebyggande insatser som stöd till blivande och nya föräldrar.	Materialet "här kommer storken" har uppdaterats. Alla familjecentralerna har regelbundna träffar enligt programmet. Det är fortsatt svårt att få familjerna att komma på alla träffar. Enligt graviditetsregistret kommer hälften av alla familjer som väntar första barnet på träffarna. I riket är den siffran 55 procent. Undersökning visar att de som har varit på träffarna är mycket nöjda med innehållet. Arbete fortsätter med att locka fler familjer med konceptet. Det är ett viktigt förebyggande arbete inför att bli förälder.

Uppdrag: Säkerställa att verksamheter som är centraliserad inom Region Jönköpings län, når länets invånare jämlikt.

Aktiviteter	Analys
Säkra att utbud inom verksamhetsområdet når länets invånare jämlikt	Tillgängligheten hanteras utifrån kapacitet och produktionssystemet och erbjuds invånare i länet jämlikt även om vissa behandlingsåtgärder är lokaliserade på enskild ort.

Process och produktion

Produktionen enligt tabellen nedan visar en ökad produktivitet i utveckling av vårdtillfällen och operationer.

Antal vårddagar inom slutenvården och disponibla vårdplatser är på ungefär samma nivå som 2024.

När det gäller digitala besök sker en mycket långsam utveckling. Vid läkarbesök är det många gånger nödvändigt att träffa patienten fysiskt.

Antal operationer fortsätter att öka främst avseende operationer i öppenvård.

Verksamhetsstatistik

	Utfall 2024-08	Utfall 2025-08	Förändring % 2025-2024
Vårdtid dagar	45 486	45 852	0,8%
Vårdtillfällen	14 606	15 047	3,0%
Disponibla vårdplatser	230	232	0,6%
Antal läkarbesök	135 928	134 614	-1,0%
Antal besök annan personalkategori	154 763	149 711	-3,3%
Andel digitala besök läkare, annan personalkategori	0,4%	0,4%	0,0%
Antal operationer öppenvård	7 847	8 204	4,5%
Antal operationer slutenvård	6 217	6 171	-0,7%

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktorer: Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Uppdrag: Öka användningen av digitala tjänster och system för vård, hälsa och prevention.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
SJLG Andel genomförda digitala vårdmöten		0 %	Andelen digitala vårdmöten är låg och når inte upp till en procent.

Aktiviteter	Analys
Implementera Region Jönköpings läns utbud av e-tjänster utifrån verksamhetens behov	Digital hälsodeklaration är fullt implementerad och det sker fortsatt ökning i användandet av omvänd kallelse och meddelande via 1177 inkorg.

Uppdrag: utvecklas till att bli en viktig digital ingång till vården och samlingsplats för nödvändig information om hälsa, vård och tandvård.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
SJLG Andel bokade tider 1177	40 %	-53 %	Arbete pågår fortsatt med att försöka identifiera vårdtjänster där webbtidbok skulle kunna vara applicerbart.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
webbtidbok jämfört med föregående år			Subspecialiseringen inom de kirurgiska verksamheterna gör dock att detta är en utmaning
SJLG Andel invånarinitierade ärenden 1177 jämfört med föregående år	10 %	18 %	Digital kommunikationsväg är fortsatt en möjlighet som nyttjas av invånare och där arbete med kontaktkorten på 1177 underlättar för invånare att hitta alternativ för digitala kommunikationsvägar.
SJLG Andel vårdinitierade ärenden 1177 jämfört med föregående år	30 %	110 %	Fortsatt positiv utveckling. Allt fler verksamheter ser värdet av att använda meddelande funktion i 1177 för kommunikation med invånarna.
SJLG Andel skickade formulär 1177 jämfört med föregående år	50 %	116 %	Fortsatt ökning av antal skickade formulär. Stor andel är av typen hälsodeklaration inför operation.
SJLG Andel besvarade formulär 1177	75 %	71 %	Fortsatt positiv utveckling av andelen besvarade formulär. Osäkerhetsfaktor gällande träffsäkerheten i skickade formulär kvarstår.

Uppdrag: Förbättra dialogen mellan sjukhusens specialistvård och primärvården genom sömlös vård och övergångar.

Aktiviteter	Analys
Förbättra konsultstöd från specialistvården till primärvården.	Pågår sedan länge
Kvalitativ uppföljning av hur arbetssätten för sömlösa vårdövergångar utvecklas.	Begreppet sömlös vård är välkänt på klinikerna inom Kirurgisk vård, men kvalitativ uppföljning har ännu inte kommit igång i verksamheternas regi. Det saknas bra system- och uppföljningsstöd. Inom ramen för forskningsprojekt kring processer och processutveckling har kvalitativ analys av processarbete, inklusive vårdens övergångar, ägt rum.
Kartlägga och vid behov utveckla kontakten mellan specialistsjukvård och primärvård.	Kontakten mellan den specialiserade vården och primärvård är fortsatt välfungerande, och nya arbetssätt etableras för att stärka informationsflödet i båda riktningar. Exempelvis använder Urologkliniken *Urolog on demand* och välbyggda processer i faktagrupper. Kvinnokliniken i Värnamo har infört en funktion på APY som gör det enkelt för klinikens läkare att konsultera läkarkollegor i primärvården i specifika patientfall, vilket illustrerar hur även den specialiserade vården får bättre tillgång till relevant information. Gemensamma LPO har startats, eller är på gång att startas upp, där både representanter från den specialiserade vården och primärvården finns med. Randande ST-läkare från primärvården skapar förutsättning för kunskapsutbyte och relationsbyggande. Sammanfattningsvis finns etablerade och välfungerande kontaktvägar mellan vårdnivåerna, samtidigt som arbetssätt utvecklas för att säkerställa ömsesidig kommunikation och en mer sammanhållen vård för patienterna.

Uppdrag: Fasa ut mindre värdeskapande arbetssätt.

Aktiviteter	Analys
Identifiera och ta bort icke värdeskapande aktiviteter	Arbetet med *Kloka kliniska val (KKV)* och *RAK (Rätt Använd Kompetens)* fortsätter inom verksamheterna. Klinikerna utvecklar sina arbetssätt och fokuserar på att ta bort moment som inte skapar värde för patienten eller verksamheten. Arbetet med att etablera mätetal och aktiviteter i fortskrider. Erfarenheter delas löpande genom verksamhetsutvecklar- och verksamhetschefsnätverken för att sprida goda exempel och lärdomar.

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktorer: Säker verksamhet

Uppdrag: Under planperioden anpassas Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete till Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
SJLG Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	100 %	81 % ◆	Samtliga underliggande enheter som rapporterat arbetar aktivt med åtgärder för att förbättra följsamheten. Variationer finns mellan enheter, där vissa har hög och stabil följsamhet, medan andra uppvisar försämring eller brister i inrapportering. Det finns en tydlig vilja till förbättring och flera kliniker planerar särskilda insatser under hösten 2025. Ett observandum är dock att rapporter saknas från flera underliggande enheter. Den marginella förbättringen visar att det finns framgångar, men att ytterligare fokus krävs på systematisk återkoppling, utbildningsinsatser och ökad mätfrekvens för att nå det långsiktiga målet.
VO Andel utskrivna läkaranteckningar inom 72 timmar mätt från händelsedatum	75 %	74,9 % ◆	För kirurgisk vård är resultatet att 74,9 procent av läkaranteckningarna sker inom 72 timmar det vill säga att målet i praktiken uppnås. För respektive klinik är resultatet att målet nås på ögonmottagningarna i Eksjö och Värnamo. På ögonkliniken på Ryhov är andel utskrivna anteckningar 63 procent jämfört med målet på 75 procent. Insatser pågår med förbättring av arbetssätt, rekrytering, köp av extern skrivhjälp, taligenkänning etcetera för att skriva diktat i tid.
VO Andel signerade anteckningar inom 7 dagar mätt från dokumentationsdatum.	90 %	83,6 % ◆	Målet nås på ögonmottagning i Värnamo. Däremot nås inte målet på ögonkliniken på Ryhov och på mottagningen i Eksjö. Insatser pågår med förbättring av arbetssätt, rekrytering, köp av extern skrivhjälp, taligenkänning, aktiva påminnelser till läkarna etcetera för att nå målet och förbättra patientsäkerheten.
SJLG Upprättad vårdplan - Fall	95 %	88,3 % ■	Mätetalet ligger stabilt på hög nivå kring 88-89 %, men baseras på få riskbedömningar. Vid kontroll av data maj 2025 var andelen riskbedömda vårdtillfällen 34,1 %. Andelen av dessa där risk bedömdes föreligga var 53,5 %. Och andelen av de med bedömd risk där vårdplan startades är alltså mätetalet som redovisas här.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			Situationen med för få riskbedömningar adresserades på ledningsgrupp med VO:ts verksamhetschefer i maj. De uppmanades då: • Tillse att data är tillförlitlig genom att göra fler riskbedömningar • Använda och analysera tillgänglig data, exempelvis genom att utse mätetalsansvarig. • Agera på data för att förbättra situationen för patienter Ett önskemål är att även andel riskbedömda vårdtillfällen syns i Stratsys.
SJLG Upprättad vårdplan - Trycksår	95 %	87,2 %	Mätetalet ligger stabilt på hög nivå kring 87-88 %, men baseras på få riskbedömningar. Vid kontroll av data maj 2025 var andelen riskbedömda vårdtillfällen 33,6 %. Andelen av dessa där risk bedömdes föreligga var 23,4 %. Och andelen av de med bedömd risk där vårdplan startades är alltså mätetalet som redovisas här. Situationen med för få riskbedömningar adresserades på ledningsgrupp med VO:ts verksamhetschefer i maj. De uppmanades då: • Tillse att data är tillförlitlig genom att göra fler riskbedömningar • Använda och analysera tillgänglig data, exempelvis genom att utse mätetalsansvarig. • Agera på data för att förbättra situationen för patienter Ett önskemål är att även andel riskbedömda vårdtillfällen syns i Stratsys.
SJLG Upprättad vårdplan - Munhälsa	95 %	94,2 %	Mätetalet ligger stabilt på hög nivå och har till och med förbättrats, men baseras på få riskbedömningar. Vid kontroll av data maj 2025 var andelen riskbedömda vårdtillfällen 27,2 %. Andelen av dessa där risk bedömdes föreligga var 26 %. Och andelen av de med bedömd risk där vårdplan startades är alltså mätetalet som redovisas här. Situationen med för få riskbedömningar adresserades på ledningsgrupp med VO:ts verksamhetschefer i maj. De uppmanades då: • Tillse att data är tillförlitlig genom att göra fler riskbedömningar • Använda och analysera tillgänglig data, exempelvis genom att utse mätetalsansvarig. • Agera på data för att förbättra situationen för patienter Ett önskemål är att även andel riskbedömda vårdtillfällen syns i Stratsys.
SJLG Upprättad vårdplan - Undernäring	95 %	88,2 %	Mätetalet ligger stabilt på hög nivå kring 88 %, men baseras på få riskbedömningar. Vid kontroll av data maj 2025 var andelen riskbedömda vårdtillfällen 32,2 %. Andelen av dessa där risk bedömdes föreligga var 35,1 %. Och andelen av de med bedömd risk där vårdplan startades är alltså mätetalet som redovisas här. Situationen med för få riskbedömningar adresserades på ledningsgrupp med VO:ts verksamhetschefer i maj. De

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			uppmanades då: • Tillse att data är tillförlitlig genom att göra fler riskbedömningar • Använda och analysera tillgänglig data, exempelvis genom att utse mätetalsansvarig. • Agera på data för att förbättra situationen för patienter Ett önskemål är att även andel riskbedömda vårdtillfällen syns i Stratsys.

Uppdrag: Arbeta med rätt antibiotikaförskrivning och att minska vårdrelaterade infektioner.

Aktiviteter	Analys
Verka för en rationell antibiotikaanvändning och arbeta för att minska antalet vårdrelaterade infektioner	Under tertialet har arbetet med konceptet **antibiotikasmart klinik** fortsatt. Flera verksamheter är i en fas där arbetet med antibiotikasmart klinik är implementerat och vidareutvecklas, medan ytterligare enheter har påbörjat resan mot certifiering. Samarbete med hälsoekonom, statistiker, ekonomichefer och sektionen smittskydd/vårdhygien har påbörjats för att stärka tillgången till relevanta data gällande VRI.

Uppdrag: Agera för en säker läkemedelsanvändning.

Aktiviteter	Analys
Arbeta med att säkra vårdövergångar gällande läkemedelsbehandling	Arbetssätt för att underlätta och förbättra i vårdens övergångar mellan olika verksamheter inom Kirurgisk vård, samt mellan Kirurgisk vård och verksamheter från andra verksamhetsområden utvecklas ständigt. I arbetet stöttas verksamheterna av läkemedelsstrateg. Arbete pågår kring läkemedelspaket, självmedicinering, ökad systematik vid läkemedelsuppehåll vid operativa ingrepp, samt användande av nationell läkemedelslista.

Framgångsfaktorer: Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Uppdrag: Utveckla cirkulära materialflöden och minska mängden avfall.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Matsvinn per patientportion	-30 %	-34 %	Matsvinnet per portion har minskade kraftigt under 2024 och 2025 fortsätter det att minska. Svinnet har minskat från 155 till 103 gram sedan 2020 vilket motsvarar en minskning med 34 procent. Målet om en minskning sen 2020 med 30 procent uppnås därmed. Flera kliniker har kraftigt minskat matsvinnet genom olika typer av insatser så som ökad information till medarbetare, övergång till portionsförpackningar samt att tillsammans med vårdnära service beställa rätt antal portioner och rätt mat anpassat till de patienter de har. Fler aktiviteter som pågår är att avbeställa portioner i tid samt att använda enportionsrätter om antalet patienter ökar i förhållande till beställd mat.

Aktiviteter	Analys
Ta fram och genomföra aktiviteter för att minska matsvinnet	Arbete pågår på kliniknivå som givit stora minskningar av matsvinnet.
Främja övergång från engångs- till flergångs artiklar	Arbete sker via miljöombud, miljögrupper, APT för att utbilda, informera och hitta områden att minska avfall och användande av engångsmaterial. Bland annat så nämner ortopedklinikerna minskat användande av britspapper och pappersmuggar.
Minska användning av kundanpassade set	Inom operation arbetas ständigt med att se över engångsprodukter vad som kan bytas ut mot flergångs. Några mindre åtgärder har genomförts så som att byta ut engångs rondskålar till flergångs vid steril tvätt inför spinaler och flergångs skålar vid hibiscrub tvätt av patienterna istället för engångs skål.
Minska användning av förbrukningsmaterial	Mycket arbete sker för att ha en bra förrådshållning och optimera användande av förbrukningsmaterial med målsättningen att använda rätt material vid rätt tillfälle. Mycket arbete pågår för att minska onödigt och felaktigt användande av handskar. Utbildningsinsatser har genomförts via filmen "handen i handsken"
Efterfråga och involvera kompetenser som stöd för arbete med hållbara materialval	Löpande arbete som del i inköpsprocessen.

Uppdrag: Fortsätta implementering och utveckling av kunskapsstyrning med syfte att erbjuda god och jämlik vård.

Aktiviteter	Analys
Tillämpa riktlinjer för kunskapsstyrning	Uppstartsmöte för tre nya LPO där Kirurgisk vård har värdskap är inplanerat till senare i september. Övriga LPO, de som ej är nystartade och där Kirurgisk vård har värdskap, kommer att delta i LPO-forum under hösten 2025. Verksamheterna har sedan lång tid arbetat med kunskapsstyrning via Regionalt cancercentrum samt Nationellt programområde (NPO), Nationell arbetsgrupp (NAG), Regionalt programområde (RPO), Regional arbetsgrupp (RAG) inkluderande bl.a. vårdprogram, kvalitetsregister, standardiserade vårdförlopp, nationella regimbibliotek, ordnat införande av kostnadskrävande läkemedel och nationell nivåstrukturering. Verksamheterna har representation i NPO, NAG, RPO, RAG. Kunskapsstyrningen sker huvudsakligen via RPO och direkt till varje klinik/ort. Verksamheterna bevakar nationella riktlinjer och tillser att lokala riktlinjer stämmer överens med nationella.

Uppdrag: Utökning av intensivvården i länet.

Aktiviteter	Analys
Utöka med en intensivvårdsplats på Länssjukhus Ryhov samt genomföra personalförstärkning i intensivvården på	Under hösten 2023 har intensivvården på Länssjukhuset Ryhov utökats till 8 platser. Förstärkning har skett av bemanning av undersköterskor på intensivvården på

Aktiviteter	Analys
Höglandssjukhuset och Värnamo sjukhus	Höglandssjukhuset och Värnamo sjukhus. Förstärkning av bemanning av sjuksköterskor sker under 2024 och 2025 primärt via utbildningsanställningar.

Uppdrag: Utifrån utredningen av intermediärvårdplatser under 2024 besluta om fortsättning.

Aktiviteter	Analys
Beredning av intermediärvårdsrapport	Arbetsgruppen har blivit ombedda att förtydliga utvalda delar och rapport är under utformning.

Uppdrag: Fortsatt utveckling av cancervården.

Aktiviteter	Analys
Aktivt delta i arbetet för införande av organiserad prostatacancertestning	Fortsatt erbjudande till 50, 56 och 62-åringar. Etablering av kanslifunktion för sydöstra sjukvårdsregionen har skett.
Arbete med att utrota livmoderhalscancer	Kvinnor födda mellan 1994 och 1998 erbjuds självprov HPV och gratis vaccination. Samtliga kvinnor kommer kallas till kvinnohälsovårdens mottagningar, och erbjuds vaccination och självprov HPV. Barnmorskor får utbildning och behörighet till "Mitt vaccin" och för att kunna ge HPV vaccinationer.
Fortsatt utveckling av generiska arbetsmodeller och stödfunktioner för processbaserat arbetssätt.	En processorienterad uppföljningsmodell har utvecklats via Kunskapsstyrningens modul i Stratsys. Denna modell används i viss utsträckning för uppföljning samt som underlag för rapport till Socialstyrelsen. Modellen behöver fortsatt utvecklas för att kunna blir mer användarvänligt. Arbete för att visualisera del-ledtider sker via en omstart av modulen Vårdförloppen i Diver, utvecklat av tjock- och ändtarmscancerprocessen, med förhoppning om spridning till både andra cancerprocesser. I nuläget har melanom-processen startat upp arbete, och fler förlopp har anmält intresse. Kvalitetssäkring av datauttaget pågår nu. Det kan på sikt bidra till kunskap om hur resultat i en process som går över olika enheter kan följas upp. Cancerområdet bidrar i samtal och projekt om uppföljning av processer generellt inom Region Jönköpings län, till exempel i utvecklings- och förvaltningsgruppen för 2c8. I arbetet bör även modeller för visualisering av processer läggas in. Likaså har en dialog mellan LPO Cancersjukdomar och LPO Levnadsvanor initierats, för att tillsammans anordna en digital halvdag om prevention, preliminärt april 2026. Det kan bli ett exempel på samverkan mellan olika LPO.

Uppdrag: Region Jönköpings län ska sammantaget bli en av de bästa i Sverige när det gäller standardiserade vårdförlopp för cancer.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Standardiserade vårdförlopp - andel	80 %	46 %	**Kirurgisk vård** Resultatet ligger på samma nivå som föregående månad,

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
inom max ledtid			och är en effekt av mångas engagemang och goda arbete. Vi ligger nu i paritet med resultatet för riket. Sommarmånaderna är kända utmaningar, och resultaten kan komma att påverkas av det framöver. Resultat per cancerprocess följs via Kunskapsstyrningens modul i Stratsys, och processerna arbetar även under 2025 för att "halvera gap" i diskrepansen mellan mål och resultat. Målet är ambitiöst satt. Flera processer visar mycket fin utveckling i andel inom ledtid. Bröstcancer, cancer i gallblåsa- och gallgång, huvud-halscancer och skelett och mjukdelssarkom har nått sina halverade gap. Ytterligare processer (cancer i matstrupe och magsäck, njurcancer) ligger väldigt nära målet. Processarbetet är dynamiskt, och förändrade förutsättningar kan snabbt påverka resultaten. Fortsatt arbete pågår i processgrupperna. En utveckling av mätetalet som även visar resultat per månad (inte bara rullande 12 mån) är testad på ett par processer och planeras att utökas.
Standardiserade vårdförlopp - andel utredda patienter i SVF	70 %	89 %	På totalen når vi inklusionsmålet, mätt mot det antal som förväntas enligt det nationella beräkningsunderlaget. En genomgång av vilka förlopp som inte når målet gjordes i samband med rapportering till SKR i augusti. Ur rapporten: • **Vilka vårdförlopp uppnår inte inklusionsmålet?** o Analcancer (25 %); Buksarkom (67 %); Hudmelanom (64 %); Livmoderhalscancer (67 %); MNP (64%); Peniscancer (20 %); Skelett och mjukdelssarkom (50 %); Sköldkörtelcancer (50 %); Testikel (17%) och Vulva (25 %). KLL/Lymfom ligger på 69%. • **Redogör för orsakerna till att målet inte nås.** o Nio av de elva förloppen som inte når inklusionsmålet är förlopp med små volymer, (<15 förväntade fall per år). Det är mycket svårt att uttala sig om resultatet då det blir starkt påverkat av enskilda individer. o För Hudmelanom finns möjligen en säsongsvariation, så resultatet för helår bör avvaktas. Hudmelanom är också en av de förlopp som genomför kartläggning 2025, och mer kunskap kan fångas i det arbetet. För KLL och maligna lymfom finns viss utmaning i registrering. Detta är uppmärksammat men en utmanande del att lösa.

Aktiviteter	Analys
Fortsatt arbete i verksamheter och processgrupper för cancer utifrån givna uppdrag och egna handlingsplaner	Uppdragen om halverat gap för ledtidsmåttet inom SVF har förlängts även för 2025. Sex förlopp hade uppnått sitt delmål vid uppföljning efter juli. Resultaten är dynamiska, och ändrade förutsättningar kan påverka resultaten. Arbetet behöver fortsätter då utmaningarna i ledtidsmålen är

Aktiviteter	Analys
	mångfacetterade. Rätt registrering, tillgänglig och kvalitetssäkrad data samt identifiering av del-deltider är behov som lyfts. Processledare för SVF inbjuds till processledarträffar och till utökade Cancerråd, för fortsatt dialog. De deltar även i arbete med till exempel granskningar som görs nationellt och inom sydöstra sjukvårdsregionen. Den årliga rapporten till SKR gällande Region Jönköpings läns arbete med SVF enligt överenskommelsen är färdigställd. Möjlighet att kommentera och följa de enskilda processernas utfall och arbete finns i Stratsys, men används olika i nuläget. Även här finns behov av utveckling av system och användarvänlighet. Diagnos- och/eller klinikspecifika processgruppers sammansättning varierar utefter förlopp och behov.

Uppdrag: Erbjuda avancerad läkemedelsbehandling nära patienten.

Aktiviteter	Analys
Utveckla erbjudandet av avancerade läkemedelsbehandlingar i hemmet samt på regionens tre sjukhus	Aktivitetsbeskrivning tertial 2 överensstämmer med beskrivningen tertial 1: "Idag erbjuds avancerad läkemedelsbehandling för cancerpatienter på sjukhuset i Värnamo. Arbete pågår att starta motsvarande verksamhet på höglandssjukhuset i Eksjö till årsskiftet. Planen är att onkologkliniken ska samarbeta med, och dela lokaler med, hematologin på medicin- och geriatrikkliniken där. Utvecklingschef i Kirurgisk vård har varit, och är, till viss del involverad i projekt där antibiotika ges i hemmet till patienter med endokardit. Samtal har börjat föras kring vilka andra arbetssätt - "antibiotikapumpar" - som behöver komma till stånd för att ytterligare möjliggöra specialiserad sjukvård i hemmet för patienter inom Kirurgisk vård."

Uppdrag: Utforma den palliativa vården så att alla länsinvånare har jämlik tillgång till palliativ vård dygnet runt.

Aktiviteter	Analys
Tillgodose behovet av palliativa vårdplatser på regionens tre sjukhus.	Implementering av struktur för att möta behovet av palliativa åtgärdsplatser är klar och erbjuds på alla tre sjukhus.

Uppdrag: För att uppnå en mer jämställd vård och jämlik hälsa genomförs en flerårig satsning för förbättrad förlossningsvård och stärkta insatser för kvinnors hälsa.

Aktiviteter	Analys
Fortsätta utveckla en sammanhållen, jämlik och personcentrerad vårdkedja från graviditet till förlossning och eftervård.	
Säkra att personer utsatta för sexuellt våld och könsstympning får tillgång till en god vård baserad på bästa möjliga kunskap	Föreläsning med Cecilia Berger från Amelmottagningen på klinikens utvecklingsdagar. Köpt in modeller av vulva med olika typer av könsstympning för att lättare kunna visa/undervisa patienter om sin kropp. ST-läkare har

Aktiviteter	Analys
	hospiterat på Amelmottagningen på SÖS för att öka möjligheten att ta emot dessa patienter på vår mottagning.

Uppdrag: Arbeta för en kostnadseffektiv och jämlik läkemedelsbehandling.

Aktiviteter	Analys
Fortsatt arbete med läkemedelsdialoger tillsammans med läkemedelskommittén.	Under 2025 har läkemedelsdialoger ägt rum med ögonkliniken Ryhov samt onkologkliniken. Dialogerna fortskrider enligt plan.

Uppdrag: Följa alla delar i överenskommelsen ”Riktlinjer för länskliniker”.

Aktiviteter	Analys
Fastställ ett upplägg som säkrar fast bemanning på lång sikt	
Säkra möjligheten till kompetensutveckling som kommer regionens invånare till gagn.	All kompetens kan inte finnas överallt när volymerna är små. En välfungerande länsklinik kan ge möjlighet att kompetensutveckla sin egen personal vid de tre orterna. I vissa fall kan distanskontakt med patienter eller andra verksamheter underlätta.
Säkra möjligheten att upprätthålla aktiviteter för uppdraget på ett akutsjukhus.	Löpande arbete med kompetensförsörjning och utbildningsinsatser för att klara uppdraget på samtliga tre orter.
Säkerställa jämlik vård/resurser till den nära vården i hela länet.	Alla verksamheter arbetar för att erbjuda sitt vårdutbud jämlikt i länet. Detta innebär att utifrån var utbudet erbjuds så fördelas resurser efter behov. Bra exempel är kvinnohälsovården och onkologiska behandlingsenheter.

Uppdrag: Åstadkomma bästa möjliga resultat till lägsta möjliga kostnad varje gång.

Aktiviteter	Analys
Aktiviteter för att åstadkomma bästa möjliga resultat till lägsta möjliga kostnad.	Arbete med kloka kliniska val fortskrider i de allra flesta verksamheter inom verksamhetsområdet och är också starkt kopplat till åtgärder för ekonomi i balans och samtliga verksamhets handlingsplaner för att nå detta mål.

Uppdrag: Arbeta med övergången från barn till vuxna i vården.

Aktiviteter	Analys
Arbeta för tryggt och säkert mottagande i övergången från barnverksamheter till specialistvård för vuxna.	Barn med vissa kroniska diagnoser har kontakt med verksamheter inom Kirurgisk vård redan under barndomen, till exempel kontakt med ÖNH-kliniken eller barnortopediskt regioncentrum i sydöstra sjukvårdsregionen som geografiskt är förlagt till Länssjukhuset Ryhov. Barn med andra diagnoser, till exempel cancer, har kontakt med barnkliniken under uppväxten och transition till exempelvis onkologkliniken inom Kirurgisk vård sker vid 18 års ålder. Etablerade arbetssätt för tryggt och säkert mottagande i övergången från barnverksamheter till specialistvård för vuxna finns etablerade i verksamheterna. Ingen riktad satsning/förbättringsarbete har gjorts i nuläget.

Uppdrag: Alla kliniker inom Kirurgisk vård ska säkerställa och utveckla processorienterat arbetssätt

Aktiviteter	Analys
(KPS) Utveckla KPS för slutenvård	Innan sommaren påbörjade arbetet med KPS slutenvård för två kliniker. I juni hade vi en gemensam träff för att få en nulägesbild på bland annat vårdplatser. Förutom delar av klinikerna ingår Qulturum och bemanningscontroller i arbetet. Verksamhetsstrateg från respektive verksamhetsområde är med i arbetet. För att kunna simulera behov i slutenvården behövs relevant data, vilket tas fram i dialog med respektive verksamhet. Data visualiseras i regionens planeringsverktyg. Arbetet pågår under hösten 2025 och en bit in i 2026. Målet är att göra fortsätta arbete med övriga kliniker inom Medicinsk vård och Kirurgisk vård.

Uppdrag: Varje klinik ska ha "eget" mätetal eller aktivitet för Hållbar utveckling

Aktiviteter	Analys
Följa upp att alla kliniker har egna aktiviteter inom Hållbar utveckling	Alla kliniker inklusive staben har egen aktivitet eller mätetal kopplat till Hållbar utveckling.

Lärande och förnyelse

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya

Framgångsfaktorer: Förbättringskunskap

Uppdrag: Kortare ledtider från kontakt till utförd vårdåtgärd.

Aktiviteter	Analys
Uppföljning och stöd till kliniker i kapacitets- och produktionsstyrning.	Arbetet med kapacitets- och produktionsstyrning (KPS) inom Kirurgisk vård fortsätter med fokus på en mer långsiktig och strukturerad planering. Planeringsverktyget Astrada och SchemaKlockan är centrala stöd i arbetet och bidrar till att skapa bättre förutsättningar för en effektiv resursanvändning och en mer hållbar planering i hela vårdsystemet. SchemaKlockan har nu varit i bruk sedan vecka 37, 2024. Följsamheten behöver fortfarande stärkas, men flera kliniker har kommit längre och når 12 veckors framförhållning i Cosmics tidbok. Samtidigt har många verksamheter fortsatt en kortare planeringshorisont på 4–12 veckor. Inom operation klarar samtliga tre sjukhus i princip alltid 12 veckors framförhållning, medan mottagningsverksamheten behöver utvecklas ytterligare för att nå målnivån. Klinikerna får fortsatt stöd i KPS-arbetet för att stärka planeringen och successivt etablera en konsekvent 12-veckors framförhållning för både mottagning och operation. Det är en förutsättning för att kunna hantera variationer, samordna resurser mer effektivt och möta patienternas behov på ett bättre sätt.
Arbeta med informationsdriven verksamhetsutveckling	Regiongemensamt arbetas det med flera olika initiativ. Förutom att skapa förutsättningar för beslut om en AI-kompetensgrupp och implementering av visualiseringsstöd för akutprocessen pågår även ett arbete med att ta fram beslutsunderlag gällande datalager och de kompetenser som krävs för att tillgängliggöra data.

Uppdrag: Alla kliniker inom Kirurgisk vård har ett väl utvecklat arbetssätt kring processorienterad verksamhetsutveckling.

Aktiviteter	Analys
Fortsatt satsning på kompetens- och rollutveckling inom förbättringskunskap och processorienterad verksamhetsutveckling.	Nätverk för utveckling inom Kirurgisk vård är etablerat. Det utgör en plattform för gemensamt lärande. Vissa verksamheter har haft möjlighet att prioritera deltagande och deras representanter har också tagit vara på möjligheten att stötta och lära av varandra även utanför de formella nätverksträffarna. Andra verksamheter har inte haft stadigvarande representation i nätverket, därav status "pågår med problem". Samarbetet med övriga verksamhetsområden och Qulturum kring kompetens- och rollutveckling inom förbättringskunskap och processorienterad verksamhetsutveckling har fortsatt att fördjupas.

Medarbetare

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser

Framgångsfaktorer: Rätt kompetens och bemanning

Uppdrag: Strategisk kompetensplanering.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Faktiska årsarbetare		2 227	Kirurgisk vård har minskat med 10,6 faktiska årsarbetare (FÅA) jämfört med 2024 till och med augusti. Verksamhetsområdet har 10,0 färre årsarbetare och frånvaron har ökat med 0,6 FÅA. Ett mål över antal faktiska årsarbetare/årsarbetartak har tagits fram per klinik. Utfall mot mål följs upp varje månad.
Kostnad för bemanningsföretag (hyrkostnad som andel av egna personalkostnader)	2 %	1,1 %	Kostnaden för hyrbemanning som andel av egna personalkostnader är 1,1 procent jämfört med 1,6 procent samma period 2024. Kirurgisk vårds mål är att andelen 2025 ska vara högst 1,0 procent. Kostnaderna är 14,4 miljoner kronor till och med augusti i år jämfört med 20,7 miljoner kronor till och med samma period förra året. Kostnader för köp av bemanningsläkare är 10,8 miljoner kronor jämfört med 16,2 miljoner kronor 2024. Läkare köps främst inom kvinnoklinikerna, ögonklinikerna och OP/IVA-klinikerna och främst för Höglandssjukhuset. Kostnader för köp av sjuksköterska är 3,6 miljoner kronor jämfört med 4,6 miljoner kronor 2024. Sjuksköterskor/barnmorskor köps av kvinnokliniken och OpIVA på Höglandssjukhuset.
Personalomsättning (andel externa avgångar exkl pension) under de senaste 12 månaderna	5 %	6 %	Personalomsättningen har ökat och ligger nu på 1 procentenhet över målvärdet. Ryhov och Värnamo har i princip samma omsättning medan Eksjö ligger något lägre.

Aktiviteter	Analys
Följa upp målen för ekonomi i balans	Arbete pågår med månatliga uppföljningar med verksamhetsområdets ledningsgrupp. Arbetet kommer fortlöpa under året.
Arbeta med årsarbetartak per klinik	Mål för antal faktiska årsarbetare/årsarbetartak finns för varje klinik inom Kirurgisk vård. Staben följer månadsvis utveckling och för dialog om analys och åtgärder med kliniker som avviker mot mål. Utvecklingen av årsarbetare har bromsats in och Kirurgisk vård har färre årsarbetare nu än förra året.
Följa handlingsplaner för oberoende av	Tydliga kriterier är uppsatta för när bemanningsföretag kan

Aktiviteter	Analys
bemanningsföretag	användas: - Upprätthålla bakjourskompetens - Upprätthålla viktig funktion (oavsett yrkesroll) som är vakant på grund av långsiktig sjukfrånvaro eller hastig vakans där andra kompetenser inte kan ersätta direkt. Innan användande av bemanningsföretag ska behovet prövas och godkännas av sjukvårdsdirektör och regiondirektör.
Följa upp avgångssamtal	Sedan senaste delårsrapporten har endast något enstaka avgångssamtal genomförts av HR-enheten.
Följa kompetensförsörjningsplaner	Samtliga kliniker har arbetat fram och skickat in kompetensförsörjningsplaner. Dessa har använts som stöd i berörda klinikers handlingsplaner för att få ekonomi i balans.

Framgångsfaktorer: En god arbetsmiljö och hälsa

Aktiviteter	Analys
Arbeta för att minska övertid	Fortlöpande dialoger kring övertid pågår kopplat till arbete med ekonomi i balans.

Uppdrag: Ett systematiskt arbetsmiljöarbete med utgångspunkt i friskfaktorerna.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel heltidsanställda	91 %	87 %	Samtliga tjänster annonseras med sysselsättningsgrad på 100 procent. Verksamheterna har kännedom om Region Jönköpings läns riktlinjer för heltid som norm och medarbetare som arbetar deltid har möjlighet att anmäla önskemål om utökad sysselsättningsgrad.
Personalhälsa - Sjukfrånvaro %	5,5 %	6,2 %	Under tertial 2 har sjukfrånvaron minskat med 0,2 procentenheter jämfört med T2 föregående år. Kortidssjukfrånvaron är 2,3 % och långtidssjukfrånvaron är 3,9 %. Värnamo har 5,6 % medan Jönköping och Eksjö har 6,3 %. Långtidssjukfrånvaron ligger rätt lika medan korttidssjukfrånvaron varierar mellan orterna.

Aktiviteter	Analys
Arbeta aktivt med ohälsa och sjukfrånvaro	På samtliga kliniker följer chefer personalens sjukfrånvaro. Vid signaler på ohälsa genomför cheferna omtankessamtal i syfte att stärka hälsa och minimera risken för sjukfrånvaro. HR-partner stöttar vid behov. Arbetsmiljöenheten anlitas i de fall deras expertis behövs i rehabiliteringsarbetet. Stöd finns av rehabiliteringsspecialist vid komplexa rehabiliteringsärenden. Dialog har förts med verksamhetschefer kring vikten av att tidigt agera och aktivt arbeta med rehabilitering.
Genomföra arbetsmiljörond och årlig uppföljning	Arbetsmiljöronder planeras in under året och ska vara genomförda under hösten, innan den årliga uppföljningen av systematiskt arbetsmiljöarbete genomförs i november.

Framgångsfaktorer: Främjar kreativitet och delaktighet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel chefer med 10-35 medarbetare	80 %	54 %	36 chefer inom Kirurgisk vård har fler än 35 medarbetare. Dialog förs kring hur stödet för chefer med stora medarbetargrupper bäst kan se ut. Hos flertalet chefer önskas snarare administrativt stöd än ökad chefstäthet.

Aktiviteter	Analys
Föra dialog med chefer som har mer än 35 medarbetare	Dialoger förs med de chefer som önskar stöd i frågan. Alternativa lösningar prövas i verksamheterna, bland annat chefer som arbetar viss del kliniskt och genom omfördelning av arbetsuppgifter till andra funktioner (ex. korttidsfrånvaro). Vi strävar efter att goda exempel ska spridas mellan klinikerna.

Ekonomi

Strategiska mål: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Ekonomi i balans	0 tkr	-72 664 tkr	Kirurgisk vård har ackumulerat en negativ budgetavvikelse på 72,7 miljoner kronor. I augusti har verksamhetsområdet fått ersättning för ökat antal höft- och framfallsoperationer med 9 miljoner kronor. Kostnader för läkemedel och för lab och röntgen har varit höga i tertial 2 jämfört med tertial 1. Antal skickade remisser enligt vårdgaranti har minskat kraftigt inom ortopedi men ökat inom kirurgi främst för att hantera stort antal väntande på skopier. I april räknade semesterskuld och kompdagar upp med 2025 års löneavtal till en kostnad av 6 miljoner kronor. Den kostnaden är inte kompenserad i budget. Kostnader för hyrbemanning fortsätter att minska. Kostnadsutvecklingen för personal har bromsat in och antal faktiska årsarbetare är färre än 2024. Ögonklinikernas resultat inom vårdval specialiserad ögonsjukvård är ett överskott med 1,8 miljoner kronor. Handlingsplaner för ekonomi i balans finns för såväl Kirurgisk vård totalt som för kliniker med ekonomisk obalans. Planen syftar till att minska kostnader för personalkostnader och övertid, lab och röntgen, för materialkostnader samt för köp av bemanningsföretag. Verksamhetsområdet arbetar även för att maximera intäkter för tillgänglighet och minska kostnader för köpt vård inom vårdgaranti. Extra fokus är nu på att minska utvecklingen av personalkostnader bland annat genom införande av årsarbetartak relaterat till budgetutrymme, genom arbete tillsammans med bemanningscontrollers och arbete med att se över arbetssätten för att ta bort uppgifter som skapar lågt värde i till exempel projektet BasOrto som dels går ut på att göra vårdpersonalen trygga i det vanliga och det farliga samt att jobba med att identifiera och ta bort arbetsmoment med lågt värde främst i form av dubbel dokumentation. Verksamhetsområdets arbete med kapacitet och produktionsstyrning (KPS) har lett till förbättrad tillgängligheten bland annat via ökat antal operationer. Arbetet med KPS fortsätter som en viktig del i arbete för ekonomi i balans Analyser visar att inflation och svag krona påverkat kostnader för köp av varor och tjänster kraftigt sedan 2019. 2019 väljs som jämförelse år då kostnader 2020-2021 är starkt påverkade av pandemin och 2022-2023 är påverkade av inflation. Sedan 2019 beräknas verksamhetsområdet kostnader ha ökat med 46 miljoner kronor helår utöver erhållen indexkompensation i budget.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Prognos	0 tkr	-65 000 tkr	Kirurgisk vård prognostiserar en negativ budgetavvikelse med 65 miljoner kronor för 2025. Till och med augusti har verksamhetsområdet en negativ budgetavvikelse på 72,7 miljoner kronor. I delårsrapport 1 var prognosen en negativ budgetavvikelse på 60 miljoner kronor. Den försämrade prognosen beror främst på ökade kostnader för läkemedel och för lab och röntgen. Prognosen bygger på att kostnader och intäkter fördelar sig över årets månader som de gjorde 2024 samt att verksamhetsområdet får ersättningar för höfter och framfall även i tertial 3 samt ersättning för minskad köpt vård enligt vårdgaranti. I prognosen förväntas arbete med handlingsplaner för att sänka kostnader för köp av lab och röntgen, övertid och mertid samt generellt för personalkostnader tillsammans med ökad dialog och tydlighet kring ekonomi leda till att kostnaderna minskar något under resten av året. För ekonomi i balans kommer fler åtgärder krävas. Arbete med detta pågår.

Aktiviteter	Analys
Handlingsplan för ekonomi i balans	Arbete med produktionsstyrning inklusive systematiskt förbättringsarbete med ständiga förbättringar förväntas öka effekten av verksamhetsområdets insatser och sänka dess kostnader. Verksamhetsområdet arbetar generellt med åtgärder för ekonomi i balans för att sänka kostnader för köp av bemanningsföretag, övertid, personal och kostnader för lab och röntgen och material. Varje klinik arbetar med årsarbetartak för att bromsa personalkostnadsutvecklingen och minska antalet faktiska årsarbetare. Arbete sker också för att erhålla så mycket tillgänglighetsmedel som möjligt dels genom måluppfyllelse mot tillgänglighetsmål men även via operationer av framfall, höfter och katarakt. Parallellt sker arbete med att minska köp av vård från vårdgivare utanför Region Jönköpings län för insatser inom vårdgaranti och remisskäl 7. Handlingsplaner följs upp månadsvis med status i arbete och med påvisad och förväntad effekt på ekonomin dels för att uppnå effekt men även för att pröva om fler åtgärder behövs. Utöver det arbetar kliniker med ekonomisk obalans med egna handlingsplaner med åtgärder för ekonomi i balans. För att nå ekonomi i balans kommer fler åtgärder behövas. Ledningsgruppen inom Kirurgisk vård arbetar med vilka övergripande åtgärder som behöver vidtas. Arbete görs också för förtydliga ansvaret för ekonomi i balans och arbete pågår på alla nivåer i verksamhetsområdet för att minska obalansen och långsiktigt uppnå ekonomi i balans. Detta innebär även arbete med förtydligande av kostnadsmedvetenhet och ansvarstagande samt arbete med

Aktiviteter	Analys
	dialog, information och kommunikation på flera nivåer i organisationen. Som en del i det arbetet har ett särskilt förtydligande gjort om ansvar för ekonomi i balans i utökat uppdrag/överenskommelse inledningsvis för kliniker med störst obalans.
Ekonomiuppföljningar med verksamheterna.	Månadsvisa avstämningar görs med OP-IVA klinikerna i Jönköping och Värnamo samt Kirurgkliniken för att följa kostnadsutveckling, effekter av åtgärder och även arbete med kostnadsmedvetenhet och ansvar. Motsvarande arbete pågår även för kvinnokliniken och ortopedkliniken på Länssjukhus Ryhov.
Ledningsgrupp, kliniker och MPG följer löpande KPP och DRG	Controllers följer och analyserar löpande KPP tillsammans med klinikledningsgrupper på de flesta av verksamhetsområdets kliniker. Flera har använt KPP-data för att analysera skillnader i till exempel användande av diagnostik mellan kliniker inom ett MPG. Inom Kirurgisk vårds ledningsgrupp fokuseras arbetet för tillfället på KPS. Ett kommande steg i KPS-arbetet är att med KPP värdera resursåtgången i processerna samt att följa upp inom vilka patientprocesser som kostnader för lab och röntgen har ökat mest. Arbete har även gjorts tillsammans med Regionledningskontoret ekonomi att värdera produktivitet per klinik i förhållande till tillgänglighet i en så kallad fyrfältare.

Uppdrag: Samtliga kliniker använder modellen för ordnat införande vid ny eller förändrad verksamhet

Aktiviteter	Analys
Samtliga kliniker använder modellen för ordnat införande vid ny eller förändrad verksamhet	Ett arbetssätt som är implementerat i verksamheterna och där det hittills i år inte inkommit några underlag kopplat till verksamhetsområdets ansvar.

Uppdrag: Minska kostnader för bemanningsföretag, övertid, personalkostnader och lab/röntgen

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Kostnader för övertid, mertid	1,75 %	2,16 % ◆	Kostnaderna för övertid, mertid, färdtid har ökat med 3,6 procent mot förra året. Övertidskostnader var väldigt låga sommaren 2024 som en följd av övertidsblockad av vårdförbundet. Målvärdet för andel för verksamhetsområdet är 1,75 procent. Varje klinik har eget mål utifrån resultat 2024.
VO Personalkostnader	Max 101,4 %	103,8 % ◆	Inom verksamhetsområdet har personalkostnaderna ökat med 3,8 procent jämfört med 2024 vilket är i nivå med indexering för löneavtal på 3,8 procent. Verksamheterna har av sjukvårdsdirektör fått förtydligat uppdraget att bromsa in kostnadsutvecklingen och arbeta med att ta fram ett tak över antal årsarbetare som ryms inom budget.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			I april räknas skulden för semester och kompdagar upp till 2025 års lönenivå. Detta ger en engångskostnad i april på 4 miljoner kronor före sociala avgifter. Verksamhetsområdet har inte kompenserats för denna konsekvens av löneavtalen.
VO Kostnader för lab och röntgen	98,04 %	104,26 %	Kostnader för lab och röntgen jämfört med 2024 varierar från månad till månad. Januari, februari och maj var kostnader lägre 2025 än 2024 medan utfallen i mars, april, juni, juli och augusti är högre än 2024 uppräknat med index. Ackumulerat är kostnaderna 4,3 procent högre och då 1,1 procent högre än genomsnittliga prisökningen för 2025 på 3,2 procent. Målet är att kostnaderna ska minska med 5 procent efter prishöjning på 3,2 procent. Det vill säga kostnaderna 2025 ska vara 98,04 procent av kostnaderna 2024 för att målet ska nås. Arbete pågår med kloka kliniska val.
VO Kostnader för material (inklusive förråd)	97,28 %	103,1 %	Materialkostnader till och med augusti är 3,1 procent högre än 2024. I genomsnitt beräknas budgeten vara indexerad med 2,4 procent. Mer arbete behövs för att nå målet för sänkta materialkostnader. Op-IVA kliniken på Ryhov har via arbete med ledningsgrupp, vårdenhetschefer och förrådsansvariga minskat kostnaderna kraftigt jämfört med 2024.

Aktiviteter	Analys
Arbeta med att minska kostnader för bemanningsföretag, övertid, personalkostnader och lab/röntgen.	Kostnader och åtgärder följs upp månadsvis för att följa resultat och status i arbetet med att nå måluppfyllelse. Verksamhetschef ansvarar för att kliniken genomför, analyserar och kommenterar aktiviteter för måluppfyllelsen. HR och controller är stöd i arbetet. Kirurgisk vårds ledningsgrupp och ledningsstab följer detta månadsvis. Av åtgärderna ger arbete med att minska kostnader för bemanningsföretag störst effekt men förbättringar syns även för personalkostnader. Utfall för lab och röntgen och materialkostnader varierar månad för månad och det är i nuläget svårt att bedöma effekt av arbetet. Utvecklingen av faktiska årsarbetare har bromsats och Kirurgisk vård har färre årsarbetare nu än förra året.

Region Jönköpings län

Delårsrapport
Tertial 2 2025

Medicinsk vård

Dnr RJL 2025/21
Agneta Ståhl, sjukvårdsdirektör
Medicinsk vård
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

Inledning **4**
Medborgare och kund **6**
Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på 6
Process och produktion **13**
Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare 14
Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet 16
Lärande och förnyelse **23**
Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya 23
Medarbetare **24**
Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser 24
Ekonomi **27**
Strategiska mål: God och hållbar hushållning 27

Inledning

Medicinsk vård har verksamhet inom akutsjukvård, ambulanssjukvård, barnhälsovård, barnsjukvård, barn-och ungdomshälsa, geriatrik, hud, infektion och medicin. Verksamhet bedrivs på sjukhusen i Eksjö, Jönköping och Värnamo, ambulanser runt om i länet, barn- och ungdomsenheter i Eksjö, Jönköping och Värnamo samt på länets familjecentraler. Hudkliniken har även en mottagning i Nässjö och barn- och ungdomshälsan har mottagning i Huskvarna, Nässjö och Värnamo. Infektionskliniken har också mottagning för sprututbytesverksamhet i Jönköping, Nässjö och Värnamo.

Antalet faktiska årsarbetare uppgick i genomsnitt till och med andra tertialet till 1 921 stycken, vilket innebär att antalet faktiska årsarbetare har ökat med 18 stycken jämfört med motsvarande period föregående år. Jämfört med motsvarande period 2019 har faktiska årsarbetare ökat med 90 stycken.

Till och med andra tertialet har 81 657 läkarbesök utförts (1 892 färre jämfört med motsvarande period föregående år) och 109 583 besök annan yrkeskategori (631 färre jämfört med motsvarande period föregående år). Antalet disponibla vårdplatser var 287 stycken, (9 fler jämfört med motsvarande period föregående år) och antalet vårdtillfällen uppgick till 14 843 stycken (138 färre jämfört med motsvarande period föregående år). Verksamhetsområdets 24 ambulanser utförde sammanlagt 29 319 uppdrag (382 färre jämfört med motsvarande period föregående år).

Årsbudgeten för 2025 uppgår till 3 200 mnkr.

Det ekonomiska resultatet till och med andra tertialet visar på ett budgetunderskott om 26 mnkr. Den huvudsakliga orsaken till budgetunderskottet är väsentligt ökade kostnader under andra tertialet avseende läkemedel och lönekostnader. Verksamhetsområdet prognostiserar ett budgetunderskott om 40 mnkr.

Arbetet *Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård* har fortsatt. Flera team har arbetat kopplat till strategigrupp barn och unga och strategigrupp äldre. Arbete har också fortsatt med en pilot gällande Elevhälsocentral inom ett område i Jönköpings kommun och under hösten 2025 planeras spridning i länet då det startas upp en ny omgång av Bästa platsen för barn och unga.

Tillgänglighet har varit ett prioriterat område och vårt KPS-arbete, kapacitets- och produktionsstyrning har fortsatt med inkludering av fler kliniker. Innan året är slut ska 12 av 13 kliniker ha ett uppstartat KPS-arbete. Effekter på tillgänglighet och arbetsmiljö syns redan inom de verksamheter som kommit längst i arbetet. Nu är vi också igång med att koppla på slutenvården.

Inom området SVF cancer har arbeten fortgått för att ytterligare förbättra processerna för att nå bättre resultat. Till och med andra tertialet blev 84 procent av förväntade utredda i ett standardiserat vårdförlopp (målvärde 70 procent) och 43 procent fick sin behandling startad inom ledtid (målvärde 80 procent). När det gäller PSVF, personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, har PSVF stroke/TIA och PSVF reumatoid artrit implementerats. Implementering pågår gällande hjärtsvikt, palliativ vård och sepsis. När det gäller kunskapsstyrningens lokala programområden (LPO) så har hjärt-kärlsjukdomar, nervsystemets sjukdomar och äldres hälsa inkl. palliativ vård startat. Kommande lokala programområden att starta upp är barn- och ungdomars hälsa, reumatiska sjukdomar, infektionssjukdomar samt mag- och tarmsjukdomar.

SSIH (specialiserad sjukvård i hemmet) har tillsammans med kirurgisk vård två palliativa åtgärdsplatser på kirurgkliniken i Värnamo och Eksjö samt fem platser på onkologen i Jönköping. Beläggningsgraden på dessa åtgärdsplatser till och med andra tertialet har varit 35 procent i Eksjö, 31 procent i Värnamo och 50 procent i Jönköping. Totalt har 2 400 hembesök genomförts.

Förbättringsarbetet med akutflödesprocessen har fortsatt under året. Dashboards har utvecklats och nu kan man i realtid följa patientflöden på akutmottagningar och antal lediga vårdplatser på vårdavdelningar. Samtliga sjukhus har arbetsgrupper som utvecklar arbetssätt för att hantera högt patientinflöde (PHA), komplexa vårdbehov och smidiga övergångar mellan akutmottagning och vårdavdelning. Målet är ökad patientsäkerhet, kortare ledtider och bättre patientupplevelse.

Utvecklingen av e-hälsa har fortsatt. Verksamhetsområdet har haft fokus på alla tillgängliga e-tjänster

och samarbetet med sektionen för e-hälsa har intensifierats. Digitalt utbud är inkluderat i KPS-arbetet.

Under våren har arbete startats tillsammans med våra kommuner gällande sjukvård i hemmet. En kartläggning är gjord av vad som idag görs i kommunerna, vilka överenskommelser som bör finnas och vilken utbildning som behövs för att kunna utveckla konceptet specialiserad sjukvård i hemmet. Planen är att i höst starta ett arbete med intravenös antibiotikabehandling i hemmet som ett först steg.

De stora utmaningarna framöver är att bemanna verksamheter som behöver bemanning dygnets alla timmar samt att hålla en ekonomi i balans. Konkreta insatser kommer att krävas för att nå detta och handlingsplaner har arbetats fram för att tillsammans med klinikerna uppnå en ekonomi i balans.

Måluppfyllelse ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

	2025-08-31	Andel	2024-08-31	Andel
Antal mätetal som är uppfyllda	4	20%	5	25%
Antal mätetal som är delvis uppfyllda	10	50%	9	45%
Antal mätetal som inte är uppfyllda	6	30%	6	30%
Antal mätetal som mäts	20	100%	20	100%

Verksamhetsområdet når målet avseende måtten:

Faktisk väntetid till operation/åtgärd inom 60 dagar

Överbeläggningar

Standardiserade vårdförlopp (SVF) - andel utredda patienter i SVF

Kostnad för bemanningsföretag

Målet nås inte avseende måtten:

Standardiserade vårdförlopp (SVF) - andel inom max ledtid

Årsarbetare

Personalomsättning (andel externa)

Andel chefer med 10 - 35 medarbetare

Ekonomi i balans

Prognos

Målet nås delvis :

Disponibla vårdplatser

Genomförda återbesök inom måldatum

Fått hjälp och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar

Faktisk väntetid till första besök

Tid till ambulans - andel prioritet 1 larm inom 20 minuter

Beläggning

Återinläggningar inom 30 dagar, vårddygn

Antal utlokaliserade per 100 disponibla vårdplatser

Andel heltidsanställda

Personalhälsa - sjukfrånvaro

Medborgare och kund

Inom Medicinsk vård är personcentrerad vård ett viktigt område. Samtliga kliniker har pågående förbättringsarbeten för att utveckla vården där patientens erfarenheter och kunskap tas tillvara. Att utveckla arbetssätt för patientkontrakt har varit och är fortsättningsvis en prioriterad fråga.

Tillgänglighet är också ett viktigt område och arbetet med KPS, kapacitets- och produktionsstyrning, har intensifierats då flera kliniker har gått in i arbetet.

På länets tre akutsjukhus är akutprocessen föremål för utvecklingsarbete. Då över 80 procent av verksamheten inom Medicinsk vård är av akut karaktär är detta ett strategiskt viktigt område.

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktorer: Nöjda kunder och intressenter

Aktiviteter	Analys
Handlingsplan efter Nationella patientenkäten	Resultaten från nationell patientenkät (NPE) akutsjukvård som genomfördes hösten 2024 har publicerats under våren 2025. Akutmottagningarna inom Medicinsk vård visar väldigt goda resultat, både i jämförelse med riket som helhet och med tidigare undersökningar. Enkätsvaren är underlag för klinikernas utvecklingsarbete. Under hösten kommer resultatet för somatisk slutenvård och öppenvård att offentliggöras. Som komplement till NPE genomför flera kliniker egna undersökningar genom QR-koder till enkäter på mottagningar och vårdavdelningar. Dessutom genomförs olika typer av regelbundna och strukturerade intervjuer för att inhämta patientsynpunkter.

Uppdrag: Införa gemensam dokumenterad överenskommelse mellan patient och vårdgivare.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
SJLG Antal upprättade överenskommelser - uppföljning	110 000 st	73 978 st.	Den huvudsakliga ökningen inom verksamhetsområdet står barnhälsovården för. Barnhälsovården har sedan januari 2025 använt överenskommelse mer strukturerat. De har bland annat tydliggjort syftet och skapat gemensamma benämningar som sjuksköterskorna använder vid varje vårdkontakt. Syftet är att barn och föräldrar ska veta nästa steg och tydliggöra vem som gör vad och vem som är barnets fasta vårdkontakt. I övrigt fortsätter klinikerna med att utveckla arbetssätt kring överenskommelser. Det kvalitativa arbetet behöver fortsatt utvecklas avseende innehållet i överenskommelserna.

Aktiviteter	Analys
Införa och utveckla kvaliteten överenskommelse patient.	Antalet överenskommelser fortsätter att öka. Ett länsgemensamt arbete är påbörjat för att skapa gemensamma arbetssätt inom specialistvården. Arbetet leds av Qulturum. Barnhälsovården är den verksamhet som dokumenterar flest

Aktiviteter	Analys
	överenskommelser. Samtliga kliniker är igång med arbetet. Förhoppningsvis kan arbetet fokusera på vissa specifika patientgrupper som har störst behov.
Starta upp ett arbete med dokumenterad överenskommelse med fokus på vissa sjukdomsgrupper	Inledande arbete med dokumenterade patientöverenskommelser har påbörjats. En GAP-analys visar att många patienter, särskilt personer med kroniska sjukdomar, har flera parallella överenskommelser. Syftet med analysen var att tydligare kartlägga innehållet i dessa överenskommelser. Arbetet förväntas bidra till ett mer sammanhållet och effektivt arbetssätt med patientöverenskommelser. Data för grupper med många vårdkontakter har tagits fram av Qulturum. Dialog om förslag på gemensamma åtgärder i syfte att förbättra kvaliteten. Även kvalitativa fallexempel och berättelser tas fram. Detta arbete fortsätter under hösten.

Framgångsfaktorer: God tillgänglighet

Uppdrag: Förbättra tillgängligheten till vården och tandvården utifrån systemmätetal och mål för verksamheterna.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Faktisk väntetid till första besök inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering.	80 %	67 %	Tillgängligheten till första besök uppgick till och med andra tertialet till 67 procent. Föregående år motsvarande period 67 procent. 491 patienter har under augusti väntat mer än 60 dagar. Föregående år motsvarande månad 497 patienter. Tillgängligheten minskade väsentligt under augusti (58 procent). Vilket även inträffade under augusti 2024 (57 procent). Flest väntande har verksamhetsområdet inom hudkliniken. Hudkliniken köper från och med november 2023 vårdtjänster av vårdgivare utanför Region Jönköpings län för att förbättra tillgängligheten. Tillgängligheten förväntas öka i och med att verksamhetsområdets arbete med kapacitet och produktionsstyrning (KPS) fortskrider.
Faktisk väntetid till operation/åtgärd inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering	80 %	81 %	Tillgängligheten till åtgärd/undersökning avseende gastro- och koloskopier uppgick till och med andra tertialet till 81 procent. Föregående år motsvarande period 85 procent. Under augusti har 19 personer väntat mer än 60 dagar.
Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum	90 %	80 %	Tillgängligheten avseende genomförda återbesök (läkare och annan personalkategori) inom medicinskt måldatum uppgick till och med andra tertialet till 80 procent. Föregående år motsvarande period 79 procent. Under augusti genomfördes 57 procent av läkarbesöken inom måldatum. Tillgängligheten förväntas öka i och med att verksamhetsområdets arbete med kapacitet och produktionsstyrning (KPS) fortskrider.
Nämnd Fått hjälp och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar	90 %	80 %	Tillgängligheten i länet uppgick till och med andra tertialet till 80 procent. Föregående år 78 procent. Tillgängligheten under perioden ovan per akutmottagning:

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			Akutmottagningen på Länssjukhuset Ryhov (exklusive barnakuten): 77 procent Barnakuten på Länssjukhuset Ryhov: 91 procent Akutmottagningen på Höglandssjukhuset Eksjö: 71 procent Akutmottagningen på Värnamo sjukhus: 81 procent Tillgängligheten har ökat något i länet jämfört med föregående år. En del av förklaringen är införandet av bakjourskoordinator på akutmottagningen på Länssjukhuset Ryhov. Tillgängligheten har på Länssjukhuset Ryhov ökat från 66 procent i början av året till 80 procent under augusti. Antal akuta besök i länet (läkarbesök och övriga besök) har ökat med 4 procent till och med andra tertialet jämfört med motsvarande period föregående år.
Tid till ambulans - andel prio 1 larm inom 20 minuter	80 %	75 %	Tillgängligheten uppgick till och med andra tertialet till 75 procent. Föregående år motsvarande period 71 procent. Under augusti uppgick tillgängligheten till 74 procent. Antalet prioritet 1 uppdrag har minskat med 16 procent jämfört med motsvarande period föregående år. Inom- och utomlänstransporter mellan vårdinrättning tar en stor del av ambulanssjukvårdens resurser, cirka 10 procent av totalt antal uppdrag. Ambulansverksamheten har under 2025 startat upp en verksamhet (transportfordon) som ska ta hand om inom- och utomlänstransporter mellan vårdinrättningar. Förväntad effekt är ökad tillgänglighet för prioritet 1 uppdrag. Totalt har antalet uppdrag minskat med 383 uppdrag (1 procent) jämfört med motsvarande period föregående år. Ambulanssjuksköterska jobbar på SOS Alarm och stöttar SOS-alarms personal i arbetet med dirigering/logistik avseende utomlänstransporter, vilket har haft en positiv effekt på tillgänglighet.
VO Andel 80 år och äldre som har blivit bedömda och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar	90 %	70 %	Till och med andra tertialet har 30 procent av patienterna över 80 år väntat mer än 4 timmar på akutmottagning. Föregående år motsvarande period 32 procent. Orsaken beskrivs vara att patienterna inväntar inläggning på sjukhus eller utskrivning för hemgång. En bidragande orsak är att äldre inte alltid uppvisar allvarliga symtom och därför blir symtomen bedömda som mindre allvarliga. Arbete pågår med att förbättra handläggningstiden.

Aktiviteter	Analys
Införa transportambulans	Arbetssättet och rutiner för transportambulansen har satt sig under 2025 och verksamheterna, både inom Region Jönköpings län och i Linköping, har fått och tagit till sig information om vilken vård och kapacitet man kan erbjuda. Det har varit flera tillfällen med både tre och fyra patienter samtidigt.

Uppdrag: Förbättra tillgängligheten och omhändertagandet av barn och ungdomars psykiska hälsa.

Aktiviteter	Analys
En primär nivå för barn och unga, 6-17 år, med lindriga och medelsvåra psykiska besvär och psykiatriska tillstånd är under uppbyggnad inom barn-och ungdomshälsan	Till och med andra tertialet inkom 4 337 remisser till En väg in (EVI), barn och unga, psykisk hälsa (EVI), vilket är en minskning med 5,5 procent jämfört med föregående år motsvarande period. I medeltal har 50 procent av inkommande vårdbegäran till EVI triagerats till barn- och ungdomshälsan (BUH), resterande till barn- och ungdomspsykiatrin (BUP), exklusive remisser mellan BUH och BUP

Uppdrag: Under mandatperioden ska Region Jönköpings län säkra akutvårdkedjan för att patienter ska få ett snabbare och säkrare omhändertagande i hela länet.

Aktiviteter	Analys
Arbeta med att förbättra akutvårdkedjan	Förbättringsarbetet med akutflödesprocessen fortsätter. Samtliga sjukhus har arbetsgrupper som utvecklar arbetssätt för att hantera högt patientinflöde (PHA: Plan för Hög Aktivitet), komplexa vårdbehov och smidiga övergångar mellan akutmottagning och vårdavdelning. Målet är ökad patientsäkerhet, kortare ledtider och bättre patientupplevelse. Utvecklingen av subakuta mottagningar, oberoende av specialitet, pågår för att minska återbesökens belastning på akutmottagningarna och förbättra patientomhändertagandet. Region Jönköpings läns akutmottagningar fortsätter att ligga i topp nationellt, med cirka 80 procent av patienterna färdigbehandlade inom fyra timmar. Dessutom visar senaste nationella patientenkäten att patienterna upplever att akutmottagningarna har förbättrat sig avsevärt. En utmaning kvarstår för patienter över 80 år. Där tillgängligheten uppgår till cirka 70 procent. Den lägre andelen jämfört med tillgängligheten för samtliga patienter beror främst på behovet av omfattande samrådsbedömningar, vilket förlänger ledtiderna.

Uppdrag: Tillse att det finns vårdplatser efter behov på de tre akutsjukhusen.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Disponibla vårdplatser	323	287 ◆	Antalet disponibla vårdplatser uppgick till och med andra tertialet till 287 stycken. Föregående år motsvarande period uppgick antalet till 278 stycken. Förändringen beror i huvudsak på en ökning av disponibla vårdplatser inom medicin- och geriatrikkliniken Höglandssjukhuset i Eksjö.
Nämnd Beläggning	<85 %	86 % ◆	Beläggningen uppgick till och med andra tertialet till 86 procent. Föregående år motsvarande period uppgick beläggningen till 88 procent. Antalet vårdtillfällen har under perioden ovan minskat med 1 procent jämfört med föregående år motsvarande period. Antalet disponibla

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			vårdplatser har ökat med 9 stycken under motsvarande period.
Nämnd Utlokaliserade		0,7 %	Antalet utlokaliserade patienter uppgick till och med andra tertialet till 61 stycken per månad. Föregående år motsvarande period 62 stycken. Jämfört med föregående år motsvarande period har antalet utlokaliserade patienter minskat med 1 procent. Under augusti som enskild månad uppgick antalet utlokaliserade till 51 stycken. Föregående år motsvarande månad 90 stycken.
Nämnd Överbeläggningar	0 %	0,7 %	Andelen överbeläggningar i förhållande till antalet disponibla vårdplatser uppgick till och med andra tertialet till 0,7 procent. I genomsnitt per månad uppgick antalet överbeläggningar till 63 stycken under perioden ovan. Föregående år motsvarande period uppgick antalet till 123 stycken. Antalet överbeläggningar har minskat med 49 procent jämfört med föregående år motsvarande period. Antalet överbeläggningar uppgick under augusti till 45 stycken. Föregående år motsvarande månad 107 stycken.
Nämnd Återinläggningar inom 30 dagar vårddygn	15 %	16 %	Klinikerna har arbetat med att analysera sin återinläggningar. Ett flertal av återinläggningarna är av typen - varit skickad till Linköping och återkommer efter vård där. Resultatet till och med andra tertialet uppgår till 16 procent. Föregående år motsvarande period 17 procent. Exempel på arbetssätt är att kliniker använder PREA 30-patientlistan (Patient REAdmission) för att identifiera riskpatienter för återinläggningar.

Framgångsfaktorer: God och jämlik hälsa

Uppdrag: Förbättra folkhälsan hos länets invånare.

Aktiviteter	Analys
Deltar i strategigruppernas arbete för arbete med Bästa platsen	Strategigrupp äldre arbetar med en gemensam vision. Syftet är att fokusera på några färre områden för att skapa ett gemensamt fokus. Arbetet fortsätter under hösten.

Uppdrag: Arbeta för en mer jämlik hälsa hos utrikesfödda invånare.

Aktiviteter	Analys
Skapa en medvetenhet om socioekonomins och/eller kulturell påverkan på patientsäkerhet och kliniska resultat	Region Jönköpings läns arbete för att öka medvetenheten om socioekonomiska och kulturella faktorers påverkan på patientsäkerhet och kliniska resultat har stärkts genom workshop med ledningsgruppen i samverkan med hälsokommunikatörer. Inför verksamhetsdialogen har kliniker ombetts reflektera över utsatta grupper, vilket visat på både engagemang och behov av stöd. Vissa kliniker har initierat samarbete med hälsokommunikatörer. Pågående arbete med funktionsrätt syftar till att identifiera andra sårbara grupper, bortom språkbarriärer. Det finns ett växande intresse för frågan, men fortsatt behov av vägledning i hur kunskap omsätts till praktisk handling. Två workshops med ledningsgruppen är genomförda.

Uppdrag: Förbättra barn och ungas hälsa.

Aktiviteter	Analys
Följer utvecklingen av Obesitasteam	Den regionala arbetsgruppen med representation från barn- och ungdomsenheten, rehabiliteringscentrum, barn- och ungdomshabiliteringen, tandvården och barnkliniken har fortsatt utveckla arbetssätt och samverkansformer för barn med obesitas i behov av samordnade insatser. Fortsatt stort behov att via ett regionalt obesitasteam inom specialistvården kunna erbjuda barn med obesitas och samsjuklighet i form av diabetes, fettlever och högt blodtryck adekvat medicinsk behandling och samordning av multidisciplinära insatser.
Följa spridning i länet av elevhälsocentraler	Styrgrupp Bästa platsen, utsedd av strategigrupp barn, planerar spridning av konceptet elevhälsocentral / tidiga samordnade insatser via ny omgång av Bästa platsen för barn och unga. Team bjuds in från kommuner och regionen för att på ett systematiskt sätt arbeta med implementering. Två processledare har rekryteras och uppstartsmöte för ny omgång Bästa platsen genomförs den 10 oktober 2025.

Uppdrag: Förebyggande insatser som stöd till nyblivna föräldrar.

Aktiviteter	Analys
Föräldraskapsstöd och uppsökande verksamhet med extra stöd.	En filial till familjecentralen i Värnamo är startad i Rydaholm. På filialen arbetar BHV-sjuksköterska, barnmorska, förskollärare och kurator. Verksamheten pågår en dag i veckan och under slutet av vårterminen besvarade föräldrarna en enkät avseende deras erfarenheter av verksamheten på filialen. Samtal pågår i Eksjö kommun angående att starta någon form av filial i Mariannelund för att öka möjligheten att ge extra stöd.

Uppdrag: Fortsätta arbeta för en jämlik geriatrisk vård i länet

Aktiviteter	Analys
Utveckla forsknings- och kompetensutvecklingsaktiviteter för geriatrik	De sjutton olika idéer som kliniker och forskare kom fram till under workshops under 2024, har ett par gått vidare och blivit forskningsprojekt. Exempelvis att kvalitativt utvärdera "digitala kompisar", där seniorer lär varandra om digital teknik och e-hälsa. En forskarefrukost med uppföljning planeras med fokus på fallprevention. Forum Geriatrikum som digital föreläsningsserie fortsätter med en föreläsning per månad.
Utveckla och prova metod för äldreanpassat sjukhus	Inom programmet bästa platsen att åldras pågår arbete med att skapa ett äldrevänligt samhälle, baserat på världshälsoorganisationens åtta domäner. En av dessa domäner är utvecklingen av ett äldrevänligt hälso- och sjukvårdssystem. Det finns i dagsläget ingen etablerad modell för att granska ett helt sjukhus utifrån äldrevänlighet, motsvarande de modeller som finns för barnvänliga sjukhus. Inom ramen för detta arbete har följande genomförts: En tjänstedesign-workshop med seniorer har genomförts med mycket god respons. Seniorerna har uttryckt en stark vilja att fortsätta engagera sig i det fortsatta

Aktiviteter	Analys
	utvecklingsarbetet. En litteraturgenomgång har genomförts som visar att befintliga modeller främst fokuserar på delar av sjukhuset, exempelvis äldrevänliga akutmottagningar och inte omfattar hela sjukhusmiljön. Ett uppdrag är framtaget för projektgrupp och förankringsarbete.

Uppdrag: Säkerställa att verksamheter som är centraliserad inom Region Jönköpings län, når länets invånare jämlikt.

Aktiviteter	Analys
Analys av jämlika vårdleveranser i länet	Arbetet med jämlika vårdleveranser i länet berör förstås alla verksamheter men i detta sammanhang reumatologen, barnkliniken och infektionskliniken inom Medicinsk Vård. Arbetet följs upp under verksamhetsträffar med dessa verksamheter. För andra tertialet 2025 finns inget nytt att rapportera.

Process och produktion

Hälsa skapas bland annat i mötet mellan vårdgivare och personer med hälsoproblem. Produktionen av vårdtillfällen och mottagningsbesök är ett indirekt mått på vilka resultat som egentligen uppnås i form av förbättrad hälsa och minskat lidande. Därför behöver innehållet i processerna också följas med kliniska kvalitetsmått. En god tillgänglighet är också en viktig patientsäkerhetsfråga. Inom verksamhetsområdet pågår utveckling hur kapacitet och produktion kan samordnas och styras (KPS-arbete).

Verksamhetsstatistik

	Utfall 2024-08	Utfall 2025-08	Förändring % 2025-2024
Vårdtid dagar	58 136	58 920	1,3%
Vårdtillfällen	14 981	14 843	-1%
Disponibla vårdplatser	278	287	3,2%
Antal läkarbesök	83 549	81 657	-2,3%
Antal besök annan personalkategori	110 214	109 583	-0,6%
Andel digitala besök läkare, annan personalkategori	1,3 %	1 %	-0,3%
Antal ambulanstransporter	29 701	29 319	-1,3%

Tabellen ovan innehåller både besök inom somatisk vård, barnhälsovård (primärvård) samt barn- och ungdomshälsan (primärvård).

Vårdtillfällena har främst minskat (jämfört med motsvarande period föregående år) inom medicinkliniken Länssjukhuset Ryhov (-427 vårdtillfällen, -8 procent). I övrigt är det inte några större förändringar jämfört med motsvarande period föregående år. Jämfört med tidigare år har en större minskning skett över tid.

Antalet disponibla vårdplatser uppgick i genomsnitt till 287 stycken. Verksamhetsområdets mål för disponibla vårdplatser uppgår till 323 stycken (lägre under sommaren). Främst är det medicin- och geriatrikkliniken på Höglandssjukhuset i Eksjö som har ökat antalet disponibla vårdplatser jämfört med motsvarande period föregående år.

Antalet läkarbesök har minskat något (jämfört med motsvarande period föregående år). De flesta kliniker har minskat. Medan medicin- och geriatrikkliniken på Höglandssjukhuset i Eksjö har ökat antalet läkarbesök (424 läkarbesök, 3 procent).

Antal uppdrag inom ambulansverksamheten har minskat (jämfört med motsvarande period föregående år) med 383 uppdrag. Minskningen avser prioritet 1 larm.

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktorer: Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Uppdrag: Öka användningen av digitala tjänster och system för vård, hälsa och prevention.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
SJLG Andel genomförda digitala vårdmöten	5 %	1 %	Verksamhetsområdet når inte målet men jobbar på att öka andelen genom att påminna verksamheterna om att öka andelen digitala vårdmöten samt genom en dialog med E-hälsa för att utveckla arbetssätten.

Aktiviteter	Analys
Följer klinikernas arbete med införande av e-hälsotjänster	Arbetet med E-hälsotjänster följs upp av Medicinsk vårds IT strateg. Resultat och nuläge redovisas på ledningsgruppen inom Medicinsk vård. Resultatet följs också upp på Medicinsk vårds verksamhetsdialoger en gång i halvåret. Fem områden följs upp månadsvis : 1. Antal bokade tider 1177 webtidbok. 2. Antal invånare initierade ärende i 1177. 3. Antal vård initierade ärende i 1177. 4. Antal skickade formulär 1177. 5. Andel besvarade formulär 1177. Medicinsk vård uppnår målet i 3 av fem områden till och med andra tertialet. Medicinsk vård har uppmärksammat och anmält ett eventuellt redovisnings fel avseende "Antal bokade tider 1177 webtidbok". Felet är inte åtgärdat.
Uppföljning och erfarenhetsutbyte mellan verksamheterna vid införande av digitala tjänster.	Följs upp på verksamhetsträffar under andra halvåret 2025.

Uppdrag: utvecklas till att bli en viktig digital ingång till vården och samlingsplats för nödvändig information om hälsa, vård och tandvård.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
SJLG Andel bokade tider 1177 webbtidbok jämfört med föregående år	40 %	-30 %	Arbete pågår inom samtliga verksamheter avseende webtidbok. En kraftig minskning under mars månad på grund av att leverantören inte har kunnat ta fram data. Problemet är påtalat och bekräftat av E-hälsa. Data saknas för mars och april, maj, juni, juli och augusti.
SJLG Andel invånarinitierade ärenden 1177 jämfört med föregående år	10 %	20 %	Resultatet är 2 procent bättre än föregående år motsvarande period.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
SJLG Andel vårdinitierade ärenden 1177 jämfört med föregående år	30 %	107 %	Utvecklingen har stabiliserats sig med en förbättring på över 100 procent till och med andra tertialet 2025.
SJLG Andel skickade formulär 1177 jämfört med föregående år	50 %	-13 %	Verksamheten analyserar vad minskningen kan bero på.
SJLG Andel besvarade formulär 1177	75 %	59 %	Andelen besvarade formulär uppgår till 59 procent av de utskickade formulären. En analys ska genomföras för att undersöka hur få till en bättre svarsfrekvens på de formulär som skickas ut.

Uppdrag: Förbättra dialogen mellan sjukhusens specialistvård och primärvården genom sömlös vård och övergångar.

Aktiviteter	Analys
Kvalitativ uppföljning av hur arbetssätten för sömlösa vårdövergångar utvecklas.	Under tertial 2 finns inget nytt att rapportera utan hänvisar till tertial 1 där analysen var enligt följande: Arbetet fortskrider i god takt och under våren har flera möten skett för att stämma av med verksamheterna och då med fokus på slutenvården. Besök av processledare har skett på medicin - och geriatrikkliniken i Eksjö, kirurgkliniken i Eksjö, kirurgkliniken i Värnamo samt planerad till medicinkliniken på Ryhov. Ett läkarmöte har skett på Ryhov för hela sjukhuset. Ett antal nya funktioner har tillkommit såsom: apotekare, arbetsterapeut, dietist, sjukgymnast och logoped. Bra Liv har en löpande dialog med koordinator för sömlösa vårdövergångar där målsättningen är att lära av de kliniska fall som uppkommer. Modellen som Bra Liv använder sig av har varit framgångsrik och skulle kunna vara något för verksamheterna inom Medicinsk vård att ta efter.
Kartlägga och vid behov utveckla kontakten mellan specialistsjukvård och primärvård.	Arbetet pågår bland annat i arbetet med "Sömlös vård". Andra exempel på god samverkan mellan Medicinsk vård och primärvården som kan nämnas är strukturen för vem som gör vad när det gäller resevaccinationer som är ett förbättringsarbete mellan Bra Liv och infektionskliniken. Under tertial två finns inget nytt att rapportera.

Uppdrag: Fasa ut mindre värdeskapande arbetssätt.

Aktiviteter	Analys
Stödjer utfasningen av icke-värdeskapande processer	Som en viktig del i utfasningen av icke värdeskapande processer är det ett prioriterat arbete i Medicinsk vårds verksamheter att arbeta med kloka kliniska val. Under första tertialet sker en succesiv minskning av radiologiska undersökningar samt av laboratorieprover. Under andra tertialet minskar radiologiska undersökningar inte i samma utsträckning som under första tertialet utan snarare ökar något. När det avser laboratorieanalyser så fortsätter minskningen och har ackumulerat minskat med 5 procent jämfört med motsvarande period föregående år.

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktorer: Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Andel förstagångsföräldrar som genomgått hälsosamtal		–	Att öka andelen genomförda hälsosamtal med förstagångsföräldrar är ett av barnhälsovårdens prioriterade områden. Till och med andra tertialet har 935 samtal genomförts, vilket är en ökning jämfört med föregående år motsvarande period då 848 samtal genomfördes. En utbildningsinsats under våren 2025 är ett exempel som kan ha påverkat det positiva resultatet. På grund av att barnhälsovården genomförde ett byte av journalsystem under 2023 kan andelsresultat inte redovisas. Arbete pågår med att ta fram nya rapporter så att tillförlitliga data ska kunna redovisas.

Framgångsfaktorer: Säker verksamhet

Uppdrag: Under planperioden anpassas Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete till Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Antal händelseanalyser genomförda	>10	9 ◆	Nio händelseanalyser är påbörjade under andra tertialet 2025. Händelseanalyserna ligger till underlag för att förbättra rutiner och processer. Det är avgörande för att förstå och förebygga vårdskador och andra oönskade händelser.
SJLG Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	100 %	85 % ◆	Målet om 100 procent uppnås inte. Resultatet uppgår till 85 procent. Resultatet föregående år motsvarande period uppgick till 82 procent. Verksamheten jobbar kontinuerligt med denna fråga.
SJLG Upprättad vårdplan - Fall	95 %	88,5 % ■	Riskbedömning av fallrisk inom slutenvård syftar till att identifiera patienter med ökad risk att falla och vidta förebyggande åtgärder. Processen riskbedömning inom verksamhetsområdet är stabil. Exempel på olika arbetssätt är omvårdnadsronder och SEUPP (strukturerad tillsyn av patienterna). På vissa enheter har tvärprofessionella fallgrupper bildats. Det undersöks möjligheter att använda AI-baserad system för att identifiera falltendenser. Andelen håller sig stabil strax under 90 procent.
SJLG Upprättad vårdplan - Trycksår	95 %	88,3 % ■	Riskbedömning av risk för trycksår inom slutenvård syftar till att identifiera patienter med ökad risk att få trycksår och vidta förebyggande åtgärder. Processen riskbedömning inom verksamhetsområdet är stabil. Exempel på arbetssätt är omvårdnadsronder och SEUPP. Andelen upprättade vårdplaner är stabilt under målvärdet 90 procent.
SJLG Upprättad vårdplan - Munhälsa	95 %	90,6 % ◆	God munhälsa när man blir sjuk är viktig av flera anledningar. Det finns risk för att inte kunna äta ordentligt och det kan leda till svaghet med fall och trycksår som konsekvens. God munhälsa är också en viktig förebyggande åtgärd för vårdrelaterade lunginflammationer. Andel startade vårdplaner var något minskande första tertialet men

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			har återhämtats sig under andra tertialet.
SJLG Upprättad vårdplan - Undernäring	95 %	89,8 %	Andelen upprättade vårdplaner minskade något under första tertialet och har inte förbättrats under andra tertialet. Utvecklingen behöver följas. Geriatriska kliniken på Länssjukhuset Ryhov har ett mycket bra resultat avseende riskbedömningar. Då allt fler äldre vårdas på andra specialiserade enheter behöver de förebyggande arbetssätten också få genomslag. För personer äldre än 65 år är andelen med riskbedömningar och upprättade vårdplaner högre och når över 95 procent.

Aktiviteter	Analys
Säkerställ att alla enheter mäter och följer upp följsamhet till BHK	En dialog med smittskydd vårdhygien förs om hur feedback avseende hur mätningar av basala hygienrutiner genomförs.
Göra egenkontroll Vårdrelaterade infektioner	Uppföljning avseende klinikernas egenkontroll sker månadsvis under verksamhetsområdets ledningsmöte. Egenkontrollen redovisas i Stratsys. Endast någon enstaka klinik har genomfört egenkontroll enligt Stratsys så här långt under 2025.

Uppdrag: Arbeta med rätt antibiotikaförskrivning och att minska vårdrelaterade infektioner.

Aktiviteter	Analys
Utveckla antibiotikasmarta kliniker	Klinikerna inom verksamhetsområdet fortsätter arbeta enligt konceptet *Antibiotika Smarta kliniker* genom månatlig återkoppling från STRAMA avseende antibiotikaförskrivning, följsamhet till basala hygienrutiner samt förekomst av vårdrelaterade infektioner. Till och med andra tertialet syns fortsatt variation i följsamhet till hygienrutiner. Behandlingstiden med cefotaxim ligger generellt nära målvärdet, men fortsatt analys behövs för att förstå avvikelser. Andelen penicillin vid samhällsförvärvad pneumoni är hög för vissa kliniker men låg för andra, vilket pekar på behov av fortsatt stöd i följsam antibiotikaanvändning.

Uppdrag: Agera för en säker läkemedelsanvändning.

Aktiviteter	Analys
Genomföra handlingsplan Läkemedel och patientsäkerhet	Verksamhetsområdets handlingsplan för läkemedel och patientsäkerhet utgår från Region Jönköpings läns uppdrag att agera för en säker läkemedelsanvändning. Fokus ligger på att säkerställa vårdövergångar, förebygga olämplig läkemedelsbehandling (särskilt polyfarmaci) samt att minimera risker kopplade till högriskläkemedel såsom opioider och antikoagulantia. Under 2025 arbetar klinikerna med riktade insatser såsom informationsspridning via MPG (medicinsk programgrupp) medicin och geriatrik, utveckling av journalgranskning som lärande verktyg, samt förbättring av läkemedelsavstämning i journal och utskrivningsinformation. Sökordet "läkemedelsavstämning" används som indikator, där variationer mellan klinikerna

Aktiviteter	Analys
	pekar på behov av ökad struktur och samordning. Som nästa steg planeras en workshop i september med verksamhetsutvecklare, där avvikelser i synergi avseende läkemedelsadministration och ordination, användning av sökord samt koppling till patientens överenskommelse analyseras i syfte att identifiera förbättringsområden och stärka ett personcentrerat arbetssätt.
Kostnadseffektiv läkemedelsbehandling	Målsättningen är att berörda verksamheter ska genomföra en läkemedelsdialog med representanter från läkemedelskommittén under 2025. Klinikerna genomför läkemedelsdialoger enligt plan. Syftet med läkemedelsdialogerna är bland annat att uppnå kostnadseffektivitet i användandet av läkemedel.
Genomgång av Region Jönköpings förteckning över prioriterade miljöbelastande läkemedel med åtgärdsförslag med läkare på respektive verksamhet.	Följs upp i Medicinsk vårds ledningsgrupp under andra halvåret 2025.

Uppdrag: Utveckla förebyggande och vårdpreventiva arbetssätt

Aktiviteter	Analys
Följa arbetet med vårdprevention i Cosmic	Arbete pågår med att ta fram aktivitetspaket för vårdprevention. Detta genomförs gemensamt inom Region Jönköpings län och det är sektionen för E-hälsa som håller i arbetet. Arbetet fortsätter under hösten.
Utveckla vårdpreventiva arbetssätt	Under året har nya arbetssätt för att följa upp vårdpreventiva arbetssätt påbörjats. Detta har skett med Cosmic Insight. Under hösten 2024 återstartades överföringen av indikatorer mellan Diver och Stratsys. Utvecklingsarbete pågår inom klinikerna och är en del av patientsäkerhetsarbetet.

Framgångsfaktorer: Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Aktiviteter	Analys
Samtliga verksamheter/enheter skall ha tillgång till JLT applikationen under 2025	I dagsläget är 18 mottagningar anslutna till JLT (13 kliniker ingår i vårt verksamhetsområde). Samtliga verksamheter har fått information om att man kan resa med JLT. Antalet resenärer som är ansluta i dagsläget är 50 stycken.

Uppdrag: Utveckla cirkulära materialflöden och minska mängden avfall.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Matsvinn per patientportion	-30 %	-15 %	Resultatet -15 procent är en försämring jämfört med föregående år (21 procent). Arbetet med att minska matsvinnet kommer att fortsätta inom Medicinsk vård. Dialog förs med verksamhetsnära service (VNS) avseende antal beställningar av färdiglagad mat detta för att minska matsvinnet. Verksamheten använder sig också av så kallade ”kylda portioner” från produktionsköket för att minska matsvinnet. Medicinsk vårds verksamheter kommer att följa upp matsvinnet i dialog med område måltid under 2025.

Aktiviteter	Analys
Genomföra uppföljande möten med område måltid på verksamhets och enhetsnivå för att minska matsvinnet.	Aktiviteten är kopplad till "Kartlägga beställningsmönster och minska matsvinnet inom Medicinsk vårds aktuella enheter enligt uppsatt mål". Bland annat avsåg dialogmötena att se vilka möjligheter det finns med kylda portioner och torrvaror. Respektive verksamhet har genomfört aktiviteter för att minska matsvinnet. Dessa skall följas upp kontinuerligt. Vid behov skall enskilda dialogmöten med område måltid genomföras av verksamheterna. Medicinsk vård uppmärksammades 2024 med ett hedersomnämnande för sitt hållbarhetsarbete avseende matsvinn. Det fortsatta arbetet avseende samverkan och uppföljning med område måltid kommer att ske på verksamhets/enhetsnivå under 2025.
Varje verksamhet/enhet skall se över sin klimatpåverkan från prioriterade förbrukningsartiklar (engångsartiklar) och ta fram en relevant aktivitet utifrån sin kartläggning.	Under enheternas miljödialoger aktualiseras frågan avseende arbetet med klokare materialval. Exempelvis används porslinsmuggar och dricksglas vid servering av dryck. Även frågor avseende avfallssortering och materialåtervinning diskuteras. Arbete med att se över användning av handskar och förkläden i det dagliga arbetet på enheterna initierades inför 2024. Detta arbete fortsätter under 2025. Verksamheterna skall ta fram en aktivitet i Stratsys avseende bruket av engångsprodukter. Vilka alternativ som kan finnas till dessa samt minska användandet av handskar när dessa inte behövs. Under första tertialet 2025 har det genomförts en workshop och erfarenhetsutbyte mellan verksamheterna tillsammans med område miljö kring engångsprodukter / förbrukningsartiklar.
Planera workshop tillsammans med område miljö kring förbrukningsartiklar	Workshop avseende hållbara materialval för engångsartiklar genomfördes den 27 maj 2025 och medverkande var miljöombud och första linjens chefer. Smittskydd vårdhygien, inköp och miljöenheten samt Medicinsk vårds koordinator i miljöfrågor genomförde workshopen.

Uppdrag: Fortsätta implementering och utveckling av kunskapsstyrning med syfte att erbjuda god och jämlik vård.

Aktiviteter	Analys
Utveckla lokala programområden inom verksamhetsområdet	Medarbetare inom verksamhetsområdet är engagerade i regionala och nationella grupper inom kunskapsstyrningen. De lokala programområden (LPO) som startat upp hittills är nervsystemets sjukdomar, hjärt- och kärlsjukdomar och äldres hälsa och palliativ vård. Först ut i gruppernas arbete är införande av personcentrerade sammanhållna vårdförlopp. Kommande lokala programområden att starta upp är barns och ungdomars hälsa, reumatiska sjukdomar, infektionssjukdomar samt mag- och tarmsjukdomar. Processordförande och processtödjare är utsedda och uppstartsmöte för dessa LPO genomförs den 1 oktober.

Uppdrag: Utifrån utredningen av intermediärvårdplatser under 2024 besluta om fortsättning.

Aktiviteter	Analys
Beredning av intermediärvårdsrapport	Verksamheter inom Medicinsk vård och Kirurgisk vård har erhållit ett uppdrag att arbeta fram ett förslag om hur fyra intermediärvårdsplatser kan inrättas på länssjukhuset Ryhovs akutvårdsavdelning inom akutkliniken samt beskriva bemanningsbehov som ska vara så resurseffektivt som möjligt i samverkan med AVA (akutvårdsavdelningen). En arbetsgrupp har skapats bestående av representanter från berörda verksamheter på länssjukhuset Ryhov. Dessa är akutkliniken, operation och intensivvård, medicinkliniken, infektionskliniken, kirurgkliniken, öron- näsa- hals och rehabiliteringscentrum, chefsläkar-organisationen samt controller från Medicinsk vård samt Kirurgisk vård. Första mötet genomfördes i början av maj 2025, och därefter har fem möten genomförts under andra tertialet 2025. Uppdraget beräknas vara klart 30 september 2025.

Uppdrag: Region Jönköpings län ska sammantaget bli en av de bästa i Sverige när det gäller standardiserade vårdförlopp för cancer.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Standardiserade vårdförlopp - andel inom max ledtid	80 %	43 %	Andel standardiserade vårdförlopp (SVF) där behandling startas inom maximal ledtid har under det senaste tolv månaderna uppgått till 43 procent. Föregående år motsvarande period 48 procent. Variation finns mellan olika utredningsförlopp i komplexitet och vilket mål vårdförloppen sätter i antal dagar. Det finns en variation i måluppfyllnad från 30 procent till 80 procent beroende på SVF-förlopp. Arbete med den egna processen för att optimera effektiviteten i utredningen pågår i alla SVF-förlopp. En nyckel är att varje person i processen vet sin roll med stöd av tydlig rutinbeskrivning, en koordinator som håller ihop förloppet samt att god kommunikation med aktiva överlämningar sker mellan olika verksamheter. Till vissa diagnosgivande undersökningar har tiden förlängts och det finns fortfarande en lång väntetid för patologsvar som inte svarar mot vårdprogrammens rekommenderade tid. Verksamheten har för få bronkoskopitider med anledning av minskad resurs på kirurgisk konsultations- och behandlingscentral (KBC). Inom SVF lungcancer har ledtiden från beslut till behandling kortats betydligt i jämförelse med tidigare år samt att det generellt är en minskad variation för utredningstiden och det skiljer sig från övriga i sydöstra regionen. Kvaliteten på utredningen bedöms vara hög.
Standardiserade vårdförlopp - andel utredda patienter i SVF	70 %	84 %	Andel utredda patienter i SVF i förhållande till antal förväntade uppgår till 84 procent, målet är satt till 70 procent.

Aktiviteter	Analys
Följa och analysera resultat	Aktiviteten är inte påbörjad.
Jämförelse med rikets resultat	Aktiviteten är inte påbörjad.

Uppdrag: Erbjuda avancerad läkemedelsbehandling nära patienten.

Aktiviteter	Analys
Utveckla erbjudande av avancerade läkemedelsbehandlingar personcentrerat i hemmet eller på länets tre sjukhus	Som beskrivet under första tertialet kommer en antitumoral behandlingsenhet införas på Höglandssjukhuset i Eksjö under 2025 i samarbete mellan medicin- och geriatrikkliniken Eksjö och onkologen Jönköping. Under första tertialet har det säkrats upp lämpliga lokaler på Höglandssjukhuset för detta ändamål och ett preliminärt datum för start av antitumoral behandlingsenhet är satt till oktober 2025. Arbetet har fortsatt enligt plan under andra tertialet och skall vara klart som planerat under hösten.

Uppdrag: Utforma den palliativa vården så att alla länsinvånare har jämlik tillgång till palliativ vård dygnet runt.

Aktiviteter	Analys
Specialiserad sjukvård samverkar med länets kommuner och primärvård	Samverkansmöten genomförs regelbundet med kommunal hemsjukvård. Behovet av utbildning och stöd till primärvården är stort.

Uppdrag: Arbeta för en kostnadseffektiv och jämlik läkemedelsbehandling.

Aktiviteter	Analys
Gemensam handlingsplan jämlik läkemedelsbehandling	Aktiviteten planeras att genomföras under hösten 2025.

Uppdrag: Följa alla delar i överenskommelsen ”Riktlinjer för länskliniker”.

Aktiviteter	Analys
Följa alla delar i överenskommelsen ”Riktlinjer för länskliniker”	I Medicinsk vård finns två länskliniker som endast har verksamhet på en ort: barnkliniken och infektionskliniken. Båda verksamheterna har i sina verksamhetsplaner inkluderat mätetal och/eller aktiviteter som inkluderar de fyra fokusområden som riktlinjen anger. Barnklinikens samarbete med barn- och ungdomsmedicinsk mottagningen bidrar till att säkra ansvaret för den nära vården, den fasta bemanningen och kompetensutveckling. I verksamhetsplanen finns aktiviteter kopplad till fokusområdet ”ansvar för akutsjukhus”. Infektionskliniken har i verksamhetsplanen aktiviteter och/eller mätetal som inkluderar länsperspektivet för alla fyra fokusområden.

Uppdrag: Åstadkomma bästa möjliga resultat till lägsta möjliga kostnad varje gång.

Aktiviteter	Analys
Arbeta med åtgärder med fokus på kloka kliniska val, för att fasa ut överdiagnostik och överflödiga behandlingar	Fortsatt fokus på arbete med kloka kliniska val inom Medicinsk vård. Under våren har diskussion förts under verksamhetsdialogerna utifrån respektive verksamhets analyser. Även höstens verksamhetsdialoger har kloka kliniska val i fokus genom att varje verksamhet beskriver två goda exempel samt det arbetssätt som används för att hålla kloka kliniska val i fokus. Goda exempel för att skapa engagemang i frågan sprids mellan verksamheter genom verksamhetsområdets ledningsgrupp.

Uppdrag: Arbeta med övergången från barn till vuxna i vården.

Aktiviteter	Analys
Följa klinikernas arbete	I arbetet med att säkra trygga övergångar från barnverksamheterna till specialistvården för vuxna finns inget nytt att rapportera under andra tertialet. Under höstens verksamhetsträffar kommer arbetet att följas upp.

Uppdrag: En utvärdering av behovet av tillnyktringsenheten (TNE) genomförs.

Aktiviteter	Analys
Genomföra uppföljning av tillnyktringsenheten.	Uppföljning påbörjades i april och genomförs tillsammans med berörda chefer för verksamheten och controller. Rapporten beräknas vara klar i september 2025.

Lärande och förnyelse

Region Jönköpings län har under många år haft kvalitet som strategi. Tanken bakom detta är att om kvaliteten är hög på det som utförs så minskar kostnaderna och patientnyttan ökar. Därför är det viktigt att fortsätta utbilda i moderna kvalitetsmetoder. Flera medarbetare på strategisk nivå har genomgått avancerade utbildningar i detta.

Hälso- och sjukvård är en kunskapsintensiv bransch och därför är forskning en viktig del i verksamheten. Flera medarbetare har disputerat och varje år så publiceras ett antal vetenskapliga artiklar av medarbetare inom Medicinsk vård.

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya

Framgångsfaktorer: Förbättringskunskap

Aktiviteter	Analys
Fortsatt satsning på kompetens- och rollutveckling för kvalitet som strategi.	Kompetensmatrisen är implementerad och förankring pågår inom verksamhetsområdets olika kliniker. Klinikerna uppmanas att skicka medarbetare till olika utbildningar i förbättringsarbete.

Uppdrag: Kortare ledtider från kontakt till utförd vårdåtgärd.

Aktiviteter	Analys
Följa upp planering och utfall i jämförelse med produktionsplan i Astrada tillsammans med verksamheterna.	Att systematiskt följa upp framförhållning i planering och hur följsamheten till lagd planering och utfallet blev är en viktig del i att öka verksamhetens planeringsförmåga i syfte att öka eller bibehålla god tillgänglighet. Planering och utfall följs på övergripande nivå upp på verksamhetsområdets ledningsgrupp samt med KPS-ledare på veckovis call-in, månatligen på MPG (medicinsk programgrupp) medicin-geriatrik och genom veckostyrning med hudkliniken. Utöver ovanstående ges närmre stöd och utbildningsinsatser i planeringsverktyget Astrada efter behov och önskan, som en kortare serie digitala möten. Under årets två första tertial 2025 har sex personer samt tre grupperingar begärt och fått stöd och utbildning.
Arbeta med informationsdriven verksamhetsutveckling	Inom akutflödesarbetet är informationsdriven verksamhetsutveckling väl etablerat. Det finns en portal Diver online som används dagligen för dialog om förbättringar. Kapacitet- och produktionsstyrning använder data i Astrada för planering och utveckling av verksamheten. Flera verksamheter har väl utvecklade dashboards i Diver. En gapanalys görs för att kartlägga hur vi använder information för att utveckla verksamheten och vilka behov som finns för att utveckla effektiv datadriven verksamhet. De system som gapanalysen görs för är Astrada, Dashboard akuten, Cosmic Insight och "Min verksamhet för Medicinsk vård" i Diverportalen.
Påbörja förbättringsarbeten kring arbetssätt som kan fasas ut.	Arbete pågår på klinikerna. Det finns ingen sammanfattande uppföljning över vad som pågår.

Medarbetare

Arbetet med att nå Region Jönköpings läns mål Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser fortsätter. En del i detta arbete är att fånga och analysera varför medarbetare ibland väljer att lämna Region Jönköpings län.

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser

Framgångsfaktorer: Rätt kompetens och bemanning

Uppdrag: Strategisk kompetensplanering.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Faktiska årsarbetare	1 810	1 921	Antalet faktiska årsarbetare uppgick till och med andra tertialet i genomsnitt till 1 921 stycken. Föregående år motsvarande period 1 903 stycken (justerad för verksamhetsförändringar). Antalet faktiska årsarbetare har ökat med 18 stycken jämfört med motsvarande period föregående år. Jämfört med 2019 har faktiska årsarbetare ökat med 90 stycken. Ökad bemanning från bemanningsenheten och ökad bemanning med anledning av RAK (rätt använd kompetens avseende verksamhets nära stöd) är inte inräknat i ökningen. Verksamhetsområdet kommer totalt sett att behöva minska antalet faktiska årsarbetare till samma nivå som under första halvåret 2019 för att säkerställa en ekonomi i balans.
Kostnad för bemanningsföretag (hyrkostnad som andel av egna personalkostnader)	2 %	0,2 %	Kostnaden för bemanningsföretag uppgick till och med andra tertialet till 2,1 mnkr. Föregående år motsvarande period 1,8 mnkr. Det innebär en ökning av kostnaden med 300 tkr. Kostnaden 2025 avser läkarbemanning inom barnkardiolog inom barnkliniken på länssjukhuset Ryhov samt kostnader avseende läkarbemanning inom kardiologi på medicin- och geriatrikkliniken Värnamo sjukhus.
Personalomsättning (andel externa avgångar exkl pension) under de senaste 12 månaderna	5 %	6,9 %	Personalomsättningen uppgår under de senaste 12 månaderna till 6,9 procent, vilket är något högre än för första tertialet 2025. Utöver ordinarie arbete med att behålla medarbetare pågår ett utökat arbete inom en verksamhet som signalerat hög personalomsättning, insatsen innebär bland annat intervjuer med medarbetare och utökat arbete för att behålla medarbetare. Arbetet är långsiktigt och kräver uthållighet. Viktigt att följa utvecklingen och konstatera att resultatet är bättre än 2023 års nivåer.

Aktiviteter	Analys
Regelbundna möten genomförs med varje klinik inom verksamhetsområdet.	Samtliga verksamheter har genomfört träffar enligt plan för våren 2025. Träffarna innebär bland annat dialog och stöd för chefer/ledningsgrupper i de åtgärder som planeras och genomförs för att nå och bibehålla ekonomi i balans. Vid träffarna deltar sjukvårdsdirektör, ekonomichef och HR-chef, från verksamheterna deltar alltid verksamhetschef och

Aktiviteter	Analys
	oftast någon eller flera vårdenhetschefer/första linjens chefer. Samt även HR-partner och controller.
HR följer och stödjer det fortsatta arbetet med kompetensplaner	Samtliga verksamheter har under 2024 skapat klinikspecifika kompetensplaner, dessa är reviderade under 2025. Med stöd av dessa reviderade kompetensplaner har Medicinsk vård identifierat gemensamma områden som behöver utvecklas för att möta kompetensutmaningar framåt, exempelvis utveckla digitala arbetssätt och att fortsätta erbjuda kompetensutveckling. Inom kort är även verksamhetsområdets kompetensplan fullt ut reviderad för 2025. Verksamhetsområdets HR och verksamhetsutvecklare stödjer verksamheterna för fortsatt klinkspecifikt arbete utifrån enskilda kompetensplaner för att på både kort- och lång sikt möta kompetensutmaningar. Under 2025 är målet att fortsätta detta arbete och fokusera genom att exempelvis införa specifika aktiviteter i verksamhetsplanen.

Framgångsfaktorer: En god arbetsmiljö och hälsa

Uppdrag: Ett systematiskt arbetsmiljöarbete med utgångspunkt i friskfaktorerna.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel heltidsanställda	91 %	84 %	Under andra tertialet 2025 kan konstateras att andelen heltidsanställda uppgick till 84 procent vilket är i samma nivå som för första tertialet. Arbetet behöver fortsätta i samma riktning, med påminnelser och dialoger tillsammans med chefer.
Personalhälsa - Sjukfrånvaro %	5,5 %	5,6 %	Under 2024 påbörjades ett nytt aktivt arbete för att sänka sjukfrånvaron, arbetet innebär att chefer tillsammans med HR kontinuerligt och strukturerat följer sjukfrånvaron och möjliggöra för tidiga insatser för att ge förutsättningar för återgång i arbetet. Detta arbete börjar nu ge resultat och kan konstatera att verksamhetsområdet närmar sig målvärdet 5,5 procent. För andra tertialet 2025 uppgår resultatet till 5,6 procent.

Aktiviteter	Analys
Målinriktat arbete att alla anställningar ska vara heltidstjänster	HR organisationen genom HR-partner stödjer chefer i arbetet med information, påminnelser och stöd för att nå målet att alla anställningar ska vara heltidstjänster. Bland annat genom att alla kandidater inför nyanställning, samt medarbetare under medarbetarsamtal informeras av chef att möjligheten för heltid alltid finns.
Arbetet med att minska sjukfrånvaron både korttids- och långtidssjukfrånvaro fortsätter bland annat genom att chefer får stöd av HR i att arbeta strukturerat.	2025 fortsätter arbetet med att fokusera på stöd till chefer för att minska sjukfrånvaron än mer. Stödet innebär bland annat täta dialoger och uppföljningar med verksamhetens HR.

Framgångsfaktorer: Främjar kreativitet och delaktighet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel chefer med 10-35 medarbetare	80 %	54 %	Målvärdet att 80 procent av cheferna inom verksamhetsområdet ska ha mellan 10-35 medarbetare nås inte, resultatet visar att 54 procent av cheferna har medarbetare i spannet mellan 10-35 medarbetare, det är samma resultat som föregående tertial. Arbetet med delat ledarskap fortsätter genom en utvärdering som bland annat ska ge svar på vilka faktorer som kan förbättra förutsättningarna för chefer och om delat ledarskap är en framgångsfaktor. Resultat från utvärderingen väntas under september 2025.

Aktiviteter	Analys
Följa upp klinikernas arbete med resultatet av medarbetarenkäten	Samtliga verksamheter har presenterat sitt resultat för sina medarbetare. Det finns ett bra stödmaterial för chefer att använda som är kopplat till friskfaktorerna. Flera av enheterna har identifierat de friskfaktorer de vill stärka och tagit fram aktiviteter kopplat till dem. Utifrån Medicinsk vårds resultat är det främst friskfaktorn ”systematiskt arbetsmiljöarbete” och ”tidiga insatser och arbetsanpassning” som behöver stärkas. Arbetet pågår och följs under året. Region Jönköpings län planerar för att genomföra likvärdig medarbetarenkät hösten 2025.
Utvärdera och utveckla delat ledarskap	Medicinsk vård ska utvärdera hur delat ledarskap fungerar inom berörda verksamheter samt även identifiera faktorer som främjar förutsättningarna för chefer att arbeta mer med förbättringar och utveckling av våra verksamheter. En arbetsgrupp inom HR har bildats och en planering för genomförande är klar. Uppdraget presenterades under april för verksamhetsområdets ledningsgrupp. Under april och i början på maj genomförs enkäter och intervjuer. Rapport och analys planeras vara klar i september 2025.

Uppdrag: Chefers förutsättningar

Aktiviteter	Analys
Förbättrad internkommunikation genom översyn och anpassning av verksamheternas kommunikationssystem.	En modell för hur en klinik/enhet kan strukturera sin interna kommunikation har tagits fram, bland annat efter inspel från en workshop med representanter från olika verksamheter inom specialistsjukvårdens verksamhetsområden. I dialog med kommunikationsavdelningen har även det material som finns på intranätet kring verktyg och kanaler för intern kommunikation uppdaterats och utvecklats. Hittills har fyra kliniker inom Medicinsk vård påbörjat arbetet med översyn och anpassning av sina kommunikationssystem för internkommunikation. Övriga verksamhetsområden inom specialistsjukvården genomför motsvarande förbättringsarbete vilket möjliggör ett konstruktivt utbyte av erfarenheter och goda exempel.

Ekonomi

Verksamhetsområdet jobbar aktivt med att nå en ekonomi i balans samt att uppnå kostnadseffektivitet. Arbetet sker bland annat genom att verksamheterna genomför sina handlingsplaner samt regelbundna uppföljningsmöten mellan stabsledningen och verksamheterna.

Strategiska mål: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Ekonomi i balans	0 tkr	-26 011 tkr	Verksamhetsområdet redovisar ett budgetunderskott till och med andra tertialet 2025 om 26 miljoner kronor (mnkr). Budgetunderskott i perioden augusti om 10,5 mnkr. Huvudsakliga orsaker till budgetavvikelsen i perioden augusti: • Budgetunderskott läkemedel 4,3 mnkr. Ackumulerat budgetunderskott 16,3 mnkr. • Budgetunderskott patienttransporter med flyg 2 mnkr. • Budgetunderskott löner 7,6 mnkr. • Budgetöverskott intäkter 2,5 mnkr. I huvudsak bidrag avseende tillgänglighet och minskat antal utlokaliserade samt minskade överbeläggningar. Övriga förändringar ackumulerat: • Budgetunderskott läkemedel 16,3 mnkr. • Lönekostnaderna ökade (i fast pris) med 14,2 mnkr (1,3 procent) jämfört med föregående år motsvarande period. • Kostnaden avseende hyrbemanning (läkare) uppgick till 2,1 mnkr. Ökade med 324 tkr jämfört med motsvarande period föregående år. • Ökade övertidskostnad med 4,3 mnkr (13 procent) jämfört med föregående år motsvarande period. • Minskade kostnader (i fast pris) avseende röntgen- och klinisk fysiologiska undersökningar och laboratorieprover med 8 mnkr (3 procent) jämfört med föregående år motsvarande period. • Ökade statliga bidrag om 3,3 mnkr jämfört med föregående år motsvarande period. Verksamhetsområdet behöver fortsätta jobba med nedan för att uppnå en ekonomi i balans över tid: • Minska antalet anställda till nivån 2019. • Minska lönekostnaderna (i fast pris) till nivån 2019. • Fortsatt jobb med kloka kliniska val. Bland annat inom området diagnostik. Ersättning för ökad tillgänglighet har till och med andra tertialet erhållits med 5,7 mnkr (föregående år motsvarande period 4,9 mnkr). Ersättning för minskad överbeläggning och ett minskat antal utlokaliserade har till och med andra tertialet erhållits

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			med 8,6 mnkr (föregående år motsvarande period 6 mnkr). Övertidskostnaden har till och med andra tertialet ökat med 4,3 mnkr (13 procent) jämfört med motsvarande period föregående år. Antal övertidstimmar har ökat med 6 procent jämfört med motsvarande period föregående år. Kostnaderna avseende hyrbemanning (läkare) uppgår till och med andra tertialet till 2,1 mnkr. Föregående år motsvarande period 1,8 mnkr. Inom barnkliniken på Länssjukhuset Ryhov och medicin- och geriatrikkliniken på Värnamo sjukhus kommer det fortsatt att finnas behov av hyrbemanning avseende kardiologi. Kostnaden avseende röntgenundersökningar har till och med andra tertialet ökat (fast pris) med 0,5 mnkr (1 procent). Antalet undersökningar har minskat med 1 procent. Kostnaden avseende klinisk fysiologiska undersökningar har till och med andra tertialet minskat (fast pris) med 0,9 mnkr (4 procent). Antalet undersökningar har minskat med 4 procent. Kostnaden avseende beställda prover från laboratoriemedicin har till och med andra tertialet minskat (fast pris) med 7,5 mnkr (6 procent). Antalet beställda prover har minskat med 6 procent. Läkemedel, budgetunderskott 16,3 mnkr. Kostnaden avseende läkemedel på recept har ökat med 24,5 mnkr (9 procent).
Prognos	0 tkr	-40 000 tkr	Verksamhetsområdet prognostiserar ett budgetunderskott om 40 mnkr för helåret 2025. Förändringen av prognosen jämfört med prognosen (budgetunderskott 3 mnkr) under första tertialet beror i hög grad på ökade lönekostnader samt ökade kostnader för läkemedel. Till och med första tertialet hade verksamhetsområdet ett budgetöverskott (2,5 mnkr) avseende läkemedel. Från och med maj har kostnaden ökat väsentligt och till och med andra tertialet uppgår budgetunderskottet till 16,3 mnkr avseende läkemedel. I prognosen förväntas nettokostnaden utvecklas på motsvarande sätt resterande del av året. Även lönekostnaden har ökat väsentligt from maj jämfört med första tertialet. Verksamhetsområdet kommer under hösten att intensifiera aktiviteterna i handlingsplanen för att minska kostnaderna och då främst lönekostnaderna.

Aktiviteter	Analys
Handlingsplan för ekonomi i balans	En handlingsplan för en ekonomi i balans 2025 färdigställdes under första halvåret 2023. Under våren 2024 jobbade ledningsgruppen inom Medicinsk vård med aktiviteterna i handlingsplanen. De huvudsakliga aktiviteterna avser hyrbemanning, övertidskostnader, antal anställda samt även diagnostik och kvalitetsbristkostnader. Uppföljning av arbetet genomfördes med respektive verksamhet under våren 2025.
VO Ekonomiuppföljningar med verksamheterna.	Ekonomiuppföljningar genomförs med respektive verksamhet enligt plan under våren 2025. Ledningsstaben

Aktiviteter	Analys
	för verksamhetsområdet bjuder in ledningsgruppen för respektive verksamhet. Målet med träffarna är att följa upp verksamheternas ekonomi och diskutera vad som behöver göras för att styra ekonomin i rätt riktning. Fokus under 2025 är att följa upp verksamheternas handlingsplaner för en ekonomi i balans.
Resursfördelning jämlik vård	Aktiviteten innebär att verksamheternas budgetar analyseras utifrån olika modeller som tar hänsyn till produktivitet, budget i förhållande till verksamhetens uppdrag mm. Analysen pågår och planeras vara klar under andra halvåret 2025. Under november/december 2025 kommer eventuella åtgärder planeras.

Uppdrag: Ekonomi i balans 2025

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Övertidskostnad	32 000 tkr	38 285 tkr .	Verksamhetsområdet når inte målet (kostnaden 2019). Kostnaden för övertid överstiger målet med 6,3 mnkr. Medan antalet övertidstimmar har minskat med 11 procent i förhållande till målet. Även om målet inte nås avseende kostnaden så har antalet timmar minskat jämfört med målet. Verksamheterna jobbar bland annat med att förändra sina rutiner vid sjukfrånvaro för att på detta sätt minska övertidskostnaden.
VO Faktiska årsarbetare	1 780 st	1 921 st.	Antalet faktiska årsarbetare uppgick till och med andra tertialet i genomsnitt till 1 921 stycken. Föregående år motsvarande period 1 903 stycken (justerad för verksamhetsförändringar). Antalet faktiska årsarbetare har ökat med 18 stycken jämfört med motsvarande period föregående år. Under augusti har verksamheterna haft färre frånvarande vilket är en stor del av ökningen. Cirka 8 stycken. Jämfört med 2019 har faktiska årsarbetare ökat med 90 stycken. Ökad bemanning från bemanningsenheten och ökad bemanning med anledning av RAK (rätt använd kompetens avseende verksamhets nära stöd) är inte inräknat i ökningen. Verksamhetsområdet kommer totalt sett att behöva minska antalet anställda till motsvarande nivå som under 2019 för att säkerställa en ekonomi i balans.
VO Hyrbemanning	1 500 tkr	2 100 tkr.	Kostnaden för bemanningsföretag uppgick till och med andra tertialet till 2,1 mnkr. Under motsvarande period föregående år uppgick kostnaden till 1,8 mnkr. Barnkliniken på Länssjukhuset Ryhov och medicin- och geriatrikkliniken på Värnamo sjukhus köper bemanningstjänster avseende kardiolog.

Aktiviteter	Analys
Minska övertids-, personalkostnader, kostnader för hyrbemanning samt kvalitetsbristkostnader.	Medicinsk vårds handlingsplan för en ekonomi i balans innehåller aktiviteterna minska övertidskostnaden, minska personalkostnaderna, minska kostnaderna för köp av tjänster från bemanningsföretag samt att jobba med kloka kliniska val. Störst effekt så här långt har aktiviteter för att minska kostnaderna för köp av tjänster från bemanningsföretag haft.

Aktiviteter	Analys
	Även kostnaden för diagnostik har minskat. Medan kostnaden för övertid har ökat samt att antalet anställda under sommarmånaderna har varit betydligt högre jämfört med motsvarande period föregående år och därmed bidragit till en väsentlig kostnadsökning.

Region Jönköpings län

Delårsrapport
Tertial 2 2025

Psykiatri rehab o diagnostik

Dnr RJL 2025/21
Micael Edblom, sjukvårdsdirektör
Psykiatri rehab o diagnostik
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

Inledning **4**

Medborgare och kund **7**

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på 7

Process och produktion **16**

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare 17

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet 20

Lärande och förnyelse **27**

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya 27

Medarbetare **29**

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser 29

Ekonomi **32**

Strategiska mål: God och hållbar hushållning 32

Inledning

Verksamhetsområde Psykiatri, rehabilitering och diagnostik består av 10 kliniker, varav sju länskliniker: Habiliteringscentrum, rehabiliteringscentrum, rehabiliteringsmedicin, barn och ungdomspsykiatri, röntgen, klinisk fysiologi samt laboratoriemedicin. Tre vuxenpsykiatriska kliniker utgår från respektive länsdel.

Faktiska årsarbetare är 2049, en ökning med 12 jämfört med förra året. Rättspsykiatri och rehabiliteringscentrum har erhållit budgetförstärkning för utökade uppdrag. Röntgen har fått budgetförstärkning för sin satsning på fler ST-läkare för oberoende av hyrpersonal. Ökning finns även inom habiliteringscentrum och BUP för att svara upp mot ökad efterfrågan. En anpassning av medarbetare till budget har gjorts av laboratoriemedicin och psykiatriska kliniken i Jönköping. Personer med egen erfarenhet av sjukdom och skada som resurs är anställda i flera verksamheter. Avveckling av hyrbemanning sker kontinuerligt och med tydlig plan för oberoende 2030. Kostnaderna för innevarande år förväntas minska med ca 12 mnkr. Personalomsättningen exklusive pensionsavgångar ligger på 5,4%

Antalet disponibla vårdplatser har varit lägre än planerat. Beläggningen har samtidigt varit låg på tillgängliga vårdplatser. Arbetet med att öppenvården ska vara basen inom specialistpsykiatrin har utvecklats på ett positivt sätt och med bättre tillgänglighet. Psykiatrisk vårdjour fortsätter skapa trygghet i närmiljö och minskar behovet av heldygnsvård. Den rättspsykiatriska vården har utökats med 12 platser. Beläggningen är hög och förväntningarna är att behovet fortsätter öka.

Trenden av stadigt ökande remisser för diagnostik har brutits. Inom röntgen har ökningen begränsats till ca 1% att jämföra med 3-5% tidigare år. För laboratoriemedicin har remisserna minskat med 3%. Med höga fasta kostnader försämras resultatet snabbt vid minskade volymer. Remittenternas arbete med kloka kliniska val kan vara en förklaring, liksom förbättrat flöde genom sjukhusens akutmottagningar. Tillgänglighet och resurseffektivitet bedöms fortfarande som hög på röntgen i nationell jämförelse. Digitalisering skapar möjligheter för nationell och internationell distansgranskning. AI kommer under hösten komplettera diagnostik för mammografi.

Arbetet med att successivt överlåta till primärvården att ta eget ansvar för bemanning av primärvårdslaboratorier fortsätter med ambitionen att kvarvarande 14 vårdcentraler ska ha tagit över bemanningsansvaret under det kommande året. Erfarenheterna från övriga vårdcentraler inom regionen som sedan tidigare bemannar laboratoriet på vårdcentralen visar på välfungerande processer, kvalitet och resurseffektivitet.

Specialistklinikernas arbete med att finnas nära vårdcentralerna när det behövs, utvecklas kontinuerligt och det går att nå specialist direkt inom både diagnostik och psykiatri, men även rehabilitering och habilitering. En direktkontakt i den kliniska vardagen som bedöms vara viktig för att Esther ska känna sig trygg med sin vårdcentral.

Med ett personcentrerat och teambaserat arbetssätt arbetar vi med ständiga förbättringar, utveckling av metoder och anpassning av utrustning för ökad patientsäkerhet, effektivitet och patient- och kundnöjdhet. Förbättringsarbeten omfattar även att förkorta svarstider, förbättra tillgängligheten till utredningar och mottagningar, samt inte minst stödja länets invånare inom öppenvård för att så långt möjligt kunna vistas och vårdas i sin närmiljö.

Individuella vårdplaner, överenskommelser och fast vårdkontakt är centrala i samarbetet med patienter. Under året har arbetet med vårdplaner som välfungerande bas i patientarbetet utvecklats på ett positivt sätt.

För att säkerställa att verksamheterna långsiktigt kan leva upp till behoven är forskning, utbildning och utveckling en självklar del i en konkurrenskraftig verksamhet. Det gemensamma arbetet inom sydöstra sjukvårdsområdet är en viktig faktor för kompetensförsörjning, effektivt resursutnyttjande och arbete i linje med nationell kunskapsstyrning.

Laboratoriemedicin är en etablerad universitetssjukvårdsenhet och har fortsatt med verksamhetsnära forskning och utveckling som central del i ett kontinuerligt utvecklings- och förbättringsarbete. Ett

systematiskt kvalitetsarbete genom ackreditering och certifiering upprätthålls av klinisk fysiologi, laboratoriemedicin, röntgen, och rehabiliteringsmedicinska kliniken.

Neuropsykiatriska frågeställningar dominerar remissflödet inom både BUP och vuxenpsykiatrin. Trots etableringen av primär nivå för barn och unga psykisk hälsa finns barn med läkemedelsbehandling för ADHD kvar på BUP på grund av regelverket kring förskrivning. Allt större andel av BUPs resurser går till uppföljning och behandling kopplat till de stora volymerna av utredningar. De stora volymerna av patienter och den omfattande samsjukligheten kopplad till ADHD har gjort att psykiatriska kliniken i Jönköping sammanfört den särskilda mottagningen för neuropsykiatri med övrig öppenvårdsverksamhet. Det ekonomiska ansvaret för köpta utredningar inom BUP har överförts till verksamhetsområdet från central nivå, motsvarande ett underskott på 20 mnkr.

Verksamhetsutveckling med digitalisering som stöd har fortsatt med ambitionen att ta tillvara det digitala stöd som finns tillgängligt. Verksamhetsområdet driver utvecklingen av arbetet med digitala formulär och egenregistrering via nätet. En utveckling som förväntas öka säkerhet, kvalitet och spara administrativ tid för medarbetare. Verksamhetsnära data för analys och informationsdriven verksamhetsutveckling har utvecklats inom flera verksamheter och skapat ett engagemang bland chefer och medarbetare.

Ett stort engagemang finns för att vara delaktig i nationell kunskapsstyrning och samarbetet inom sydöstra sjukvårdsregionen. En särskild utmaning ses i att både förstärka och utveckla samarbetet på specialistnivå över regiongränserna samtidigt som samarbetet på bredden med primärvård och kommuner för den nära vården och effektiva flöden ska förverkligas.

Nybyggnation för vuxenpsykiatri och habiliteringscentrum pågår i Värnamo. Paviljonger för psykiatrisk öppenvård i Jönköping har tagits i bruk.

Arbetet med kvalitet som strategi fortsätter. Ledningsstab genomför dialoger med verksamheterna där gemensam analys och dialog syftar till att stödja, vägleda och uppmuntra till fortsatt utveckling och förbättring för att erbjuda länets invånare bästa möjliga vård och insatser.

Systematiskt arbete för ekonomi i balans har ett stort fokus på laboratoriemedicin och röntgen. Handlingsplaner är framtagna och följs upp regelbundet. Behoven inom BUP och habiliteringscentrum är fortfarande större än vad som ryms inom aktuella budgetramar. Patientgrupper med nedsatt autonomi och omfattande komplex problematik inom habilitering och psykiatri har utmaningar i att tillgodogöra sig en jämlik vård. En situation som kräver fortsatta ansträngningar i utveckling och förbättring på området framöver.

Måluppfyllelse ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

	2025-08-31	Andel	2024-08-31	Andel
Antal mätetal som är uppfyllda	5	26%	6	29%
Antal mätetal som är delvis uppfyllda	7	37%	7	33%
Antal mätetal som inte är uppfyllda	7	37%	8	38%
Antal mätetal som mäts	19	100%	21	100%

För årets åtta första månader är det 63% av mätetalen där verksamhetsområdet helt eller delvis uppfyller målsättningarna. Områden där målsättningarna inte nås är väntetid till utredning och behandling inom BUP. Även om det skett stora förbättringar med färre väntande och kortare väntetider, trots ökade remissvolymer, så når man inte målen. Beläggningen av vårdplatser är låg tack vare välfungerande öppenvårdsalternativ som vårdjour, självvald inläggning och bra samarbete med andra vårdaktörer och boenden, men resulterar i ett ej uppfyllt resultat. Överbeläggningar är sällan förekommande och vårdplatser finns tillgängliga när de behövs. Kostnad för bemanningsföretag,

ekonomi i balans och prognos för helåret är mätetal där målsättningarna inte nås. Dessa kommenteras nedan under respektive mätetal och aktivitet för ekonomi i balans.

Medborgare och kund

Vi arbetar med att stärka invånarens egna resurser och erbjuda en jämlik, säker och personcentrerad vård där individuell vårdplan och patientkontrakt är centrala. Vi arbetar personcentrerat utifrån en helhetssyn där vi beaktar både fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov och är till för alla. Samskapande är centralt för att vi över verksamhetsgränser, ska stödja invånare till bättre hälsa och förebyggande åtgärder för undvikbar sjukvård. Särskilt viktig är det förebyggande arbetet för barn och ungas hälsa. Anställning av personer med egen erfarenhet från sjukdom eller skada skapar trygghet för patienterna samt förbättrar medvetenheten hos medarbetare avseende patienternas behov. Aktuella resultat i verksamheten synliggörs genom digitala resultattavlor för att skapa engagemang hos medarbetare för en förbättrad tillgänglighet och förbättrade resultat. Med digitaliseringens möjligheter vill vi göra vården mer tillgänglig för medborgare och kund.

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktorer: Nöjda kunder och intressenter

Aktiviteter	Analys
Utvecklingsarbete kring prioriterade förbättringsområden efter aktuell nationella patientenkät.	Respektive verksamhet arbetar under 2025 vidare med lokala analyser och åtgärder baserat på resultaten från aktuella nationella patientenkäter 2024-2025.

Uppdrag: Införa gemensam dokumenterad överenskommelse mellan patient och vårdgivare.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
SJLG Antal upprättade överenskommelser - uppföljning	45 000 st	50 625 st.	Uppföljning av utvecklingen avseende användandet av överenskommelser i patientens journal som en del i arbetet med patientkontrakt. Högt mål satt för verksamhetsområdet där vår ambition är att samtliga verksamheter ska hålla i föregående års utveckling av antalet överenskommelser och samtidigt arbeta med att utvärdera och förbättra kvaliteten på överenskommelsens innehåll. Resultatet är långt över målet och vi ser en stadig förbättring sedan mätetalet infördes 2023. Flera verksamheter inom området har idag även andra sätt att fånga patientkontraktets olika delar i patientens journal. Arbete pågår för att inkludera överenskommelsen även i deras arbetssätt för att kunna följas upp på samma sätt. Exempel på kända arbetssätt är habiliteringsplan, rehabiliteringsplan och psykiatri vårdplan.

Aktiviteter	Analys
Utveckling av kvalitet och innehåll i överenskommelser och planer.	Flertalet av verksamheterna arbetar med egengranskningar av dokumenterade överenskommelser för att kunna utveckla kvalitet och innehåll. Arbetet fortsätter inom respektive verksamhet och ett planen framåt är att även försöka fånga patientens upplevelse av de dokumenterade överenskommelserna.
Starta upp ett arbete med dokumenterad överenskommelse med fokus på vissa sjukdomsgrupper	Verksamhetsområdet följer det regionövergripande arbetet som sammanhålls av Qulturum. Ett specifikt arbete har startats upp inom den specialistpsykiatriska vården på

Aktiviteter	Analys
	höglandet med fokus på patienter med omfattande sjukvårdsbehov och stöd av flera vårdgivare och/eller t ex polis och räddningstjänst. Arbetet strävar efter att bidra till ett mer sammanhållet, säkrare och effektivt arbetssätt för såväl patienter som vårdpersonal.

Uppdrag: Fortsatt utvecklingsarbete för att förbättra patient- och närståendeinflytande.

Aktiviteter	Analys
Fortsatt utvecklingsarbete för att förbättra patient- och närståendeinflytande.	Inom verksamhetsområdet erbjuds patienter och närstående att medverka på flera olika sätt. Tillvägagångssätten skiljer sig åt beroende på verksamheternas olika uppdrag. Målsättningen är att patienter och/eller närstående alltid ska vara representerande i arbets- och/eller referensgrupper inom olika utvecklingsinitiativ och här är Levande bibliotek och Peer-nätverket viktiga kompetensnätverk. Inom de vuxenpsykiatriska klinikerna samt inom rehabiliteringsmedicin finns flera anställda med egen erfarenhet av sjukdom eller skada. Region Jönköpings läns och länets kommuners samverkansprojekt ”peer support” har resulterat i att det nu finns fem personer anställda som peer support vid de psykiatriska klinikerna. Inom psykiatriska kliniken i Jönköping har man dessutom nyligen infört funktionen närståendeombud som en del i utvecklingsarbetet för att stödja och involvera närstående. I arbetet med avvikelse- och synpunktshantering samt vid risk- och händelseanalyser är det allt vanligare att patient och/eller anhöriga kontaktas för att medverka i analysarbetet. Inom länets psykiatriska kliniker, habiliteringscentrum, rehabiliteringscentrum och rehabiliteringsmedicin finns olika former av inflytanderåd och samverkan med patient- och brukarorganisationer. Patient- och närståendeutbildningar genomförs kontinuerligt, främst inom länets psykiatriska kliniker, habiliterings- och rehabiliteringsverksamheter. Arbetet med att säkerställa tillgång till en aktuell och individuell vårdplan och rehabiliteringsplan är fortsatt i fokus. Inom några verksamheter är det redan en självklarhet att patienten är delaktig i framtagandet av sin vård-/rehabiliteringsplan. Inom andra verksamheter pågår utveckling av arbetssätten för att i högre grad samskapa underlagen. Inom ramen för arbetet kopplat till patientkontrakt pågår ett utvecklingsinitiativ med målet att det ska vara "lätt att dokumentera rätt" samt att vårdplanen och överenskommelsen ska vara lättillgänglig i patientens journal. Inom diagnostikverksamheterna är det särskilt angeläget med nära samverkan med remittenterna kring service- och analyskvalitet i bland annat utformande av remiss och svar. Diagnostikverksamheterna ingår inte i de nationella patientenkäterna, varför de har upprättat egna rutiner för att fånga patient- och kundnöjdhet via väntrumsenkäter och kunddialoger. Under höstens verksamhetsområdesdialoger kommer en sammantagen uppföljning ske av eventuella mönster och

Aktiviteter	Analys
	åtgärder kopplat till respektive verksamhets inkomna ärenden till patientnämnden det senaste året.

Framgångsfaktorer: God tillgänglighet

Uppdrag: Förbättra tillgängligheten till vården och tandvården utifrån systemmätetal och mål för verksamheterna.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Faktisk väntetid till första besök inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering.	80 %	68 %	Resultatet hittills under året är en bit från målvärdet och något sämre än samma period föregående år. Utfallet är spritt över flera verksamheter inom området. Förväntan är att vi under året åter når målnivå. Att målet ej uppnås uppges i flera verksamheter ha koppling till semesterperioden. Psykiatriska klinikerna i hela länet samt rehabiliteringsmedicin är de verksamheter som haft störst utmaningar under sommaren. Alla tre verksamheter har gjort sin analys och påbörjat insatser för att förbättra utfallet. I ett par verksamheter uppges orsakerna även handla om frånvaro hos nyckelpersoner i specifika processer som gett utslag på resultatet.
VO Väntetid till undersökning inom 30 dagar, radiologi	90 %	77 %	Resultat för augusti ser ut enligt följande: • CR(konventionell röntgen) 45% • CT 67% • Genomlysning 65% • Hjärta 32% • Kärl 100% • MR 65% • Myocardscint 26% • PET-CT 97% • SPECT-CT 86% • Ultraljud 70% Historiskt brukar tillgängligheten vara som lägst i augusti. Sommaren har gått bättre än förväntat, men kön på CR, CT och MR har ökat något. Den långsiktiga utmaningen finns framförallt inom MR där det dock finns en långsiktig plan internt och där kompetensutveckling pågår på samtliga enheter. Remissinflödet för CT och MR har ökat med 2,6% respektive 2,2% jämfört med förra året. Ökningen avser elektiva remisser. Remissinflödet har minskat inom modaliteter som CR, Ultraljud och hjärta. PET-CT har ökat med 11% framförallt relaterat till remisser från SÖSR och region Kronoberg.
VO Väntetid till undersökning inom 30 dagar, klinisk fysiologi	90 %	79 %	Hittills i år ses en remissökning på 5% där UKG är den metod som ökat mest och volymerna är störst. Remissökningen varierar över länet varför analys och dialog med remittenter pågår kontinuerligt. Tillgängligheten för de större metoderna i augusti är: • UKG: 60 % • Långtids-EKG: 95 %

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			• Arbetsprov: 85 % • Spirometri: 56% • Neurografier: 51 % • Bentäthetsmätning : 85%
Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum	90 %	85 %	Tillgängligheten är påtagligt stabil över tid. Viss utmaning finns inom flera av områdets verksamheter där vi ser en stor andel ombokade besök samt behov av medicinska prioriteringar och akut verksamhet. Det finns även några verksamheter med en omfattande volym av sena återbud och uteblivna besök som påverkar resurseffektiviteten och resultaten.
Nämnd Fått hjälp och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar	90 %	94 %	Målet uppnått. Vi ser att resultatet håller sig stabilt över tid. Mätningen avser de psykiatriska akutmottagningarna i Eksjö och Jönköping, då Värnamo jobbar med bokade tider på akuten. Det är endast akutmottagningen i Jönköping som har öppet dygnet runt.
VO Medelsvarstid histopatologi ("rutinprover")	28 dagar	59 dagar	Medelsvarstiden för rutinprover var under augusti 59 dagar, vilket är en försämring med 7 dagar jämfört med juli månads utfall. Trenden under året har varit negativ då samarbetet med extern leverantör fått avbrytas på grund av indragen ackreditering. Målet uppnås inte, men en förbättring förväntas då samarbetet med extern utförare nu har återupptagits. Sedan 2023 har medelsvarstiderna radikalt förbättrats från 111 dagar i januari 2023.
VO Medelsvarstid SVF histopatologi	10 dagar	10 dagar	Medelsvarstiden för augusti var 10 dagar, vilket tangerar målvärdet. Utfallet är en förbättring med två dagar jämfört med juli månads utfall. Målvärdet 10 dagar är satt till ett medelvärde av olika SVF-ledtidsmål. På nationell nivå pågår en uppdatering av den nationella cancerstrategin där det finns ett förslag om ett gemensamt svarstidsmål på 3 veckor inom patologiprocessen för samtliga SVF-flöden .

Uppdrag: Förbättra tillgängligheten och omhändertagandet av barn och ungdomars psykiska hälsa.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Faktisk väntetid till första besök inom 30 dagar till barn och ungdomspsykiatrisk vård	90 %	72 %	Mätetalet visar väntetid till både BUP och habiliteringscentrum. Volymen patienter inom BUP överstiger markant antalet inom habiliteringscentrum. Hittills under året ett sämre resultat jämfört med föregående år. Försämringen bedöms ha sin grund i oväntad hög remissfördelning till BUP under året. Volymen remisser från elevhälsan med frågeställning neuropsykiatri är fortsatt hög och dominerande i remissflödet. Allt större resurs inom BUP behöver läggas på uppföljning och behandling som resultat av de stora volymerna av utredningar. Inflödet från EVI till BUP under augusti månad var 134 remisser, samma som förra året. Fördelningen till BUP var 42% och till BUH 58%. Det är första månaden sedan mars när fler remisser fördelats till BUH.
Nämnd Faktisk väntetid till	90 %	20 %	Antal genomförda behandlingar med tillgänglighetsmätning under augusti månad var 51 stycken, varav 4% inom 30

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
behandling till barn- och ungdomspsykiatrisk vård inom 30 dagar			dagar, 6% inom 60 dagar, 23% inom 90 dagar. Antal väntande med tillgänglighetsmätning var totalt 652 patienter, varav 26 stycken var patientvald väntan. De flesta (518 patienter) väntar på insatser efter genomförd NP-utredning. Variationerna blir stora från månad till månad beroende på när uppstart sker av insatser på gruppnivå. Ovanstående siffror redovisar inte totalbilden utan endast den utdata som inkluderas i SKR:s riktlinjer för tillgänglighetsmätning, dvs de som väntar på en första behandling.
Nämnd Faktisk väntetid till utredning till barn- och ungdomspsykiatrisk vård inom 30 dagar	90 %	3 %	Mätetalet visar tillgänglighet till utredning för barn och unga som väntar på utredning på BUP och habiliteringscentrum. Resultatet är långt ifrån målvärdet och på samma nivå vi sett under en längre tid. Sedan BUP blev länsklinik 2018 har trendkurvan ändrats över tid. Den stora skillnaden nu jämfört med 2019 är att vi har ett större inflöde, men att patienterna trots detta inte behöver vänta lika länge som då. Alla som har väntat längre än 90 dagar är väl kända, och det finns särskilda och individuella orsaker till deras väntetid. På habiliteringscentrum finns generellt längre väntetider till utredning, samtidigt som barnen har pågående insatser. Genomsnittlig väntetid är just nu 98 dagar på BUP och 110 dagar på Habiliteringscentrum. BUP har sedan länge utmaningar med rekrytering av specialistpsykologer, vilket under en lång tid haft påverkan på den egna kapaciteten att genomföra utredningar. Handlingsplan finns och arbete pågår. Glädjande kan konstateras att det kunnat anställas flera psykologer under utbildning, PTP och enstaka specialist. Strategiska delar i handlingsplanen är förutom rekrytering av viktiga funktioner, förändrade arbetssätt internt samt omtag i arbetet med en alternativ process för att korta ner utredningstiden. Även habiliteringscentrum har långa väntetider till neuropsykiatriska utredningar och där finns också utmaningar i att rekrytera nyckelresurser för att öka den egna kapaciteten. Det har dessutom varit utmanande att hitta extern kompetens för de allra yngsta barnen som behöver utredning vid habiliteringscentrum. Under 2025 förväntas habiliteringscentrum utöka antalet skickade utredningar till externa leverantörer efter ny upphandling genomförd under 2024.

Aktiviteter	Analys
Fortsatt utveckling av arbetssätt och remissfördelning från En väg in barn och unga psykisk hälsa	Triageringsmodellen inom En Väg In bedöms som välfungerande. Arbetssättet möjliggör för fler patienter att få sina behov tillgodosedda på den primära nivån, men också att stegvisa och även parallella insatser kan erbjudas. I nationell jämförelse triageras fler med medelsvåra besvär till den primära nivån. Ökningstakten av det totala remissinflödet har planat ut något, men remisser från elevhälsan med frågeställning neuropsykiatri är fortsatt mycket hög. Trots ökning ligger vi lägre än rikssnittet,

Aktiviteter	Analys
	varför det förväntas en fortsatt ökning åren framöver. Fördelningen av remisser mellan BUP och BUH visar att det fortfarande är en hög andel som triageras till specialistnivå. En majoritet har fördelats till BUP under nästan hela perioden relaterat till de stora remissvolymerna från elevhälsan. Patienter i behov av förskrivning av centralstimulerande läkemedel behöver fortsatt hanteras av specialist inom BUP. Bedömningen är att arbetssättet med En väg in, triageringsmodellen och det nära samarbetet mellan specialistvård, primärvård och första linjens lågtröskelverksamhet är framgångsrik och att den primära nivån behöver fortsätta att utvecklas.

Uppdrag: Under mandatperioden ska Region Jönköpings län säkra akutvårdkedjan för att patienter ska få ett snabbare och säkrare omhändertagande i hela länet.

Aktiviteter	Analys
Arbeta med att förbättra akutvårdkedjan	Inom verksamhetsområdet är det främst rehabiliteringscentrum och röntgen som är del i arbetet med att utveckla och förbättra flödet inom akutvårdsprocesserna vid respektive sjukhus. Arbetet bedöms fungera väl. Inom röntgen fortsätter arbetet för att agera vid högt patientinflöde; Plan för Hög Aktivitet (PHA). Exempel där rehabiliteringscentrum är involverade är bl a processförbättringsarbete tillsammans med geriatrisk akutvårdsavdelning, rehabronder inom kirurgiska vårdavdelningar, ortopedklinikens utskrivningsprocess tillsammans med kommunerna samt hjärtintensivvården för att starta upp hjärtrehabilitering redan på vårdavdelningen.

Uppdrag: Tillse att det finns vårdplatser efter behov på de tre akutsjukhusen.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Disponibla vårdplatser	120	114	Antalet disponibla vårdplatser utgår från patientbehov. Utfallet under året är lägre än förväntat, men beläggningsgraden är genomgående låg, även under sommarperioden. Behovet av vårdplatser på psykiatriska kliniken på Höglandssjukhuset följs kontinuerligt. Avdelning B öppnade upp 8 vårdplatser under våren, vilka stängdes under sommaren enligt plan. Stängning är förlängd då beläggningsstatistik talar för att patienternas behov i allt större omfattning kan tillgodoses utanför vårdavdelningen och att antalet vårdplatser ryms inom avdelning A. I Jönköping finns plan för att under 2025 öppna upp en del av av de allmänpsykiatriska vårdplatser som tillägnats rättspsykiatrin det senaste året.
Nämnd Beläggning	<85 %	72 %	Beläggning ligger lägre än samma period föregående år och lägre än vi vanligtvis ser. Lägst beläggning ses på psykiatriska kliniken i Eksjö och på BUP. Att BUP har en låg beläggning på sina fem vårdplatser, ses som positivt och tecken på väl utvecklad öppenvård i länet. Över tid ses trots allt en högre vårdtyngd och fler patienter som vårdas enligt LPT vilket ger längre vårdtider.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			På psykiatriska kliniken på höglandet har man under våren öppnat upp avdelning B för fler vårdplatser och bättre flexibilitet inklusive bättre arbetsmiljö. Avdelning B stängdes planerat för sommarperioden och stängningen har förlängts tills vidare då beläggningen är låg. Det pågår ett aktivt arbete inom öppenvården för att förbättra tillgängligheten och följsamhet till inläggningskriterier. En vårdplaneringcoach är anställd för att säkerställa följsamhet till vårdsamordningsprocessen och samverkan med vårdgrannar vilket har genererat i en ökad andel SIP:ar i patientens hemmiljö och minskat glapp i vårdens övergångar. Samverkan sker på ett bra och kontinuerligt sätt mellan de tre vuxenpsykiatriska klinikerna i länet. Vårdjourens insatser skapar trygghet i hemmet och minskar behovet av heldygnsvård. Öppenvården gör planering utifrån att inneliggande patienter prioriteras med snabb uppföljning. Arbetet med vårdplaner skapar ökad tydlighet och agerande vid patienternas kontakter med vården.
Nämnd Utlokaliserade		0,1 %	Kapaciteten att erbjuda vårdplats inom den egna verksamheten är god och utlokalisering av patienter förekommer sällan.
Nämnd Överbeläggningar	0 %	0,5 %	Överbeläggningar är få. Grundbemanningen på vårdavdelningarna bedöms klara en extra patient vid behov. Målvärdet uppnås. Resultatet är stabilt över tid.
Nämnd Återinläggningar inom 30 dagar vårddygn	15 %	25 %	Resultat hittills i år är något högre än föregående år. Vi ser en viss ökning av återinläggningar de senaste två åren. I förhållande till somatisk vård har de psykiatriska klinikerna en högre andel återinskrivna patienter. Resultatet är i nivå med riket i stort och bedöms vara förväntat på grund av stor andel oplanerad och akut vård. Ökningen är fördelad över flera delar av verksamhetsområdet. Störst andel återinskrivningar och störst ökning ser vi vid psykiatriska kliniken i Jönköping. Kliniken är områdets största verksamhet och rymmer även länsövergripande akutverksamhet vilket påverkar resultatet. Kliniken har över tid tydligt minskat medelvårdtiden som ett led i ambitionen att öppenvården ska vara basen och heldygnsvård enbart vid behov. Förhållandet mellan vårdtider och andelen återinläggningar varierar mellan de tre vuxenpsykiatriska klinikerna. BUP har i perioder haft ett högre tryck med återinskrivningar men då verksamheten har mycket få slutenvårdsplatser får varje enskilt fall stor påverkan på resultatet. Det ses ingen ökad andel återinskrivningar i efterförloppet till den minskning av vårdplatser som tidigare genomförts inom vuxenpsykiatrin. Den psykiatriska vårdjouren tillsammans med en utvecklad och förbättrad öppenvård bedöms minska behovet av heldygnsvård.

Uppdrag: Fortsatt utveckling av självvald inläggning inom psykiatrisk specialistvård.

Aktiviteter	Analys
Vidta åtgärder för att möjliggöra självvald inläggning inom specialistpsykiatrisk vård i	Självvald inläggning (SI) ska kunna erbjudas patienter som bedöms vara lämpliga att ingå överenskommelse kring detta. Under 2024 ökade antalet SI-överenskommelser i länet, men

Aktiviteter	Analys
enlighet med kontrakt mellan patient och vårdgivare.	alla patienter kunde inte erbjudas en plats vid behov, bl a på grund av tillfälliga vårdplatsneddragningar eller avsaknad dedikerade SI-vårdplatser. Under 2025 har arbetet fortsatt för att kunna säkerställa fler vårdplatser för självvald inläggning, som nu finns vid länets samtliga vuxenpsykiatriska kliniker. Nya SI-överenskommelser upprättas regelbundet när behov finns och arbete pågår för att möjliggöra tillgång till relevant utdata, t ex beläggningsgrad och medelvårdtid.

Framgångsfaktorer: God och jämlik hälsa

Uppdrag: Arbeta för en mer jämlik hälsa hos utrikesfödda invånare.

Aktiviteter	Analys
Skapa en medvetenhet om socioekonomins och/eller kulturell påverkan på patientsäkerhet och kliniska resultat	Verksamheterna arbetar på olika sätt för att vården ska vara jämlik oavsett socioekonomisk eller kulturell bakgrund, men flera verksamheter beskriver att de behöver öka sin kunskap och planerar för att öka kunskap och medvetenhet via det utbildningsmaterial som finns framtaget inom Region Jönköpings län. Ytterligare vägledning och stöd till verksamheterna och ledningsgruppen planeras tillsammans med Qulturum och hälsokommunikatörerna, och bl a är den workshop som prövats inom medicinskt vårds ledningsgrupp intressant att utvärdera och eventuellt sprida.

Uppdrag: Förbättra barn och ungas hälsa.

Aktiviteter	Analys
Etablering och utveckling av obesitasteam	Remisskriterier är klara och godkända. Nästa steg är att lyfta in detta i den pågående revideringen av aktuellt FAKTA-dokument för att definiera rätt vårdnivå. Under 2026 tillförs ytterligare medel för att stärka arbetet.

Uppdrag: Säkerställa att verksamheter som är centraliserad inom Region Jönköpings län, når länets invånare jämlikt.

Aktiviteter	Analys
Säkra att utbud inom verksamhetsområdet når länets invånare jämlikt.	Inom verksamhetsområdet har flera analyser genomförts för att synliggöra om vårdutbudet når invånarna jämlikt. Exempel på områden som analyserats är heldygnsvården och anorexienheten inom BUP, som mynnat ut i handlingsplaner med identifierade åtgärder att arbeta vidare med. Psykiatriska kliniken i Jönköping har analyserat om länsenheterna på kliniken är tillgängliga på ett jämlikt vis. Dessa enheter ansvarar för patienter från hela länet. Statistik visar skillnader mellan kommungrupper där Jönköpingsområdet står för en betydligt högre andel vårddygn per invånare än övriga kommuner. Arbete pågår med fördjupad analys och eventuella åtgärder. Den rehabiliteringsmedicinska kliniken arbetar kontinuerligt med att se över rehabiliteringens innehåll och tillgång till personalresurs. Jämförelse av resultat för patienterna görs kontinuerligt. I dagsläget finns skillnader avseende

Aktiviteter	Analys
	tillgänglighet, med längre väntan i Jönköping.

Process och produktion

Vi arbetar för en enklare vardag där digitaliseringens möjligheter bidrar till förändrade arbetssätt. I samarbete med primärvård och kommun skapar vi förutsättningar för att stödja invånare till god hälsa och ett bra liv. Samtidigt jobbar vi för trygga och säkra vårdövergångar och rehabiliteringsprocesser. Arbetet inom sjukvårdsregionen prioriteras för att svara upp mot patientlöften och resurseffektivt implementera vårdflöden för bästa möjliga kunskap vid möte med patient. Klinikerna arbetar för en jämlik vård där verksamhet och kompetens säkerställs på de tre akutsjukhusen.
Patientsäkerhetsarbete, liksom forskning och utbildning, är centralt i arbetet med ständiga förbättringar av processer och system för att stödja säkra arbetssätt med hög kvalitet.
Patient- och närståendeinflytande prioriteras genom anställning av personer med egen erfarenhet av sjukdom och skada.
Samverkan med berörda aktörer är central för att stärka kompetens inom det suicidpreventiva arbetet.

Verksamhetsstatistik

	Utfall 2024-08	Utfall 2025-08	Förändring % 2025-2024
Vårdtid dagar	22 353	21 345	-4,5%
Vårdtillfällen	2 626	2 735	4,2%
Disponibla vårdplatser	111	114	2,7%
Antal läkarbesök	27 670	28 126	1,6%
Varav psyk vuxen	17 166	17 651	2,8%
Varav psyk barn	5 886	5 782	-1,8%
Antal besök annan personalkategori	138 879	141 926	2,2%
Varav psyk vuxen	60 030	57 525	-4,2%
Varav psyk barn	13 721	15 809	15,2%
Andel digitala besök läkare och annan personalkategori	4,6%	5,5%	0,9%

Vad gäller produktionen är det en del förändringar mellan åren. En tydlig förändringen finns vad gäller vårdtillfällen som har ökat med 4,2% mellan åren. Dock har den totala vårdtiden minskat med 4,5% vilket innebär att patienter vårdas under kortare tid som inneliggande. Detta är en effekt av att patienter skrivs ut snabbare men att de också har en trygghet att söka vård på nytt om det finns ett behov av det.

Antalet disponibla vårdplatser är relativt stabilt mellan åren och bedöms vara i nivå med behovet.

BUP har en tydlig ökning av antalet besök hos annan personalkategori och kan sägas spegla det fortsatt stora behovet av behandling och läkemedelsuppföljningar som sker. Utredningar sker fortfarande till största delen av externa aktörer.

Inom verksamhetsområdet lyfts tydligt behovet av ytterligare åtgärder för att fortsätta ändra arbetssätt och erbjuda digitala besök som rutin för utvalda åtgärder och inte minst sena återbud om digitalt kan vara ett alternativ.

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktorer: Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Uppdrag: Öka användningen av digitala tjänster och system för vård, hälsa och prevention.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
SJLG Andel genomförda digitala vårdmöten	10 %	5 %	Resultatet är en bit ifrån målet och ligger stabilt frånsett semesterperioderna. Relativt liten variation över verksamheterna. Resultat för augusti på samma nivå jämfört med motsvarande månad föregående år. Fortsatt utvecklingsarbete under 2025 med primärt fokus att integrera digitala vårdmöten i befintligt vårdutbud. Digitala vårdmöten erbjuds inom samtliga kliniska verksamheter i olika form och omfattning, men utvecklingspotentialen för att integrera dem fullt ut i processerna är fortfarande stor och utvecklingsarbete pågår. De flesta verksamheter har tagit initiativ till att utreda vilka typer av besök som lämpar sig bättre/sämre för digitala möten samt efterfrågat personals- och patienters erfarenheter vilket tas tillvara i utvecklingsarbetet. Trots långt till målnivån ser vi flera goda exempel på arbetssätt i verksamheten där det finns individer som gör stor andel digitala vårdmöten under en dag som fungerar mycket bra. Några verksamheter använder digitala vårdmöten i stor omfattning för att genomföra gruppbehandling för föräldrar eller för samverkansmöten med patient och andra huvudmän. Flertalet verksamheter använder även digitala vårdmöten i samband med sena avbokningar i de fall man kan ersätta planerat besök med en digital kontakt.

Aktiviteter	Analys
Fortsätta utöka och utveckla användningen av digitala tjänster som stöd i verksamhetsutveckling och service till invånare.	Samtliga verksamheter är engagerade och aktiva i att utveckla användningen av digitala tjänster, de flesta har även ett pågående samarbete med enklare vardag för patienter och medarbetare. Några exempel följer nedan: Inom klinfys och röntgen införs digitala kallelser samt om- och avbokning via 1177. Lab är aktiva i arbetet med att erbjuda digital provtagningsbokning, och därtill engagerade i uppbyggnad av nationell bokningssida på 1177. Rehabiliteringscentrum deltar som modellverksamhet i projektet för att införa digitala kallelser i Cosmic samt att digitalisera patientinformation. De flesta verksamheterna har kommit igång med utökad användning av meddelandefunktionen i 1177 och några även med formulärtjänsten och har en mycket positiv utveckling under året. Flertalet verksamheter antingen är, eller är på väg att ansluta sig till digitala plattformar som hanterar formulär och tester och där finns stora möjligheter till förändrade arbetssätt i takt med att användningen ökar. Samtliga verksamheter där det är aktuellt erbjuder digitala vårdmöten i en eller flera plattformar och för olika typer av besök eller möten.

Aktiviteter	Analys
	Rehabiliteringsmedicin, habiliteringscentrum och rehabiliteringscentrum har under senaste året startat nya program inom stöd och behandling som del sitt vårdutbud och service till patienter. BUP har tillsammans med Barn- och ungdomshälsan nyligen lanserat en ny sida på 1177 - råd till dig som är ung med råd och stöd till barn och unga som primär insats vid psykisk ohälsa innan kontakt med vården, eller som ett stöd när man är mellan kontakter i vården. Verksamhetsområdet har tidigare gjort en gemensam satsning för att införa omvänd kallelse/webtidbok. Arbetet har gjorts i samverkan med enklare vardag för patienter och medarbetare. En frukt av detta arbete är flera olika initiativ att kalla patienter digitalt via personalverktyget vilket både patienter och medarbetare uttrycker positivt.

Uppdrag: utvecklas till att bli en viktig digital ingång till vården och samlingsplats för nödvändig information om hälsa, vård och tandvård.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Andel besvarade formulär via Blå Appen.	80 %	81 %	Andelen besvarade formulär ligger strax över målvärdet och i nivå med samma period föregående år.
VO Andel besvarade formulär via Checkware.	80 %	92 %	Fortsatt hög andelen besvarade formulär där månadens utfall ligger på 97%. Något färre formulär (584st) skickades under augusti.
SJLG Andel bokade tider 1177 webbtidbok jämfört med föregående år	40 %	-54 %	OBS! Analys ej möjlig. Uppföljningen felaktig. Uppföljning av patientens egen tidbokning via webbtidbok.Samtliga verksamheter inom området arbetar med att utveckla användningen av webbtidbok, endast ett fåtal verksamheter använder idag nybokning av tider. Om och avbokning används av fler verksamheter. Laboratoriemedicin står för det enskilt största flödet av nybokningar vilket kommer ur ett framgångsrikt förbättringsarbete för att minska telefontidbokning och istället övergå till digital bokning där man idag bokar drygt 75 % digitalt.
SJLG Andel invånarinitierade ärenden 1177 jämfört med föregående år	10 %	24 %	Uppföljning av digital kommunikation med invånare via 1177. Invånarna visar tydligt att de gärna använder en digital kommunikationskanal med vården. Vi ser att det sker en ökning jämfört med föregående år som är större än uppsatt mål och samtliga verksamheter där det är möjligt att kommunicera digitalt via 1177 får meddelanden från invånare. Trots att vi ser att invånarna gärna använder den digitala kanalen in för att kommunicera med våra verksamheter finns en stor förbättringspotential i att använda de digitala tjänsterna i större utsträckning för kommunikation både från invånarens och vårdens sida och arbete med detta pågår i de flesta av områdets verksamheter.
SJLG Andel vårdinitierade ärenden 1177	30 %	138 %	Uppföljning av hur vi utvecklar och använder möjligheten till digital kommunikation från vården med patienter via 1177. Resultat är långt över målet med varaktigt positiv

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
jämfört med föregående år			utveckling sedan föregående år. Vi ser tydligt via invånarinitierade ärenden att våra invånare gärna använder digitala kanaler för kommunikation med vården. Alla verksamheter där det är möjligt att kommunicera med patienter digitalt via 1177 använder detta i någon utsträckning, men förbättringspotentialen är fortfarande stor. Två verksamheter sticker ut på ett positivt sätt när det gäller att skicka meddelanden till patienter. Psykiatriska kliniken i Jönköping har etablerat ett arbetssätt med störst flöde på NP-mottagningen som visat sig fungera mycket bra för patientgruppen. Rehabiliteringscentrum har arbetat med sina kommunikationskanaler och skickar många meddelanden digitalt till patienter. Flera verksamheter har en stark positiv utveckling under 2025.
SJLG Andel skickade formulär 1177 jämfört med föregående år	50 %	25 385 %	Uppföljning av antalet formulär som skickats till patienter via 1177 formulärtjänst. Målet uppnås. Stor ökning av antalet skickade formulär under 2025 då formulär för bokning av provtagning flyttats över från 1177 på telefon till laboratoriemedicin. 1177 formulärtjänst används även av rehabiliteringsmedicinska kliniken som skickar ut formulär inför smärtrehabilitering, efter smärtrehabilitering, 1 års uppföljning efter smärtrehabilitering samt ett formulär inför ryggmärgsskadeuppföljning. Flera andra verksamheter inom verksamhetsområdet använder andra formulärtjänster där användandet kontinuerligt ökar.
SJLG Andel besvarade formulär 1177	75 %	100 %	Målet uppnås. Tre verksamheter inom området använder sig av 1177 formulärtjänst. Största flödet av formulär från laboratoriemedicin kopplat till formulär för bokning av provtagning där svarfrekvensen är mkt hög. Övriga verksamheter använder andra formulärtjänster.
VO Antal skickade formulär exkluderat triageringsformuläret BCFPI - Blåappen	1 200	1 097 st.	Antalet utskickade formulär fortsätter att ligga lågt men följer variationen över året likt tidigare år. På totalen saknas 49st formulär för att uppnå målvärdet.
VO Antal skickade formulär - Checkware	5 640	5 358 st.	Antal skickade formulär per månad ligger lite lågt men det varierar för varje månad. På totalen saknas c:a 282st formulär för att målvärdet ska uppfyllas.

Uppdrag: Förbättra dialogen mellan sjukhusens specialistvård och primärvården genom sömlös vård och övergångar.

Aktiviteter	Analys
Kvalitativ uppföljning av hur arbetssätten för sömlösa vårdövergångar utvecklas.	Verksamhetsföreträdare beskriver att begreppet sömlös vård är känt på klinikerna, men att tillämpningen kan öka - från båda håll. Det saknas dock bra system- och uppföljningsstöd för att följa upp hur ofta konsult-on-demand-funktionerna används och hur de kan utvecklas. Patientnämndens rapport "Samordning, samverkan och samarbete – en förutsättning för en säker vårdkedja" har också kommunicerats till verksamhetsledningarna och utgör viktigt underlag som visar på behov av fortsatt utveckling av arbetssätt och samverkansformer.

Aktiviteter	Analys
Kartlägga och vid behov utveckla kontakten mellan specialistsjukvård och primärvård.	Arbetet pågår bland annat inom ramen för "Sömlös vård-konceptet". Bedömningen är att det är särskilt angeläget att ytterligare utveckla samverkan och kontaktvägar mellan specialistpsykiatrisk vård och regional och kommunal primärvård. Som ett led i detta har det under våren genomförts tre flödesvandringar i Esthers fotspår, en i varje länsdel, tillsammans med kommunala vård- och omsorgsverksamheter, regional primärvård och specialistpsykiatrisk vård. Analys och prioritering av de identifierade förbättringsområdena pågår. Uppföljning sker fortlöpande till strategigrupp psykiatri missbruk, som initierade flödesvandringarna.

Uppdrag: Fasa ut mindre värdeskapande arbetssätt.

Aktiviteter	Analys
Identifiera och ta bort mindre värdeskapande aktiviteter.	Verksamheterna har vidtagit åtgärder för att frigöra tid och resurser, bland annat genom att**:** - Digitaliserade uppföljningar och administration (t.ex. via 1177, Checkware, RPA). - Effektiviserade och minskade möten, ökad andel digitala träffar. - Omfördelning av arbetsuppgifter för bättre kompetensutnyttjande. - Avveckling av insatser utan evidens eller tydligt patientvärde (via t ex kloka kliniska val) - Minskning av dubbelarbete och administrativa rutiner. - Ökad struktur i vårdplanering

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktorer: Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande

Uppdrag: Stödja kommunernas rehabiliteringspersonal med specialistkompetens och följa upp hela rehabiliteringsprocessen.

Aktiviteter	Analys
Följa utvecklingen av nya arbetssätt kopplat till rehabkonsult till primärvården inom såväl region som kommun.	"Konsultera en rehabkollega" är ett arbetssätt som har införts för att förenkla kommunikation och stärka kompetensöverföring mellan olika vårdnivåer och/eller olika specialistområden. Arbetet har drivits av en länsgemensam arbetsgrupp (LAG) på uppdrag av LPO RehabHabFörsäkringsmedicin. Utvärderingen var positiv och arbetssättet har nu permanentats. Vidare har dietist och logoped föreläst för sjuksköterskor och läkare på "SÄBO-dagar" i syfte att öka kunskap, bidra med inspiration och få ett erfarenhetsutbyte.

Framgångsfaktorer: Säker verksamhet

Uppdrag: Under planperioden anpassas Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete till Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
SJLG Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	100 %	88 %	Verksamhetsområdet som helhet når målsättningen, men det finns variation mellan verksamheterna. Inom den psykiatriska akutvården och intensivvården finns återkommande tillfällen där omhändertagande av den akuta situationen går före ambitionen att strikt följa basala hygienrutiner. Några enheter saknar utfall och felsökning är inledd.
SJLG Upprättad vårdplan - Fall	95 %	87,4 %	Mätetalet rör fyra verksamheter, varav en uppnår uppsatt mål. Mätetalen gällande riskbedömning för fallrisk, trycksår, munhälsa och undernäring tillkom under senare delen av 2024. Det finns alltjämt behov av ytterligare kommunikation och förankring med berörda verksamheter kring de nya mätetalen och arbetssätten avseende riskbedömning, korrekt registrering i Cosmic samt analys av resultat. Inom Rehabiliteringsmedicinska kliniken ses en minskning av andel upprättade vårdplaner. De planerar att nyttja Cosmic Insight för att identifiera vilka riskbedömningar och registreringar som inte gjorts.
SJLG Upprättad vårdplan - Trycksår	95 %	97,2 %	Mätetalet rör fyra verksamheter, varav två uppnår uppsatt mål. Förbättringsarbete när det gäller riskbedömningar av trycksår och dokumentation av upprättad vårdplan är uppstartat. Mätetalen gällande riskbedömning för fallrisk, trycksår, munhälsa och undernäring tillkom under senare delen av 2024. Det finns alltjämt behov av ytterligare kommunikation och förankring med berörda verksamheter kring de nya mätetalen och arbetssätten avseende riskbedömning och korrekt registrering. Det är också angeläget att följa utfallet av testet inom rehabiliteringsmedicinska kliniken som ska använda sig av Cosmic Insight för att identifiera vilka riskbedömningar och registreringar som inte gjorts.
SJLG Upprättad vårdplan - Munhälsa	95 %	92,3 %	Mätetalet rör fyra verksamheter, varav två uppnår uppsatt mål. Mätetalen gällande riskbedömning för fallrisk, trycksår, munhälsa och undernäring tillkom under senare delen av 2024. Det finns alltjämt behov av ytterligare kommunikation och förankring med berörda verksamheter, främst inom den specialistpsykiatriska vården. Det är också angeläget att följa utfallet av testet inom rehabiliteringsmedicinska kliniken, i vilket de ska använda sig av Cosmic Insight för att identifiera vilka riskbedömningar och registreringar som inte gjorts och för att inte riskera att missa risker och riskförebyggande åtgärder.
SJLG Upprättad vårdplan - Undernäring	95 %	88,2 %	Mätetalet rör fyra verksamheter, varav ingen uppnår uppsatt mål. Det finns alltjämt behov av ytterligare kommunikation och förankring med berörda verksamheter, främst inom den

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			specialistpsykiatriska vården, kring de nya mätetalen och arbetssätten kring riskbedömning, korrekt registrering. Det är också angeläget att följa utfallet av testet inom rehabiliteringsmedicinska kliniken, i vilket de ska tillämpa Cosmic Insight för att identifiera vilka riskbedömningar och registreringar som inte gjorts.

Uppdrag: Arbeta med rätt antibiotikaförskrivning och att minska vårdrelaterade infektioner.

Aktiviteter	Analys
Utveckla och lära av konceptet antibiotikasmart verksamhet	Frågan lyftes i ett dialogmöte mellan ledningsstab och Smittskydd vårdhygien och är en uppföljning av arbetet med vårdhygieniska egenkontroller i verksamheterna. Förslaget som Strama ska undersöka vidare är om det är möjligt att ta fram ett anpassat utbildningskoncept riktat till t ex psykiatrin, röntgen och klinisk fysiologi.

Uppdrag: Agera för en säker läkemedelsanvändning.

Aktiviteter	Analys
Förbättra följsamheten till att behandlingsmål och ansvar för uppföljning av insatta läkemedel finns dokumenterat i patientens journal	Flertalet av de berörda verksamheterna har tagit fram rutiner samt utbildat läkargrupperna tillsammans med klinisk farmaceut. Arbetet har fortsatt under året för att följa upp effekten av genomförda åtgärder, bl a via journalgranskningar.
Fortsatt utveckling och uppföljning av arbetet med kliniska farmaceuter inom psykiatrisk vård.	Arbetet fortskrider och tillgänglig resurs fördelas mellan kliniker med vårdavdelningar. Farmaceut medverkar bland annat regelbundet vid läkarmöten kring prioriterade teman, i läkemedelsgenomgångar, granskning av förskrivningsmönster samt vid ronder. Klinisk farmaceuts rådgivningstelefon och e-post används regelbundet av verksamheterna och uppskattas.
Uppföljning av följsamhet till rutinen för nyinsättning av neuroleptika och centralstimulantia.	Via markörbaserad journalgranskning (MJG) och patientsäkerhetsronder i realtid (PIR) som genomförts inom vuxenpsykiatriskt vård och BUP, värderas följsamheten till rutiner för patienter med läkemedel i behov av regelbunden uppföljning och provtagning. Det inkluderar tex patienter under behandling med neuroleptika och centralstimulantia. Följsamheten till rutiner för alla patienter med två eller fler neuroleptika och alla patienter med tre eller fler psykofarmaka har granskats. I granskningen värderas även om skador/vårdskador uppkommit. Inom vuxenpsykiatrin pågår en särskild uppföljning av följsamheten till rutin för insättning av neuroleptika. Verksamheterna har fortsatt med MJG, trots att det samlade nationella arbetet avvecklades 2024. Metoden för MJG ses över i syfte att effektivisera arbetssättet ytterligare. Behov av resultatsammanställning för att lära och följa upp kvarstår, då SKR:s databas har stängts ned.
Arbeta med att säkra vårdövergångar genom att säkerställa en uppdaterad läkemedelslista i Cosmic.	Verksamheterna arbetar på olika sätt för att stärka följsamheten till rutinerna för uppdateringar av läkemedelslistorna i Cosmic och Pascal genom bl a utbildning och återkoppling till berörd personal.

Framgångsfaktorer: Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Aktiviteter	Analys
Klimatpåverkan av tjänsteresor minskas genom att stimulera resfria möten, högre frekvens av samåkning och genom att ha rätt bränsle i fordonen.	Klinikerna inom Psykiatri, rehabilitering och diagnostik arbetar aktivt med att minska resor genom digitala möten, utbildningar och etablerade arbetssätt för distanssamverkan. När resor behövs används i första hand samåkning, kollektivtrafik, bilpool och miljövänliga fordon. På så sätt kombineras effektiv resursanvändning med kostnadsmedvetenhet och minskad miljöpåverkan.

Uppdrag: Utveckla cirkulära materialflöden och minska mängden avfall.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Matsvinn per patientportion	-30 %	-12 %	Något försämrat resultat mot slutet av perioden. 15-rättersmeny är införd och uppskattad av patienterna. Kostombuden rapporterar en upplevelse av minskat matsvinn och har en stående punkt vid APT. Pastöriserade matlådor med lång hållbarhet finns på avdelningarna för att minska behovet av extrabrickor. Personal från verksamhetsstöd och service bemannar i en del fall avdelningsköket vilket bland annat innebär en god kontinuitet och följsamhet till matbeställningar. Semesterperioden kan ha påverkat utfallet.

Aktiviteter	Analys
Utifrån framtaget underlag arbeta för att minska klimatpåverkan från de produktgrupper med störst klimatpåverkan.	Röntgen har arbetat aktivt med utfasning av britspapper och kundanpassade set. Laboratoriemedicin har i samband med bytet av allmänkemiinstrument kunnat reducera emballage. De kliniker som har haft miljödialog 2025 har fått tips på vad de kan göra för att minska sin klimatpåverkan från förbrukningsartiklar. Fortsatt uppföljning vid resterande miljödialoger 2025 för att nå ett heltäckande förbättringsarbete.

Uppdrag: Fortsätta implementering och utveckling av kunskapsstyrning med syfte att erbjuda god och jämlik vård.

Aktiviteter	Analys
Fortsatt arbete för att förbättra de personcentrerade insatserna för individer med omfattande sjukvårdskonsumtion.	Arbetet har fortsatt för att utveckla det individuella stödet för personer med komplex psykiatrisk sjukdom och omfattande sjukvårdskonsumtion. Arbetssätten har fokus på att stärka invånarens egna resurser, skapande av ömsesidiga överenskommelser i den individuella vårdplanen, säkerställa fast vårdkontakt samt vid behov upprättande av SIP. Arbetet sker i nära samverkan mellan specialiserad psykiatrisk vård, primärvård och kommun, för att samverka och skapa samsyn. Vid psykiatriska kliniken i Eksjö har projektet fortsatt med en vårdsamordningscoach för att stärka samverkan kring individer med komplexa behov och med omfattande sjukvårdskonsumtion i både heldygnsvården och öppenvården. Exempel på åtgärder som vidtagits tillsammans med patient, vårdgrannar och andra aktörer såsom polis och räddningstjänst, är upprättande av SIP, beslut om självvald inläggning, initiering av boendestöd

Aktiviteter	Analys
	samt byte av boende. Resultaten visar på en minskad slutenvårdskonsumtion och akutvårdsbesök för enskilda individer.
Fortsätta arbetet med införandet av nationella vårdprogram, såsom personcentrerade sammanhållna vårdförlopp och vård- och insatsprogram.	Arbete pågår inom samtliga verksamheter, ofta i nära samverkan med etablerade arbetsgrupper såväl i länet, t ex inom de länsgemensamma programområdena (LPO) och medicinska programgrupper, och inom den sydöstra sjukvårdsregionen, som i nationella arbetsgrupper. Verksamhetsområdet har värdskap för tre länsgemensamma programområden - LPO Psykisk hälsa, LPO Rehabilitering-Habilitering-Försäkringsmedicin samt LPO Levnadsvanor. De specialistpsykiatriska verksamheterna arbetar även aktivt med utbildning inom samt implementering av vård- och insatsprogrammen (VIP), t ex VIP ADHD.

Uppdrag: Fortsatt utveckling av cancervården.

Aktiviteter	Analys
Fortsatt arbete för att utveckla en trygg personcentrerad, behovsinriktad och resurseffektiv cancerrehabilitering av hög kvalitet.	Inom Rehabiliteringscentrum fortsätter utvecklings- och implementeringsarbetet inom cancerrehabilitering med koppling till flera olika vårdprogram. Ett urval av pågående och planerade åtgärder: • En projekttjänst för fysioterapeut inom bäckenbottendysfunktion har fått ytterligare stimulansmedel och blir nu permanent. Tjänsten fyller ett stort behov, då patienter kan få stöd lokalt och kunskapen sprids i hela regionen. Arbetet sker i nära samverkan med kirurgi, kvinnoklinik, mag-tarm, primärvård och Linköping. • En sexolog har etablerat sig och erbjuder insatser till alla kliniker som möter cancerpatienter. Dessutom har ett nätverk för sexologisk kompetens startats i sydöstra sjukvårdsregionen. • Det pågår också arbete för patienter med fatigue och neuropati, där både arbetsterapeut och fysioterapeut erbjuder stöd via öppenvårdsbesök. Nya medel har beviljats för att utveckla preoperativ optimering inför lungcanceroperationer, som en del i ett sydöstra projekt. • Slutligen har en workshop hållits för att driva implementeringen av vårdprogrammen för cancerrehabilitering vidare.

Uppdrag: Region Jönköpings län ska sammantaget bli en av de bästa i Sverige när det gäller standardiserade vårdförlopp för cancer.

Aktiviteter	Analys
Utveckling av diagnostikprocesserna i de standardiserade vårdförloppen för att effektivisera utredning samt möjliggöra snabbare behandling och uppföljning.	Berörda verksamheter jobbar kontinuerligt med flödes- och processutveckling. Några exempel på utmaningar samt genomförda, pågående och planerade åtgärder: Klinisk fysiologi har målet att tiden från remiss till svar skall genomföras inom 7 dagar, vilket man klarar av i nuläget.

Aktiviteter	Analys
	Röntgen utlovar SVF-undersökningar inom en arbetsvecka med svar inom två arbetsdagar och har en god måluppfyllelse, förutom inom prostata där svarstiden påverkas av brist på radiologer inom området. Patologilaboratoriet har utmaningar att nå uppsatta SVF-tider och har fortsatt arbetet med flera åtgärder, såväl internt som tillsammans med remittenter och når i augusti målvärdet för svarstider. Störst utmaningar med långa svarstider finns inom undersökningar som inte tillhör någon SVF-kategori, men dessa har förbättrats avsevärt från en medelsvarstid på 111 dagar januari 2023 till ca 45 dagar. För att möta upp remissinflödet och förbättra flödeseffektivitet har ytterligare utskärningsplatser etablerats. Under hösten planeras för ett större processutvecklingsarbete.

Uppdrag: Arbeta med särskilda utvecklingsområden för patienter med psykisk sjukdom.

Aktiviteter	Analys
Utbilda och stödja verksamheter inom hälso- och sjukvårdsverksamheter inom PTSD.	Specialistpsykiatrins kliniska programområde för trauma har fått ett uppdrag att ta fram ett utbildningsmaterial riktat till den somatiska vården. Parallellt undersöks hur utbildningen kan nå ut till aktuella målgrupper. Målsättningen är att kunna genomföra en pilotomgång av utbildningen under senare delen av året.

Uppdrag: Arbeta för en kostnadseffektiv och jämlik läkemedelsbehandling.

Aktiviteter	Analys
Kontinuerlig uppföljning av läkemedelsförskrivning och läkemedelskostnader samt genomförande av läkemedelsdialoger.	Uppföljning av läkemedelsförskrivning sker kontinuerligt inom respektive verksamhet tillsammans med medicinskt ansvariga, kliniska farmaceuter och läkemedelskommittén. Verksamheterna har arbetat vidare med åtgärderna i handlingsplanen för patientsäkerhet och läkemedel som är integrerade i verksamhetsplanerna. Läkemedelskommittén har identifierat förbättringsområden inom specialistpsykiatrisk vård och har under året genomfört flera dialoger med ledningsutskott psykiatri kring dessa. En årlig uppskattad länsgemensam temadag läkemedel för läkare på de psykiatriska klinikerna har genomförts. Läkemedelsdialoger genomförs inom BUP vart tredje år och inom de vuxenpsykiatriska verksamheterna planeras för samma intervall. Inom Rehabiliteringsmedicin har läkemedelsdialog kunnat genomföras under våren.

Uppdrag: Följa alla delar i överenskommelsen ”Riktlinjer för länskliniker”.

Aktiviteter	Analys
Följa upp att länskliniken arbetar enligt "riktlinjer för länskliniker".	Verksamheterna arbetar aktivt med fast bemanning genom att jobba strategiskt med kompetensförsörjning och möjliggöra stabil bemanning i alla länsdelar. Lösningar innefattar bland annat stöd för rotationstjänster, digitala lösningar och samarbete mellan orter. Flera kliniker har lyckats rekrytera och bygga upp stabil bemanning, medan

Aktiviteter	Analys
	andra fortfarande har utmaningar, särskilt inom vissa specialistområden. Det finns en tydlig plan för avveckling av hyrbemanning fram till 2030. Kompetensutveckling bedrivs i gemensamma processer och genom riktade utbildningar, kliniska utskott och professionsövergripande introduktionsprogram. Medarbetare ges fortbildning genom både interna utbildningar och samarbete med högskola. När det gäller ansvar för akutvård upprätthålls bemanning på akutsjukhusen genom samordning av resurser, jourlinjer och digitala konsultbedömningar. Vissa kliniker deltar inte direkt i akutvården, men erbjuder specialiststöd och konsultationer vid behov. För den nära vården i alla regiondelar pågår arbete med att stärka jämlik tillgång till vård och diagnostik, skapa bättre samverkan mellan vårdnivåer och utveckla stöd för vårdcentraler och kommuner. Vissa verksamheter har professionsansvar över länet, medan andra utvecklar nya arbetssätt och samverkansformer för att stödja den nära vården.

Uppdrag: Åstadkomma bästa möjliga resultat till lägsta möjliga kostnad varje gång.

Aktiviteter	Analys
Arbeta med åtgärder med fokus på kloka kliniska val, för att fasa ut överdiagnostik och överflödiga behandlingar.	Flera verksamheter har under perioden intensifierat arbetet med kloka kliniska val. Inom rehabiliteringsmedicinska kliniken har temat lyfts vid riktade utbildningstillfällen, och material för vidare arbete har sammanställts. Röntgen har definierat sex prioriterade områden och arbetar både regionalt och nationellt med implementering tillsammans med remittenter. Laboratoriemedicin har ett pilotprojekt där mikrobiologer deltar i IVA-ronder för att stödja i diagnostiska beslut. De psykiatriska klinikerna bidrar till arbetet på både lokal och nationell nivå, med fokus på att minska eller ta bort aktiviteter som inte skapar värde för patienterna. Samverkan sker löpande med andra kliniker och i utbildningssammanhang.

Uppdrag: Arbeta med övergången från barn till vuxna i vården.

Aktiviteter	Analys
Förbättra arbetssätt och samverkan kring patienter i övergången till vuxen	Analys av nuvarande arbetssätt och gap sker främst inom och mellan BUP och de vuxenpsykiatriska klinikerna samt inom barn- och ungdomshabiliteringen. Inom RJL har en arbetsgrupp bildats med fokus på implementering av relevanta och möjliga åtgärder i rapporten "Vägledning för övergång från barn- till vuxensjukvård för unga med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning". Arbetsgruppen har lämnat en slutrapport till motsvarande regionala arbetsgrupp inom den sydöstra sjukvårdsregionen, samt även till sektionschefen för primärvård och rehabilitering inom RJL. Under hösten fortsätter dialogerna med bl a sektionen för primärvård och rehabilitering om hur arbetssätten kan utvecklas på ett sätt som skulle kunna fungera inom RJL.

Lärande och förnyelse

Vi tror på ett systematiskt och uthålligt förbättringsarbete för nöjda kunder och medarbetare, vilket skapar förutsättningar för ökad effektivitet, bättre kvalitet och resultat. Vi rekommenderar att registrera avvikelser i Synergi som ett underlag för kontinuerligt lärande.
Vi uppmuntrar och stödjer chefer och medarbetare till kompetensutveckling inom förbättringskunskap, som en del i ökad systemförståelse och fokus på processförbättringar och resultat som skapar mervärde för patienten.
Genom återkommande jämförelser med andra verksamheter inhämtas inspiration och kunskap för förändrade arbetssätt och bättre resultat.
Ur ett invånarperspektiv är det viktigt att vi på ett generöst sätt delar med oss av kompetens och säkerställer bästa möjliga samverkan över organisatoriska gränser.
Vi arbetar kontinuerligt med rätt använd kompetens och utveckling av arbetet med kapacitet och produktionsstyrning.
Prioritering sker av verksamhetsnära forskning i nära dialog och samarbete med andra.

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya

Framgångsfaktorer: Förbättringskunskap

Aktiviteter	Analys
Fortsatt satsning på kompetens- och rollutveckling inom förbättringskunskap och processorienterad verksamhetsutveckling.	Verksamhetschefer, första linjechefer och personer i ledningsstab deltar i Nätverk för Engagerat Ledarskap (NEL) och regionens olika chefsutvecklingsutbildningar. Sedan flera år tillbaka har verksamhetsområdet gjort en särskild satsning på Advanced Training Program, där över 20 chefer och ledare har deltagit med gott resultat. Vidare har en utbildning inom förbättringskunskap och processorienterat arbetssätt genomförts för målgruppen processledare och verksamhetsutvecklare inom specialistpsykiatriska verksamheter. En motsvarande utbildning "Stöd för verksamhetsutveckling" genomförs i Qulturums regi, i vilken majoriteten av verksamhetsutvecklare, processledare, controllers och HR-partners från verksamhetsområdet har deltagit/deltar.

Uppdrag: Kortare ledtider från kontakt till utförd vårdåtgärd.

Aktiviteter	Analys
Arbeta med informationsdriven verksamhetsutveckling	Pågående satsning för kompetensutveckling inom respektive verksamhet avseende data och informationsinhämtning som driver verksamhetens utveckling. Samarbete initialt mellan stab, verksamhet, sektion E-hälsa samt IT-centrum för att utveckla modeller för respektive verksamhet. De tre vuxenpsykiatriska klinikerna samt BUP var först ut med dashboards i Diver som stödjer en balanserad uppföljning. Dashboard möjliggör en verksamhetsnära och engagerad uppföljning i realtid för chefer och medarbetare som stöd för utveckling och förbättring. BUP har kommit långt i att hitta goda mötesplatser och strukturer för arbetet och ser effekt i engagemang och förståelse för verksamhetens planering ända ut hos medarbetare. Liknande dashboards är etablerade även för rehabiliteringsmedicin, habiliteringscentrum samt rehabiliteringscentrum. Rehabiliteringscentrum har

Aktiviteter	Analys
	involverat sin ledningsgrupp i workshops avseende informationsdriven ledning och styrning. Arbete med att etablera arbetssätt och mötesplatser för att få effekt av att använda verksamhetsnära data pågår. Arbetet med verksamhetsnära dasboards i diver har satt fokus på behovet av rätt registreringar i Cosmic och även behovet av att även kunna följa annan utdata från exempelvis kvalitetsregister för att få en balanserad styrning och som grund till förbättringsarbeten. Goda exempel på detta finns hos bland annat rehabiliteringsmedicin som använder sig av Stratsys som komplement till Diver. Flera verksamheter använder även Cosmic Insight som ett viktigt verktyg i verksamhetsutveckling och processarbete. Inom diagnostiken finns en lång tradition av att använda sig av data för att driva verksamhetens utveckling framåt. Röntgen och klinfys har ett väl implementerat och integrerat arbete med KPS sedan många år och arbetar kontinuerligt med att utveckla sina arbetssätt och hur de styr sin produktion och verksamhet. Både klinfys och röntgen har etablerade dashboards och rapporter i diver som används ner på första linje-nivå och i dialog med medarbetare. Dessutom används rapporterna på strategisk nivå inom regionalt programområde (RPO) medicinsk diagnostik inom den sydöstra sjukvårdsregionen. Röntgen är aktiva i kontinuerlig utveckling för att kunna följa sina data, aktuellt just nu är bland annat att bygga en ny live-dashboard för röntgens akutverksamhet.

Medarbetare

Vår framgång är engagerade och motiverade chefer och medarbetare som tillsammans tar ansvar för att utveckla en god arbetsmiljö och verksamhet med goda resultat. Det gemensamma arbetet med att upprätthålla en god arbetsmiljö är en förutsättning för att attrahera nya medarbetare, minska personalomsättning och behovet av extern bemanning. En strategisk kompetensutveckling är central för verksamhetens kvalitet och attraktivitet.
Medarbetarsamtal med individuell kompetensutvecklingsplan är ett etablerat arbetssätt för att synliggöra och konkretisera utvecklingsbehov. För det systematiska arbetsmiljöarbetet används ett digitalt stöd.
Ett kontinuerligt arbete med rätt använd kompetens förutsätts då vården ständigt utvecklas liksom stöd för utredning och behandling.
Förhållningssättet att stödja samskapande och kompetensöverföring över organisatoriska gränser ska genomsyra verksamheterna.

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser

Framgångsfaktorer: Rätt kompetens och bemanning

Uppdrag: Strategisk kompetensplanering.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Faktiska årsarbetare	1 900	2 049	Antalet faktiska årsarbetare hittills i år är 2 049, vilket är 12 fler än motsvarande period föregående år. Rehabiliteringsområdet och rättspsykiatri har för året ökade budgetramar för att möta de växande behoven. BUP och habiliteringscentrum har ökat antal medarbetare för att klara av den ökade efterfrågan. Röntgenkliniken satsar strategiskt på fler ST-läkare för att klara egen försörjning av specialister och avveckla behovet av hyrbemanning. Laboratoriemedicin har minskat antalet faktiska årsarbetare i linje med anpassning till budgetram. De har minskat antal tillsvidareanställda och istället anställt visstid och timanställda för att nå en förbättrad flexibilitet. Bedömningen är att det finns ett fortsatt behov av viss minskning inom laboratoriemedicin inte minst i samband med att ny organisation i primärvården införs.
Kostnad för bemanningsföretag (hyrkostnad som andel av egna personalkostnader)	2 %	5,6 %	Under perioden syns minskade kostnader för hyrbemanning inom flera kliniker. Alla kliniker med behov av hyrbemanning har en tydlig plan och strategi för att senast 2030 vara oberoende och klara egen bemanning Klin fys har avvecklat behovet helt sedan årsskiftet. Psykiatriska kliniken i Jönköping har avvecklat behovet under juni månad. Psykiatriska kliniken Höglandssjukhuset Eksjö avvecklar behovet till kommande årsskifte. BUP har en plan för avveckling av hyrläkare 2027, men osäkerheten är påtaglig i en liten verksamhet och smal specialitet där enstaka uppsägningar får stora konsekvenser, inte minst vad gäller bakjoursverksamheten. Psykiatriska kliniken i Värnamo satsar på en större mängd ST-läkare för att på sikt klara egen bemanning. Under utbildningsperioden krävs större antal hyrläkare för att klara utbildningskrav och bakjoursverksamhet. Planen är att vara oberoende 2029. På vårdavdelningen används för

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			närvarande två hyrsjuksköterskor, men rekrytering gör att man beräknas vara fri från hyrpersonal från årsskiftet 2026. Även röntgenkliniken satsar på fler ST-läkare för att successivt kunna minska hyrläkarberoendet fram till 2030. Arbete pågår även för att möjliggöra för ST-läkare att kunna slutsignera svar under sin utbildningstid. Röntgenkliniken uppvisar den största minskningen av hyrkostnader, totalt 7,6 mnkr hittills i år. Minskningen gäller framför allt hyrsjuksköterskor. För hyrläkare har kostnaderna minskat i Värnamo men ökat i Jönköping och inom mammografi, där rekryteringssvårigheter och bortfall av egna specialister driver kostnaderna. Sammanfattningsvis syns positiva resultat av rekrytering och omställningsarbete, särskilt inom röntgen, vuxenpsykiatri och BUP. Flera kliniker står fortfarande med ett fortsatt behov av hyrpersonal under en övergångsperiod innan rekryteringssatsningar får full effekt.
Personalomsättning (andel externa avgångar exkl pension) under de senaste 12 månaderna	5 %	5,4 %	Personalomsättningen ligger strax ovanför målvärdet. Vi har rekryterat 179 nya medarbetare och 124 personer har sagt upp sig.

Aktiviteter	Analys
Genomföra kompetensplanering och de aktiviteter som behövs för att säkra egen kompetens som krävs för att utföra verksamhetens uppdrag, inklusive avveckling av beroendet av bemanningsföretag och köpta tjänster.	Kompetensplanering är ett ständigt pågående arbete. Många aktiviteter pågår i verksamhetsområdet. Rekrytering av psykologer och läkare är särskilt prioriterat. Flera kliniker arbetar med att attrahera fler psykologer under utbildning, PTP, för att säkra psykologkompetens över tid. Vi har under året ökat antalet legitimerade psykologer och ptp. En flerårsplan för att bli oberoende av hyrpersonal fram till 2030 finns framtagen. Klin fys avvecklade hyrbemanning vid årsskiftet och psykiatriska kliniken i Jönköping har ingen hyrbemanning sedan juni. Psykiatriska kliniken avvecklar hyrbemanning till årsskiftet.

Framgångsfaktorer: En god arbetsmiljö och hälsa

Uppdrag: Ett systematiskt arbetsmiljöarbete med utgångspunkt i friskfaktorerna.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel heltidsanställda	91 %	92 %	Vi uppnår målvärdet för andel heltidsanställda i verksamhetsområdet. Heltid som norm är grundförutsättningarna och det sker en löpande dialog i samband med ledningsgrupper och i andra sammanhang. Vanliga orsaker till deltidsarbete är nattarbete och lägre sysselsättningsgrad vid beviljad sjukersättning. Vi ser också att några medarbetare som närmar sig pensionsålder väljer att gå ner i tid.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Personalhälsa - Sjukfrånvaro %	5,5 %	6,5 %	Sjukfrånvaron har sjunkit något men vi når inte regionens målvärde. Sjukfrånvaro varierar mellan kliniker, inom klinikerna och mellan professionerna. Ett systematiskt arbetsmiljöarbete pågår för att finna anpassade och individuella lösningar på respektive arbetsplats.

Aktiviteter	Analys
Kontinuerliga rehabkonferenser för att minska långtidssjukskrivningar,	Rehabkonferenser är inbokade under hela året. Konferenserna underlättar för samsyn och lärande i gruppen, som i sin tur förbättrar förutsättningar för chefer att arbeta enligt regelverk för rehabilitering.

Framgångsfaktorer: Främjar kreativitet och delaktighet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel chefer med 10-35 medarbetare	80 %	73 %	16 chefer inom verksamhetsområdet har fler än 35 medarbetare. Det har ökat med två chefer sedan uppföljningen i maj. När vi bortser från intermittent anställda och visstidsanställda är det endast fyra chefer som har fler än 35 medarbetare och då ser vi ingen förändring från i maj. En förklaring är volymen av tillfälliga anställningar under sommarperioden.

Ekonomi

Det pågår ett kontinuerligt arbete med en tillgänglig, resurseffektiv verksamhet med hög kvalitet. Dialog förs kring hur verksamheter inom befintliga ramar ska kunna frigöra ekonomiskt utrymme för de nya satsningar som behöver göras. För de verksamheter som inte når budget i balans upprättas handlingsplan som följs upp regelbundet. Förutom investeringar i ny kostsam utrustning inom diagnostiken är kompetensbemanningen den främsta anledningen till verksamheternas ekonomiska utmaningar. För att upprätthålla efterfrågad verksamhet och säkerställa handledning av ST-läkare behöver verksamheter i perioder anlita hyrpersonal. Det finns strategisk planering och handlingsplaner för att successivt avveckla hyrpersonal i takt med att utbildningsläkare blir specialister.

Strategiska mål: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Ekonomi i balans	0 tkr	-78 992 tkr	Budgetavvikelsen ackumulerat till och med augusti är -79 miljoner kronor. Avvikelsen är förbättrad jämfört med föregående år vilket främst beror på att röntgen har fått en tillfällig förstärkning på 40 mnkr för helåret. Hyrbemanning är betydande kostnad och även om utfallet är relativt lika föregående år så finns det förändringar. Psykiatriska kliniken i Jönköping och klinisk fysiologi har avvecklat behovet av bemanningsföretag. Psykiatriska kliniken på höglandssjukhuset i Eksjö och BUP har minskat utfallet något. Psykiatriska kliniken i Värnamo har ett ökat behov vilket beror på ett långvarigt svårt rekryteringsläge vad gäller specialister, men god tillströmning av ST-läkare. Röntgen har minskat sina kostnader för hyr-röntgensjuksköterskor men samtidigt ökat hyrläkarkostnaden något relaterat till den ökade volymen ST-läkare som kräver handledning under sin utbildning. Intäkterna för diagnostik har ökat med 7,6%, motsvarande 53 miljoner kronor. Ökningen finns helt inom röntgen och förklaras delvis av tillfälliga satsningar enligt ovan, men också en ökad debitering mot kunder. Samtidigt har både klinisk fysiologi och laboratoriemedicin minskat sina intäkter. Framförallt är det tydligt inom laboratoriemedicin som fortsatt ligger på en ackumulerad minskning på 3%. Minskningen innebär ca 20 miljoner kronor i tappade intäkter. Bedömningen är att en bidragande faktor till minskningen är det arbete som remittenterna bedriver "Kloka kliniska val". Det förbättrade flödet genom akutmottagningarna bidrar också till minskad provtagning. Röntgen har ökade kostnader för isotoper till PET/CT-verksamheten. Produktionen av isotoper i Linköping ligger nere sedan en tid och alternativ leverans från Finland innebär avsevärt högre kostnader. Detta tillsammans med ökade underhållskostnader är en kostnadsökning för röntgen med ca 8 miljoner kronor. Lönekostnader för hela verksamhetsområdet har ökat med 51 miljoner kronor vilket motsvarar 4,7 % och är ca en procent mer än löneavtal. Förklaringen är främst ökat antal ST läkare som en del av handlingsplan för avveckling av hyrbemanning och en ekonomi i balans. BUP och habiliteringscentrum har kostnader på mer än 20 mnkr för NP-utredningar som inte är budgeterade.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			Enheter inom verksamhetsområdet med störst budgetavvikelse är röntgen och laboratoriemedicin som tillsammans har ett negativt resultat på 65 miljoner kronor. Arbetet med åtgärdsplaner fortsätter och åtgärder på såväl kort som lång sikt har tagits fram, genomförs och följs upp i tät dialog med ledningsstab. Arbete sker i nära dialog med regionledningen och ett flertal möten kring handlingsplan för ekonomi i balans har hållits under perioden och kommer att fortsätta. Förhoppningen är att viss kompensation kan ges i budget 2026 vilket skulle minska befintligt underskott. Det fortsatta arbetet med att resterande 14 vårdcentraler tar ansvar för bemanning av sitt primärvårdslab är en viktig del i laboratoriemedicins handlingsplan för ekonomi i balans.
Prognos	0 tkr	-110 000 tkr	Verksamhetsområdet redovisar en prognos med underskott mot budget på 110 miljoner kronor för helåret 2025. Prognosen är samma som rapporterades efter årets fyra första månader, men det finns förändringar mellan och inom kliniker som påverkar prognosen. Inom de diagnostiska verksamheterna finns det ökade kostnader för isotoper och reservdelar på ca 8 miljoner kronor för röntgen. Laboratoriemedicin har ett intäktstapp motsvarande ca 20 miljoner kronor som bedöms kvarstå under året. Ökade kostnader för ST läkare ingår i prognosen och denna satsning har genomförts för att på sikt minska beroendet av bemanningsföretag. Såväl röntgen som laboratoriemedicins prognosticerade underskott är på 46 miljoner kronor vardera. Verksamheten arbetar med åtgärder för att minska kostnader och öka resurseffektiviteten. Fortsatt dialog och regionövergripande åtgärder behöver vidtas för att minska gapet mellan kostnader för diagnostik och aktuell prissättning. Dialog kring detta har skett i budgetprocessen. Under 2025 har röntgen fått en tillfällig förstärkning på 40 miljoner kronor för helåret 2025. Laboratoriemedicins prognosticerade underskott beror till viss del på utökad bemanning sedan pandemin och bedömningen är att man genom förväntad personalomsättning kommer att kunna minska antalet faktiska årsarbetare under året med 15-20 individer. Ytterligare anpassning till en resurseffektiv bemanningsnivå kräver genomförande av att samtliga vårdcentraler tar bemanningsansvar för sina provtagningslab. Med hänsyn taget till extra tillskott på 40 miljoner kronor till röntgen är bedömningen att budgetavvikelsen kommer att minska med ca 18 miljoner kronor för röntgen utöver den satsningen. Rekrytering av ST-läkare är god, men hyrläkare behövs med sin specialistkompetens för att säkra bakjourkompetens, handledning av ST-läkare, samt utredning och behandling av neuropsykiatrisk funktionsvariation. Omfattningen av den neuropsykiatriska vården har ökat och är i volym större än de med psykiatrisk sjukdom. Kostnader för neuropsykiatriska utredningar beställda av BUP belastar verksamhetsområdets ekonomi samtidigt som inga nya budgetmedel alltså har tillförts. Ett utfall på ca -20 miljoner kronor är prognosticerat vad gäller det.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			I prognosen är det beaktat att visst tillskott sker under året då vi når nationella målsättningar kring tillgänglighet. I prognosen är det också beaktat att vi får del av ersättningar gällande överbeläggningar och utlokaliserade patienter. Bedömning är att det är på samma nivå som förra året dvs ca 20 mnkr

Aktiviteter	Analys
Handlingsplan för ekonomi i balans	Arbetet med handlingsplaner för att uppnå ekonomi i balans pågår kontinuerligt inom Psykiatri, Rehabilitering och Diagnostik. I nuläget är insatserna särskilt fokuserade på röntgen, laboratoriemedicin och till viss del habilitering. Även psykiatriska kliniken i Värnamo har ett särskilt fokus på att minska beroendet av bemanningsföretag. **Röntgen** En särskild utmaning finns inom röntgenverksamheten, där beroendet av bemanningsföretag fortfarande är stort. Utöver detta har kliniken ökade kostnader för material, avskrivningar och lokaler. Även personalkostnaderna har ökat, i takt med att antalet årsarbetare har blivit fler. Efterfrågan på undersökningar minskade något i början av året, troligen till följd av att remittenter börjat arbeta enligt principerna för "Kloka kliniska val" – vilket ses som positivt. Från och med mars finns det dock en viss ökning av beställda röntgenundersökningar. Röntgens handlingsplan för ekonomi i balans fokuserar i stor utsträckning på bemanning. En långsiktig strategi finns för att successivt ersätta inhyrda läkare med egna ST-läkare. Eftersom ST-läkare inte kan slutgranska undersökningar förrän de är färdiga specialister, är tidsperspektivet långt. Det tar i genomsnitt 6–6,5 år att nå specialistkompetens. Under utbildningstiden sker handledning och dubbelgranskning av alla undersökningar. Insatser pågår för att korta utbildningstiden och möjliggöra produktionsinsatser tidigare i ST-perioden. ST-läkare är positivt inställda till denna förändring. AI-lösningar är också en del av röntgens åtgärdsplan och exempelvis inom mammografi bedöms det möjligt att nå framgång inom kort. **Laboratoriemedicin** Inom laboratoriemedicin är den främsta utmaningen att hitta en långsiktigt hållbar bemanningsnivå efter pandemin, som innebar kraftigt ökade provvolymer och tillfällig personalförstärkning. Parallellt står kliniken inför ett omfattande teknikskifte där äldre utrustning ska ersättas med ny. En åtgärdsplan är under arbete med fokus på dessa frågor. **Effekt av handlingsplanerna** Effekterna av de ekonomiska handlingsplanerna är i dagsläget svåra att mäta exakt, men flera åtgärder har redan vidtagits för att minska kostnaderna. De mest betydande är: Minskad bemanning inom laboratoriemedicin Minskad användning av bemanningsföretag inom både diagnostik och psykiatri

Aktiviteter	Analys
	Röntgens långsiktiga satsning på ST-läkare i syfte att fasa ut beroendet av inhyrda specialister (målet är att handlingsplanen ska vara fullt genomförd till 2029) **Framtida dialog och samverkan** Det finns även ett identifierat behov av att utveckla arbetet med regelverk kring köp- och sälj möjligheter inom regionen. En fördjupad dialog med både regionledningen och sjukvårdsområdena är avgörande, eftersom diagnostik är en gemensam resurs för hela vården. För att nå en hållbar nivå på diagnostikvolymer krävs gemensamma beslut, där ekonomiska frågor och prissättning hanteras i samband med budgetprocessen under våren och hösten.

Region Jönköpings län

Delårsrapport
Tertial 2 2025

Vårdcentralerna Bra Liv

Dnr RJL 2025/21
Susanne Almers, direktör
Vårdcentralerna Bra Liv
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

Inledning **4**

Medborgare och kund **6**

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på 6

Process och produktion **12**

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare 13

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet 15

Lärande och förnyelse **21**

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya 21

Medarbetare **22**

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser 22

Ekonomi **27**

Strategiska mål: God och hållbar hushållning 27

Inledning

Vårdcentralerna Bra Liv är den starka länken i länets primärvård och bidrar till att förverkliga Region Jönköpings läns vision för ett bra liv i en attraktiv region. Målet är en bättre hälsa för alla. Bra Liv erbjuder hälso- och sjukvård samt rehabilitering, med bästa bemötande och medicinsk kvalitet, utan vinstsyften. Bra Liv vill uppfattas som tillgängliga och erbjuda kontakt i telefon eller chatt samma dag och tid för medicinsk bedömning inom tre dagar. Verksamheten är väl förankrad i vår värdegrund med ledorden omtanke, helhet och kvalitet.

Bra Liv finns med 28 vårdcentraler och flera filialer spridda i länet. Vid dessa enheter är ca 276 000 invånare listade, vilket är 74 procent av länets befolkning. Ambitionen är att fortsätta öka listningen och marknadsandelen. Verksamheten omsätter ca 1,9 miljarder kronor och sysselsätter ca 1 000 årsarbetare.

Den nära vården utvecklas inom tre stora vårdprocesser- akut sjuka, kroniskt sjuka och svårt sjuka. För kroniskt sjuka och svårt sjuka är möjlighet till fast vårdkontakt och patientkontrakt/"min överenskommelse med vården" viktiga delar. Hembesök av läkare och vårdplaneringar, i samarbete med kommunerna, erbjuds till de som behöver. Nya arbetssätt med individanpassad vård utvecklas för patienter med kronisk sjukdom. Egenmonitoreringsverktyg provas och förväntas implementeras i hela primärvården under kommande år.

Bra Liv och Primärvården är en viktig del i akutkedjan. Vårdcentralerna bidrar med hög tillgänglighet och kompetens dagtid. På kvällar och helger tar de gemensamma Närakuterna över. Det finns ett nära samarbete mellan vårdcentral, kommuner och slutenvård, vilket är en förutsättning för en god och nära vård.

Arbete med konceptet ”Kloka kliniska val” fortlöper. Ett arbete som handlar om att göra patienten mer delaktig i sin vård och undvika överdiagnosticering och behandling, avseende medicinsk diagnostik och läkemedel. Det leder till förbättringar både avseende kvalitet, kostnadseffektivitet och miljö. Bra Liv bedriver ett fortlöpande aktivt patientsäkerhetsarbete med bland annat patientsäkerhetsronder och återkoppling av svåra ärenden från chefläkaren vid ledningsgruppsmöten. Arbetssätt ses över i syfte att avsluta de som inte är värdeskapande för patienter eller medarbetare.

Digitaliseringsarbetet fortsätter, med utveckling av befintliga och nya funktioner. I Bra Liv näras gemensamma utbud finns tillgänglighet till digitala besök vardagar kl. 8-21 och helger kl. 8-20. Ett bra sätt för små vårdcentraler att kunna erbjuda sina invånare alla kompetenser även om de inte kan anställas på enheten. Flera vårdcentraler erbjuder därutöver tider till olika professioner direkt riktade till sina egna patienter i appen. Alla vårdcentraler använder 1177-direkt symptombedömning, hänvisning och chatt.

Vaccinationer mot Covid-19 fortsätter, troligen med två doser per år till invånare över 80 år och risk-patienter över 65 år. På hösten erbjuds covidvaccin samtidigt med säsongsinfluensavaccin.

Bra Liv arbetar för hälsofrämjande arbetsplatser med hög trivsel, låg sjukfrånvaro, låg personalomsättning och goda möjligheter till kompetensutveckling. Organisationen har en välkänd värdegrund som förtydligar vårt varumärke, medarbetarskap, chefsuppdrag och vårt löfte till våra invånare.

En utmaning är svårigheten att rekrytera personal till vissa geografiska områden. I dessa områden kommer behovet av hyrläkare finnas kvar. Bra Liv arbetar med rekryteringsbefrämjande åtgärder, att vara en attraktiv arbetsgivare, koncernsamarbete och rätt använd kompetens. För att bl.a. öka samarbetet mellan vårdcentralerna har ett koncept med vänvårdcentraler implementerats under 2024.

Bra Liv har sedan 2024 fått ett politiskt uppdrag att på ett antal vårdcentraler arbeta med att på lång sikt nå 1 100 listade invånare per helårsanställd läkare. I dagsläget har 4 st vårdcentraler valts ut. Kortsiktigt innebär det en viss ökning av antalet hyrläkare. På lång sikt förväntas uppdraget att leda till att fler väljer att ta anställning hos Bra Liv.

Kompetensutveckling i egen regi fortlöper med utbildningar i linje med de kompetensplaner som finns

för samtliga yrkesgrupper. För att stärka chefskapet erbjuds Chefsarena Bra Liv, introduktionsprogram, reflektions grupper, mentorskap och chefstrainee. Bra Livs chefer deltar även i regionens nätverk för engagerat ledarskap samt andra chefsutbildningar. Organisationen arbetar med ständiga förbättringar, nya arbetssätt och rätt använd kompetens.

Det grundläggande målet för ekonomin är att ha en ekonomi i balans. Framförallt till följd av fortsatt behov av hyrläkare uppnås inte målet om ekonomi i balans 2025.

Under 2025 fokuseras det lite extra på:

- Samarbete för Esthers bästa
- Patientkontrakt/överenskommelse
- Det digitala först och fysiskt när det behövs
- Personcentrerad vård med kontinuitet för kroniker och svårt sjuka
- "Kloka kliniska val"
- Ekonomisk handlingsplan

Måluppfyllelse ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

	2025-08-31	Andel	2024-08-31	Andel
Antal mätetal som är uppfyllda	7	50%	4	31%
Antal mätetal som är delvis uppfyllda	2	14%	3	23%
Antal mätetal som inte är uppfyllda	5	36%	6	46%
Antal mätetal som mäts	14	100%	13	100%

Helt uppfyllda mål: Medicinsk bedömning inom tre dagar (tillgängligheten), Hembesök av läkare, Vårdplaneringar, Antal årsarbetare, Personalomsättning, Sjukfrånvaro samt Andel chefer med 10-35 medarbetare.

Delvis uppfyllda mål: Kontinuitet och Andel heltidsanställda

Ej uppfyllda mål: Telefontillgänglighet, Hälsosamtal till 40- 50- 60- och 70-åringar, Kostnad för bemanningsföretag och Ekonomi i balans

Förbättringen beror bl.a. på bättre utfall på Tillgängligheten och Kontinuiteten.

Medborgare och kund

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktorer: Nöjda kunder och intressenter

Aktiviteter	Analys
Informera och kommunicera med invånarna	Löpande uppföljning görs av hur många som nås av informationskampanjer. Det görs också uppföljning av hur många som använder Bra Livs olika informationskanaler. Resultaten visar att det finns ett stort intresse hos våra invånare för dessa budskap. Aktiviteter på Facebook och Instagram varierar mellan vårdcentralerna och för hela organisationen ökar aktiviteterna och användandet. Reaktionerna på utbudet ökar också. Vårdcentralerna erbjuder organisationer/föreningar föreläsningar kring hälsa och fysisk aktivitet.

Uppdrag: Införa gemensam dokumenterad överenskommelse mellan patient och vårdgivare.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Överenskommelse, utvalda kroniska sjukdomsgrupper	60 %	86 %	Andel patienter med en kronisk sjukdom som har en dokumenterad överenskommelse fortsätter att öka för varje månad. Nästa steg är att kvalitetssäkra innehållet i överenskommelserna. I patientgrupperna hjärtsvikt, höftledsartros, kronisk obstruktiv lungsjukdom, hypertoni och diabetes typ 2 har mellan 84 % och 90 % av patienterna en dokumenterad överenskommelse. En stadig förbättring jämfört med föregående år. För patientgruppen med diabetes typ 1 är andelen 73 %, även det en klar förbättring.
SJLG Antal upprättade överenskommelser - uppföljning	456 000 st	331 292 st.	Arbetssätt med att dokumentera under sökordet överenskommelse används i allt större omfattning. Antalet är ca 2 500 fler än i augusti 2024.

Aktiviteter	Analys
Identifiera tysta kroniker	Arbetet med att identifiera gruppen tysta kroniker har påbörjats. Nästa steg är att verifiera underlaget med några vårdcentraler.
Starta upp ett arbete med dokumenterad överenskommelse med fokus på vissa sjukdomsgrupper	Bra Liv följer arbetet som pågår övergripande för alla sjukvårdsområden.

Uppdrag: Öka patientens kunskap om sin sjukdom.

Aktiviteter	Analys
Fortsätta att utveckla gruppverksamheter för	Idag finns på APY under Bra Liv gemensam sju gruppverksamheter för patienter. Hit kan en vårdcentral

Aktiviteter	Analys
patienter/patientskola	hänvisa/hjälpa patienten om inte den egna vårdcentralen kan erbjuda egen gruppverksamhet inom aktuellt område.

Framgångsfaktorer: God tillgänglighet

Uppdrag: Förbättra tillgängligheten till sjukvårdsrådgivning.

Aktiviteter	Analys
Erbjuda patienterna sjukvårdsrådgivning utöver våra traditionella kommunikationsvägar.	Patienten kan nå oss för sjukvårdsrådgivning via Bra Liv nära appen och våra tre Bra Liv närmottagningar.

Uppdrag: Förbättra tillgängligheten till vården och tandvården utifrån systemmätetal och mål för verksamheterna.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Telefonkontakt med vårdcentralen samma dag	100 %	89 %	Telefonsamtalen till vårdcentralerna ökar för varje år, vilket leder till att flera vårdcentraler har svårt att klara målet för telefonkontakt. Åtgärder har genomförts för att minska inflödet av samtal. Exempelvis informativa telefonsvar, hänvisning till Bra Liv nära-appen med videobesök och meddelandefunktion eller hänvisning till 1177-Direkt. Försämringen sedan 2024 beror dels på att mätningen inte längre görs på bara huvudingången utan på alla TeleQ-ingångar och dels på att vårdcentralerna inte svarar tillräckligt mycket.
Medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar.	90 %	92 %	Kvalitetsavdraget för tillgänglighet inom 3 dagar mäts fr.o.m. 2024 på rullande 12 månader bakåt. Vid senaste beräkningen klarade 24 vårdcentraler målet på minst 90 % tillgänglighet senaste 12 månaderna och övriga 4 st. klarade en tillgänglighet på 86-89%.
Nämnd Kontinuitetsmått – primärvård	0,4 index	0,35 index	Drygt en tredjedel av vårdcentraler klarar målet på 40% läkarkontinuitet under perioden januari-augusti 2025. Stora vårdcentraler har svårare att nå hög kontinuitet trots god bemanning. Med många läkare ställs stora krav på planering och organisation för att lyckas. Arbete i team och uppmärksamma telefonrådgivningssjuksköterskor som bokar till rätt person är exempel på effektiva arbetssätt. I vissa fall önskar patienten en snabb tid framför att träffa patientansvarig läkare. Då arbetar vårdcentralerna med episodkontinuitet, det vill säga att samma läkare handlägger alla kontakter runt det aktuella sjukdomstillståndet.

Aktiviteter	Analys
Arbeta med förstärkt vårdgaranti	God bemanning och bra organisation är en grundförutsättning för hög tillgänglighet. Vårdcentralerna arbetar med varierade arbetssätt, beroende på lokala förutsättningar, för att kunna erbjuda tillgänglighet inom tre dagar. Exempelvis digitala besök eller meddelandekontakter, teambedömningar i tvärprofessionella team, öppen mottagning, triagering till rätt yrkeskategori, kortare

Aktiviteter	Analys
	behandlingsserier, kortare besökstider och mer individualiserad vård. Patienternas egen kraft och ansvar för sin sjukdom tas på ett systematiskt sätt tillvara. Det gemensamma utbudet i Bra Liv nära appen och de tre närmottagningarna bidrar till att utjämna resurserna mellan vårdcentraler och ökar tillgängligheten för patienterna. En mottagning för astmapatienter har tillkommit under 2025 i appen Bra Liv nära.
Öka det gemensamma utbudet i Bra Liv nära appen	Under året har en mottagning för astma startat och tre vaccinationsmottagningar erbjuder invånare att direkt boka tid i Bra Liv nära appen. Sedan tidigare erbjuds också livsstilsmottagning, som innefattar överviktsmottagning, tobaksavvänjning, matrådgivning och fysioterapi.
Forma arbetssätt som främjar kontinuitet till läkare/team	Bra Liv stödjer arbetet med att öka kontinuiteten till läkare/team. Detta görs genom dialog på ledningsmöten och affärsplaneuppföljningsmöten.
Utveckla konceptet Bra Liv närmottagningar	Våra tre närmottagningar är välbesökta och mycket uppskattade av våra invånare på grund av sin lättillgänglighet. Arbete pågår för att fortsatt stärka, bemanna och utveckla verksamheten**.** Antalet besök på samtliga närmottagningar har ökat från 3 413 st jan-aug 2024 till 5 676 st motsvarande period 2025. Närmottagningen i Eksjö öppnade i april 2024. Cirka 65% av besökarna är 60 år och äldre.

Uppdrag: Erbjuda fast vårdkontakt och enkla kontaktvägar in till vårdcentralerna för patienter med stora vårdbehov.

Aktiviteter	Analys
Utöka antalet överenskommelser, SIP (Samordnad individuell plan) och rehabplaner	Vi arbetar målmedvetet med att påminna gamla och nya medarbetare om vikten att leva upp till vårt löfte i mötet med våra invånare. Löftet stämmer väl överens med regionens gemensamma arbete med överenskommelse. Bra Liv har en tydlig målsättning om att alla patienter med kronisk sjukdom och/eller komplexa sjukvårdsbehov ska ha en dokumenterad överenskommelse i journalen.

Uppdrag: Arbeta aktivt med att uppnå bemanningsmålet inom primärvården.

Aktiviteter	Analys
Arbeta utefter strategi ARUBA (Attrahera, Rekrytera, Utveckla, Behålla, Avveckla)	I fokusgrupp läkarresurs planeras strategier för att nå en bra och jämn läkarbemanning över länet, som stöd finns i staben en rekryteringsspecialist läkare. De viktigaste strategierna är ett gott omhändertagande av studenter, AT/BT-läkare och underläkare för rekrytering till ST-läkartjänster, samt rekrytering av utlandsutbildade läkare leg och EU-specialister som introduceras via Nässjö utbildningscentrum och sedan vidareutbildas. Styrgrupp läkarrekrytering har samordnat läkarförsörjningen via utlandsrekrytering, relokation, introduktion fredagsseminarium och NUC. Gruppen har också

Aktiviteter	Analys
	koordinerat hyrläkarbemanningen. Bra Liv erbjuder god kompetensutveckling och genomför många aktiviteter för att främja en god arbetsmiljö för alla kategorier. Vårdcentralerna stöttar varandra klustervis med jourpass, bemanning på BVC och äldreboenden. Under sommaren har flera vårdcentraler med bättre bemanning stöttat vårdcentraler med låg läkarbemanning. Verksamhetscheferna har i uppdrag att besöka ett par chefskollegor för att öka förståelsen för vilka olika förutsättningar som råder avseende möjlighet till rekrytering. Under 2025 kommer vårdcentralerna Bra Liv att medverka på SFAM:s ST-dagar i Göteborg. Detta innebär att material tas fram för att synas och höras före, under och efter dessa dagar. Temat för detta arbete är Glädjen i allmänmedicin.
Uppmuntra till att ST-läkare randar sig på annan Bra Liv vårdcentral och i Bra Liv Nära appen	Bra Livs ST-läkare uppmuntras att förlägga sin utbildningstid till både stor och liten vårdcentral och i både stadsmiljö och i glesbygd. Syftet är att bredda individens kompetens och att förbättra rekryteringsmöjligheterna till vårdcentraler med geografiska utmaningar. Hittills i år har en ST-läkare randat sig i Bra Liv nära appen.
Fortsätta att satsa på utvalda vårdcentraler	Fyra vårdcentraler har valts ut att delta i satsningen på 1 100 listade per ordinarie heltidsanställd läkare. De utvalda vårdcentralerna är Bra Liv Vaggeryd, Bra Liv Skillingaryd , Bra Liv Sävsjö och Bra Liv Smålandsstena**r.** På kort sikt medför detta ett ökat behov av hyrläkare. På lång sikt ska det skapa en attraktiv arbetsmiljö med ökad möjlighet till ordinarie rekrytering.

Uppdrag: Under mandatperioden ska Region Jönköpings län säkra akutvårdkedjan för att patienter ska få ett snabbare och säkrare omhändertagande i hela länet.

Aktiviteter	Analys
Arbeta med att förbättra akutvårdkedjan	Vårdcentralerna Bra Liv uppmuntrar samtliga av sina vårdcentraler att erbjuda en god tillgänglighet till vårdcentralen dagtid. Detta görs genom att triagera patienten rätt i akutvårdskedjan med hjälp av god bemanningsplanering och tillgängliga digitala lösningar. En dashboard håller på att tas fram för daglig styrning. Denna är tänkt att hjälpa vårdcentralen i det dagliga arbetet med att ha koll på t.ex. tillgänglighet, bokningsgrad, medicinsk bedömning och personalnärvaro.

Framgångsfaktorer: God och jämlik hälsa

Uppdrag: Förbättra folkhälsan hos länets invånare.

Aktiviteter	Analys
Aktivt marknadsföra och bidra med deltagare till Lärcafé, Självhjälpsgrupper och Hälsocenter	Bra Liv erbjuder föreläsningar gällande medicinsk information och inspiration till ett bra liv för de över 65. Vi fortsätter att uppmuntra vårdcentralerna att stärka samarbetet med hälsocenter för att ge våra patienter

Aktiviteter	Analys
	möjlighet att ta ett större egen ansvar för sin hälsa.

Uppdrag: Arbeta för en mer jämlik hälsa hos utrikesfödda invånare.

Aktiviteter	Analys
Skapa en medvetenhet om socioekonomins och/eller kulturell påverkan på patientsäkerhet och kliniska resultat	Hittills under året har inga aktiviteter genomförts inom detta område.

Uppdrag: Förbättra barn och ungas hälsa.

Aktiviteter	Analys
Identifiera barn- och ungdomar med olika behov av stöd	Hittills under året har inga aktiviteter genomförts inom detta område. Första steget är att ta del av patientnämndens rapport "RJLP 2025/44 Barn i vården - En analys av patientnämnden av synpunkter och klagomål gällande barn". Målet är att redovisa innehållet på ledningsmöte.

Uppdrag: Främja äldres hälsa.

Aktiviteter	Analys
Samarbeta för en trygg, säker vård och omsorg i hemmet	För att nå trygg och säker vård och omsorg är god samverkan mellan vårdcentral, sjukhus och kommun avgörande. Lokala avtal tecknas avseende läkaruppdrag och medicinsk samverkan mellan vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård. Avstämningsmöten, initierade av REKO, hålls regelbundet på chefsnivå i varje kommun. Förstärkt lokal samverkan sprids alltmer i hela länet. Inom regionen har en gemensam dashboard tagits fram för att stärka samarbetet mellan kommun och vårdcentral. Den visar våra gemensamma patienter och hjälper oss att prioritera vårt gemensamma patientarbete.
Förbättra äldres levnadsvanor	Arbete pågår vid alla våra vårdcentraler för att öka samverkan mellan vårdcentral och hälsocenter. Tillsammans vill vi bidra till förstärkt egen vård genom goda levnadsvanor. I t.ex. Tranås genomför anställda på vårdcentralen regelbundet föreläsningar för olika patientgrupper på Seniorcentralen. Ämnena är bl.a. Artros och Fallprevention. En studie (SAFE-Trygg nära vård för äldre) pågår för att utveckla arbetsmodell och identifiera, stärka, bibehålla autonomi, hälsa- och funktionsförmåga hos äldre. Studien görs tillsammans med Region Östergötland och pågår på 12 Bra Liv vårdcentraler.
Delta i utvecklingsprogrammet Bästa plats att åldras på	Bra Liv stödjer konceptet Bästa platsen att åldras på och vill fortsätta att vara en del av det. Det är vårdcentralernas uppdrag att arbeta förbyggande och hälsofrämjande.

Uppdrag: Utveckla hållbara ekonomiska vårdutbud

Aktiviteter	Analys
Omvärldsspana och ha dialog med invånare och medarbetare	Målsättningen är vårt koncept att vända pyramiden. Detta innebär att arbete fortgår för att omvandla vårt arbetssätt och utbud till ett mer tillgängligt och modernt vårdutbud. Ett exempel på detta är mobilt EKG och videootoskop som ger möjlighet att erbjuda vård i hemmet och på distans.

Process och produktion

Verksamhetsstatistik

	Utfall 2024-08	Utfall 2025-08	Förändring % 2025-2024
Antal besök sjuksköterska	106 638	101 848	-4 %
Vacc besök covid-19	10 165	13 497	33 %
Antal besök undersköterska	19 069	18 170	-5 %
Antal besök kurator	11 912	12 298	3 %
Antal besök psykolog	6 694	6 661	0 %
Antal besök sjukgymnast	65 367	65 777	1 %
Antal besök arbetsterapeut	13 268	13 811	4 %
Antal besök läkare	182 032	178 269	-2 %
Summa besök	415 145	410 331	-1 %
Summa besök exkl covidvacc	404 980	396 834	-2 %
Telefonkontakter	235 954	254 901	8 %

Besöken som avser covidvaccinering har ökat med 33% jämfört med motsvarande period föregående år.

Totalt antal besök exkl covidavaccinering har minskat med 2% jämfört med motsvarande period föregående år. En förändring i arbetssätt gör att fler patientärenden kan lösas med telefonkontakter eller distansbesök istället för med fysiska besök.

Totalt ökar patientkontakterna med en förskjutning från besök till telefon.
Meddelande/chattfunktionen registreras som brevkontakt och ingår inte i ovanstående statistik. Omfattningen är än så länge liten.

Andel digitala besök

	Andel 2024-08	Andel 2025-08
Sjuksköterska	1%	1%
Undersköterska	1%	1%
Kurator	12%	11%
Psykolog	13%	13%
Sjukgymnast	0%	1%
Arbetsterapeut	4%	2%
Läkare	6%	6%
Summa	**4%**	**4%**

Digitala besök är oförändrade jämfört med föregående år med viss variation mellan yrkesgrupper. Chattkontakter i Bra Liv nära appen ingår inte i statistiken. Digitala arbetssätt är fortfarande inte en naturlig del i varje medarbetares dag. För att upprätthålla och öka andelen digitala kontakter måste personalen i mycket högre omfattning vara aktivt pådrivande. Våra medarbetare måste tycka om och se vinster med digitala arbetssätt. Hur Bra Liv ska komma vidare i digitaliseringsarbetet tas fortlöpande upp på ledningsgruppsmöte.

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktorer: Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Uppdrag: Öka användningen av digitala tjänster och system för vård, hälsa och prevention.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
SJLG Andel genomförda digitala vårdmöten	5 %	4 %	Andel digitala besök ligger på en oförändrad nivå jämfört med föregående år och under målsättningen på 5%. För att öka andelen digitala kontakter måste personalen vara aktivt pådrivande. Chattkontakter i Bra Liv nära appen ingår inte i statistiken.

Aktiviteter	Analys
Uppmuntra våra anställda till att i kontakten med våra patienter erbjuda digitala vårdmöten.	Målsättningen att vända pyramiden innebär att Bra Liv uppmuntrar och ger förslag till hur medarbetarna kan erbjuda digitala vårdmöten.
Fortsätta att förädla Bra Liv nära appen för digitala vårdmöten	Via Bra Liv nära finns idag en samverkan av resurser mellan våra vårdcentraler. Den ger en ökad tillgänglighet, bättre patientupplevelse och hög kvalitet. Via Bra Liv nära erbjuder vi för närvarande egenmonitorering av astma. Ytterligare utveckling pågår för att kunna använda plattformen till att pröva videortoskop. Via appen finns också stöd för viktminskning, matrådgivning, tobaksavvänjning och samverkan vårdpersonal bl.a. inom sårvård och läkarstöd till närmottagningarna.
Fortsätta digitalisera vårdprocessen för akuta, kroniska och svårt sjuka på samtliga vårdcentraler	Ett kontinuerligt arbete pågår för att digitalisera patientprocessen. Detta innefattar t.ex. digitala kallelser och digitala bokningsmöjligheter till vårdcentralen. Implementering av webbtidbok på alla vårdcentralerna görs successivt under året.
Öka antalet användare/patienter med egenmonitorering	Bra Liv nära är idag störst i Sverige med patienter som monitoreras via Asthma Tuner. Sedan starten har ca 3 000 st Asthma Tuners skrivits ut.

Uppdrag: utvecklas till att bli en viktig digital ingång till vården och samlingsplats för nödvändig information om hälsa, vård och tandvård.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
SJLG Andel bokade tider 1177 webbtidbok jämfört med föregående år	40 %	-55 %	Statistiken är inte komplett pga fel hos leverantören.
SJLG Andel invånarinitierade ärenden 1177 jämfört med föregående år	10 %	17 %	Antal invånarinitierade ärenden 1177 har ökat jämfört med föregående år och ligger klart över målet på 10%.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
SJLG Andel vårdinitierade ärenden 1177 jämfört med föregående år	30 %	105 %	Antalet vårdinitierade ärenden i 1177 fortsätter att öka och är nästan 3 000 fler jämfört med augusti 2024.
SJLG Andel skickade formulär 1177 jämfört med föregående år	50 %	143 %	Antalet skickade formulär 1177 ligger klart över målet på 50% alla månader under 2025.
SJLG Andel besvarade formulär 1177	75 %	68 %	Målet på 75 % har uppnåtts alla 5 av 8 månader hittills under 2025.

Aktiviteter	Analys
Delta i projektet modellområde digitala kallelser	Bra Liv Eksjö, Bra Vetlanda/Landsbro och Bra Liv Rosenhälsan/Tenhult ingår som modellverksamheter för digitala kallelser.

Uppdrag: Förbättra dialogen mellan sjukhusens specialistvård och primärvården genom sömlös vård och övergångar.

Aktiviteter	Analys
Fortsätta att lyfta värdet av och använda ”Läkare on demand”	Läkare on demand innebär att primärvårdsläkare snabbt kan få kontakt med en slutenvårdskollega för råd avseende handläggning av patient. Omvänt kan sjukhusläkare snabbt få tag i primärvårdskollega för råd avseende patientens utredning och behandling. Detta arbetssätt understödjer ”kloka kliniska val” och minskar risken för onödig utredning, behandling och medicinering. Läkare on demand är ett uppskattat arbetssätt och vi fortsätter att förankra arbetssättet. I sömlös vård ingår även en möjlighet till MDK, multidisciplinära konferenser, om och med patienter med komplex sjuklighet. I konceptet ingår även, via sjukhusläkare, att dirigera patienten till rätt instans inom slutenvården: direkt till avdelning, till akutmottagningen eller till en av sjukhusets mottagningsverksamhet.
Kvalitativ uppföljning av hur arbetssätten för sömlösa vårdövergångar utvecklas.	Bra Liv har en löpande dialog med koordinator för sömlösa vårdövergångar där vår gemensamma målsättning är att lära av de kliniska fall som uppkommer.
Kartlägga och vid behov utveckla kontakten mellan specialistsjukvård och primärvård.	Ett förbättringsarbete har gjorts gällande resemedicin mellan vårdcentralerna Bra Liv och infektionskliniken. Detta har resulterat i en tydlighet i vem som gör vad och hur vi på bästa sätt kan hänvisa och hjälpa våra invånare rörande resevaccination.

Uppdrag: Fasa ut mindre värdeskapande arbetssätt.

Aktiviteter	Analys
Identifiera mindre värdeskapande arbetssätt	Kloka kliniska val minskar på sikt mindre värdeskapande arbetssätt. Genom att använda egenmonitorering av astma minskar behovet av uppföljningar på vårdcentralen. En särskild arbetsgrupp kommer att jobba med Cosmic Insight. Detta ska underlätta statistikuttag.

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktorer: Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Andel 40-, 50-, 60- och 70-åringar som genomgått hälsosamtal.		16 %	Målet på helår är att 50 % av målgruppen ska ha haft ett hälsosamtal. Antalet byggs på successivt under året och utfallet ackumulerat på 16%, vilket är något högre än nivån föregående år. Flera vårdcentraler planerar att genomföra huvuddelen av samtalen under hösten. Målet är att öka antalet hälsosamtal jämfört med föregående år och detta stimuleras bl.a. av att det ger en intäkt till vårdcentralen.

Aktiviteter	Analys
Uppmuntra vårdcentralerna att se värdet av att genomföra fler hälsosamtal	Antalet genomförda hälsosamtal redovisas på varje ledningsgrupp.

Uppdrag: Stödja kommunernas rehabiliteringspersonal med specialistkompetens och följa upp hela rehabiliteringsprocessen.

Aktiviteter	Analys
Delta i gemensam samverkan mellan kommunerna och regionen via konsultera en rehab kollega	Alla vårdcentraler har möjlighet att konsultera en rehab kollega. Konceptet finns väl beskrivet på regionens intranät.

Uppdrag: Arbeta för en hög vaccinationstäckning bland äldre.

Aktiviteter	Analys
Erbjuda vaccination på samtliga vårdcentraler	I stort sett alla vårdcentraler erbjuder ett basutbud av vaccinering. Sex stycken mottagningar erbjuder en utökad resevaccination. Detta finns beskrivet på Bra Livs externa webbplats.

Uppdrag: Stödja arbetet med att vaccinera mot TBE.

Aktiviteter	Analys
Fortsätta att marknadsföra och tillhandahålla kostnadsfri TBE-vaccinationer på alla våra vårdcentraler och närmottagningar	Alla våra vårdcentraler tillhandahåller TBE-vaccinering.

Uppdrag: Hälsofrämjande arbete i socioekonomiskt utsatta områden - tilläggsuppdrag till primärvården.

Aktiviteter	Analys
Erbjuda hälsoundersökningar till socialt utsatta	Bra Liv stödjer människor i särskilt utsatta situationer som missbruk, hemlöshet, psykisk ohälsa och sjukdom genom ett samarbete med organisationen Hela människan i Jönköping. En dag per vecka kommer läkare och sjuksköterska till organisationens lokal och har mottagningsverksamhet på plats utan krav på förbokning. Vi når människor som annars inte söker sjukvården. Bra Liv planerar spridning av detta arbetssätt i fler områden inom regionen.

Framgångsfaktorer: Säker verksamhet

Uppdrag: Under planperioden anpassas Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete till Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
SJLG Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	100 %	95 %	God följsamhet till basala hygien- och klädregler.
Journalutskrift inom 72 timmar	75 %	81 %	Mätetalet är beräknat som ett snitt för senaste 12 månaderna. 79 % av vårdcentralerna når mål för journalutskrift inom 72 timmar. Systemet med skrivhjälp inom Bra Liv, Bra Liv skriva fungerar väl. Några vårdcentraler har börjat använda ett program för taligenkänning (TIK), d.v.s. diktatet transkriberas direkt in i journalen då vårdpersonalen dikterar. Ett intressant arbetssätt som successivt sprids i organisationen. Fortfarande krävs handpåläggning av vårdadministratörer innan diktaten kan signeras.
Patientjournal - signering	90 %	93 %	Mätetalet är beräknat som ett snitt för senaste 12 månaderna. Alla vårdcentraler har bra rutiner för att säkra att journalerna blir signerade och utfallet ligger inom spannet 86-99 %.

Aktiviteter	Analys
Prioritera patientsäker vård på alla nivåer i organisationen	Patientsäkerhetsronder, ledda av chefläkare och verksamhetschefer från fokusgrupp patientsäkerhet, genomförs på några vårdcentraler varje år. Hittills i år har sex patientsäkerhetsronder genomförts. Vid ledningsgruppsmöten har chefsläkare en stående punkt med avrapportering av registrerade avvikelser och lex Maria ärenden i syfte att lära och förbättra på organisationsnivå. Primärvårdsdirektör Bra Liv ingår i lokala samverkansgruppen patientsäkerhet. Gruppen leds av regionens chefläkare och sektionschef Elin Fröding.

Uppdrag: Arbeta med rätt antibiotikaförskrivning och att minska vårdrelaterade infektioner.

Aktiviteter	Analys
Att förskriva antibiotika bara när det behövs	Vårdcentralerna erhåller varje månad en resultatåterkoppling för sin och övrigas antibiotikaförskrivning, STRAMAS 7 lokala kvalitetsmål, vårdcentralerna resultat vad gäller infektionsindikatorer kopplat till Primärvårdskvalitet/MedRave och antal antibiotikarecept utan diagnos. Region Jönköping fortsätter att hålla sig under 250-målet. För perioden 1/7 2024 till 30/ 2025 blev det 240,68 recept per tusen invånare, vilket är en minskning från 241,24 föregående tertial. Jönköping ligger fortsatt på andra plats efter Västerbotten som minskar från 238,52 till 234,92. Vårt mål är ha lägst förskrivning i landet.

Uppdrag: Agera för en säker läkemedelsanvändning.

Aktiviteter	Analys
Ha en ansvarsfull läkemedelsförskrivning	Läkemedel är Bra Livs största miljöpåverkande faktor. En ansvarsfull förskrivning innebär att rätt läkemedel på rätt indikation och i rätt mängd förskrivs till patienten. I val av läkemedelspreparat väljs det som är minst belastande ur miljösynpunkt under förutsättning att det ger samma patientnytta. Alternativa behandlingsmetoder erbjuds som exempel KBT och Fysisk aktivitet på recept, FAR. Varje vårdcentral har egna aktiviteter inom området ansvarsfull läkemedelsförskrivning. Fokusgrupp läkemedel jobbar aktivt för att ta fram underlag till respektive vårdcentral för att jämföra, reflektera och hitta arbetssätt som främjar en ansvarsfull läkemedelsförskrivning.
Fortsätta att vara uthålliga i konceptet Trygg, säker och kostnadseffektiv läkemedelsförskrivning	Bra Livs fokusgrupp "Läkemedel, lab och röntgen" arbetar strukturerat med läkemedelsförskrivning. Även under 2025 ligger fokus inom fem viktiga områden. Patienter med många läkemedel, receptfria läkemedel, beroendeframkallande läkemedel, diabetesläkemedel och protonpumpshämmare. Ett uppföljningsmaterial med vårdcentralens resultat, tillsammans med jämförande siffror för övriga vårdcentraler inom Bra Liv och riket, skickas ut för reflektion och dialog kvartalsvis till verksamhetschefer och medicinska rådgivare. Nära samarbete sker med centrala läkemedelskommittén. I arbetet ingår även att inkludera patienten som uppmuntras att vara aktiv och fråga läkaren om sina läkemedel, bl.a. i foldern Läkemedel - 7 frågor. Läkemedel är tillsammans med radiologi och provtagning, viktiga områdena att belysa i patientöverenskommelser. När det gäller läkemedel är det av avgörande betydelse för behandlingsresultatet att patienten förstår varför och vilka läkemedel som ska tas samt hur behandlingen ska följas upp och utvärderas. Arbetet har stor betydelse både vad gäller behandlingskvalitet, patientsäkerhet, miljö och ekonomi.

Framgångsfaktorer: Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Antal hembesök läkare	3 238	3 238	Arbetssätt med god tillgänglighet till läkarbesök i hemmet finns vid samtliga vårdcentraler. Ofta sker hembesöken i samverkan med kommunernas hemsjukvård. Antal hembesök ligger på samma nivå som efter andra tertialet föregående år.
Nämnd Antal vårdplaneringar enligt SiP	1 812	1 668	Antalet vårdplaneringsbesök ligger något lägre jämfört med motsvarande period föregående år.

Aktiviteter	Analys
Arbeta för att medarbetare reser hållbart	Bra uppmuntrar medarbetarna att välja det mest miljövänliga resealternativet.

Uppdrag: Utveckla cirkulära materialflöden och minska mängden avfall.

Aktiviteter	Analys
Ha en ansvarsfull materialanvändning	Bra Liv strävar efter att minska användning av engångsmaterial samt att använda rätt typ av material. Utrustning återanvänds och repareras så långt som möjligt. Varje vårdcentral har tagit fram aktiviteter som främjar materialåtervinning eller materialförbrukning. Det kan t.ex. vara minskat användande av handskar och underläggspapper till britsarna.

Uppdrag: Fortsätta implementering och utveckling av kunskapsstyrning med syfte att erbjuda god och jämlik vård.

Aktiviteter	Analys
Förbättra kliniska resultat	Kloka kliniska val är ett område i fokus. Fokusgrupp läkemedel, lab och röntgen tar fram underlag till samtliga vårdcentraler en gång per kvartal. Syftet är att kunna jämföra sin egen vårdcentrals förskrivningsmönster och utredningskostnader med övriga Bra Liv vårdcentraler. En ytterligare hjälp är Medrave, där vårdcentralen kan följa upp och analysera sina egna resultat på patientnivå. Ett exempel på område där det skett en förändring är minskning av opioidförskrivning, där vi ser en en förbättring i förhållande till riket.

Uppdrag: Fortsatt utveckling av cancervården.

Aktiviteter	Analys
Delta i regionens screeningsprogram	Alla Bra Livs vårdcentraler deltar i arbetet.

Uppdrag: Region Jönköpings län ska sammantaget bli en av de bästa i Sverige när det gäller standardiserade vårdförlopp för cancer.

Aktiviteter	Analys

Aktiviteter	Analys
Ansvara för SVF-hudtumörer	Vårdcentralerna Bra Liv fortsätter, tillsammans med primärvården i stort, att ta ansvar för första bedömning av hudförändring. Detta görs genom att följa rutinen Fakta hud och hudtumörer. Bra Liv har ordförandeskapet i processgruppen SVF hudmelanom. Under våren 2025 har en ny dermatoskoputrustning testats för att jämföra kvalitén mot befintlig utrustning. Utbildning har genomförts.

Uppdrag: Erbjuda avancerad läkemedelsbehandling nära patienten.

Aktiviteter	Analys
Bra Liv utför aktiviteter åt slutenvården för att underlätta vården för patienten	Hjälper patienten genom att bistå onkologen med t.ex. bortkoppling av homepump. Bra Liv bistår också genom att lägga om cvk och piccline.

Uppdrag: Utforma den palliativa vården så att alla länsinvånare har jämlik tillgång till palliativ vård dygnet runt.

Aktiviteter	Analys
Bra Liv prioriterar den palliativa vården	Den palliativa vården har hög prioritet inom vårdcentralen. Vårdcentralerna följer Fakta direktiven gällande palliativ vård.

Uppdrag: Arbeta med särskilda utvecklingsområden för patienter med psykisk sjukdom.

Aktiviteter	Analys
Utveckla och förbättra samarbetet med kommuner och slutenvården.	Bra Liv har erbjudit kommunernas hemtjänst och hemsjukvård att få utbildning om hudmelanom. Syftet är att de ska lära sig vad som skiljer det normala från det onormala för tidig upptäckt av malignt melanom.

Uppdrag: Arbeta för en kostnadseffektiv och jämlik läkemedelsbehandling.

Aktiviteter	Analys
Arbeta för att minska kostnaderna för läkemedel	Bra Liv ledning har tillsatt ett projekt med mål att minska kostnadsökning för läkemedel. Extra fokus kommer att läggas på de fyra vårdcentraler som hade högst kostnader 2024 i relation till intäkten. De fyra vårdcentralerna är Vetlanda, Eksjö, Bodafors och Nässjö. Analyser pågår av vilka områden just dessa vårdcentraler avviker mest.

Uppdrag: Åstadkomma bästa möjliga resultat till lägsta möjliga kostnad varje gång.

Aktiviteter	Analys
Uppmärksammar Kloka kliniska val i läkargrupper och följer förskrivning på	Avvikelser på vårdcentralsnivå bryts ned på individnivå med syfte att skapa dialog och förbättring på berörd vårdcentral.

Aktiviteter	Analys
individnivå.	

Uppdrag: Arbeta med övergången från barn till vuxna i vården.

Aktiviteter	Analys
Bra Liv behöver identifiera aktiviteter	I dagsläget har inga problem identifierats inom primärvården rörande övergången från barn till vuxen.

Lärande och förnyelse

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya

Framgångsfaktorer: Förbättringskunskap

Uppdrag: Kortare ledtider från kontakt till utförd vårdåtgärd.

Aktiviteter	Analys
Utvärdera KPS arbetet på Bra Liv Eksjö	Bra Liv Eksjö vårdcentral använder kapacitets- och produktionsstyrningsarbetet (KPS) i den dagliga styrningen. Detta är idag ett verktyg för att skapa en verksamhet i balans vad gäller arbetsmiljö och ekonomi.
Arbeta med informationsdriven verksamhetsutveckling	En ny version av dashboard Samverkan Kommuner och vårdcentraler lanserades i april 2025. Arbete pågår för att ta fram en dashboard för daglig styrning på vårdcentralen. Arbete pågår också för en dashboard/Min verksamhet i Diver, för en sammanfattning av bl.a. ekonomi.

Medarbetare

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser

Framgångsfaktorer: Rätt kompetens och bemanning

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Andel medarbetarsamtal	90 %	60 %	Sedan 2023 registreras medarbetarsamtal i nytt system Lärande & kompetens (LoK). Mätetalet visar inte samtliga genomförda samtal utan andelen som slutsignerats i systemet. Räknas de samtal in som påbörjats men inte slutsignerats är andelen större.

Uppdrag: Strategisk kompetensplanering.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Faktiska årsarbetare	1 030	1 054	Det faktiska antalet årsarbetare har ökat med ca 40 st jämfört med genomsnittet 2024. Ungefär hälften av ökningen avser läkare, vilket överensstämmer väl med beslutad inriktning inom Bra Liv.
Kostnad för bemanningsföretag (hyrkostnad som andel av egna personalkostnader)	2 %	6,4 %	Behovet av hyrläkarbemanning ligger på en fortsatt hög nivå, men på en lägre nivå än föregående månader. Andelen har sjunkit med ca 2 %-enheter jämfört med motsvarande period föregående år. En handlingsplan finns för att minska hyrläkarbemanningen successivt under perioden 2024-2026. En noggrann analys av vårdcentralernas behov görs innan hyrläkare avropas.
Personalomsättning (andel externa avgångar exkl pension) under de senaste 12 månaderna	5 %	4 %	Bra Livs personal har en god arbetsmarknad med privata vårdcentraler, kommuner och sjukhus som konkurrerar om samma personal. Bra Liv har en god rekryteringsprocess, goda organisatoriska förutsättning för chefer och arbetsmiljöarbetet liksom gott strategiskt arbete med kompetensutveckling för respektive yrkeskategori. Detta främjar en låg personalomsättning. Exklusive pensionsavgångar uppgår den totala personalomsättningen till 4,0 % under de senaste 12 månaderna, vilket är 0,9-procentenheter lägre än vid samma tidpunkt föregående år.

Aktiviteter	Analys
Minska beroendet av bemanningsföretag	Behovet av hyrläkare kopplat till att säkerställa 1 500 listade invånare per heltidsanställd läkare är fortsatt stort och kräver stor koordinering. Bra Liv har arbetat för att minska behovet av hyrläkare med ett mål på 20 hyrläkarlinjer exkl. det särskilda uppdraget kring arbetsmiljö. För våren 2025 ligger utfallet på ca 21 hyrläkarlinjer och för hösten på 14,5 hyrläkarlinje per vecka. Det särskilda uppdraget kring arbetsmiljö har tilldelats Bra Liv att på utvalda vårdcentraler för att tillgodose en listningsnivå på 1 100 invånare per läkare. Detta höjde inledningsvis hyrläkarbehovet på utvalda vårdcentraler med ca 3,5 st. hyrläkarlinjer. Det särskilda

Aktiviteter	Analys
	uppdraget marknadsförs i samband med attrahera- och rekryteringsarbetet på vårdcentralerna. I svårrekryterade områden marknadsför Bra Liv zon-tillägg. Bra Livs läkarförsörjningsarbete med rekryteringsspecialist och HR- partner har ett nära samarbete med vårdcentralerna kring bemanningsbehovet. De flesta rekryteringarna går via utbildning av BT- och ST-läkare samt utlandsrekryterade allmänspecialister. AT-läkare och vikarierande underläkare är en viktig rekryteringsbas. Bemanningsföretag används enbart för läkare.
Arbeta med utlandsutbildade läkare i enlighet med koncept för läkarförsörjning	Bra Liv arbetar strategiskt och uppföljande med läkarförsörjningsfrågor inom forumen Styrgrupp läkarrekrytering (utlandsutbildade läkare och hyrläkare) och Fokusgrupp läkarresurs. Under våren 20 st deltagit på fredagsseminarierna. Huvuddelen av deltagarna kom från Bra Liv och resten från slutenvården. Fredagsseminarierna startar igen i september med nya deltagare. På Nässjö utbildningscentrum (NUC) har 5 personer deltagit under våren, varav 1 EU-specialist och 4 underläkare leg. För höstterminen planeras för 5 nya deltagare. Rekryteringsteamet har rekryterat 10 utlandsutbildade läkare under 2025, varav t.ex. 2 allmänspecialister och 6 underläkare. Bra Liv har tillgodosett relocation och individuellt stöd i anställnings- och integrationsprocessen.
Arbeta aktivt med lönebildning	Utbildningar i lönebildning, lönesättning och löneöversyn har genomförts under året. Nya chefer tillgodoses även detta vid introduktion. Verksamheten märker av en allt hårdare konkurrens om arbetskraften, vilket försvårar lönesättningen för cheferna. Löneöversynerna är utspridda över året för de olika avtalsområdena, vilket påverkar chefernas möjlighet till samordning av lönebildningen. I årets lönerevision görs en extra satsning för ST-läkare i allmän medicin samt för allmän specialister.
Arbeta i enlighet med Bra Livs Kompetensförsörjningsstrategi	Bra Liv, tillsammans med de privata vårdcentralerna i länet, är fortsatt en av de främsta primärvårdsorganisationerna i Sverige enligt Hälsobarometern och Nationella patientenkäten (NPE). Detta används i attrahera perspektivet i kompetensförsörjningen. Bra Liv ser ett fortsatt intresse för våra tjänster och har som helhet kunnat rekrytera till vårdcentralerna även om det är svårare i vissa delar inom regionen, vilket Bra Liv har extra fokus på. Kompetensförsörjningen tillgodoses genom att insatser görs för att attrahera, rekrytera, introducera, utveckla och behålla medarbetare. Aktuellt här är kompetensutvecklingsinsatser, internt utbildningsutbud, forskning, meningsfulla arbeten och god arbetsmiljö. Arbete pågår kring årets utbildningsanställningar till distriktsköterska. Fortsatta insatser görs för att värna goda förutsättningar för chefs- och ledarskap i både rekrytering, introduktion, utbildning och chefsstöd. Till sommaren avslutades 2024/2025 års grupper inom chefsintroduktionsprogrammet och chefstraineeprogrammet och nya program startas under hösten. För att främja

Aktiviteter	Analys
	framtida bemanning och hållbarhet i rekryteringar ges god introduktion vid nyanställning samt erbjudande om fadder/mentor. Bra Liv anordnar fortlöpande central introduktion för all nyanställd personal. Verksamheten märker av en allt hårdare konkurrens om arbetskraften. I södra och delvis östra länsdelarna används rekryteringstillägg för yrkesgrupperna fysioterapeuter och sjuksköterskor. För läkare tillämpas zon-tillägg vid vårdcentraler som över tid haft bemanningssvårigheter. Vid behov beviljas hyrläkare. Vårdcentralerna stöttar varandra klustervis. Vårdcentralerna samverkar i högre grad med bemanning via vänvårdcentraler, hjälp med jour och beredskap, ambulerande bemanning samt pool-tjänst vid längre vakanser. En kompetensplan på övergripande Bra Liv nivå är utarbetad för de närmaste åren som tillsammans med Bra Livs dokument Kompetensförsörjningsstrategi 2024-2026 leder oss framåt i vår kompetensförsörjning. Just nu pågår arbetet med respektive vårdcentrals kompetensplan.
Fortsätta och genomföra Chefstrainee programmet	7 deltagare kommer att delta i chefstraineeprogram 2025/2026.
Arrangera och utveckla Mötesarena	Mötesarena kommer att genomföras under hösten 2025 för alla Bra Livs anställda.

Framgångsfaktorer: En god arbetsmiljö och hälsa

Uppdrag: Ett systematiskt arbetsmiljöarbete med utgångspunkt i friskfaktorerna.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel heltidsanställda	91 %	86 %	Alla nyanställda i Bra Liv som önskar heltidstjänst erbjuds det. I de allra flesta fall kan vi erbjuda ökad sysselsättningsgrad till deltidsanställda som så önskar. Bra Liv verkar för en god och hållbar arbetsmiljö så att fler anställda ska välja att arbeta heltid.
Personalhälsa - Sjukfrånvaro %	5,5 %	4,9 %	Ett systematiskt arbetsmiljöarbete med fokus på friskfaktorer bidrar till den goda utvecklingen av sjukfrånvaron. Risken för arbetsrelaterad ohälsa är relativt låg inom Bra Livs verksamhetsområde och arbetstillfredsställelsen är hög. Sjukfrånvaron ligger i nivå med utfallet motsvarande period föregående år och 0,7-procentenheter över målet på 5,5%.
Frisknärvaro	66 %	63 %	Frisknärvaron, det vill säga andel medarbetare som har haft max 5 sjukfrånvarodagar de senaste 12 månaderna. Utfallet för 2025 är på samma nivå som utfallet föregående år.

Aktiviteter	Analys
Arbeta med friskfaktorer och systematiskt arbetsmiljöarbete	HR-partners fortsätter arbetet med implementering av friskfaktorer på vårdcentralerna. Arbetet bedrivs nu i de lokala samverkansgrupperna. Digitala check-in möten erbjuds till de lokala samverkansgrupperna som stöd i utvecklingsarbetet.

Aktiviteter	Analys
	Arbetet med årlig uppföljning systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) fungerar väl.
Tillgodose arbetsmiljö- och rehabiliteringskunskaper	Bra Livs nya chefer utbildas centralt i arbetsmiljö- och rehabiliteringslagstiftning. HR-partner, och vid behov arbetsmiljöenheten (AME), ger stöd till vårdcentralerna. Bra Liv verkar för aktiva och tidiga rehabiliteringsinsatser där chefer tillgodoses stöd från HR. Fortlöpande följs sjukfrånvaro (kort- och lång) för Bra Liv totalt och för respektive vårdcentral. Arbetsskador och tillbud följs upp för att skapa lärande och främja en god arbetsmiljö. HR stödjer fortsatt cheferna kring arbetsmiljöfrågor. Utbildningar erbjuds via Bra Livs verktygslåda till chefer kring systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM). Metodsstöd för SAM stratsys tillhandahålls. Under våren gjordes en uppföljning av Arbetsmiljöenhetens insatser inom arbetsmiljö och rehabilitering på vårdcentralerna tillsammans med företagshälsovården.
Genomföra medarbetarundersökningar	Medarbetarundersökningen genomfördes i oktober 2024. Arbete med handlingsplaner för arbetsmiljöutveckling har gjort. Planering pågår inför medarbetarundersökning hösten 2025.

Framgångsfaktorer: Främjar kreativitet och delaktighet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel chefer med 10-35 medarbetare	80 %	90 %	Bra Liv når målet vad gäller antal underställda per chef.

Aktiviteter	Analys
Arbeta för hälsofrämjande arbetsplatser	Det partsgemensamma arbetet för Sveriges bästa samverkan fortsätter. Självutvärderingar av lokala samverkansgrupperna vid vårdcentralerna planeras för året. Bra Liv arbetar med tidig delaktighet vid organisatoriska förändringar och i utvecklingsarbete. Många riskbedömningar görs, vilka förmedlas vidare till lokala samverkansgrupper som stöd i de lokala verksamhetsomställningarna. Insatser görs för att öka intresset för arbete i lokala samverkansgrupper. För att förebygga och åtgärda byggrelaterad ohälsa samverkar Bra Liv med Regionfastigheter och Arbetsmiljöenheten. Organisationen arbetar med ett salutogent synsätt för arbetsplatser med hög trivsel och låg sjukfrånvaro. Bra Liv främjar aktivt goda förutsättningar för ett hanterbart och närvarande chefskap. Bra Livs kompetensgrupp arbetar aktivt med kompetensutvecklingsinsatser både för medarbetare och chefer. Nya medarbetare erbjuds fortlöpande en heldags introduktion tillsammans med stora delar av staben, där Bra Livs uppdrag, värdegrund och del i Regionen förtydligas.
Arbeta för goda organisatoriska förutsättning	Introduktionsprogrammet för nya chefer har nio deltagare

Aktiviteter	Analys
för chef- och ledarskap	och avslutas i juni. Nio mentorer har följt och följer fortsatt våra nya chefer. Nio nya chefer kommer att starta upp i chefsintroduktionsprogrammet i höst. Chefer har ett riktat stabsstöd från controller, HR och kommunikation som känner vårdcentralerna väl. Bra Liv deltar bl.a. i forumen Chef- och ledarskap, Chefens första år, Chefsarena och Nätverk för engagerat ledarskap. Bra Livs chefer efterfrågar mer aktivt chefsutbildningar internt inom ekonomi- och HR-områdena, vilket har tillgodosetts.

Ekonomi

Strategiska mål: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Ekonomi i balans	0 tkr	-977 tkr	Bra Livs intäkter har ackumulerat ökat med 8% jämfört med samma period föregående år och kostnaderna har ökat med 7%. Ackumulerat utfall uppgår till + 26 100 tkr, vilket är 14 700 tkr bättre än motsvarande period 2024. Den ackumulerade budgetavvikelsen uppgår till - 1 000 tkr. Budgetavvikelsen beror bl.a. på fortsatt hyrläkarbehov. Det totala underskottet avseende läkarbemanning uppgår till - 17 000 tkr. Kostnaden för övriga personalkategorier visar ett överskott på + 500 tkr. Kostnaderna för lab och klin fys har ackumulerat ökat med 1% jämfört med föregående år och ligger 1 100 tkr över årets budget. Kostnaderna för röntgen har ackumulerat ökat med 14% jämfört med föregående år och ligger 7 500 tkr över årets budget. Kostnadsökningen för läkemedel ligger ackumulerat på 8%. Slås intäkterna och kostnaderna ihop för läkemedel hamnar den totala budgetavvikelsen på + 6 800 tkr. I övrigt består avvikelsen av bl.a. följande poster: - 300 tkr kvalitetsavdrag, +7 200 tkr bidrag tillgänglighet, + 10 400 tkr övrigt (inkl satt resultatkrav på vårdcentralerna).
Prognos	0 tkr	-16 000 tkr	Prognosen för helårsutfallet 2025 är – 16 000 tkr. Främsta orsaken till detta är fortsatt behov av hyrläkare. I prognosen uppgår kostnaderna för hyrläkare till ca 67 000 tkr. När hyrläkare används uppstår det överskott på budgeten för läkarkostnader. Detta sammantaget gör att det totala underskottet för personalkostnaderna inkl. hyrläkare ser ut att bli – 29 800 tkr. Cirka 12 000 tkr av underskottet avser merkostnader till följd av det särskilda uppdraget att på ett antal vårdcentraler minska antal listade invånare per heltidsanställd läkare från 1 500 st till 1 100 st. Sammanfattningsvis prognosticeras även bl.a. följande avvikelser på helår: -2 000 tkr läkemedel netto, - 2 500 tkr lab, - 7 000 tkr röntgen, + 12 000 tkr bidrag tillgänglighet och övrigt (inkl resultatkrav på vårdcentralerna) + 13 300 tkr..

Aktiviteter	Analys
Handlingsplan för ekonomi i balans	Vid ingången av 2025 hade vårdcentralerna Bra Liv totalt ett balanserat resultat på + 58 mnkr. Årets prognos är – 16 mnkr, vilket innebär att det balanserade resultatet sjunker till + 42 mnkr. Arbetet med att långsiktigt få en ekonomi i balans pågår fortsatt inom flera områden. Bra Livs ledning har dessutom påbörjat ett arbete med att sätta ännu tydligare ekonomiska mål på vårdcentralsnivå.

Aktiviteter	Analys
	En separat övergripande handlingsplan har tagits fram med åtgärder för att minska behovet av hyrläkare. Målsättningen för 2025 är satt till ett snitt på 20 hyrläkarlinjer exkl. det särskilda uppdraget om att nå 1 100 listade per läkare på ett par vårdcentraler. För helår är prognosen 2025 totalt 20,5 linjer och exkl. det särskilda uppdraget 17,0 linjer. Detta innebär en kostnadsminskning totalt jämfört med 2024 på ca 10 mnkr. Men till följd av det nya avtalet kommer vissa vårdcentraler dock att få högre kostnader. Innan ledningen fattar beslut om tilldelning av hyrläkare ska verksamhetschefen ha undersökt möjlighet att få hjälp från annan vänvårdcentral samt undersökt möjligheten att få en utlandsrekryterad läkare. När det gäller läkarbemanning är målsättningen att inte tillsvidareanställa läkare om tjänsten inte är fullt finansierad av vårdcentralen. Hittills i år har alla läkarrekryteringar varit finansierade inom budgeten. För övriga yrkesgrupper är målsättningen att faktiskt antal årsarbetare inte ska öka. Faktiskt antal årsarbetare exkl.läkare har i snitt ökat med ca 20 årsarbetare under 2025 jämfört med snittet 2024. Ökningen beror främst på tillsättande av vakanta tjänster. Antalet faktiska årsarbetare avseende läkare har ökat med 17 st jämfört med snittet 2024. Arbetet med kloka kliniska val kommer på sikt att minska antalet lab- och röntgenundersökningar. Kostnaderna för lab har ökat något mindre än indexuppräkningen men kostnaderna för röntgen har ökat med 14% jämfört med motsvarande period föregående år. När det gäller läkemedel görs mycket jämförelser mellan vårdcentraler och mellan förskrivare för att identifiera avvikelser jämfört med genomsnittliga värden. Fokus läggs främst på de vårdcentraler som har högre kostnader än genomsnittet. Kostnaderna för läkemedel har fortsatt att ökat och ligger nu ca 8 % högre än föregående år, vilket är något lägre än indexuppräkningen. Under 2025 har ett projekt startat med fördjupning av kostnaderna fyra vårdcentraler med höga kostnader med målsättningen att minska kostnadsutvecklingen på dessa vårdcentraler. Åtgärderna inom projektet kommer sedan att spridas till resten av organisationen. Målsättningen är att Bra Liv inte ska ha några kvalitetsavdrag. Mycket fokus läggs på att klara detta. Från och med januari 2024 beräknas kvalitetsavdrag på ett genomsnitt 12 månader bakåt. Målet med inga kostnader kommer inte att nås 2025. Aktuell prognos är en kostnad på ca 4 mnkr, vilket motsvarar en halvering jämfört med föregående års utfall. Sammantaget innebär åtgärderna att prognosen hamnar på -16 mnkr, vilket är 9 mnkr bättre än nivån som sattes i budgeten inför 2025. Förbättringen beror bl.a. bidrag för tillgängligheten och lägre kostnader för hyrläkare.
Analysera behovet av läkarbemanning på 10 års sikt	En simuleringsfil har tagits fram per vårdcentral. Analyser av läkarbehovet har gjorts per geografiskt område och för hela organisationen. Simuleringen visar att utvecklingen av läkarförsörjningen går framåt och förbättras. Det är dock skillnader mellan de geografiska områdena. Bemanningen ser god ut i norr, men med stora skillnader mellan

Aktiviteter	Analys
	vårdcentralerna. Däremot ser det ut att ta längre tid att få god läkarbemanning i öster och söder.
Samråda kring anställande av läkare	Finansieringsplan för tillsvidare anställning av läkare har upprättats två gånger under året. Båda underlagen visade på full finansiering inom berörda vårdcentraler.
Följa balanserat resultat per vårdcentral	Följs upp vid årsskiftet.

HALVÅRSRAPPORT 2025

PATIENTNÄMNDEN
REGION JÖNKÖPINGS LÄN

Patientnämndens klagomål ger inte en bild av hur sjukvården i stort fungerar men visar på patienters upplevelser då de inte har varit nöjda i kontakten med vården.

På det viset kan deras berättelser ge en vägledning i på vilka sätt sjukvården kan förbättras och anpassas efter människors behov

Sammanfattning

Patientnämnden i Region Jönköpings län har beslutat att synpunkter och klagomål inkomna till patientnämndens kansli för första halvåret varje år ska analyseras. Detta för att få en bild av hur trenden kan komma att se ut för hela året och för att i ett tidigare skede kunna uppmärksamma viktiga synpunkter.

Under första halvåret inkom 713 synpunkter, vilket är en ökning jämfört med samma period föregående år. Primärvården var det verksamhetsområde som fick flest synpunkter följt av Kirurgisk vård. De flesta synpunkterna rörde vård och behandling följt av kommunikation och vårdansvar och organisation.

I många av de synpunkter som patientnämnden fått in så handlade det om att patienter inte upplevt att vården undersökt eller utrett dem ordentligt. Flera beskrev att de inte känt sig lyssnade till och att vården därför inte uppfattat deras symtombild på ett korrekt sätt vilket lett till bristande undersökning och ibland fördröjd diagnos och behandling.

Flera beskrev också bristande information kring sin vård vilket skapade otrygghet, risk för missförstånd och även ökad risk för vårdskada. Patientnämnden kunde i inkomna synpunkter se både hur viktigt det är att informationen mellan vårdpersonal till patient blir korrekt men även att informationen mellan vårdpersonal inom och mellan olika verksamheter är korrekt och tydlig för att kunna ge en god och säker vård.

Patientnämndens roll är att hantera synpunkter och klagomål av olika slag, och det finns viktiga erfarenheter och lärdomar att hämta i patienternas och de närståendes berättelser.

Många av de som kontaktar patientnämnden uttrycker att de vill bidra till förbättring av vården, för att ingen annan ska behöva uppleva det de själva varit med om. Dessa erfarenheter och lärdomar är värdefulla i vårdens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Flera verksamheter har i sina svar till patienter framfört hur viktigt det varit för dem att få ta del av synpunkterna som ett led i verksamhetsutveckling och en källa till lärande.

Under första halvåret 2025 har patientnämnden uppmärksammat följande:

- Att inte bli lyssnad till när man söker vård kan leda till förlängd vårdtid och därmed ett ökat lidande för patienten
- yngre patienter upplever att man inte blir tagen på allvar när man söker vård
- nästan dubbelt så många kvinnor har synpunkter på kommunikation jämfört med män
- samverkan mellan enheter måste fungera för en sammanhållen och säker vårdkedja.

Mats Holmstedt
Ordförande patientnämnden

Anna Stålkrantz
Sektionschef patientnämndens kansli

Innehållsförteckning

Inledning 1
Etiska övervägande 2
Handläggning av ärende 2
Redovisning av inkomna synpunkter 3
Ålders- och könsfördelning 3
Huvudproblem 3
Verksamhetsområden 6
Chefläkare 16
Vårdens åtgärd 17
Stödpersonsverksamheten 17
Uppföljning av verksamhetsplan- och kommunikationsplan 17
Diskussion och reflektion 19

Inledning

Patientnämndens uppdrag är lagstadgat och definieras i lag (2017:372) [1] om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården. Patientnämnden är en oberoende och opartisk instans och har i uppdrag att stödja och hjälpa patienter och närstående som vill framföra synpunkter och klagomål på vården och få dessa besvarade.

Patientnämnden tar emot synpunkter på regionfinansierad hälso- och sjukvård, privata vårdgivare med avtal och regionfinansierad tandvård i Region Jönköpings län samt hälso- och sjukvård given i länets 13 kommuner. Patientnämnden har också i sitt uppdrag att förordna stödperson åt personer som tvångsvårdas inom den psykiatriska vården, LPT och LRV, [2] [3] eller är tvångsisolerade enligt smittskyddslagen [4].

Patientnämnden ska bidra till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och bidra till att verksamheterna inom hälso- och sjukvården kan förändras och förbättras. Patienter och närstående som har upplevt brister inom hälso- och sjukvården och tandvården kan lämna sina synpunkter och klagomål genom att:

- i första hand kontakta den verksamhet som gav den vård klagomålet gäller eller
- kontakta patientnämnden i den region vården gavs
- i vissa fall anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Att kunna lämna synpunkter och klagomål regleras i patientsäkerhetslagen [5] och syftar till att patienters erfarenheter ska kunna bidra till bättre och säkrare vård. Även om patientnämnden hanterar synpunkter och klagomål av olika slag är det viktigt att komma ihåg att de allra flesta patienter är nöjda med den vård de får, men viktiga erfarenheter och lärdomar finns att hämta i patienternas och de närståendes berättelser. Dessa erfarenheter och lärdomar är värdefulla i vårdens kvalitets- och patientsäkerhetsabete.

Inkomna ärenden diarieförs och registreras i patientnämndens ärendehanteringssystem Synergi och hanteras enligt dataskyddsförordningen (GDPR) [6]. I denna rapport har de inkomna synpunkterna 1 januari till 30 juni 2025 analyserats och redovisas i statistikform samt med citat från inkomna synpunkter för perioden.

När synpunkter och klagomål inkommit till patientnämndens kansli gör utredare en bedömning av vad ärendet handlar om och kategoriserar utifrån patientnämndernas nationella

[1] Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården
[2] Psykiatrisk tvångsvård, LPT (1991:1128)
[3] Lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV (1991:1129)
[4] Smittskyddslagen, SmL (2004:168)
[5] Patientsäkerhetslagen (2010:659)
[6] Dataskyddsförordningen (*The General Data Protection Regulation*) GDPR

gemensamma handbok. Kategoriseringen består av att patienternas synpunkter och klagomål med huvud- och delproblem samt andra för ärendet relevant information såsom kön, ålder och verksamhet för att på bästa sätt möjliggöra statistik och återföring [7].

I rapporten benämns synpunkter och klagomål även som ärende.

Etiska överväganden

Alla ärenden som inkommer till patientnämnden omfattas av sekretess. Resultaten som redovisas i rapporten innehåller inga personuppgifter. Främst redovisas resultaten på gruppnivå, men i de fall som citat används avslöjas ingen ingående information om den person som inkommit med uppgifterna. Detta säkerställer enligt oss, frågan gällande sekretess.

Handläggning av ärende

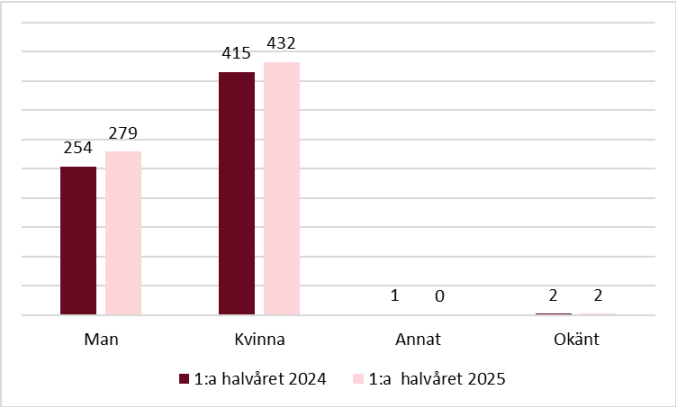
Många ärenden kan redas ut snabbt och klaras av genom telefonsamtal eller kontakt via E-tjänsten 1177.se med den som inkommit med synpunkter. I andra fall överlämnas synpunkterna genom en begäran om att berörd verksamhetschef eller motsvarande ska yttra sig. Verksamheten har då fyra veckor på sig att besvara dessa [8].

I anmälningarna till patientnämnden beskrivs olika situationer och händelser som patienter eller närstående upplevt och som de har synpunkter på inom hälso- och sjukvården. Även om betydelsen och allvarlighetsgraden varierar i de händelser som anmälts, berör ärenden situationer av betydelse för patienters hälsa, vård och säkerhet. Anmälningarna kan beröra olika situationer där enskilda professionella yrkesutövare av hälso- och sjukvård brustit i förmåga eller i ansvar för utförandet. Det kan också vara på en organisatorisk nivå där situationen som beskrivs snarare kan vara ett resultat av strukturer eller förutsättningar i organisationen.

[7] Handbok för handläggning av klagomål och synpunkter för Patientnämndernas förvaltningar/kanslier i Sverige, 2019
[8] Regeringens proposition 2016/17:122. Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården, 7 kap.11 § s.88

Redovisning av inkomna synpunkter

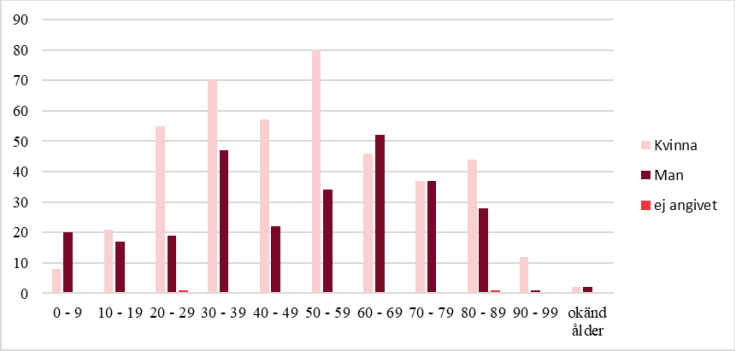
Under första halvåret 2025 tog patientnämnden emot 713 ärenden. Samma period föregående år tog patientnämnden emot 672 ärende, vilket är en ökning i år med 41 ärende (6%).
Det var fler kvinnor än män som synpunkterna berörde, 432 kvinnor och 279 män, fyra med okänd ålder.



Figur 1. Könsfördelning första halvåret 2025 jmf med första halvåret 2024.

Ålders- och könsfördelning

Den till antalet största åldersgruppen bland de som registrerats med känd ålder var 30–39 år följt av 50–59 år. För kvinnor var det 50–59 år och bland män 60–69 år.



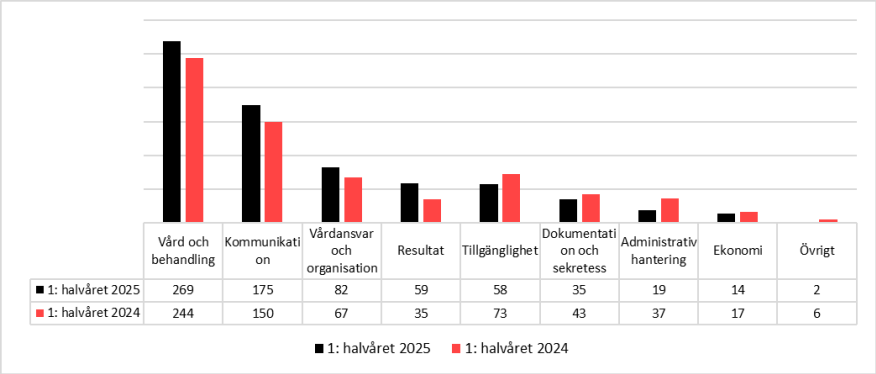
Figur 2. Fördelning av kön och åldersgrupp för första halvåret 2025.

Huvudproblem

Alla synpunkter och klagomål som inkommer till patientnämnden kategoriseras utefter patientnämndens nationella handbok [9] och som registreras in under åtta, nationellt framtagna

[9] Handbok för handläggning av klagomål och synpunkter för Patientnämndernas förvaltningar/kanslier i Sverige, 2019, rev. Februari 2024.

huvudproblem och delproblem för att i möjligaste mån identifiera klagomålen utifrån Patientlagen [10].



Figur 3. Registrerade huvudproblem första halvåret 2025 jmf med första halvåret 2024.

Vård och behandling var det huvudproblem som flest synpunkter kategoriserades under följt av kommunikation och vårdansvar och organisation. Synpunkter som handlade om tillgänglighet har minskat i antal, likaså administrativ hantering. Synpunkter som rörde vårdansvar och organisation har ökat. Även resultat ökade väldigt mycket även om det är mindre siffror, hela 40% jämfört med halvår 2024.

Delproblem

Ärenden delas upp i delproblem för en högre detaljeringsgrad av vad ärendena avser och vad patienterna/närstående upplevt som problematiskt. Så under varje huvudproblem finns ett eller flera delproblem.

Delproblem	2025	2024
Undersökning/bedömning	131	92
Delaktig	91	65
Resultat	59	35
Diagnos	57	57
Bemötande	44	45
Behandling	40	46
Information	40	38
Väntetider i vården	35	44
Fast vårdkontakt /individuell plan	33	34
Läkemedel	33	34

Tabell 1. De 10 vanligaste delproblem första halvåret 2025 jämfört med första halvåret 2024.

Synpunkterna har främst handlat om delproblemet undersökning och bedömning och som i år haft fler synpunkter jämfört med föregående år. Synpunkterna kunde bland annat handlat om att patienter upplevt att de fått en bristande undersökning eller en bedömning vid sin kontakt med vården.

En patient beskrev i sina synpunkter att hen upplevde att ambulanspersonalen inte gjort en ordentlig undersökning. De gjorde en undersökning på plats och ordnade sedan i stället en tid

[10] Patientlagen (2014:821)

åt patienten på vårdcentralen 3 timmar senare och beställde en taxi. På vårdcentralen blev det sedan snabbt in på sjukhus och patienten blev inlagd en vecka. Patienten tyckte att man borde gjort en mer noggrann undersökning/bedömning och skickat patienten direkt till sjukhuset. Från verksamheten beklagar man att patienten upplevt att man gjort en bristande bedömning och säger att man kunde gjort annorlunda för att underlätta för patienten. Patientens berättelse kommer bli ett lärande för medarbetarna.

Andra delproblem som ligger under vård och behandling och som var bland de 10 mest förekommande var diagnos, behandling och läkemedel.

Kommunikation var det huvudproblem som fick näst flest antal synpunkter och handlade främst om delaktighet, men även bemötande och information var bland de 10 vanligaste delproblemen.

En vanlig synpunkt när det gällde delaktig är att patienter framför sina besvär till vårdpersonalen men att man kände att man inte blev lyssnad på och därmed inte fick den hjälp man var i behov av. Man fick då söka vård igen och då kunde läget vara förvärrat och som ledde till förlängd sjukhusvård.

Citat från patient:
” Upplevde inte alls att de lyssnade på hur jag mådde eller oro kring tidigare tillfällen. Fick ingen tid på vårdcentralen för undersökning utan endast råd om egenvård. Fick sedan åka in akut två dagar senare och blev inlagd i 5 dagar på grund av kraftig urinvägsinfektion”

När man tittar på de två största huvudproblemen och utifrån ett könsperspektiv så var det nästan dubbelt så många kvinnor som hade synpunkter på kommunikation än män. Det handlade främst om delaktig, att man inte kände sig lyssnad till men även bemötande som man fick i samband med sitt vårdbesök.

Huvudproblem	Kvinna	Man
Vård och behandling	151	117
Kommunikation	117	58

Tabell 2. Könsfördelning på de två största huvudproblemen.

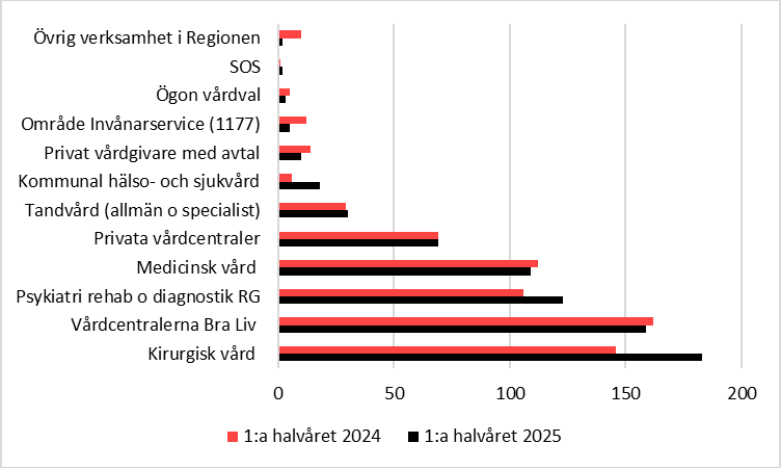
En kvinna berättade att hon sökte vård för långvariga besvär med ont i magen och blödningar från underlivet. Patienten hade sökt flera gånger för samma besvär. Upplevde sig i vägen när hon var där och att läkaren inte var påläst. Patienten upplevde att hon var ett problem och gick från vården med känslan av att ha upptagit vårdens tid och utan att hon kunnat få någon hjälp.

Vårdansvar och organisation var det tredje största huvudproblem och handlade då främst om fast vårdkontakt/individuell plan. Synpunkterna handlade om att man upplevt en bristande trygghet och kontinuitet, avsaknad av vårdplan, dvs hur patientens vård var planerad och vilken uppföljning som skulle ske och när. Det handlade också om bristande samverkan mellan vårdenheter när man sökte vård och patientens ”resa” blev påverkad såsom fördröjning i vissa steg.

I ett ärende där flera verksamheter behövde samverka för att vården skulle bli så bra som möjligt för en patient som led av psykisk ohälsa framförde närstående att vården inte lyckades få detta att fungera. Det resulterade i ett allvarligt tillstånd hos patienten och närstående fick ta ett stort ansvar för att vården skulle hålla ihop för att möta patientens olika behov. I verksamheten svar skrev man att man såg att det var en bristfällig samverkan mellan de involverade enheter och med närstående och att bristen på kommunikation, samverkan och insatser kan ha bidragit till ett försämrat och förlängt vårdförlopp.

Verksamhetsområden

Nedan redovisas inkomna synpunkter per verksamhetsområde.



Figur 4. Fördelning på verksamhetsområde under första halvåret 2025 jmf med första halvåret 2024.

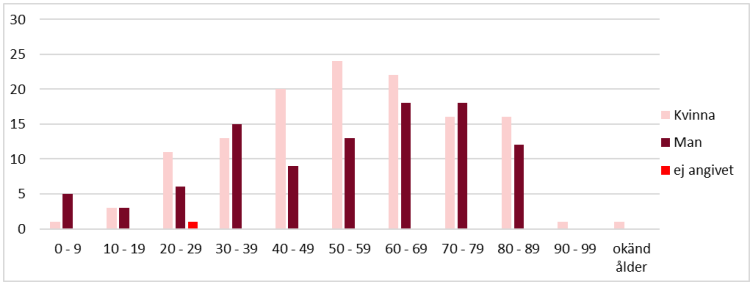
Primärvård 228 ärenden

Vårdcentralerna hade tillsammans med de privata vårdcentralerna 228 ärenden, Bra liv 159 ärende och privata vårdcentraler 69 ärende. Primärvården var det verksamhetsområde som fick flest synpunkter. Primärvården har en central roll i hälso- och sjukvården och är många patienters första kontakt med vården. Primärvården ska utgöra basen i vården där tillgänglighet, kontinuitet och personcentrering är centrala delar.

Majoritet av Primärvårdens ärenden kategoriserades inom huvudproblemet vård och behandling och kommunikation. Flest ärende berörde delproblemet undersökning och bedömning följt av delaktig.

Primärvård	Antal
Undersökning/bedömning	46
Delaktig	38
Diagnos	28
Bemötande	16
Behandling	15

Tabell 3. Primärvårdens 5 vanligaste delproblem första halvåret 2025



Figur 5. Fördelning på åldersgrupper och kön inom primärvården under första halvåret 2025.

Det var fler kvinnor än män som synpunkterna berörde, 128 kvinnor och 99 män och ett ärende där det var okänt. Flest synpunkter berörde åldersgrupp 60–69 år, följt av 50–59 år. Störst åldersgrupp för kvinnor var 50–59 år med 24 ärende och för män 60–69 år och 70–79 år med vardera 18 ärende.

Många synpunkter handlade om upplevelsen av brister i given vård. Det var främst synpunkter om att inte fått en korrekt bedömning/undersökning eller ingen bedömning/undersökning alls, vilket kunde orsaka ett fördröjt vårdförlopp innan diagnos kunnat sättas. Detta kunde också leda till ytterligare vårdbesök.

I ett ärende tog patienten kontakt med sin vårdcentral för utslag. Blev hänvisad till att boka ett videomöte i bra liv appen. Patienten skickade in bilder på utslagen. Läkaren gjorde bedömningen att det var allergi och patienten fick en salva mot detta. Två dagar senare då det inte blivit någon förbättring så bokade patienten ett nytt videomöte. Läkaren gjorde då bedömningen att det var bältros. Patienten blev orolig för att behandlingen sattes in för sent.

Citat från patient:
"Så jag vill inte att man ska bli behandlad så här. Jag tycker att man skulle ha tagit mig på allvar direkt när jag ringde till vårdcentralen och fått ett besök hos dem".

I ett ärende som handlade om fördröjd diagnos sökte en patient för svullnad och smärta i ena foten och hade stora svårigheter att belasta den. Patienten som var diabetiker hade även blodförtunnande medicin. Fick först diagnosen blodpropp, men patienten ifrågasatte detta. Då ändrades diagnosen till kärlförträngning som skulle behandlas med stödstrumpa. Tillståndet förvärrades och patienten sökte vård igen kort därefter och fick då diagnosen gikt och behandling för detta. Tiden gick och patienten blev inte bättre. Till slut gjordes en röntgen och det var flera frakturer i foten. Det tog 10 veckor att få rätt diagnos som slutade med att patienten inte kunde belasta foten på 6 månader.

Del av verksamhetens svar:
”För att händelsen inte ska upprepas igen för någon annan sprids kunskapen om fotproblem relaterat till diabetes inom nätverket för medicinskt rådgivande läkare. Vi har lyft ditt ärende på vårdcentralen för ett lärande inom hela vår organisation”.

Att inte vara delaktig i sin vård kan innebära att man dels inte känner sig lyssnad till när man framför sina besvär men det kan också innebära att man som patient känner sig ”överkörd” och inte har en dialog om hur man ska gå vidare gällande patientens tillstånd. En del patienter uttrycker ”att man inte blir tagen på allvar”.

En patient berättar att denne sökte sin vårdcentral med hosta och feber och kände själv igen symtomen från tidigare lunginflammation. Trots att patienten försökte framföra sin sjukdomsbild och be om hjälp fick denne endast hostmedicin och skickades hem. Två dagar senare blev patienten inlagd på sjukhus med intravenös antibiotika. Patienten undrar om det hade behövt gå så långt om hen hade blivit lyssnad på från början.

En annan patient beskrev ” Upplever att det blir missförstånd på missförstånd och att ingen lyssnar på mig utan endast utgår från det som finns dokumenterat i journalen.” Patienten upplever sedan att det blev flera missförstånd i vården angående hens skador och att undersökningar och uppföljningar blev lidande pga. missuppfattningar både under besök och även i efterföljande journalanteckningar som andra vårdgivare tar del av, *”det blir en kedja av missuppfattningar som blir värre för varje steg”.*

Några ärenden har handlat om tillgänglighet till vården. Flera patienter beskrev om svårigheter att boka tid på vårdcentralen via e-tjänsten 1177 när man inte heller kommit fram på telefon.

Citat från patient:
”Försökte då via 1177 men där går det ej att boka tid för läkarbesök. Skrev då ett meddelande till vårdcentralen och fick svar att det ej går att boka via e-tjänst utan endast vid uppringning! Detta var ett synnerligen provocerande svar då det ej går att komma fram på telefon"

Verksamhetens svar:
”Vi beklagar att du inte fått hjälp när du kontaktat oss digitalt. Förstår att du känt dig provocerad av svaret. Vi har tagit upp detta i sjuksköterskegruppen och alla är nu medvetna om att ärenden som kommer in digitalt inte ska hänvisas till telefon utan hanteras digitalt”.

En förälder beskrev hur de försökt få kontakt med sin vårdcentral på morgonen när det öppnade men redan då var uppringningstiderna slut för dagen.

Citat från förälder:
"Det tog alltså en hel dag att få vård, vi började söka vid 07.30 men fick träffa läkare först vid 20.45. Vi fick lägga minst 2–3 timmar på att prata med olika människor och sitta i väntköer. Dessutom tvingades vi åka till sjukhuset i stället för att gå till den lokala vårdcentralen nära vår bostad."

Kirurgisk vård, 183 ärenden

Inom kirurgisk vård finns bland annat specialiteter som kirurgi, ortopedi, kvinnosjukvård och kvinnohälsovård, vilka också är de verksamheter som fått flest ärenden. Här ingår även

verksamheter som Ögonsjukvård, Öron-näs och halssjukvård, Smärtklinik, Operation- och intensivvård, Onkologklinik och Urologklinik.

Verksamhet	2025	2024
Ortopedklinik Jkp, Eks, Vmo	56	35
Kirurgklinik RJL	40	42
Kvinnoklinik Jkp, Eks, Vmo	37	22
Ögonklinik Jkp, Eks, Vmo	12	17
Urologklinik RJL	11	2
Smärtklinik RJL	9	5
Öron- näs- och halsklin RJL	9	14
Onkologklinik RJL	5	2
Op- och IVA klinik Jkp, Eks, Vmo	4	7
Totalt	183	146

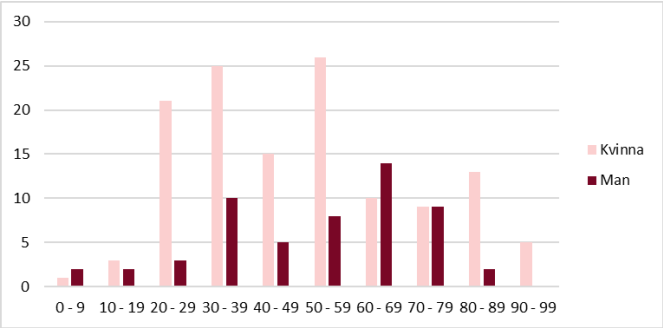
Tabell 4. Fördelning på verksamhet under första halvåret 2025 jmf 2024.

Kirurgisk vård hade första halvåret i år 183 ärende jämfört med föregående år samma period då det var 146 ärende, en ökning med 37 ärende. Störst ökning var det inom Ortopedisk vård med 21 ärende och sedan Kvinnoklinikerna, 15 ärende.

Kirurgisk vård	Antal
Resultat	40
Undersökning/bedömning	25
Väntetider i vården	16
Delaktig	13
Behandling	11

Tabell 5. Kirurgisk vård, de 5 vanligaste delproblem första halvåret 2025

Inom kirurgisk vård har delproblemet resultat fått flest synpunkter, följt av undersökning och bedömning. Resultat var det delproblem som oftast förekom inom kirurgisk vård då många synpunkter rörde missnöje med utfallet av en operation, exempelvis på grund av en komplikation som uppstått.



Figur 6. Kirurgisk vård, fördelning på åldersgrupp och kön första halvåret 2025

Det var fler kvinnor än män som synpunkterna gällde. 128 kvinnor och 55 män. Flest antal synpunkter gällde åldersgruppen 30–39 år. För kvinnor var det åldersgruppen 50–59 år men åldersgruppen 30–39 år kom strax därefter. För män var åldersgruppen 60–69 år som synpunkterna berörde flest.

Det patientnämnden uppmärksammat i de inkomna synpunkterna var att yngre patienter ofta upplevt att deras hälsotillstånd inte tagits på allvar. I ett ärende drabbades en yngre patient av komplikationer i samband med en operation. Detta ledde i efterförloppet till ökat lidande för patienten då hen ådrog sig mycket vätska i kroppen i efter operationen.

I verksamhetens svar sade man att det är ovanligt att friska, unga patienter samlar på sig stora mängder vätska efter operationer, vilket kan ha bidragit till att man inte uppmärksammade detta förrän några dagar senare då patienten ökat mycket i vikt.

Patienter läser ofta sin journal efter att man varit på besök i vården. Dels för att läsa om vad som skrivits under besöket, dels för att läsa om planeringen framåt. Detta är en viktig del i en patients delaktighet i vården. Ibland kan journaltexten upplevas som provocerande om den inte stämmer. En patient skulle skrivas ut från sjukhuset då denne varit inlagd för spridd cancer. Flera enheter inom olika specialiteter var involverade i patientens vård. Under sjukhusvistelsen hade patienten problem med mycket smärta som behandlades med läkemedel och strålning. När patienten skulle skrivas ut upptäckte patienten att det stod i hens journal att hen var *”välmående”*. Detta kände patienten var som ett hån mot hur hen kände sig i sin svåra sjukdom. Patientnämnden skickade synpunkterna till verksamheten och begärde ett svar på de frågor patienten hade, då bland annat en fråga var *”hur kunde man skriva i journalen att hen var välmående”?*

Del av verksamhetens svar:
”Vi ser vid granskning av din journal att både läkare och sjuksköterskor använder sig av uttrycket ”välmående”. Välmående är en term som ofta används när en patient går hem – enligt vår bedömning eller mening – piggare än när patienten kom till avdelningen. Tack vare ditt brev till patientnämnden har vi lyft detta för diskussion bland både sjuksköterskor och läkare med förhoppning att ordet inte kommer användas på samma sätt framöver”.

Att ha en trygg hemgång från sjukhuset är ett led i att också ha en fungerande vård även när man kommer hem. Här gäller det att kommunikationen fungerar både mellan huvudmän (region och kommun) om patienten har det behovet, men också att närstående om den är involverad får bra information.

En patient beskrev sina synpunkter om hur allt ansvar lades på denna vid hemgång. Patienten som var yngre hade brutit nacken och behövde mycket hjälp när hen kom hem. Det fanns ingen ordentlig plan inför hemgång, och patienten behövde både hjälpmedel och stöd vid hemgång.

Citat från patient:
"Det kan inte vara meningen att allt ansvar läggs på anhöriga att ansvara för min omvårdnad efter en så pass allvarlig händelse. Jag drabbades av ett enormt trauma. Jag fick inte förståelse eller omtanke hur jag skulle hantera min nya situation. Det var endast stress för att snabba på utskrivningen"

I svaret från verksamheten lade man allt ansvar på patienten och man sa till patienten att denne själv måste framföra till vården vad hen skulle behöva hjälp med, både vad gäller fysiskt som psykiskt.

När det gäller kvinnokliniken har några synpunkter handlat om samverkan mellan kvinnokliniken och annan klinik och där patienten hamnat ”mellan stolarna”. Klinikerna har inte pratat med varandra om en gemensam plan för att kunna se helheten. Istället har de olika klinikerna arbetat utifrån diagnos och inte samverkat tillräckligt för att patienten skulle fått en sammanhållen, effektiv och god vård.

Del av verksamhetens svar:
” Jag är ledsen om du upplevt att du ibland hamnat ”mellan stolarna” då urologen är de som har störst erfarenhet av pyelostomi och kvinnokliniken av graviditeter. Vi arbetar på att få samarbetet mellan klinikerna att fungera bättre”.

När det gäller kvinnosjukvård och kvinnohälsovård förekom även synpunkter då det handlat om både somatisk som psykisk ohälsa. Det är inte sällan som en kvinna som är gravid även har andra diagnoser och där kliniker måste samverka för bästa möjliga vård. En synpunkt handlade om en kvinna som var rädd inför sin förlossning och hur hon skulle må efter. Kvinnan hade lyft problematiken under graviditeten och även påtalat sitt dåliga mående på uppföljande kontroll efter förlossningen. Barnmorskan var väl medveten om det psykiska måendet men ändå fick patienten inte någon hjälp trots att det gått över flera månader utan att barnmorska återkopplat vilken hjälp patienten kunde erbjudas. Detta skapade stor oro och en svår familjesituation.

Psykiatri, diagnostik och rehabilitering, 123 ärenden

Inom psykiatri, rehab och diagnostik finns verksamheterna, barn- och vuxenpsykiatri, röntgen, klinisk fysiologi, laboratoriemedicin och rehabilitering, rehabiliteringsmedicin- och habiliteringskliniker. Under första halvåret är det färre ärende gällande Barn- och ungdomspsykiatrin är föregående år. När det gäller det psykiatriska vården för vuxna, har antalet ärendena ökat.

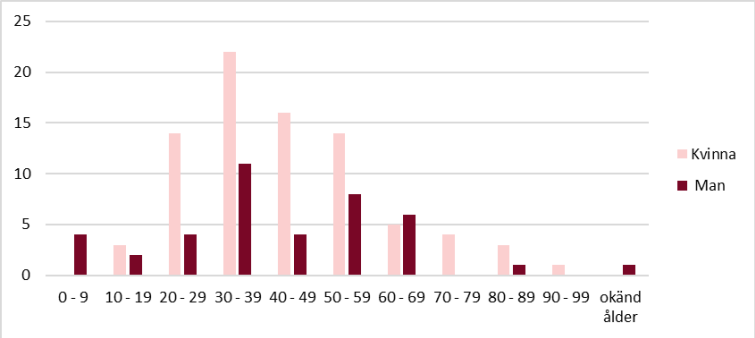
Verksamhet	2025	2024
Psykiatrisk klinik Jkp, Eks, Vmo	84	69
Röntgenklinik RJL	12	14
Laboratoriemedicin	10	3
Barn- och ungdomspsyk klin RJL	6	13
Rehab medicinska klin RJL	5	1
Rehabiliteringscentrum RJL	5	5
Habiliteringscentrum Jkp	1	0
Klinisk fysiologi	0	1
Totalt	123	106

Tabell 6. Fördelning på verksamhet inom psykiatri, rehabilitering och diagnostik under första halvåret 2025 jmf 2024.

Psykiatri rehab o diagnostik	Antal
Delaktig	25
Undersökning/bedömning	23
Läkemedel	13
Diagnos	8
Information	8

Tabell 7. De 5 vanligaste delproblem inom Psykiatri, diagnostik och rehabilitering, första halvåret 2025.

De flesta synpunkterna inom verksamhetsområdet handlade om delaktig följt av undersökning och bedömning. Synpunkter på läkemedel var också vanligt förekommande.



Figur 7. Psykiatri, rehabilitering och diagnostik, fördelning på åldersgrupp första halvåret 2025.

Det var fler kvinnor än män som synpunkterna rörde. 82 kvinnor och 41 män. Störst åldersgrupp när det gäller inkomna synpunkter var 30–39 år för både kvinnor och män.

Att man har synpunkter på kommunikation är vanligt inom framför allt psykiatriska vården. Det kan handlat om att man inte känt sig delaktig i sin vård. Patienter och närstående kan ha upplevt brister i information från vården och även bemötandet där det framgått att personal upplevts som nonchalanta och inte stöttande. En del patienter uppfattade detta som orättvist och kände sig inte lyssnade på. Patienter beskrev en känsla av att personalen har en förutfattad uppfattning och inte tar det patienten säger på allvar, vilket kunde leda till att patienter upplevde sin problematik förminskad.

En patient hade i väntan på vård mått mycket dåligt och haft suicidala tankar. Både patient och närstående hade bett om läkartid för att få uppföljning och har då fått till svar att det saknas resurser. Man hade flera kontakter med vården då patienten hade en svår sjukdomsbild och ingen insikt om hur sjuk denne var. Som närstående fick man kämpa hårt för att få vård och hjälp och visste inte vart man skulle vända sig med den oro man hade för patienten.

Det är inte ovanligt att ha en psykiatrisk och somatisk diagnos samtidigt. Här kan det vara viktigt att vården tar hjälp av varandra för att det ska bli bra för patienten. Exempelvis vid läkemedelsbehandling, då det framförts i synpunkt från en patient att att vissa psykiatriska läkemedel hade påverkat dennes medicinska diagnos och då lett till ett förvärrat tillstånd. Här är det viktigt att samverka kring en patients totala behandlingar och behov.

Citat från närstående:

Att som patient behöva genomlida en manisk period helt och hållet orsakad av att sjukvården inte tagit sitt ansvar ska inte fler patienter utsättas för".

Del av verksamhets svar:
”Vid granskning av händelsen uppfattas att det framgår brister gällande dokumentation gällande paus/utsättning av läkemedel. Vid utsättning av dessa framgår även brister gällande konsultation med somatiska vården. Psykiatriska kliniken är tacksam för att anmälaren har uppmärksammat detta och beklagar händelsen. Anmälarens synpunkter har bidragit till lärande och att kliniken har uppmärksammats på behov av utveckling och förbättring av rutiner inom läkemedelsområdet”.

Antalet ärende gällande Barn- och ungdomspsykiatrin har minskat i år. Synpunkter har handlat om exempelvis upplevelsen av bristande föräldrastöd för barn med samsjuklighet och där man bollas mellan psykiatrin och den somatiska vården. Att det kunde bli problem när det krävdes samverkan mellan enheter men där ingen tog huvudansvaret.

Ärende har även handlat om bristande information om väntetider, att man fått information om att utredning ska ske inom en viss tid men sen har det dragit ut på tiden. Det blev en frustration att vänta.

Inom röntgen har flera synpunkter handlat om att man som patient/närstående upplevt att det har missats tex fraktur eller blödning på röntgen och att man då inte fått rätt diagnos eller fördröjd diagnos. Man har då i sina synpunkter ställt frågan ”kunde man sett detta tidigare på röntgen”.

Del av verksamhetens svar:
”Det är beklagligt och olyckligt att skadan missats men bra att det till slut blivit diagnostiserad och behandlad tack vare att du stod på dig och sökt vård upprepade gånger. På röntgen vidtog man åtgärder senare i form av att visa bilderna för att påminna om svårigheterna ibland med slätröntgen”.

I några ärenden har det handlat om samverkan mellan enheter där Röntgenkliniken är en del i vårdförloppet. Ibland har det betydelse vad det står i remissen till röntgen. Om det inte varit helt rätt eller otydligt i remisstexten har detta i nästa led påverkat hur röntgenundersökningen genomförts och ibland lett till en fördröjd diagnos för patienten.

Medicinsk vård, 109 ärenden

Inom medicinsk vård ingår bland annat specialiteterna medicin- och geriatrikkliniker, akutkliniker och ambulanssjukvård och det är dessa verksamheter som fått flest synpunkter. Inom medicinsk vård finns även Barnklinik, Barnmottagning, Barnhälsovård, Hudklinik och Infektionsklinik. Medicinsk vård hade något färre antal synpunkter första halvåret jämfört med föregående år. Akutklinikerna har också minskat i antalet synpunkter detta första halvår.

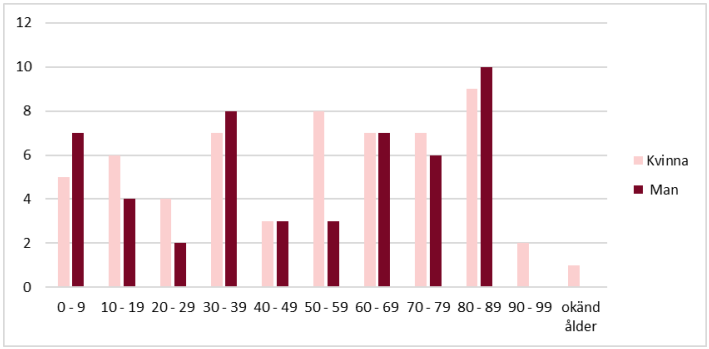
Verksamhet	2025	2024
Medicinklinik Jkp RE	29	32
Medicin- och geriatrikklin Eks, Vmo	22	22
Akutklinik Jkp, Eks, Vmo	15	23
Ambulanssjukvård	15	11
Barnkliniken Jkp	10	10
Hudklinik Jkp	6	3
Barn- och ungdomsmed mott RJL	5	3
Barn- och ungdomshälsan RJL	2	1
Barnhälsovården Jkp län	2	2
Geriatriska kliniken Jkp	1	1
Infektionsklinik Jkp	1	3
Spec sjukvård i hemmet Jkp län RE	1	1
Totalt	109	112

Tabell 8. Fördelning på verksamhet inom medicinsk vård under första halvåret 2025 jmf 2024.

Medicinsk vård	Antal
Undersökning/bedömning	29
Delaktig	11
Diagnos	10
Information	9
Bemötande	8

Tabell 9. De 5 vanligaste delproblemen inom Medicinsk vård första halvåret 2025

Inom medicinsk vård var det undersökning/bedömning som var den vanligaste synpunkten följt av delaktig. Flera synpunkter gällande medicin- och geriatrikklinikerna berörde patienter över 70 år. Det var något fler kvinnor än män som synpunkterna gällde. Det var 59 kvinnor och 50 män. Störst åldersgrupp var 80–89 år och det var denna åldersgrupp som var störst för både kvinnor och män.



Figur 8. Medicinsk vård, fördelning på åldersgrupp och kön första halvåret 2025.

När det gällde undersökning och bedömning var det några synpunkter som handlade om att man fått en bristande undersökning tex av ambulanssjukvården eller akutmottagning. Exempelvis att ambulanssjukvården bedömt att patienten ska till sin vårdcentral i stället. Att inte få ambulanstransport till vårdinstans utan annat färdsätt beställs. När man sökt på akuten och i stället blivit hänvisad till närakuten eller sin vårdcentral.

I en synpunkt beskrev en patient att denne varit dålig med extrem trötthet och huvudvärk sedan en vecka tillbaka. Patienten hade blivit sämre och sämre med nedsatt aptit, värre huvudvärk och trötthet. Åkte till akuten då man inte kommit fram på 1177. På akuten hänvisade man till magtarmmottagningen då patienten har en tarmsjukdom och patienten fick åka hem och boka tid för provtagning på vårdcentralen. Efter några timmar ringde sedan

läkare på magtarmmottagningen och meddelade att patienten behövde sjukhusvård. Patienten blev inlagd med körtelfeber.

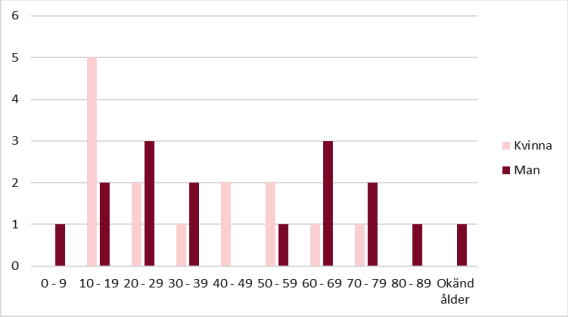
När man söker vård är man som patient ofta i en beroendeställning och i ett utsatt läge. En del uttrycker det som att man känner sig i underläge och helt får förlita sig till den personal man träffar och som ska vårda en. Att få ett dåligt bemötande kan i dessa lägen förstärka denna känsla hos patienten. En patient som har en kronisk sjukdom berättade i sina synpunkter om hur hen upplevde att personalen suckade högt och ifrågasatte varför patienten hörde av sig igen.

Citat från patient:
Detta är inte första gången jag möts av ifrågasättande eller nedlåtande ton från personalen som påverkar mitt psykiska mående kraftigt, särskilt i en redan utsatt situation”.

Del av verksamhetens svar:
Vi har gemensamt kommit fram till hur kommunikationen ska ske framöver för att det ska fungera bättre för dig. Vi har nu en planering för att kunna möta dina behov på ett bättre sätt, och vi har även haft samtal med den vårdpersonal som berörs om bemötande av patienter med särskilda behov.

Tandvården 30 ärenden

Inom tandvården handlar det om den regionfinansierade tandvården, dvs allmäntandvården och specialisttandvården. 22 ärenden rörde allmäntandvården och åtta ärende specialisttandvården. Det var ingen större skillnad mot föregående år. Ärendena gällande 14 kvinnor och 16 män. Störst åldersgrupp var 10–19 år. Synpunkterna handlade främst om patientavgifter och resultat.



Figur 9. Tandvården, fördelning på åldersgrupp och kön första halvåret 2025.

Delproblem	Antal
Patientavgifter	10
Resultat	4
Information	3
Undersökning/bedömning	3
Delaktig	2

Tabell 10. De 5 vanligaste delproblemen inom Tandvården första halvåret 2025

1 januari 2025 kom det en regeländring gällande ålder för gratis tandvård. Man beslutade att sänka åldern för fri tandvård från 23 år till 19 år. Innebärande att från året man fyller 20 år får man börja betala för sin tandvård. Efter denna förändring inkom flera synpunkter rörande att tt man nu inte längre fick tillgång till den fria tandvården, inklusive tandreglering som eventuellt varit planerad. Flera unga patienter som är gränslandet för åldersgränsen har tyckt att detta är orättvist att de nu får betala för sin tandreglering. I svar från verksamheten framgår att de patienter som inte kommit igång med tandreglering innan 20 års ålder måste betala själva även om det funnits diskussioner om tandreglering i tidigare vårdkontakter. Vissa patienter har framfört att vården dragit ut på behandlingen och att de fått rådet att vänta. I de fallen svarar verksamheten att patienten troligen haft för mycket karies och dålig munhälsa för att kunna starta igång tandreglering, därav får patienten nu får stå för kostnaden själv.

Kommunal hälso- och sjukvård, 18 ärenden

Första halvåret har vi sett en stor ökning av ärenden som rör kommunal hälso- och sjukvård. I år har vi hittills fått in 18 ärenden, jämfört med samma period förra året då det endast registrerades 6 ärenden. Synpunkterna har främst handlat om omvårdnad och fast vårdkontakt/individuell plan, dvs att det inte funnits en planering för patientens fortsatta vård.

I ett ärende beskrev närstående att de blivit lovade att allt skulle vara ordnat för patienten när denne kom hem för att det skulle fungera tryggt och säkert. Ingen från palliativa teamet eller hemsjukvården var hemma hos patienten. Patienten var endast hemma 2 nätter och blev sedan återinlagd på sjukhus. Anledning till att det i flera led uppstod missförstånd var att kommunikationen mellan enheter och personal inte fungerat optimalt.

Ett annat ärende gällde ett barn som behövde hjälp med nutrition. Barnet behövde nutrition via en infart direkt i blodet. Denna infart skulle skötas utefter satta riktlinjer för att det inte skulle bli en infektion. På grund av bristande information var det oklart vem som hade ansvaret för att sköta denna. Detta ledde till att barnet fick en allvarlig infektion och fick läggas in på sjukhus.

Chefläkare

Patientnämnden och sektion chefläkare har ett bra samarbete kring synpunkter och klagomål och samverkar på aggregerad nivå. När patientnämndens kansli ser allvarliga händelser i de inkomna synpunkterna och där patientsäkerheten kan ha påverkats skickas ärendet som en kopia till chefläkare för kännedom. Under första halvåret har 119 ärenden skickats till chefläkare.

När det gäller ärende som berör regionfinansierad tandvård så finns även här ett samarbete med motsvarande funktion som ansvarar för patientsäkerheten. Alla ärende som berör tandvård skickas för kännedom och bedömning till denna enhet.

Med detta arbetssätt fullföljer också patientnämnden sitt uppdrag att uppmärksamma patientsäkerhetsrisker och bidra till kvalitetsutveckling.

Vårdens åtgärd

Detta år har patientnämnden vårdens åtgärder som fokusområde. Detta innebär att vi uppmärksammar ärende där det i svaret har framkommit att man i en verksamhet kommer att vidta åtgärder för att minimera risken att det ska hända igen. I flera ärenden har synpunkterna lett till granskning, förtydligande och förändringar av rutiner i verksamheterna.

Nedan kommer några korta delar av svar från verksamheterna där man uppgett de åtgärder man vidtagit.

”För att händelsen inte ska upprepas igen för någon annan sprids kunskapen om fotproblem relaterat till diabetes inom nätverket för medicinskt rådgivande läkare.

”Vi har lyft ditt ärende på vårdcentralen för ett lärande inom hela vår organisation”.

”Vi beklagar det ni fått gå igenom och tar detta på fullaste allvar. Berörda läkare kommer vidtalas samt övriga läkare kommer få aktualiserat gällande rutiner vid urinvägsbesvär”

”Vi ser att det har funnits brister, både i hur din diagnos dokumenterats och i hur vi förberett dig inför ingreppet. Det har också funnits brister i överrapporteringen mellan olika delar av vården, vilket hade kunnat bidra till en bättre planering. Dessutom ser vi att personalens kunskap om diagnosen varierat. För att förbättra vården har vi nu genomfört flera åtgärder”

Att vidta åtgärder i verksamheter när något gått fel, eller att man sett risken för att det kunnat bli fel är att jobba med att stärka patientsäkerheten. Att identifiera riskområden och hitta bakomliggande orsaker och faktorer till det inträffade är viktiga bitar i att utreda händelseförlopp. Många gånger är våra patienter och närstående viktiga inspel i detta arbete.

Stödpersonsverksamheten

Under första halvåret har det gjorts totalt fem förordnanden, varav alla varit enligt LRV. Vi har fått in stödpersonsuppdrag från länssjukhuset Ryhov samt några uppdrag där patienten fått vård i annan region men har sitt boende i region Jönköping. Totalt har det gjorts sex entledigande, även här har det bara varit enligt LRV. I dagsläget har patientnämnden 18 stödpersoner och 26 uppdrag aktuella.

Uppföljning av verksamhetsplan- och kommunikationsplan

I varje halvår- och årsrapport ska patientnämnden följa upp sin verksamhetsplan och kommunikationsplan som är beslutad i nämnden. Patientnämndens övergripande mål med kommunikation är att öka kännedom om verksamheten genom kontinuerliga och långsiktiga insatser. Patientnämnden jobbar kontinuerligt med kommunikationen utåt genom bland annat information på 1177.se, medborgarinformation från Region Jönköping och föreläsningar om

patientnämnden. Detta görs både internt inom regionens verksamheter och externt utåt medborgare samt länets 13 kommuner. Första halvåret i år har det genomförts 22 sådana uppdrag.

Diskussion och reflektion

Synpunkter på vården spelar en viktig roll för att upprätthålla en hög kvalitet och säkerhet inom hälso- och sjukvården. Synpunkter från patienter och närstående kan uppmärksamma och identifiera brister där vårdgivare kan genomföra förbättringar som utvecklar vården. Det ger inte bara patienter en chans att göra sina röster hörda, utan är också en del av kvalitetsarbetet med att skapa en trygg och säker vård.

Denna halvårsrapport ger en indikation för vad de inkomna synpunkterna haft mest fokus på och hur trenden för resten av året kan komma att bli. Vi ser att synpunkterna totalt sett ökat under första halvåret. De flesta synpunkterna berörde huvudproblemen vård och behandling och kommunikation och det är de områdena som brukar få majoriteten av synpunkterna. Även om huvudproblemen är vård och behandling samt kommunikation är det som får mest synpunkter så framgår det att tillgänglighet fortfarande är ett problem i primärvården, med svårigheter att boka tid via e-tjänsten 1177 eller nå vårdcentralen via telefon. Detta kan fördröja vård och leda till att patienter söker akutvård i stället för primärvård.

När det gällde synpunkter på kommunikation så var det nästan dubbelt så många kvinnor som framfört att man upplevt sig mindre lyssnad på och delaktig. Kvinnor framförde också att de inte alltid känt att de fått ett respektfullt bemötande. Detta bekräftas också i den nationella patientenkäten där en av dimensionerna är kommunikation. Kvinnor uppgav at man inte fått tillräckligt med information i samband med vård. Kvinnor uppgav också i enkäten att de inte känner sig delaktiga i vården och när det gällde bemötande att de inte kände sig bemötta med respekt och värdighet [11].

Det som patientnämnden uppmärksammat under första halvåret i år att unga vuxna i åldern 18–29 år upplevt att de har svårt att bli trodda på när de söker vård. Dels att man inte blivit lyssnad på, men också att man fått till svar från vården att det är ovanligt för en ung patient att ha de besvär de söker för. Då är det inte alltid vården lägger ”pusslet” att det faktiskt kan röra sig om en allvarlig diagnos, som är ovanlig att få i ung ålder. Detta kan leda till att man drar sig för att söka vård och därmed kan få en fördröjd diagnos. Att få till sig att ”det sitter i huvudet” är en risk för att man tappar förtroendet för vården.

Införandet av den nya åldersgränsen för fri tandvård har direkt lett till ett antal synpunkter, där unga patienter upplevt detta som orättvist då planerad tandreglering nu måste bekostas. Detta visar på hur politiska beslut och regeländringar kan ha en direkt och påtaglig effekt på patienters upplevelser och tillgänglighet till vård.

[11] Kvinnors och mäns upplevelser av vården. En analys av svarsmönster i Nationell patientenkät och Hälso- och sjukvårdsbarometern. Sveriges kommuner och Regioner SKR.

Att kommunikationen har betydelse för hur vården blir råder det ingen tvekan om. En ineffektiv kommunikation mellan vårdpersonal, både muntlig och skriftlig är en bidragande faktor till att skador och missöden drabbar patienter i vården.

Närstående har en viktig roll i patientens vård. Det gäller både för ung som gammal. En ung patient med psykisk ohälsa kan inte alltid avgöra vad som är bäst för denna och samma är det även för en äldre patient. Det blir närstående som får träda in i rollen och framföra vad patienten kan behöva för stöttning.

Verksamheter har i sina svar till patienter framfört hur tacksamma de är att patienten återkopplat det som inte fungerat tillfredsställandet på den vård de fått och när kommunikationen inte fungerat optimalt. Som åtgärd skriver flera verksamheter, att tack vare de synpunkter de fått så har de nu fått möjlighet att förändra och förbättra i sina rutiner och i sin kommunikation till patienterna.

För ett bra liv i en attraktiv region.

Region Jönköpings län

Patientnämnden i Region Jönköpings län

Barn i vården

En analys av patientnämnden av synpunkter och klagomål gällande barn

Patientnämnden får varje år in drygt 100 synpunkter och klagomål som gäller barn. Oftast är det föräldrarna som hör av sig och vid några enstaka fall är det barnet själv som kontaktar patientnämnden och för fram de synpunkter och klagomål man har på hälso- och sjukvården och tandvården. De föräldrar som hör av sig framför ofta att de måste driva på för att deras barn ska få rätt vård eller vård överhuvudtaget och uttrycker också att de inte blir lyssnade på trots att det är de som känner sitt barn bäst. En del har framfört frågan om man verkligen sett till barnets bästa. Denna analys utgår från synpunkter inkomna 20240401–20250331 och som gäller barn 0–17 år.

Faktaruta
Patientnämnden är en oberoende och opartisk instans och har i uppgift att stödja och hjälpa patienter och närstående att framföra synpunkter och klagomål på vården och få dessa besvarade.
Lag och stöd vid klagomål mot hälso-och sjukvården (2017:372)

Bakgrund

Barn finns överallt i vården, både som patienter och närstående. Barn och unga är stora vårdkonsumenter tillsammans med de allra äldsta i samhället.

Från den 1 januari 2020 är FN:s konvention om barns rättigheter en del av svensk lag. Detta innebär att se till barnets rättigheter och skapa en grund för ett mer barnrättsbaserat synsätt i all offentlig verksamhet. Barnkonventionen handlar inte alltid om att fråga vad barnet vill men barnkonventionen kräver att barnet får information som de förstår, får säga sin mening, blir hörda och respekterade. Det handlar om att alltid involvera barnet och hitta lösningar som är bra för barnet. Det innebär att det blivit ännu viktigare att de som möter barn i sin profession har kunskap att arbeta utifrån lagen[1].

Det finns fyra grundläggande principer som alltid ska beaktas när det handlar om frågor som rör barn[2].

4 grundstenar:
- Barns rätt till likvärdiga villkor
- Barns rätt ska beaktas vid alla beslut
- Barnets rätt till liv och utveckling
- Barnets rätt att säga sin mening och få den respekterad.

Region Jönköpings län arbetar efter FN:s konvention om barnets rättigheter. Det övergripande målet för regionens barnrättsarbete är att barn- och ungas mänskliga rättigheter ska beaktas. De ska bemötas med respekt, ges

[1] Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter

[2] Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter

Skriven av Anna Stålkrantz och Sara Sjöberg, utredare i patientnämnden, Region Jönköpings län

möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande[3].

Hälso- och sjukvårdspersonal ska så långt det är möjligt ta reda på vad barnet anser om den aktuella vården eller behandlingen. Barnets inställning ska sedan vägas in utifrån hens ålder och mognad. Hälso- och sjukvårdspersonalen bedömer om det enskilda barnet är tillräckligt moget för att själv kunna ta ställning till den aktuella vårdfrågan.

Faktaruta

- Barnets bästa särskilt ska tas hänsyn till när hälso- och sjukvård ges till barn.
- Barn och unga har rätt att vara delaktiga i sin egen vård.
- Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.
- Om information om vården inte kan lämnas till barnet, ska vårdnadshavaren få information.

Patientlagen (2014:821)

Det är ovanligt att barn själva för fram synpunkter och klagomål och när det görs är det oftast, med något undantag, tonåringar och då de äldre tonåringarna som framför dessa. Det är viktigt att hälso- och sjukvården skapar förutsättningar för att barnen ska kunna göra sin egen röst hörd angående sina upplevelser.

Metod och urval

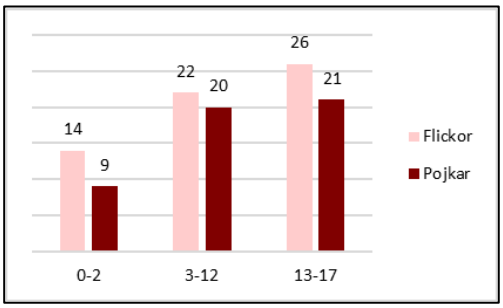
Vid nämndssammanträdet 20241205 beslutades att en rapport om barn skulle tas fram. Denna analys är baserad på synpunkter som inkom till patientnämnden 20240401–20250331.

Ärenden har lästs igenom i sin helhet och analyserats, och där det identifierats ett antal teman som belyser områden som varit av betydelse i samband med barnets vårdkontakt.

Begrepp: I rapporten används synpunkter och ärenden synonymt.

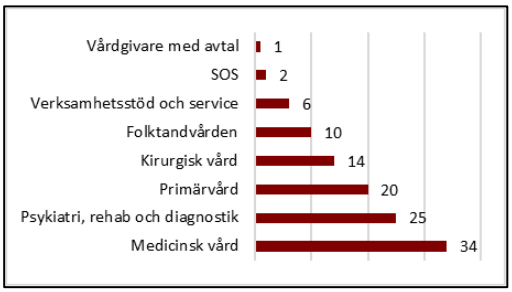
Resultat

Under denna period var det 112 synpunkter som gällde barn 0–17 år.



Figur 1. Kön- och åldersfördelning

Det var 62 flickor och 50 pojkar som synpunkterna gällde.



Figur 2. Fördelning verksamhetsområden

Barn finns inom alla verksamheter i hälso- och sjukvården. Inom verksamhetsområde medicinsk vård ingår all barnhälsovård och barnklinik, därav att flest synpunkter är inom det verksamhetsområdet. Inom verksamhetsområde psykiatri, rehab och diagnostik finns merparten av synpunkterna inom Barn- och ungdomspsykiatrin (BUP).

För de yngsta barnen, 0–2 år, hade föräldrar synpunkter på främst enheter kopplade till barnspecialiteter. Synpunkterna gällde även primärvård dit barn över 1 år i huvudsak ska vända sig. Några föräldrar hade synpunkter på

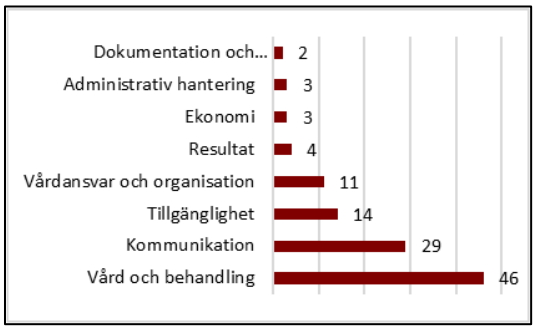
[3] Folkhälsa ochsjukvård.rjl.se/vårdstöd/barn-och-unga/barns-rätt

Skriven av Anna Stålkrantz och Sara Sjöberg, utredare i patientnämnden, Region Jönköpings län

vård given inom vuxenspecialitet som röntgen och ortopeden.

Inom åldersgruppen 3–12 år gällde synpunkterna främst barnspecialitet. Här var det även en del synpunkter på BUP. Övriga synpunkter rörde vård inom vuxenspecialitet samt tandvården.

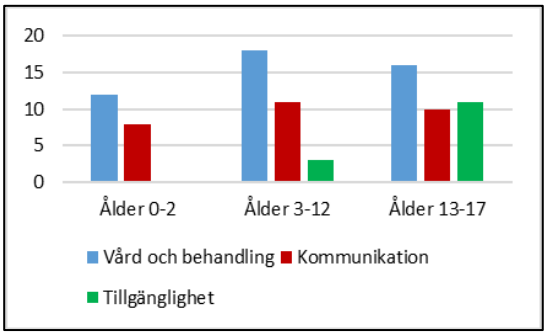
För de äldsta barnen, 13–17 år var det fler synpunkter som rörde BUP. Det var också vårdnadshavarna för just dessa barn som särskilt beskrev hur ihärdiga de måste vara för att barnen skulle få rätt vård eller vård överhuvudtaget. Det vi såg i denna åldersgrupp var även att ärenden som rörde vuxenspecialitet och tandvård var fler jämfört med de lägre åldrarna.



Figur 3. Fördelning på huvudproblem.

Samtliga ärenden som inkommer till patientnämnden kategoriseras under nationellt framtagna huvudproblem[4].

De tre största huvudproblemenen i denna analys var vård och behandling, kommunikation och tillgänglighet.



Figur 4. De tre vanligaste huvudproblem och fördelat på åldersgrupp.

Synpunkter gällande vård och behandling var störst i åldersgruppen 3–12 år. Fler ärenden handlade om tillgänglighet i åldersgruppen 13–17 år.

VÅRD OCH BEHANDLING

Brister i vård och behandling kan leda till fördröjd vård

Många synpunkter handlade om upplevelsen av brister i given vård. Det var främst klagomål om att barnet hade fått fel vård och/eller bristfälliga undersökningar, vilket orsakade ett fördröjt vårdförlopp innan diagnos kunnat sättas. Detta kunde också leda till ytterligare vårdbesök.

En förälder beskrev att man sökte vård på vårdcentralen med sitt barn för trötthet och magsmärtor. Blodprover visade på att barnet hade järnbrist och att man skulle köpa järntabletter. Ingen uppföljning planerades för att ta reda på orsaken till järnbristen.

Citat från förälder:
”Varför planerades ingen uppföljning för att ta reda på orsaken till järnbristen hos mitt barn? Vi föräldrar uppmanades att ta kontakt om barnet blev ännu tröttare och blekare”

---

[4] Handbok för handläggning av klagomål och synpunkter för Patientnämndernas förvaltningar/kanslier i Sverige, 2019, reviderad februari 2024.

Skriven av Anna Stålkrantz och Sara Sjöberg, utredare i patientnämnden, Region Jönköpings län

I verksamhetens svar framkom att man inte följt rutiner för järnbrist utan rimlig förklaring hos barn, vilket alltid ska utredas och följas upp.

En förälder framförde att man sökt vård då barnet hade långvariga magsmärtor. Föräldern som själv har celiaki (glutenintolerans) framförde att det fanns inom familjen och undrade om prover kunde tas för detta. Föräldern blev inte lyssnad på och i stället blev det ett fördröjt vårdförlopp med flera besök innan det togs ett prov för celiaki som också blev den diagnosen barnet fick.

Oförberedd vårdpersonal inför besök – leder till bristande förtroende och tillit

En del föräldrar har framfört att vården varit dåligt förberedd inför besöket. En del barn kan varit rädda då de har dålig erfarenhet av vården sedan tidigare, tex att de gjort någon undersökning som gjort ont. Det kunde också handlat om barn med speciella behov, där vården hade behövt vara påläst för att kunna bemöta och hantera barnet utifrån dennes förutsättningar.

En förälder var på ett vårdbesök med sitt barn som har autism, och som nu hade problem med astma. Läkaren gick in i journalen och såg att barnet hade autism.

Citat från förälder:

”Läkaren säger att hen inte kan undersöka patienten för att barnet inte kan prata och för att den har autism. Jag undrar hur man gör med små barn som inte kan prata. Jag tänker höja rösten för mitt barns rättigheter om hen inte får vård som hen behöver”.

KOMMUNIKATION

Barn i vuxenspecialitet – föräldrar upplevde att barnperspektivet saknas

Söker man med ett barn akut inom kirurgi eller ortopedi träffar man automatiskt inte en barnläkare i Region Jönköpings län utan man hamnar inom ”vuxenspecialitet”. Det är viktigt att man är lyhörd inför barnet och även lyssnar in föräldrarna, då det är de som behöver beskriva symtom och förändringar i barnets beteende. I några ärenden där barn kommit till vuxenakuten har man träffat en läkare som inte hade den erfarenheten av att möta ett mindre barn. Ett barn sökte med en sårskada som behövde sys och där det inte blev ett bra omhändertagande. Barnet skrek och var rädd och ledsen. Det kan vara utmanande att behandla ett barn som har ont om man inte har tillräckligt med erfarenhet att möta barnet. I dessa lägen är det viktigt att man konsulterar en erfaren kollega så att man beaktar barnets bästa. Annars blir det ingen bra upplevelse varken för barnet, föräldern eller vårdpersonalen.

Del av verksamhetens svar:

”Det är viktigt att när man har ett barn som ska behandlas att man måste ha viss erfarenhet och skicklighet så att man beaktar barnets bästa och gör en undersökning/behandling utifrån barnets förutsättningar”.

Skriven av Anna Stålkrantz och Sara Sjöberg, utredare i patientnämnden, Region Jönköpings län

Patientnämnden i Region Jönköpings län

En förälder beskrev att de sökte akut psykiatrisk vård. De fick komma till vuxenpsykiatrin då man sökte på jourtid.

Citat från förälder:
”Får prata med en läkare som är ganska hård i tonen till vårt barn. Barnet blir först ledsen och är på väg in i ett affektutbrott och river sönder papper inne i väntrummet dit vi blev hänvisade under tiden läkaren pratade med en överläkare. När man kom ifrån akuten och lugnat sig insåg man att det här besöket blev inget bra, vare sig för vårt barn eller för mig som förälder. Att bemötandet blev allt annat än bra”.

Bristande kommunikation leder till otrygghet och fördröjd vård

Många föräldrar upplevde att de inte fått information, inte fått vara delaktiga och att de inte fått ett bra bemötande när de besökt vården med sitt barn. I vissa fall har det bidragit till att skador uppkommit eller att negativa händelser inträffat när kommunikationen inte har fungerat. I synpunkterna framkom bland annat om att vårdpersonalen har upplevts som otrevlig och inte lyssnat in barnet som kunde vara smärtpåverkat och oroligt. Det kunde i sin tur resulterat i obehag och smärta för barn som troligen hade kunnat undvikas.

Ett barn blev inlagt på sjukhus då barnet kräkts flera dagar i följd. Föräldern fick information om att det var magsjuka. Föräldern beskrev att barnet kräktes konstant och att det som kom upp luktade avföring. Fick information om att barnet skulle skrivas ut men föräldern vägrade åka därifrån. Upplevde inte att personalen lyssnade när de beskrev hur barnet mådde. På kvällen andra dagen hade man samtal med läkaren och man efterfrågade en röntgen men det ville inte läkaren göra pga. strålningsrisk. Till slut gjordes ändå en röntgen och som visade på att barnet hade tarmvred och fick opereras akut i annan region. Föräldern var mycket kritisk och orolig över vad som hänt om de åkt hem som vården planerade.

Del av verksamhetens svar*:*
”Bedömningen är att barnet fått adekvat vård. Händelsen bottnar i bristande kommunikation från vårdgivarens sida och att man inte tillräckligt har lyssnat på föräldrarna”.

Det är viktigt med tydlig kommunikation i barnens vård så att patient och vårdnadshavare känner att de är sedda och involverande i en process där vårdnadshavare ibland kan känna både maktlöshet och rädsla.

Citat från förälder:
”Vi anser att vårt barn inte hade behövt ha ont så här länge om vi blivit tagna på allvar. Då barnet uppvisade samma symtom under två veckor så borde vårt barn fått bättre hjälp tidigare”.

Del av verksamhetens svar:
”Man ska få ett respektfullt bemötande och vara lyhörda på framförda symtom. Vi kommer att lyfta detta fall i utbildningssyfte för att minska risken för fördröjd diagnos.”

Skriven av Anna Stålkrantz och Sara Sjöberg, utredare i patientnämnden, Region Jönköpings län

Patientnämnden i Region Jönköpings län

VÅRDANSVAR OCH ORGANISATION

Barn med särskilda behov behöver att vården samverkar

Det är viktigt att vården samverkar över gränserna för att se till barnets bästa. När det handlar om barn med särskilda behov kan detta bli ännu viktigare så att man har en gemensam plan hur man ska agera i vissa situationer. I ett ärende handlade det om ett barn med särskilda behov där flera kliniker inom barn- och vuxenspecialitet behövde samverka. Barnet skulle göra en undersökning där föräldern framförde önskemål om att barnet behövde sövas utifrån tidigare erfarenheter av samma besvär.

Citat från förälder:

”Kirurgen upplevdes som "iskall" och emot att mitt barn skulle sövas. Mitt barn skrek och mådde dåligt. Vi hade blivit lovade att barnet skulle sövas. Kommunikation med barnklinik och kirurgklinik verkar ha brustit. Hela genomförandet blev plågsamt och ingen hänsyn till mitt barns diagnos och förutsättningar. Jag var förtvivlad att man "inte såg barnet. Under hela tiden åsidosattes barnets diagnos och förälderns oro om vad barnet förstod”.

Föräldrar har framfört att vårdpersonal inte har beaktat barnens funktionsnedsättning trots påpekanden från vårdnadshavare. Det kan handlat om barn som har specifika behov och som inte blivit bemötta utefter deras förutsättningar. Ett exempel på detta var ett barn som hade en funktionsnedsättning och som var på vårdcentral efter att BUP remitterat patienten för att ta ett EKG. När barnet var på vårdcentralen ville barnet inte samarbeta då den befann sig i en okänd situation vilket upplevdes obehagligt. Föräldern framförde att vårdpersonalen hade svårt att hantera situationen och det eskalerade till att barnet skrek och var rädd.

Citat från förälder:

”EKG kunde inte genomföras. Detta pga. att personalen som ska ta EKG brast i bemötande för mitt barns särskilda behov och uttryckte att barnet skriker. Detta triggade mitt barn och förstärkte utåtagerandet och konsekvensen blev att mitt barn vägrade genomföra EKG. En god relation är a och o och är den enskilde vuxens ansvar att tillgodose behoven. Det är aldrig barnets fel.”

I verksamhetens svar framhåller man svårigheterna i sådana här specifika fall, dels att man inte vet barnets speciella behov och hur vårdpersonalen kan förbereda sig inför detta besök: *”Om det blir aktuellt igen att besöka oss så önskar vi att det framkommer när man bokar tid att barnet har vissa svårigheter och därmed behöver extra tid och förberedelser för att vår personal på bästa sätt kan planera för ett bra besök”.*

TILLGÄNGLIGHET

Bristande tillgänglighet inom Barn- och ungdomspsykiatrin

Föräldrar framförde att de upplevt brister i den psykiatriska specialistvården för barn. Det finns en stor frustration över långa väntetider för behandling av neuropsykiatriska diagnoser. När barn behöver vänta länge på vård kan den psykiska ohälsan leda till ökad skolfrånvaro och att sociala kontakter kan bli svåra. Ofta beskrev föräldrar att hela familjen berördes när ett barn inte mådde bra. Flera har uttryckt vilka konsekvenser det fått för både individ och familj i form av isolering, mer psykisk ohälsa och i värsta fall suicidtankar.

Skriven av Anna Stålkrantz och Sara Sjöberg, utredare i patientnämnden, Region Jönköpings län

Citat från förälder:
"Nu när utredningen är klar och mitt barn har rätt till behandling måste hen vänta i kö i ett år för att få den. En behandling som skulle hjälpa hen att orka skola, en behandling som kan få hen tillbaka i sociala sammanhang och att orka vara tonåring. En behandling som kanske skulle hindra hen att hamna utanför samhället"

Tandvård – nytt regelverk

Flera synpunkter handlade om tandreglering och kopplat till det nya nationella regelverket som infördes 1 januari 2025 då åldersgränsen för fri tandvård sänktes från 23 år till 19 år. Det är både föräldrar som inkommit med synpunkter men också barn som hört av sig till patientnämnden.

Ett barn som besökte tandvården själv fick frågan om tandreglering, dvs om hen ville ha en tandställning. Barnet förstod inte innebörden och konsekvenserna av sitt svar så hen sa nej. Föräldern hörde av sig till tandvården och efterfrågade om hur barnet låg till i kön till tandreglering då denne inte visste att barnet fått frågan och sagt nej. Fick då beskedet att barnet tackat nej till detta och att de tagit bort barnet från kön.

Citat från förälder:
''Jag tycker det är orimligt att ställa en sådan fråga till ett barn utan att ta det samtalet tillsammans med ansvarig vuxen. Detta gjorde att en ny bedömning fick dra igång med ytterligare väntetider. Man kom då fram till samma slutsats - att hen är i behov av tandreglering och har nu med fördröjning satts upp i kö".

Del av verksamhetens svar:
"Jag ser det som ett misstag från vår sida och beklagar händelsen".

Att jobba proaktivt med synpunkter

I flera svar från verksamheter så framkommer många bra åtgärder och utveckling av verksamheten som synpunkterna de fått lett till.

I ett ärende tog det lång tid innan ambulans kom till en olycka där ett barn skadats. Efter händelsen har barnet och dennes kompisar känt en otrygghet och att de fick en bild av att det kan ta lång tid när man ringt 112 och innan hjälpen kom.
I svaret från ambulansen tog man detta på största allvar.

Del av verksamhetens svar:
"Då barnet som var oerhört tapper i situationen och hens vänner känner en osäkerhet inför möjligheten att i framtiden få hjälp när man behöver det så erbjöd vi oss att komma till barnens skolklass. Vi får då möjlighet att berätta om ambulanssjukvård, visa vår ambulans och svara på barnens frågor vilket förhoppningsvis kan bidra till att barnen ytterligare kan bearbeta händelsen".

Ett ärende rörde folktandvården och där förälder framförde synpunkter på innehållet i det brev som skickas ut och där det varnas om orosanmälan när man inte kommit på tandvårdsbesök med sitt barn. Föräldern framförde förslag till förbättringsåtgärder i brevet.

Citat från förälder:
"Som förälder till barn med stora svårigheter i mående är man väldigt utsatt och den formulering ni nu har är väldigt otydlig. Jag hade önskat att ni förtydligade vad för sorts undersökning det är som ni behöver få göra och att ni ringer upp och pratar med vårdnadshavare innan man skickar ut brevet. "Förstår helt att ni vill varje individs bästa och rutinerna finns till för oss men otydlighet och hot är inte vägen att gå".

I verksamheten ledde detta till att flera åtgärder vidtogs och att man skulle se över rutinerna kring uteblivna besök och om hur brevet om orosanmälan är utformat.

Skriven av Anna Stålkrantz och Sara Sjöberg, utredare i patientnämnden, Region Jönköpings län

Diskussion

Föräldrar som söker vård för sina barn agerar ”ombud” för barnet och är de som kan beskriva symtom och förändringar i sitt barns mående. Föräldrars inflytande kan ha stor betydelse i barnets vård och med sin delaktighet i vårdsituationer. Föräldrar till barn med speciella behov beskrev att de ofta fick ”kriga” för att deras barn skulle få rätt hjälp och bästa förutsättningar för ett vårdbesök. I en del synpunkter framkom att undersökningar uteblivit på grund av barnets speciella behov som vården inte kunde möta. *Är detta jämlik vård?*

En del föräldrar framförde att de flera gånger fick informera om de specifika behov deras barn behövde inför ett vårdbesök och bristen på att denna information inte är tydlig för vårdpersonal.

Finns det här en utvecklingsmöjlighet i journalsystemet Cosmic att kunna ha en uppmärksamhetssignal i journalen om vad ett barns speciella behov är och hur vården behöver förbereda sig? Tex att ett barn behöver bildstöd vid besök eller att man behöver extra tid för besöket. Detta skulle kunna vara ett sätt att vara bättre förbered som vårdpersonal och arbeta personcentrerat.

Information och ett vänligt bemötande anses göra mycket för att ett barn ska få en positiv upplevelse av besöket i vården. En utmaning för vården kan vara att avgöra ett barns mognadsnivå vid ett kort besök men om man försöker förklara vad som ska hända kan det ge bättre förutsättningar för att besöket ska bli en bra upplevelse och att barnet blir tryggare. Många barn är rädda för att de tror att en undersökning ska göra ont eller för att de har en egen föreställning av vad som väntar. I ett ärende gällande beslut om tandreglering som beskrivits i rapporten framkom att barnet inte förstod konsekvensen av ett nej till tandreglering. *Tog man ställning till barnets mognad när man frågade om tandreglering?* En bra relation, kommunikation och samspel mellan vårdpersonal och föräldrar, är därför av allra största betydelse för barnet.

Inom en vårdverksamhet kan det vara vårdpersonalens perspektiv som präglar den vård och det bemötande ett barn får ta del av. En vårdmiljö är vardag för de som arbetar där, men för barn och föräldrar som kommer dit kan det vara en miljö som skapar osäkerhet. Därför är bemötande och kommunikationen med barn och föräldrar av allra största betydelse. Avsikten med all kommunikation är att få och ge information och att skapa förtroendefulla relationer för att kunna samarbeta i en vårdsituation.

Ett exempel på detta är barn som får vård i både barn- och vuxenspecialiteter samtidigt och där samverkan mellan dessa är viktiga för att veta barnets behov för att ge bästa förutsättningar för en trygg vård. Då barn förekommer överallt i vården är det viktigt att alla som möter barn i olika verksamheter att de beaktar barnperspektivet men även barnrättsperspektivet. Därför är innebörden av dessa begrepp viktiga för alla medarbetare att sätta sig in i. Hur är det från barnets perspektiv tex när man söker vård, eller hur en undersökning känns och vad har barnet rätt till i dessa situationer[5]?

I Region Jönköpings län ska man arbeta efter FN:s konvention om barnets rättigheter. Barnet ska bemötas med respekt, ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande. I flera ärende som inkom till patientnämnden anser föräldrar att detta har brustit.

[5] Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter

Skriven av Anna Stålkrantz och Sara Sjöberg, utredare i patientnämnden, Region Jönköpings län

Patientnämnden i Region Jönköpings län

Patientnämnden skrev 2020 en rapport om barn i vården. Det som framkom då var att barn inte lyssnas in utifrån deras förutsättningar och att föräldrar upplevde att de inte blivit lyssnade till trots att det är de som känner barnet bäst[6].

Denna rapport visar fortfarande på samma upplevelser av vården som vi tidigare sett trots att barnkonventionen varit en lag sedan 1 januari 2020.

Diskussionsfrågor till verksamheterna

Vi hoppas med denna analys av inkomna synpunkter gällande barn i vården att kunna bidra med att man i verksamheterna har med sig tanken om ett barnperspektiv och hur man kan utveckla detta arbete.

Hur bra är ni i er verksamhet på att möta barn och ha med ett barnperspektiv?

Hur förbereder ni er inför ett besök för ett barn med speciella behov och förutsättningar?

Hur kan ni arbeta med att förbättra kommunikationen med barn och föräldrar så att de känner sig lyssnade på?

Vad ser ni blir viktigt att göra i er verksamhet utifrån underlaget i denna rapport?

[6] När patienten är ett barn, 2020, https://rjl.se/Demokrati/handlingar-och-protokoll/Patientnamnden/rapporter/

Skriven av Anna Stålkrantz och Sara Sjöberg, utredare i patientnämnden, Region Jönköpings län

§ 114

Motion: Leapscribes AI-lösning i Region Jönköpings hälso- och sjukvård

Diarienummer: RJL 2025/1950

Beslut

Presidiet beslutar att

- nämnden ska informeras om motion gällande Leapscribes AI-lösning i Region Jönköpings hälso- och sjukvård vid nämndsammanträdet den 14 oktober 2025.

Sammanfattning

Rebecca Lindgren, Maria Högberg och Leontina Aurell (Sverigedemokraterna) har lämnat en motion: Leapscribes AI-lösning i Region Jönköpings hälso- och sjukvård. I motionen föreslås

- att Region Jönköping utreder möjligheten att genomföra en pilotstudie med Leapscribes AI-lösning för dokumentation av patientbesök inom regionens hälso- och sjukvård, i syfte att utvärdera verktygets potential att avlasta vårdpersonal och förbättra arbetsmiljön
- att Region Jönköping undersöker inom vilka verksamheter detta skulle kunna vara relevant att införa
- att Region Jönköping undersöker vilken nytta kontra risker systemet skulle innebära för verksamheten och patienterna.

Beslutsunderlag

- Beslut RFP 2025-08-14 Motion: Leapscribes AI-lösning i Region Jönköpings hälso- och sjukvård
- Beslut RF 2025-06-10 Motion: Leapscribes AI-lösning i Region Jönköpings hälso- och sjukvård
- Motion: Leapscribes AI-lösning i Region Jönköpings hälso- och sjukvård

---

§ 29

Motion- Leapscribes AI-lösning i Region Jönköpings hälso- och sjukvård

Diarienummer: RJL 2025/1950

Beslut

Regionfullmäktiges presidium

- Fördelar motionen till nämnd för folkhälsa och sjukvård för behandling.

Sammanfattning

Sverigedemokraterna har lämnat en motion - Leapscribes AI-lösning i Region Jönköpings hälso- och sjukvård. I motionen föreslås:

- Att Region Jönköping utreder möjligheten att genomföra en pilotstudie med Leapscribes AI-lösning för dokumentation av patientbesök inom regionens hälso- och sjukvård, i syfte att utvärdera verktygets potential att avlasta vårdpersonal och förbättra arbetsmiljön.
- Att Region Jönköping undersöker inom vilka verksamheter detta skulle kunna vara relevant att införa.
- Att Region Jönköping undersöker vilken nytta kontra risker systemet skulle innebära för verksamheten och patienterna.

Beslutsunderlag

- Beslut regionfullmäktige 2025-06-10 §104
- Motion (SD) Leapscribes AI-lösning i Region Jönköpings hälso- och sjukvård, daterad 2025-06-02

Beslutet skickas till

Folkhälsa och sjukvård

---

§ 104

Motion- Leapscribes AI-lösning i Region Jönköpings hälso- och sjukvård

Diarienummer: RJL 2025/1950

Beslut

Regionfullmäktige

1. Noterar att motionen inkommit.
2. Motionen fördelas av regionfullmäktiges presidium.

Sammanfattning

Sverigedemokraterna har lämnat en motion - Leapscribes AI-lösning i Region Jönköpings hälso- och sjukvård. I motionen föreslås:

- Att Region Jönköping utreder möjligheten att genomföra en pilotstudie med Leapscribes AI-lösning för dokumentation av patientbesök inom regionens hälso- och sjukvård, i syfte att utvärdera verktygets potential att avlasta vårdpersonal och förbättra arbetsmiljön.
- Att Region Jönköping undersöker inom vilka verksamheter detta skulle kunna vara relevant att införa.
- Att Region Jönköping undersöker vilken nytta kontra risker systemet skulle innebära för verksamheten och patienterna.

Beslutsunderlag

- Motion (SD) Leapscribes AI-lösning i Region Jönköpings hälso- och sjukvård, daterad 2025-06-02

Beslutet skickas till

Regionfullmäktiges presidium

2025-06-10

Motion| Regionfullmäktige, Region Jönköpings län

Leapscribes AI-lösning i Region Jönköpings hälso- och sjukvård

Den administrativa belastningen inom vården har under lång tid varit ett välkänt problem och fortsätter att öka. Inom Region Jönköping pågår flera initiativ för att effektivisera arbetet och säkerställa att medarbetares kompetens används på bästa sätt, exempelvis genom RAK (rätt använd kompetens). Samtidigt öppnar den tekniska utvecklingen, inte minst inom artificiell intelligens (AI), nya möjligheter för att avlasta vårdpersonalen från administration och frigöra tid för patientnära arbete.

Ett exempel på sådan teknologisk utveckling är Leapscribe, ett AI-baserat dokumentationsverktyg som nyligen förvärvats av Cambio och som nu kan integreras i journalsystemet Cosmic, ett system som redan används inom Region Jönköping. Leapscribe fungerar genom att lyssna på samtalet mellan patient och vårdpersonal, generera ett journalutkast och presentera det för vårdpersonalen som därefter granskar, korrigerar och signerar journalen. Verktyget är tänkt som ett stöd, inte en ersättning, och har potential att minska den tid som vårdpersonal idag måste lägga på dokumentation.

Med tanke på de ökande kraven på effektivisering, förbättrad arbetsmiljö och bättre resursutnyttjande inom vården vore det värdefullt att undersöka om Leapscribe skulle kunna vara ett effektivt verktyg för Region Jönköping.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår vi att Regionfullmäktige beslutar **att**:

- Region Jönköping utreder möjligheten att genomföra en pilotstudie med Leapscribes AI-lösning för dokumentation av patientbesök inom regionens hälso- och sjukvård, i syfte att utvärdera verktygets potential att avlasta vårdpersonal och förbättra arbetsmiljön.
- Region Jönköping undersöker inom vilka verksamheter detta skulle kunna vara relevant att införa.
- Region Jönköping undersöker vilken nytta kontra risker systemet skulle innebära för verksamheten och patienterna.

För Sverigedemokraterna,

Rebecca Lindgren, ledamot

Maria Högberg, ledamot

Leontina Aurell, ledamot

§ 115

Motion: Utveckla behandlingsformer och förbättra stödinsatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

Diarienummer: RJL 2025/1508

Beslut

Presidiet beslutar att

- nämnden ska informeras om motion gällande utveckling av behandlingsformer och förbättring av stödinsatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar vid nämndsammanträdet den 14 oktober 2025.

Sammanfattning

Mikael Ekvall, Bengt-Ove Eriksson, Elisabeth Töre och Anna-Karin Ramnemo (Vänsterpartiet) har lämnat en motion: Utveckla behandlingsformer och förbättra stödinsatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. I motionen föreslås

- att ett utvecklingsarbete påbörjas med syfte förbättra och utöka behandlingsformerna för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar
- att ett utvecklingsarbete påbörjas med syfte förbättra stödinsatserna för barn som väntar på en NPF-utredning
- att ett utvecklingsarbete påbörjas med syfte att se över hur arbets- och fysioterapi kan användas på ett mer omfattande sätt kopplat.

Beslutsunderlag

- Beslut NFS 2025-09-02 Motion: Utveckla behandlingsformer och förbättra stödinsatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar
- Beslut NFSP 2025-08-19 Motion: Utveckla behandlingsformer och förbättra stödinsatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar
- Beslut RF 2025-06-10 Motion – Utveckla behandlingsformer och förbättra stödinsatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

- Beslut RFP 2025-05-26 Motion – Utveckla behandlingsformer och förbättra stödinsatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar
- Motion: Utveckla behandlingsformer och förbättra stödinsatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

---

§ 102

Motion: Utveckla behandlingsformer och förbättra stödinsatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

Diarienummer: RJL 2025/1508

Beslut

Nämnden för folkhälsa och sjukvård beslutar att

- flytta mötespunkten till nämndsammanträdet den 14 oktober.

Sammanfattning

Mikael Ekvall, Bengt-Ove Eriksson, Elisabeth Töre och Anna-Karin Ramnemo (Vänsterpartiet) har lämnat en motion: Utveckla behandlingsformer och förbättra stödinsatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. I motionen föreslås

- att ett utvecklingsarbete påbörjas med syfte förbättra och utöka behandlingsformerna för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar
- att ett utvecklingsarbete påbörjas med syfte förbättra stödinsatserna för barn som väntar på en NPF-utredning
- att ett utvecklingsarbete påbörjas med syfte att se över hur arbets- och fysioterapi kan användas på ett mer omfattande sätt kopplat.

Beslutsunderlag

- Beslut RF 2025-06-10 Motion – Utveckla behandlingsformer och förbättra stödinsatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar
- Beslut RFP 2025-05-26 Motion – Utveckla behandlingsformer och förbättra stödinsatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar
- Motion: Utveckla behandlingsformer och förbättra stödinsatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

---

§ 97

Motion: Utveckla behandlingsformer och förbättra stödinsatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

Diarienummer: RJL 2025/1508

Beslut

Presidiet beslutar att

- nämnden ska informeras om motion gällande att utveckla behandlingsformer och förbättra stödinsatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar vid nämndsammanträdet den 2 september 2025.

Sammanfattning

Mikael Ekvall, Elisabeth Töre, Bengt-Ove Eriksson och Anna-Karin Ramnemo (Vänsterpartiet) har lämnat en motion: Utveckla behandlingsformer och förbättra stödinsatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. I motionen föreslås

- att ett utvecklingsarbete påbörjas med syfte förbättra och utöka behandlingsformerna för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar
- att ett utvecklingsarbete påbörjas med syfte förbättra stödinsatserna för barn som väntar på en NPF-utredning
- att ett utvecklingsarbete påbörjas med syfte att se över hur arbets- och fysioterapi kan användas på ett mer omfattande sätt kopplat.

Beslutsunderlag

- Beslut RF 2025-06-10 Motion: Utveckla behandlingsformer och förbättra stödinsatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar
- Beslut RFP 2025-05-26 Motion: Utveckla behandlingsformer och förbättra stödinsatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar
- Motion: Utveckla behandlingsformer och förbättra stödinsatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

---

§ 23

Motion - Utveckla behandlingsformer och förbättra stödinsatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

Diarienummer: RJL 2025/1508

Beslut

Regionfullmäktiges presidium

- Fördelar motionen till nämnd för folkhälsa och sjukvård för behandling.

Sammanfattning

Vänsterpartiet har inkommit med en motion - Utveckla behandlingsformer och förbättra stödinsatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. I motionen föreslås :

- Att ett utvecklingsarbete påbörjas med syfte förbättra och utöka behandlingsformerna för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.
- Att ett utvecklingsarbete påbörjas med syfte förbättra stödinsatserna för barn som väntar på en NPF-utredning.
- Att ett utvecklingsarbete påbörjas med syfte att se över hur arbets- och fysioterapi kan användas på ett mer omfattande sätt kopplat.

Beslutsunderlag

- Motion Vänsterpartiet - Utveckla behandlingsformer och förbättra stödinsatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar 2025-04-28

Beslutet skickas till

Folkhälsa och sjukvård

---

§ 103

Motion- Utveckla behandlingsformer och förbättra stödinsatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

Diarienummer: RJL 2025/1508

Beslut

Regionfullmäktige

- Noterar att motionen inkommit och fördelats till nämnd för folkhälsa och sjukvård för behandling.

Sammanfattning

Vänsterpartiet har inkommit med en motion - Utveckla behandlingsformer och förbättra stödinsatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. I motionen föreslås :

- Att ett utvecklingsarbete påbörjas med syfte förbättra och utöka behandlingsformerna för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.
- Att ett utvecklingsarbete påbörjas med syfte förbättra stödinsatserna för barn som väntar på en NPF-utredning.
- Att ett utvecklingsarbete påbörjas med syfte att se över hur arbets- och fysioterapi kan användas på ett mer omfattande sätt kopplat.

Beslutsunderlag

- Beslut regionfullmäktiges presidium 2025-05-26 §23
- Motion Vänsterpartiet - Utveckla behandlingsformer och förbättra stödinsatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar 2025-04-28

Beslutet skickas till

Regionledningskontoret

Vänsterpartiet
Region Jönköpings län

MOTION

Region Jönköpings län
2025 -04- 28
Dnr RJL 2025/1508

Regionfullmäktige
Jönköpings län

Utveckla behandlingsformer och förbättra stödinsatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

Antalet barn som behöver stöd för att klara sin vardag på grund av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar har ökat kraftigt under det senaste decenniet vilket bland annat ställer stora krav på en fungerande, tillgänglig och kunskapsbaserad verksamhet kring dessa barn. Det innebär att korta väntetider för utredning och stödinsatser innan och under pågående utredning är av avsevärd vikt. Sjukvården behöver också vara tillräckligt rustad för att erbjuda kurativt stöd och flera olika behandlingsformer.

Region Jönköpings län har under flera års tid arbetat med att korta köerna för utredning och diagnossättning. Detta är väldigt bra och eftersträvansvärt. Men fortfarande kvarstår flera stora utmaningar. Stödet innan och under utredning behöver bli bättre. Enligt de nationella riktlinjerna från Socialstyrelsen så är det viktigt att stödinsatser sker när behovet uppstår vilket ofta kan vara redan före en neuropsykiatrisk utredning. Här ser vi stora brister idag.

Kötiden för medicinutprovning är fortfarande oacceptabelt lång vilket ytterligare understryker vikten av bättre stödinsatser och fler behandlingsformer. Även när medicinering sätts in så är det ofta en framgångsfaktor att kombinera med andra behandlingsformer. Även här anser vi att Region Jönköpings län uppvisar stora brister idag. En kombination av flera insatser är faktiskt nästan alltid att föredra. Det kan utöver eventuell medicinering handla om positivt beteendestöd, gruppaktiviteter, arbetsterapi, kognitivt stöd vid genomförandet av aktiviteter. Vad gäller ADHD-medicinering så ska det dessutom alltid kombineras med andra stödinsatser enligt de nationella riktlinjerna.

För barn med exempelvis autism kan stödinsatser inom arbetsterapifältet vara en framgångsfaktor. Genom arbetsterapin kan barn inom autismspektrat få hjälp att utföra dagliga aktiviteter på ett mer självständigt sätt. Det kan handla om ett brett utbud av färdighetsträning kopplat till umgänge, hygien och skötselvanor samt fin- och grovmotorik.

Barn med autism har ofta svårigheter att tolka sensoriska stimuli. Smaker, dofter, ytor och känslor kan vara mycket problematiska. Även inom detta område kan arbetsterapi vara av stor nytta. Målet är att hjälpa barnet att bättre hantera och kontrollera känslomässiga behov och tolkningsförmågor. Arbetsterapiaktiviteter för barn med autism kan låta barnet lära sig och leka tillsammans med andra barn och förbättra sin kommunikationsförmåga och koordination.

Många barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar har svårt att delta i vanliga gruppaktiviteter på fritiden tillsammans med andra barn. En fotbolls- eller innebandyträning kan vara helt omöjlig. Det innebär i praktiken att många barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar blir exkluderade och stillasittande. Här kan Region Jönköpings län vara en möjliggörare och erbjuda regelbundna gruppaktiviteter anpassade för olika barngrupper med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Development coordination disorder, DCD, är ett exempel på en underdiagnostiserad funktionsnedsättning inom NPF-paraplyet där barnet kan behöva mycket hjälp med träning ledd av fysioterapeut med specialkompetens på området. Många barn har flera NPF-diagnoser samtidigt, exempelvis ADHD, Autism,

DCD, Tourettes mfl, vilket ofta kan innebära att träning annat än med specialkompetens är närmast omöjligt.

Ny intressanta behandlingsmetoder är också på väg framåt. Ett exempel på det är "Braining" som i studier visat sig vara en lovande och säker metod för att implementera fysisk aktivitet inom patientpopulationen kopplad till psykiatrin. Regionen behöver kombinera nya metoder med äldre beprövade metoder såsom gruppaktiviteter och samtalsterapi.

När det finns fler fungerande behandlingsalternativ utöver medicinering är det också möjligt att en del inte behöver någon medicinering alls vilket kan frigöra läkarresurser och därmed ha bieffekten att kötiderna för medicinutprovning kan minska. Sammantaget är vi övertygade om att vårdorganisationen kring barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar kan bli mycket bättre om regionen ser över och förbättrar sina behandlingsformer genom att bland annat använda sig av arbetsterapi och fysioterapi på ett mer omfattande sätt.

Med anledning av ovanstående föreslås:

att ett utvecklingsarbete påbörjas med syfte förbättra och utöka behandlingsformerna för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

att ett utvecklingsarbete påbörjas med syfte förbättra stödinsatserna för barn som väntar på en NPF-utredning

att ett utvecklingsarbete påbörjas med syfte att se över hur arbets- och fysioterapi kan användas på ett mer omfattande sätt kopplat till behandling och stödinsatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

Mikael Ekvall
Vänsterpartiets Regiongrupp

Elisabeth Töre
Vänsterpartiets Regiongrupp

Bengt-Ove Eriksson
Vänsterpartiets Regiongrupp

Anna-Karin Ramnemo
Vänsterpartiets Regiongrupp

§ 116

Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län

Diarienummer: RJL 2025/222

Beslut

Presidiet

- lämnar ärendet till nämnden för behandling utan eget förslag till beslut.

Sammanfattning

Per Eriksson (Centerpartiet) har lämnat en motion.
I motionen föreslås

- att Region Jönköpings län utreder möjligheten att upprätta ett Kvinnohus i Jönköpings län med målgruppen våldsutsatta vuxna.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse 2025-09-03: Motion – Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut NFSP 2025-08-19 Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Tjänsteskrivelse: Motion – Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut RS 2025-06-03 Motion – Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut NFS 2025-05-27 Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut NFSP 2025-05-13 Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut NFS 2025-04-01 Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut NFSP 2025-03-18 Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut RF 2025-02-04 Motion – Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut RFP 2025-01-20 Motion – Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Motion – Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län

Regionledningskontoret

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Motion - Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län

Förslag till beslut

Förvaltningen lämnar inget förslag till beslut.

Sammanfattning

Per Eriksson (Centerpartiet) har lämnat en motion.
I motionen föreslås

- att Region Jönköpings län utreder möjligheten att upprätta ett Kvinnohus i Jönköpings län med målgruppen våldsutsatta vuxna.

Ärendebeskrivning

Per Eriksson (Centerpartiet) har lämnat en motion.

I motionen föreslås

- att Region Jönköpings län utreder möjligheten att upprätta ett Kvinnohus i Jönköpings län med målgruppen våldsutsatta vuxna.

Kvinnsam vid Göteborgs universitet och Nationalencyklopedin skiljer på begreppen kvinnohus och kvinnojour. Enligt dem är kvinnohus allaktivitetshus för kvinnorörelsen och offentliga möteslokaler för kvinnor. Med kvinnojour menas kris- och jourverksamhet för utsatta kvinnor. Men eftersom många kvinnohus drivs av kvinnojourer används ofta ordet kvinnohus synonymt med kvinnojour i dagligt tal och media. Det finns också många män som är utsatta och behöver stöd och hjälp. I gruppen våldsutsatta finns även personer i gruppen HBTIQ.

Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) driver fyra stödtelefoner för våldsutsatta. Mer information om respektive stödtelefon finns på deras webbplatser. Nationellt centrum för kvinnofrid - Uppsala universitet

Regionernas ansvar

Den offentligt finansierade sjukvården i Sverige har en lagstadgad skyldighet att identifiera och hjälpa våldsutsatta genom medicinsk vård, psykologiskt stöd och samverkan med andra aktörer. Socialstyrelsens riktlinjer och Nationellt centrum för kvinnofridsarbete (NCK) bidrar till att stärka sjukvårdens insatser på området.

Nationella riktlinjer och rekommendationer finns i:

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:39) – Ger vägledning om hur hälso- och sjukvården samt tandvården ska arbeta med våldsutsatta.
- Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) – Ger utbildning och riktlinjer för vårdpersonal om hur man bemöter och identifierar våldsutsatta.

Det finns också ett flertal lagar och regler som styr sjukvårdens ansvar.

- Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30, kap. 5 § 7) Sjukvården har en skyldighet att identifiera, stödja och hänvisa våldsutsatta till rätt hjälp.
- Patientsäkerhetslagen (2010:659) Det ställs krav på att vården ska bedrivas så att patienter inte utsätts för skada, inklusive att våldsutsatta identifieras och får rätt stöd.
- Socialtjänstlagen (SoL, Kap. 5 § 11) Sjukvården har en skyldighet att samverka med socialtjänsten när det gäller att stödja och skydda våldsutsatta.
- Offentlighets- och sekretesslagen (OSL, 2009:400) Reglerar sjukvårdens hantering av känsliga uppgifter om våldsutsatta. Det möjliggör viss informationsdelning med socialtjänsten vid fara för individens liv eller hälsa.
- Barnkonventionen (sedan 2020 en del av svensk lag) Barns rätt att skyddas från våld och övergrepp innebär att sjukvården har en skyldighet att anmäla misstanke om att ett barn far illa.

Sjukvården kan hjälpa våldsutsatta genom flera olika insatser, beroende på behov. Exempelvis genom screening och identifiering av våld. Flera regioner har infört rutiner för att ställa frågor om våld vid exempelvis besök på vårdcentraler, akutmottagningar och mödrahälsovård.

Sjukvården ska ge medicinsk och psykologisk vård, vilket inkluderar behandling av fysiska skador, traumastöd, samtalsterapi och hjälp vid PTSD. Skador ska dokumenteras och sjukintyg skrivas vid behov. Dokumentation av skador är viktigt vid polisanmälan eller rättsprocess. Sjukvården ska även samverka med socialtjänsten och kvinnojourer, för att säkerställa att den våldsutsatta får det stöd hen behöver. För att förhindra att förövare får tillgång till känslig information, ska journaler skyddas.

På hälso- och sjukvården ligger även en anmälningsskyldighet vid barn som far illa. Sjukvården har skyldighet att anmäla till socialtjänsten om de misstänker att ett barn är utsatt för eller bevittnat våld.

Kommunernas ansvar

Svenska kommuner har ett lagstadgat ansvar att stödja våldsutsatta personer genom Socialtjänstlagen och flera andra lagar. Stödet varierar mellan kommuner och ideella organisationer spelar ofta en viktig roll i att komplettera det offentliga skyddsnätet.

Kommunerna har att förhålla sig till olika lagar, exempelvis:

- *Socialtjänstlagen (SoL) – Kap. 5 § 11*
  - Kommunerna är skyldiga att ge stöd och hjälp till kvinnor och barn som utsätts för våld i nära relationer.
  - Stödet kan inkludera ekonomiskt bistånd, samtalsstöd, skyddat boende och annan social hjälp.
  - Det finns ingen specifik skyldighet för kommunerna att driva kvinnojourer, men de måste säkerställa att stöd finns tillgängligt, ofta genom samarbete med ideella organisationer.
- *Lag (2007:606) om kommunernas ansvar för kvinnor och barn som utsätts för våld*
  - Förtydligar kommunernas ansvar att erbjuda skydd och stöd.
  - Betonar vikten av att utreda och anpassa stödet till individens behov.

Kommunernas stöd kan variera beroende på resurser, men de ska erbjuda skyddat boende, antingen i egen regi eller genom kvinnojourer. De ska även erbjuda samtalsstöd och krishantering, vilket ofta sker via socialtjänsten eller externa verksamheter.

Kommunerna ska kunna erbjuda ekonomiskt stöd, exempelvis försörjningsstöd om den våldsutsatta lämnar en ekonomiskt beroende relation. Men även hjälp med polisanmälan och rättsprocesser i samarbete med polis, åklagare och advokater. Barn som bevittnat våld ska få stöd exempelvis genom stödgrupper och terapi.

Kommunerna ska även samarbete med kvinnojourer och ideella organisationer. Många kommuner samarbetar med ideella kvinnojourer för att kunna erbjuda skyddade boenden och specialiserat stöd. Dessa jourer drivs ofta av ideella krafter men får ekonomiskt stöd från kommuner och staten.

Länsstyrelsernas ansvar

Länsstyrelserna har också ett ansvar när det gäller stöd till våldsutsatta, men de har inte ett direkt operativt ansvar för att ge skydd eller stöd till enskilda personer, vilket ligger främst på kommunernas socialtjänst. Länsstyrelsernas ansvar inkluderar dock bland annat stöd till kommuner och verksamheter. Där de kan ge vägledning och utbildning till kommuner och andra aktörer för att förbättra stödet till våldsutsatta personer.

Länsstyrelsen hanterar och fördelar vissa statsbidrag som kan gå till projekt och insatser för att stärka skyddet och stödet till våldsutsatta.

Länsstyrelsen granska kommunernas arbete med att erbjuda skydd och stöd till våldsutsatta enligt socialtjänstlagen, samverkar mellan olika aktörer. Exempelvis

genom att samordna och stärka samverkan mellan olika myndigheter, såsom polis, socialtjänst, hälso- och sjukvård samt frivilligorganisationer.

Arbete inom Region Jönköpings län

Region Jönköpings län arbetar med flera olika aktiviteter och åtgärder utifrån regionens ansvar.

Arbete pågår med *Våld i nära relationer* inom alla verksamheter på olika sätt. Exempelvis genom att ta fram rutiner inom verksamheterna för att kunna identifiera våldsutsatthet och ställa frågan om våld och hantera svaret. Verksamheterna ska också kunna ge ett akut omhändertagande och behandlings utifrån behov. I det akuta omhändertagandet och under behandling sker samverkan med länets kommuner och idéburen verksamhet.

Region Jönköpings län har även en samordnare för Våld i nära relationer som är utbildningsansvarig i ämnet våld i nära relationer samt hedersrelaterat våld och förtryck. Samordnaren arbetar med utveckling och strategier i ämnet våld i nära relationer och samverkar på lokal, regional och nationell nivå (Region Jönköpings läns verksamheter, länets kommuner, länsstyrelsen, kommunal utveckling, SKR, Socialstyrelsen m.fl.)

För samverkan inom länet deltar Region Jönköpings län i flera länsövergripande grupper och projekt där vissa är tidsbestämda och andra sker regelbundet över tid. Exempel på detta kan vara:

- Regional styrgrupp våld – Länsstyrelsen, Kommunal utveckling och Region Jönköpings län
- Resurscentra Heder – Olika aktörer från länet
- Projekt våld och äldre – Länsstyrelsen, Region Jönköpings län, kommunrepresentanter, Svenska kyrkan m.fl
- Survive – nätverk som arbetar med omhändertagande efter sexuellt våld oavsett relation.

Ett annat arbete som pågår inom Region Jönköpings län är *Alternativ till våld* (ATV). Inom ATV erbjuds specifik psykologisk behandling med syfte att minska våldets konsekvenser för målgruppen utövare. Det gäller personer över 15 år som utövar/utövat våld i en nära relation och vill arbeta för att förbättra sitt beteende. ATV erbjuder även stöd för målgruppen utsatta, som är personer över 15 år som tidigare varit utsatta för våld i en nära relation. Det kan även handla om personer under 15 år som tidigare varit utsatta för våld i nära relation, utvecklat lindrig till måttlig psykisk ohälsa, och själva önskar psykologisk behandling med fokus på våld. Omsorgsperson behöver kunna delta i behandlingen.

ATV utbildar i samarbete med Länsstyrelsen socialtjänsten i kliniskt arbete med både utövare och utsatta. ATV deltar dessutom i olika samarbetsprojekt både nationellt och regionalt inom våldsfältet.

Omvärldsspaning

I Norge finns det som de kallar Krisesenter. Lagen om kriscenter (Krisesenterlova) från 2010 reglerar kommunernas skyldighet att tillhandahålla

kriscenter som stöd till personer som utsatts för våld i nära relationer. Uppdraget är att skydda och stödja kvinnor (och ibland män) samt barn som upplevt våld i nära relationer. De erbjuder boende, krisstöd, rådgivning och hjälp att komma i kontakt med rätt myndighet. Samverkan sker med socialtjänst, polis och andra stödinsatser för att ge långsiktig hjälp. Finansieringen sker i huvudsak med kommunala medel, men vissa får även bidrag från staten eller privata organisationer

I Danmark finns motsvarande Kvindehuse som tillhandahåller skyddade boenden för kvinnor och barn som utsatts för våld i nära relationer. De erbjuder en trygg plats, juridisk rådgivning, psykologiskt stöd och hjälp att bygga ett nytt liv. Samverkan sker med socialtjänst, polis, hälso- och sjukvård samt frivilligorganisationer. Finansieringen är en kombination av statliga och kommunala medel samt privata donationer.

Barnahus

Regeringen gav 2005 ett uppdrag att etablera försöksverksamheter för myndighetssamverkan i gemensamma lokaler för barn som misstänks vara utsatta för brott, så kallade barnahus. Det finns nu 33 barnahus i Sverige. Dessa Barnahus är spridda över landet och är en del av ett samarbete mellan olika aktörer som polis, socialtjänst, åklagare samt hälso- och sjukvård för att stödja barn som utsatts för brott.

Sedan 2009 finns det nationella riktlinjer och kriterier för vad som ska kännetecknа ett barnahus vilka är: mål, målgrupp, upptagningsområde, ekonomi och kostnadsfördelning, rutiner för anmälan till socialtjänst och polis, samordnarfunktion, samråd, medhörning vid barnförhör, krisbemötande och första krisstöd, medicinsk undersökning, säkerställande av kompetens samt dokumentation, uppföljning och utvärdering.

Barnahus i Jönköpings län startade sin verksamhet 2014 och vid initierandet beslutades att redan från början arbeta med fyra områden: brottsutredning, samverkan/skydd, fysisk hälsa och psykisk hälsa.

Barnahus är en samverkan mellan polismyndigheten, åklagarkammaren, länets tretton kommuner och Region Jönköpings län. Målgruppen för Barnahus i Jönköpings län är barn från 0 till 18 år som misstänks ha varit utsatta för våldsbrott och liknande allvarliga brott av någon i nära relation, eller sexualbrott oavsett relation till den misstänkte. I Barnahus målgrupp ingår också barn under 15 år som själva är misstänkta för sexualbrott.

Barnahus verksamhet består av samordning mellan socialtjänst, polis, åklagare och hälso- och sjukvård. En nära samverkan mellan verksamheterna ger förutsättningar för ett kontinuerligt utbyte av information och kunskap – i varje enskilt ärende men också på en övergripande nivå.

Barnahus mål är att stärka barns rättigheter under rättsprocessen och tillse att dessa barn får ett gott bemötande, anpassad information, stöd under förhörsdagen, samt vid behov omgående krisinsatser och bedömning av behandlingsinsatser.

Principen om barnets rätt att komma till tals och göras delaktig är grundläggande för verksamheten.

När barn ska förhöras av polis görs detta i regel på Barnahus. Alla professioner samlas då på Barnahus istället för att barnet ska behöva åka runt och ge sin berättelse om igen i olika sammanhang. Barnahus bemannas av barnläkare från barn- och ungdomsmedicinska mottagningen/barnkliniken. Vid behov kallas även andra specialister in, exempelvis gynekolog och rättsläkare. Krisstöd erbjuds av psykolog från rehabiliteringscentrum - Alternativ till våld. Utöver ovanstående är Barnahus en rådgivande funktion till socialtjänsten i länets kommuner samt andra yrkesverksamma som möter våldsutsatta barn. Barnahus är också en av flera aktörer som har i uppdrag att sprida kunskap om våld och övergrepp mot barn, bland annat genom utbildningar och föreläsningar.

På Barnahus får barnet vistas i en trygg och barnvänlig miljö, och övriga inblandade professioner kommer till Barnahus för att ge dessa barn skydd, en trygg rättsprocess och hjälp till förståelse för vad som sker. Barnets bästa är vägledande under planeringen av processen, i mötet med barnet, och i beslut som fattas under processen. De inblandade verksamheterna vilar på olika lagrum och praxis, men genom en genomarbetad samverkan och struktur skapas möjlighet att se och ta hänsyn till flera perspektiv på barnets behov.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse 2025-09-03: Motion – Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut NFSP 2025-08-19 Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Tjänsteskrivelse: Motion – Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut RS 2025-06-03 Motion – Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut NFS 2025-05-27 Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut NFSP 2025-05-13 Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut NFS 2025-04-01 Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut NFSP 2025-03-18 Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut RF 2025-02-04 Motion – Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut RFP 2025-01-20 Motion – Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Motion – Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län

Beslutet skickas till

Regionstyrelsen
Regionledningskontoret – Folkhälsa och sjukvård

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anette Peterson
Hälso- och sjukvårdsstrateg

§ 98

Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län

Diarienummer: RJL 2025/222

Beslut

Presidiet beslutar att

- tjänsteskrivelsen ska kompletteras med information om Barnahus med syftet att undersöka om motsvarande koncept kan passa för Kvinnohus
- mötespunkten flyttas till nämndsammanträdet den 14 oktober 2025.

Sammanfattning

Per Eriksson (Centerpartiet) har lämnat en motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län. I motionen föreslås

- att Region Jönköpings län utreder möjligheten att upprätta ett Kvinnohus i Jönköpings län med målgruppen våldsutsatta vuxna.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut RS 2025-06-03 Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut NFS 2025-05-27 Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut NFSP 2025-05-13 Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut NFS 2025-04-01 Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut NFSP 2025-03-18 Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut RF 2025-02-04 Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut RFP 2025-01-20 Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län

---

Regionledningskontoret

Nämnden för folkhälsa och sjukvård

Motion – Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län

Förslag till beslut

Förvaltningen lämnar inget förslag till beslut.

Sammanfattning

Per Eriksson (Centerpartiet), har lämnat en motion.
I motionen föreslås

- att Region Jönköpings län utreder möjligheten att upprätta ett Kvinnohus i Jönköpings län med målgruppen våldsutsatta vuxna.

Ärendebeskrivning

Per Eriksson (Centerpartiet), har lämnat en motion.

I motionen föreslås

- att Region Jönköpings län utreder möjligheten att upprätta ett Kvinnohus i Jönköpings län med målgruppen våldsutsatta vuxna.

Kvinnsam vid Göteborgs universitet och Nationalencyklopedin skiljer på begreppen kvinnohus och kvinnojour. Enligt dem är kvinnohus allaktivitetshus för kvinnorörelsen och offentliga möteslokaler för kvinnor. Med kvinnojour menas kris- och jourverksamhet för utsatta kvinnor. Men eftersom många kvinnohus drivs av kvinnojourer används ofta ordet kvinnohus synonymt med kvinnojour i dagligt tal och media.

Det finns också många män som är utsatta och behöver stöd och hjälp. I gruppen våldsutsatta finns även personer i gruppen HBTIQ.

Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) driver fyra stödtelefoner för våldsutsatta. Mer information om respektive stödtelefon finns på deras webbplatser. Nationellt centrum för kvinnofrid - Uppsala universitet

Regionernas ansvar

Den offentligt finansierade sjukvården i Sverige har en lagstadgad skyldighet att identifiera och hjälpa våldsutsatta genom medicinsk vård, psykologiskt stöd och samverkan med andra aktörer. Socialstyrelsens riktlinjer och Nationellt centrum för kvinnofridsarbete (NCK) bidrar till att stärka sjukvårdens insatser på området.

Nationella riktlinjer och rekommendationer finns i:

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:39) – Ger vägledning om hur hälso- och sjukvården samt tandvården ska arbeta med våldsutsatta.
- Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) – Ger utbildning och riktlinjer för vårdpersonal om hur man bemöter och identifierar våldsutsatta.

Det finns också ett flertal lagar och regler som styr sjukvårdens ansvar.

- Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30, kap. 5 § 7) Sjukvården har en skyldighet att identifiera, stödja och hänvisa våldsutsatta till rätt hjälp.
- Patientsäkerhetslagen (2010:659) Det ställs krav på att vården ska bedrivas så att patienter inte utsätts för skada, inklusive att våldsutsatta identifieras och får rätt stöd.
- Socialtjänstlagen (SoL, Kap. 5 § 11) Sjukvården har en skyldighet att samverka med socialtjänsten när det gäller att stödja och skydda våldsutsatta.
- Offentlighets- och sekretesslagen (OSL, 2009:400) Reglerar sjukvårdens hantering av känsliga uppgifter om våldsutsatta. Det möjliggör viss informationsdelning med socialtjänsten vid fara för individens liv eller hälsa.
- Barnkonventionen (sedan 2020 en del av svensk lag) Barns rätt att skyddas från våld och övergrepp innebär att sjukvården har en skyldighet att anmäla misstanke om att ett barn far illa.

Sjukvården kan hjälpa våldsutsatta genom flera olika insatser, beroende på behov. Exempelvis genom screening och identifiering av våld. Flera regioner har infört rutiner för att ställa frågor om våld vid exempelvis besök på vårdcentraler, akutmottagningar och mödrahälsovård.

Sjukvården ska ge medicinsk och psykologisk vård, vilket inkluderar behandling av fysiska skador, traumastöd, samtalsterapi och hjälp vid PTSD. Skador ska dokumenteras och sjukintyg skrivas vid behov. Dokumentation av skador är viktigt vid polisanmälan eller rättsprocess. Sjukvården ska även samverka med socialtjänsten och kvinnojourer, för att säkerställa att den våldsutsatta får det stöd hen behöver. För att förhindra att förövare får tillgång till känslig information, ska journaler skyddas.

På hälso- och sjukvården ligger även en anmälningsskyldighet vid barn som far illa. Sjukvården har skyldighet att anmäla till socialtjänsten om de misstänker att ett barn är utsatt för eller bevittnat våld.

Kommunernas ansvar

Svenska kommuner har ett lagstadgat ansvar att stödja våldsutsatta personer genom Socialtjänstlagen och flera andra lagar. Stödet varierar mellan kommuner och ideella organisationer spelar ofta en viktig roll i att komplettera det offentliga skyddsnätet.

Kommunerna har att förhålla sig till olika lagar, exempelvis:

- *Socialtjänstlagen (SoL) – Kap. 5 § 11*
  - Kommunerna är skyldiga att ge stöd och hjälp till kvinnor och barn som utsätts för våld i nära relationer.
  - Stödet kan inkludera ekonomiskt bistånd, samtalsstöd, skyddat boende och annan social hjälp.
  - Det finns ingen specifik skyldighet för kommunerna att driva kvinnojourer, men de måste säkerställa att stöd finns tillgängligt, ofta genom samarbete med ideella organisationer.
- *Lag (2007:606) om kommunernas ansvar för kvinnor och barn som utsätts för våld*
  - Förtydligar kommunernas ansvar att erbjuda skydd och stöd.
  - Betonar vikten av att utreda och anpassa stödet till individens behov.

Kommunernas stöd kan variera beroende på resurser, men de ska erbjuda skyddat boende, antingen i egen regi eller genom kvinnojourer. De ska även erbjuda samtalsstöd och krishantering, vilket ofta sker via socialtjänsten eller externa verksamheter.

Kommunerna ska kunna erbjuda ekonomiskt stöd, exempelvis försörjningsstöd om den våldsutsatta lämnar en ekonomiskt beroende relation. Men även hjälp med polisanmälan och rättsprocesser i samarbete med polis, åklagare och advokater. Barn som bevittnat våld ska få stöd exempelvis genom stödgrupper och terapi.

Kommunerna ska även samarbete med kvinnojourer och ideella organisationer. Många kommuner samarbetar med ideella kvinnojourer för att kunna erbjuda skyddade boenden och specialiserat stöd. Dessa jourer drivs ofta av ideella krafter men får ekonomiskt stöd från kommuner och staten.

Länsstyrelsernas ansvar

Länsstyrelserna har också ett ansvar när det gäller stöd till våldsutsatta, men de har inte ett direkt operativt ansvar för att ge skydd eller stöd till enskilda personer, vilket ligger främst på kommunernas socialtjänst. Länsstyrelsernas ansvar inkluderar dock bland annat stöd till kommuner och verksamheter. Där de kan ge vägledning och utbildning till kommuner och andra aktörer för att förbättra stödet till våldsutsatta personer.

Länsstyrelsen hanterar och fördelar vissa statsbidrag som kan gå till projekt och insatser för att stärka skyddet och stödet till våldsutsatta.

Länsstyrelsen granska kommunernas arbete med att erbjuda skydd och stöd till våldsutsatta enligt socialtjänstlagen, samverkar mellan olika aktörer. Exempelvis

genom att samordna och stärka samverkan mellan olika myndigheter, såsom polis, socialtjänst, hälso- och sjukvård samt frivilligorganisationer.

Arbete inom Region Jönköpings län

Region Jönköpings län arbetar med flera olika aktiviteter och åtgärder utifrån vad regionen har för ansvar.

Arbete pågår med *Våld i nära relationer* inom alla verksamheter på olika sätt. Exempelvis genom att ta fram rutiner inom verksamheterna för att kunna identifiera våldsutsatthet och ställa frågan om våld och hantera svaret. Verksamheterna ska också kunna ge ett akut omhändertagande och behandlings utifrån behov. I det akuta omhändertagandet och under behandling sker samverkan med länets kommuner och idéburen verksamhet.

Region Jönköpings län har även en samordnare för Våld i nära relationer som är utbildningsansvarig i ämnet våld i nära relationer samt hedersrelaterat våld och förtryck. Samordnaren arbetar med utveckling och strategier i ämnet våld i nära relationer och samverkar på lokal, regional och nationell nivå (Region Jönköpings läns verksamheter, länets kommuner, länsstyrelsen, kommunal utveckling, SKR, Socialstyrelsen m.fl.)

För samverkan inom länet deltar Region Jönköpings län i flera länsövergripande grupper och projekt där vissa är tidsbestämda och andra sker regelbundet över tid. Exempel på detta kan vara:

- Regional styrgrupp våld – Länsstyrelsen, Kommunal utveckling och Region Jönköpings län
- Resurscentra Heder – Olika aktörer från länet
- Projekt våld och äldre – Länsstyrelsen, Region Jönköpings län, kommunrepresentanter, Svenska kyrkan m.fl
- Survive – nätverk som arbetar med omhändertagande efter sexuellt våld oavsett relation.

Ett annat arbete som pågår inom Region Jönköpings län är *Alternativ till våld* (ATV). Inom ATV erbjuds specifik psykologisk behandling med syfte att minska våldets konsekvenser för målgruppen utövare. Det gäller personer över 15 år som utövar/utövat våld i en nära relation och vill arbeta för att förbättra sitt beteende. ATV erbjuder även stöd för målgruppen utsatta, som är personer över 15 år som tidigare varit utsatta för våld i en nära relation. Det kan även handla om personer under 15 år som tidigare varit utsatta för våld i nära relation, utvecklat lindrig till måttlig psykisk ohälsa, och själva önskar psykologisk behandling med fokus på våld. Omsorgsperson behöver kunna delta i behandlingen.

ATV utbildar i samarbete med Länsstyrelsen socialtjänsten i kliniskt arbete med både utövare och utsatta. ATV deltar dessutom i olika samarbetsprojekt både nationellt och regionalt inom våldsfältet.

Omvärldsspaning

I Norge finns det som de kallar Krisesenter. Lagen om kriscenter (Krisesenterlova) från 2010 reglerar kommunernas skyldighet att tillhandahålla

kriscenter som stöd till personer som utsatts för våld i nära relationer. Uppdraget är att skydda och stödja kvinnor (och ibland män) samt barn som upplevt våld i nära relationer. De erbjuder boende, krisstöd, rådgivning och hjälp att komma i kontakt med rätt myndighet. Samverkan sker med socialtjänst, polis och andra stödinsatser för att ge långsiktig hjälp. Finansieringen sker i huvudsak med kommunala medel, men vissa får även bidrag från staten eller privata organisationer

I Danmark finns motsvarande Kvindehuse som tillhandahåller skyddade boenden för kvinnor och barn som utsatts för våld i nära relationer. De erbjuder en trygg plats, juridisk rådgivning, psykologiskt stöd och hjälp att bygga ett nytt liv. Samverkan sker med socialtjänst, polis, hälso- och sjukvård samt frivilligorganisationer. Finansieringen är en kombination av statliga och kommunala medel samt privata donationer.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Motion – Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut NFS 2025-04-01 Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut NFSP 2025-03-18 Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut RF 2025-02-04 Motion – Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut RFP 2025-01-20 Motion – Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Motion – Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län

Beslutet skickas till

Regionfullmäktige
Regionledningskontoret – Folkhälsa och sjukvård

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anette Peterson
Hälso- och sjukvårdsstrateg

§ 110

Motion – Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län

Diarienummer: RJL 2025/222

Beslut

Regionstyrelsen

- återremitterar ärendet till nämnden för folkhälsa och sjukvård för vidare beredning.

Sammanfattning

Per Eriksson (Centerpartiet), har lämnat en motion.
I motionen föreslås

- att Region Jönköpings län utreder möjligheten att upprätta ett Kvinnohus i Jönköpings län med målgruppen våldsutsatta vuxna.

Motionen har fördelats till nämnden för folkhälsa och sjukvård för behandling.

Förslag till beslut

Ordföranden yrkar för Samverkan Region Jönköpings län att motionen ska återremitteras till nämnden för folkhälsa och sjukvård för ytterligare beredning.

Per Eriksson (C) ställer sig bakom förslaget om återremiss.

Nämnden för folkhälsa och sjukvård har föreslagit att motionen ska avslås.

Beslutsgång

På ordförandens fråga beslutar regionstyrelsen att återremittera ärendet till nämnden för folkhälsa och sjukvård för vidare beredning.

Beslutsunderlag

- Beslut Nämnd för folkhälsa och sjukvård 2025-05-27 § 67
- Beslut Nämnd för folkhälsa och sjukvård – presidium 2025-05-13 § 66
- Tjänsteskrivelse
- Beslut Nämnd för folkhälsa och sjukvård 2025-04-01 § 47
- Beslut Nämnd för folkhälsa och sjukvård – presidium 2025-03-18 § 49
- Beslut Regionfullmäktige 2025-02-04 § 28
- Beslut Regionfullmäktiges presidium 2025-01-20 § 7

- Motion – Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län

Beslutet skickas till
Nämnd för folkhälsa och sjukvård

---

§ 67

Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län

Diarienummer: RJL 2025/222

Beslut

Nämnden för folkhälsa och sjukvård föreslår att

- motionen avslås.

Sammanfattning

Per Eriksson (Centerpartiet), har lämnat en motion.
I motionen föreslås

- att Region Jönköpings län utreder möjligheten att upprätta ett Kvinnohus i Jönköpings län med målgruppen våldsutsatta vuxna.

Förslag till beslut

Förslag av ordförande Thomas Gustafsson (S):

- Motionen avslås.

Förslag av Razvan Nichitelea (C), Monica Samuelsson (KD), Peter Iveroth (KD), Maria Högberg (SD), Vibecke Hvidsten (SD) och Andrea Stjärne (L):

- Motionen bifalls.

Beslutsgång

Ordföranden ställer förslagen mot varandra och finner att nämnden beslutar föreslå att motionen avslås.

Beslutsunderlag

- Beslut NFSP 2025-05-13 Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Tjänsteskrivelse: Motion – Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut NFS 2025-04-01 Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut NFSP 2025-03-18 Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut RF 2025-02-04 Motion – Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut RFP 2025-01-20 Motion – Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Motion – Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län

Beslutet skickas till
Regionstyrelsen

---

§ 66

Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län

Diarienummer: RJL 2025/222

Beslut

Presidiet föreslår att

- motionen avslås.

Deltar inte

Monica Samuelsson (KD) deltar inte i beslutet.

Sammanfattning

Per Eriksson (Centerpartiet), har lämnat en motion.
I motionen föreslås

- att Region Jönköpings län utreder möjligheten att upprätta ett Kvinnohus i Jönköpings län med målgruppen våldsutsatta vuxna.

Beslutsunderlag

- Beslut NFSP 2025-05-13 Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Tjänsteskrivelse: Motion – Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut NFS 2025-04-01 Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut NFSP 2025-03-18 Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut RF 2025-02-04 Motion – Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut RFP 2025-01-20 Motion – Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Motion – Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län

Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

---

§ 47

Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län

Diarienummer: RJL 2025/222

Beslut

Nämnden för folkhälsa och sjukvård

- noterar informationen inför vidare behandling av ärendet.

Sammanfattning

Centerpartiet har lämnat en motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län. I motionen föreslås

- att Region Jönköpings län utreder möjligheten att upprätta ett kvinnohus i Jönköpings län med målgruppen våldsutsatta vuxna.

Hälso- och sjukvårdsdirektör Mats Bojestig informerar om motionen.

Beslutsunderlag

- Presentation: Motion – Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut RF 2025-02-04 Motion - Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut RFP 2025-01-20 Motion - Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Motion - Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län

---

§ 49

Motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län

Diarienummer: RJL 2025/222

Beslut

Presidiet beslutar att

- nämnden ska informeras om motion gällande utredning av möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län vid nämndsammanträdet den 1 april 2025.

Sammanfattning

Centerpartiet har lämnat motion: Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län. I motionen föreslås

- att Region Jönköpings län utreder möjligheten att upprätta ett kvinnohus i Jönköpings län med målgruppen våldsutsatta vuxna.

Beslutsunderlag

- Beslut RF 2025-02-04 Motion - Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Beslut RFP 2025-01-20 Motion - Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län
- Motion - Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län

---

§ 28

Motion - Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län

Diarienummer: RJL 2025/222

Beslut

Regionfullmäktiges presidium

- Noterar att motionen inkommit och omfördelar motionen till nämnd för folkhälsa och sjukvård för behandling.

Sammanfattning

Centerpartiet har inkommit med en motion – Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län. I motionen föreslås:

- Att Region Jönköpings län utreder möjligheten att upprätta ett Kvinnohus i Jönköpings län med målgruppen våldsutsatta vuxna.

Beslutsunderlag

- Beslut regionfullmäktiges presidium 2025-01-20 § 7
- Motion - Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län daterad 2024-01-20

Beslutet skickas till

Folkhälsa och sjukvård

---

§ 7

Motion - Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län

Diarienummer: RJL 2025/222

Beslut

Regionfullmäktiges presidium

- Fördelar motionen till regionstyrelsen för behandling.

Sammanfattning

Centerpartiet har inkommit med en motion – Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län. I motionen föreslås:

- Att Region Jönköpings län utreder möjligheten att upprätta ett Kvinnohus i Jönköpings län med målgruppen våldsutsatta vuxna.

Beslutsunderlag

- Motion - Utred möjligheten att öppna ett kvinnohus i Jönköpings län daterad 2024-01-20

Beslutet skickas till

Regionstyrelsen
Regionfullmäktige

MOTION
UTRED MÖJLIGHETEN ATT ÖPPNA ETT KVINNOHUS I JÖNKÖPINGS LÄN

Mäns våld mot kvinnor är ett akut samhällsproblem och i den politiska debatten hörs ofta orden ”det krävs krafttag” för att få slut på våld i nära relationer. Centerpartiet vill gå från ord till handling genom att Region Jönköpings län blir först i landet med att upprätta ett Kvinnohus för våldsutsatta. Konceptet ska likna Barnahus fast målgruppen är våldsutsatta vuxna över 18 år.

Konceptet med Kvinnohus finns sedan länge – både i Norge och i Danmark. Syftet med ett Kvinnohus är att minska antalet trösklar som en våldsutsatt behöver ta sig över genom att erbjuda professionell myndighetshjälp och rådgivning på ett och samma ställe. Tyvärr är det alldeles för många kvinnor som av olika anledningar inte mäktar att driva den process som krävs för att lämna ett destruktivt och/eller våldsamt förhållande. **Centerpartiet i Region Jönköpings län anser det nödvändigt att samhället kliver in och bistår med den rådgivning och hjälp som krävs för att möjliggöra förändring för den våldsutsatta och i förlängningen rädda liv.**

Våra grannländers varianter av Kvinnohus fungerar mycket bra, liksom Barnahus i Sverige. Barnahus drivs i ett samarbete mellan polis, region och kommun och de arbetande professionerna är poliser, socialsekreterare, åklagare, barnläkare och barn- och ungdomspsykologer. För att få ett slut på mäns våld mot kvinnor krävs just en bättre samverkan mellan polis, region och kommun. Till ett Kvinnohus kan våldsutsatta (kvinnor) vända sig direkt - utan hänvisning eller tidsbokning – sedan ska behovsanpassad och kostnadsfri hjälp erbjudas. Genom att förenkla för våldsutsatta att få hjälp genom välfärdssystemet minskar känslan av skuld och skam runt att söka stöd. Med hjälp av Kvinnohus kommer fler kvinnor mäkta med att lämna sina våldsamma relationer och fler våldsutövare blir åtalade.

Att-sats:

Region Jönköpings län utreder möjligheten att upprätta ett Kvinnohus i Jönköpings län med målgruppen våldsutsatta vuxna.

Per Eriksson (C), ledamot regionfullmäktige

§ 117

Tandvårdstaxa Folktandvården 2026

Diarienummer: RJL 2025/8

Beslut

Presidiet föreslår nämnden för folkhälsa och sjukvård att

- godkänna tandvårdstaxa med prislista per åtgärd för Folktandvården 2026 Region Jönköpings län.

Sammanfattning

Förslaget till tandvårdstaxa 2026 följer principerna för Region Jönköpings läns priser inom folktandvården.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Tandvårdstaxa Folktandvården 2026
- Tandvårdstaxa Folktandvården 2026 Region Jönköpings län
- Tandvårdstaxa jourtid Folktandvården 2026 Region Jönköpings län

Beslutet skickas till

Nämnden för folkhälsa och sjukvård

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Tandvårdstaxa Folktandvården 2026 Region Jönköpings län

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- godkänner tandvårdstaxa med prislista per åtgärd för Folktandvården 2026 Region Jönköpings län.

Sammanfattning

Förslaget till tandvårdstaxa 2026 följer principerna för Region Jönköpings läns priser inom folktandvården.

Ärendebeskrivning

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) beslutar sedan 2008 om referenspriser för de tandvårdsåtgärder som ingår i det statliga tandvårdsstödet Det är exempelvis fyllningar, rotbehandlingar och kronor. Referenspriserna ligger till grund för beräkningen av hur stor del av kostnaden staten betalar vid en tandvårdsbehandling. Referenspriset talar om vad ett normalpris för en behandling kan vara och tar hänsyn till hela behandlingskostnaden, inklusive tandtekniskt arbete och material.

Det är fri prissättning inom tandvården i Sverige. Det innebär att varje tandläkare och tandhygienist kan ta vilket pris de vill för den tandvård de utför. Om en tandläkare tar ut ett högre pris, än det som är angivet i referensprislistan, får patienten själv betala mellanskillnaden. Om tandläkarens pris är lägre än referenspriset, får patienten ersättning enligt det pris den betalar.
En översiktlig genomgång av hur andra landsting/regioner förhåller sig till referensprislistan visar att de allra flesta avviker och avvikelsen varierar mellan 4 och 20 procent. Region Jönköpings län avviker också från referensprislistan med cirka 7 procent inför 2026. Jämfört med riket i övrigt har Region Jönköpings län en låg avgift i tandvårdstaxan.

Principer för hur Region Jönköpings läns priser inom folktandvården ska förhålla sig till referensprislistan framgår av budget 2026 och flerårsplan 2027-2028.

Principerna avser både allmäntandvård och specialisttandvård och sätter ramen för hur de olika åtgärderna inom folktandvården prissätts.

- Taxan ska i största möjliga utsträckning följa referensprislistan.
- Den totala intäkten (åtgärd*volym*pris) får avvika max 7 procent från referensprislistans totala intäkt. Detta gäller under förutsättning att referensprislistan inte höjs mer än normalt inför 2026.
- Frisktandvården ska vara självfinansierad.

Tandvårdstaxa jourtid har ett generellt påslag på 50 % på den normala taxan.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Tandvårdstaxa Folktandvården 2026
- Tandvårdstaxa Folktandvården 2026 Region Jönköpings län
- Tandvårdstaxa jourtid Folktandvården 2026 Region Jönköpings län

Beslutet skickas till

Regionstyrelsen

Thomas Gustafsson
Ordförande
Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Folktandvården
Region Jönköpings län

Tandvårdstaxa 2026 - Jourklinik

ATV-kod eller STV-kod	Åtgärdsgrupp	Extern / intern kod	Åtgärd	Åtgärdstext	FTV pris 2025	Referens pris 2025
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**101**	Basundersökning, utförd av tandläkare	1 785	1 100
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**103**	Kompletterande eller akut undersökning, utförd av tandläkare	825	445
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**103S**	Kompletterande eller akut undersökning, utförd av tandläkare	1 080	585
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**107**	Omfattande undersökning, utförd av tandläkare	2 035	1 275
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**107S**	Omfattande undersökning, utförd av tandläkare	3 285	1 970
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**108**	Utredning inklusive undersökning, utförd av tandläkare	3 375	1 895
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**108S**	Utredning inklusive undersökning, utförd av tandläkare	5 275	2 960
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**111**	Basundersökning, utförd av tandhygienist	1 530	985
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**112**	Basundersökning med fullständig parodontal undersökning, utförd av tandhygienist	1 950	1 285
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**113**	Akut eller annan undersökning, utförd av tandhygienist	910	535
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**114**	Fullständig parodontal undersökning eller fördjupad kariesutredning, utförd av tandhygienist	1 300	785
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**115S**	Konsultation specialisttandvård (Kan användas endast av tandläkare med bevis om specialistkompetens)	1 590	1 060
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**116S**	Konsultation specialisttandvård, omfattande (Kan användas endast av tandläkare med bevis om specialistkompetens)	3 120	2 080
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**121**	Röntgenundersökning, en bild, eller flera bilder av en tandposition	135	80
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**121S**	Röntgenundersökning, en bild, eller flera bilder av en tandposition	205	120
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**123**	Röntgenundersökning, helstatus	1 555	1 020
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**123S**	Röntgenundersökning, helstatus	2 425	1 595
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**124**	Panoramaröntgenundersökning	970	635
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**124S**	Panoramaröntgenundersökning	1 725	1 130
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**125**	Röntgenundersökning, extraoral	955	620
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**125S**	Röntgenundersökning, extraoral	1 720	1 125
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**126**	Röntgenundersökning, omfattande	1 855	1 215
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**126S**	Röntgenundersökning, omfattande	3 160	2 075
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**127**	Röntgenundersökning, delstatus	390	235
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**127S**	Röntgenundersökning, delstatus	685	410
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**128**	Röntgenundersökning, större delstatus	670	405
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**128S**	Röntgenundersökning, större delstatus	1 030	625
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**131**	Tomografiundersökning, en kvadrant eller tandposition 3-3	1 845	1 210
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**131S**	Tomografiundersökning, en kvadrant eller tandposition 3-3	2 370	1 555
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**132**	Tomografiundersökning, två kvadranter eller sinus	2 335	1 535
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**132S**	Tomografiundersökning, två kvadranter eller sinus	3 160	2 080
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**133**	Tomografiundersökning, tre kvadranter eller käkleder	2 895	1 920
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**133S**	Tomografiundersökning, tre kvadranter eller käkleder	4 270	2 830
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**134**	Tomografiundersökning, fyra kvadranter	3 480	2 255
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**134S**	Tomografiundersökning, fyra kvadranter	5 160	3 340
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**141**	Analoga studiemodeller för behandlingsplanering	1 330	885
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**142**	Digitala studiemodeller för behandlingsplanering	1 210	535
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**161**	Salivsekretionsmätning	1 365	900
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**162**	Laboratoriekostnader vid mikrobiologisk undersökning	840	520
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**163**	Biopsi	1 915	1 260
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**163S**	Biopsi	2 380	1 565
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**164**	Laboratoriekostnader vid patologanatomisk diagnostik (PAD)	1 455	895

A	Sjukdomsföreb åtg	Extern	**201**	Information eller instruktion vid risk för munhälsorelaterade sjukdomar eller problem	925	600
A	Sjukdomsföreb åtg	Extern	**204**	Profylaxskena, per skena	1 710	1 135
A	Sjukdomsföreb åtg	Extern	**205**	Fluoridbehandling, kortare behandlingstid	385	245
A	Sjukdomsföreb åtg	Extern	**206**	Fluoridbehandling	765	485
A	Sjukdomsföreb åtg	Extern	**207**	Mekaniskt avlägsnande av supragingival tandsten	585	375
A	Sjukdomsföreb åtg	Extern	**208**	Mekaniskt avlägsnande av supragingival tandsten, omfattande	1 155	735
A	Sjukdomsföreb åtg	Extern	**209**	Mekaniskt avlägsnande av supragingival tandsten, särskilt tidskrävande	1 785	1 145
A	Sjukdomsföreb åtg	Extern	**213**	Kvalificerat rådgivande samtal för sjukdoms- eller smärtprevention, 60 minuter eller mer	2 595	1 505
A	Sjukdomsföreb åtg	Extern	**214**	Kvalificerat rådgivande samtal för sjukdoms- eller smärtprevention	1 105	695
A	Sjukdomsföreb åtg	Extern	**250**	Rådgivande samtal eller instruktion vid risk för munhälsorelaterade sjukdomar eller problem, distanskontakt via videolänk	660	395
A	Sjukdomsföreb åtg	Extern	**251**	Kvalificerat rådgivande samtal för sjukdoms- eller smärtprevention, 60 minuter eller mer, distanskontakt via videolänk	3 045	1 030
A	Sjukdomsföreb åtg	Extern	**252**	Kvalificerat rådgivande samtal för sjukdoms- eller smärtprevention, distanskontakt via videolänk	1 440	480
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**301**	Sjukdoms- eller smärtbehandling, mindre omfattande	730	450
S	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**301S**	Sjukdoms- eller smärtbehandling, mindre omfattande	960	590
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**302**	Sjukdoms- eller smärtbehandling	1 300	840
S	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**302S**	Sjukdoms- eller smärtbehandling	1 740	1 120
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**303**	Sjukdoms- eller smärtbehandling, omfattande	1 935	1 245
S	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**303S**	Sjukdoms- eller smärtbehandling, omfattande	2 575	1 665
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**304**	Sjukdoms- eller smärtbehandling, särskilt tidskrävande	3 105	2 025
S	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**304S**	Sjukdoms- eller smärtbehandling, särskilt tidskrävande	4 045	2 650
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**311**	Information eller instruktion vid munhälsorelaterade sjukdomar eller problem	925	595
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**312**	Uppföljande information eller instruktion vid munhälsorelaterade sjukdomar eller problem	405	240
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**313**	Kvalificerat rådgivande samtal vid sjukdoms- eller smärttillstånd, 60 minuter eller mer	2 595	1 505
S	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**313S**	Kvalificerat rådgivande samtal vid sjukdoms- eller smärttillstånd, 60 minuter eller mer	4 945	2 745
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**314**	Kvalificerat rådgivande samtal vid sjukdoms- eller smärttillstånd	1 105	695
S	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**314S**	Kvalificerat rådgivande samtal vid sjukdoms- eller smärttillstånd	2 290	1 270
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**321**	Icke-operativ behandling av kariessjukdom	915	600
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**322**	Stegvis exkavering	2 040	1 350
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**341**	Behandling av parodontal sjukdom eller periimplantit, mindre omfattande	1 240	735
S	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**341S**	Behandling av parodontal sjukdom eller periimplantit, mindre omfattande	1 395	835
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**342**	Behandling av parodontal sjukdom eller periimplantit, omfattande	2 145	1 430
S	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**342S**	Behandling av parodontal sjukdom eller periimplantit, omfattande	3 195	2 130
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**343**	Behandling av parodontal sjukdom eller periimplantit, särskilt tidskrävande	3 300	2 165
S	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**343S**	Behandling av parodontal sjukdom eller periimplantit, särskilt tidskrävande	7 170	4 720
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**350**	Rådgivande samtal eller instruktion vid munhälsorelaterade sjukdomar eller problem, distanskontakt via videolänk	660	395
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**351**	Kvalificerat rådgivande samtal vid sjukdoms- eller smärttillstånd, 60 minuter eller mer, distanskontakt via videolänk	3 045	1 030
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**352**	Kvalificerat rådgivande samtal vid sjukdoms- eller smärttillstånd, distanskontakt via videolänk	1 440	480
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**362**	Lustgassedering, per gång	1 615	1 025

A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**401**	Tandextraktion, en tand	2 080	1 280
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**401S**	Tandextraktion, en tand	2 730	1 670
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**401**	Avlägsnande av hängande led, "Grafisk åtgärd"	2 080	1 280
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**402**	Tandextraktion, när separation eller friläggning krävs, en tand	2 730	1 820
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**402S**	Tandextraktion, när separation eller friläggning krävs, en tand	3 570	2 380
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**402**	Tandextraktion, när separation eller friläggning krävs, en tand	2 730	1 820
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**402S**	Tandextraktion, när separation eller friläggning krävs, en tand	3 570	2 380
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**403**	Tandextraktion, enkel	790	510
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**403S**	Tandextraktion, enkel	1 020	660
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**404**	Kirurgiskt avlägsnande av en eller flera tänder eller annan vävnad i samma kvadrant	5 685	3 755
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**404S**	Kirurgiskt avlägsnande av en eller flera tänder eller annan vävnad i samma kvadrant	7 270	4 800
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**404**	Kirurgiskt avlägsnande av en eller flera rötter	5 685	3 755
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**404S**	Kirurgiskt avlägsnande av en eller flera rötter	7 270	4 800
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**404**	Kirurgiskt avlägsnande av vävnad	5 685	3 755
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**404S**	Kirurgiskt avlägsnande av vävnad	7 270	4 800
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**405**	Omfattande dentoalveolär kirurgi	7 225	4 330
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**405S**	Omfattande dentoalveolär kirurgi	9 235	5 520
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**406**	Tandextraktion, övertalig tand	1 935	1 280
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**406S**	Tandextraktion, övertalig tand	2 530	1 670
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**407**	Övrig kirurgi eller plastik	4 500	2 470
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**407S**	Övrig kirurgi eller plastik	5 455	3 095
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**408**	Preprotetisk friläggning med lambå, omfattande	7 590	5 010
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**408S**	Preprotetisk friläggning med lambå, omfattande	9 820	6 475
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**409**	Kirurgiskt avlägsnande av tand i annan kvadrant i samband med parodontalkirurgiska åtgärder, tilläggsåtgärd	2 565	1 550
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**409S**	Kirurgiskt avlägsnande av tand i annan kvadrant i samband med parodontalkirurgiska åtgärder, tilläggsåtgärd	3 375	2 100
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**410**	Tandextraktion, ytterligare när flera tandextraktioner utförs under samma dag eller i samband med lambåoperation, tilläggsåtgärd	1 435	945
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**410S**	Tandextraktion, ytterligare när flera tandextraktioner utförs under samma dag eller i samband med lambåoperation, tilläggsåtgärd	1 960	1 290
				Merkostnad kan förekomma: Priserna gäller då standardmaterial används, finns behov av dyrare material tillkommer en kostnad. Detta framkommer av ditt kostnadsförslag		
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**420**	Implantat, per styck, tilläggsåtgärd	6 150	3 585
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**421**	Operation avseende käkbensförankrade implantat, ett implantat	6 655	3 755
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**421S**	Operation avseende käkbensförankrade implantat, ett implantat	8 520	4 715
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**422**	Kirurgisk friläggning av ett implantat vid tvåstegsteknik	2 880	1 805
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**422S**	Kirurgisk friläggning av ett implantat vid tvåstegsteknik	3 640	2 225
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**423**	Operation avseende käkbensförankrade implantat, två eller tre implantat	8 830	5 455
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**423S**	Operation avseende käkbensförankrade implantat, två eller tre implantat	11 485	6 865
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**424**	Kirurgisk friläggning av två eller tre implantat vid tvåstegsteknik	3 235	2 025
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**424S**	Kirurgisk friläggning av två eller tre implantat vid tvåstegsteknik	4 215	2 515
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**425**	Operation avseende käkbensförankrade implantat, fyra eller fler implantat.	12 250	7 520
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**425S**	Operation avseende käkbensförankrade implantat, fyra eller fler implantat.	15 990	9 275
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**426**	Kirurgisk friläggning av fyra eller fler implantat vid tvåstegsteknik	4 270	2 705
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**426S**	Kirurgisk friläggning av fyra eller fler implantat vid tvåstegsteknik	5 550	3 405

A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**427**	Benaugmentation med autologt ben i en kvadrant	8 485	4 720
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**427S**	Benaugmentation med autologt ben i en kvadrant	10 755	5 985
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**428**	Benaugmentation med benersättningsmaterial i en kvadrant	10 210	5 680
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**428S**	Benaugmentation med benersättningsmaterial i en kvadrant	12 235	6 810
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**429**	Kirurgiskt avlägsnande av implantat	7 045	4 655
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**429S**	Kirurgiskt avlägsnande av implantat	8 955	5 915
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**430**	Benaugmentation med autologt ben i en kvadrant i samband med benaugmentation i annan kvadrant eller implantatoperation i samma kvadrant, per kvadrant, tilläggsåtgärd	2 530	1 535
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**430S**	Benaugmentation med autologt ben i en kvadrant i samband med benaugmentation i annan kvadrant eller implantatoperation i samma kvadrant, per kvadrant, tilläggsåtgärd	3 315	2 085
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**431**	Benaugmentation med benersättningsmaterial i samband med benaugmentation eller implantatoperation i annan kvadrant, per kvadrant, tilläggsåtgärd	4 290	2 730
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**431S**	Benaugmentation med benersättningsmaterial i samband med benaugmentation eller implantatoperation i annan kvadrant, per kvadrant, tilläggsåtgärd	5 050	3 280
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**432**	Benaugmentation med benersättningsmaterial i samband med implantatinstallation, per kvadrant, tilläggsåtgärd	3 150	2 030
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**432S**	Benaugmentation med benersättningsmaterial i samband med implantatinstallation, per kvadrant, tilläggsåtgärd	3 775	2 445
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**433**	Sinuslyft utan autologt ben eller benersättningsmaterial i samband med implantatinstallation, per kv,tilläggsåtgärd	1 710	1 035
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**433S**	Sinuslyft utan autologt ben eller benersättningsmaterial i samband med implantatinstallation, per kv,tilläggsåtgärd	2 325	1 450
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**436**	Avlägsnande av ett implantat	1 360	805
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**436S**	Avlägsnande av ett implantat	1 845	1 070
				Merkostnad kan förekomma: Priserna gäller då standardmaterial används, finns behov av dyrare material tillkommer en kostnad. Detta framkommer av ditt kostnadsförslag		
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**446**	Rekonstruktiv behandling med membran (GTR) eller emaljmatrixprotein, tilläggsåtgärd	3 340	2 035
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**446S**	Rekonstruktiv behandling med membran (GTR) eller emaljmatrixprotein, tilläggsåtgärd	4 215	2 245
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**447**	Rekonstruktiv behandling med benersättningsmaterial, tilläggsåtgärd	2 880	1 375
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**447S**	Rekonstruktiv behandling med benersättningsmaterial, tilläggsåtgärd	3 880	1 515
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**448**	Fritt bindvävstransplantat vid lambåoperation, tilläggsåtgärd	1 335	755
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**448S**	Fritt bindvävstransplantat vid lambåoperation, tilläggsåtgärd	1 735	1 030
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**451**	Parodontalkirurgi i en kvadrant eller inom tandposition 3-3	6 280	3 910
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**451S**	Parodontalkirurgi i en kvadrant eller inom tandposition 3-3	8 515	5 300
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**452**	Parodontalkirurgi i flera kvadranter eller omfattande parodontalkirurgi i en kvadrant eller inom tandposition 3-3	8 685	5 410
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**452S**	Parodontalkirurgi i flera kvadranter eller omfattande parodontalkirurgi i en kvadrant eller inom tandposition 3-3	11 695	7 285
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**453**	Kirurgisk behandling av periimplantit och i förekommande fall tänder med parodontit i en kvadrant eller inom tandposition 3-3	6 610	4 115
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**453S**	Kirurgisk behandling av periimplantit och i förekommande fall tänder med parodontit i en kvadrant eller inom tandposition 3-3	8 965	5 585
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**454**	Kirurgisk behandling av periimplantit och i förekommande fall tänder med parodontit i flera kvadranter eller omfattande kirurgisk behandling i en kvadrant eller inom tandposition 3-3	9 345	5 820
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**454S**	Kirurgisk behandling av periimplantit och i förekommande fall tänder med parodontit i flera kvadranter eller omfattande kirurgisk behandling i en kvadrant eller inom tandposition 3-3	12 595	7 845
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**480**	Sjukvårdskontakt för att säkerställa koagulation, tilläggsåtgärd	640	400
A	Rotbehandling	Extern	**501**	Rensning och rotfyllning, en rotkanal	6 385	4 105
S	Rotbehandling	Extern	**501S**	Rensning och rotfyllning, en rotkanal	8 250	5 135
A	Rotbehandling	Extern	**502**	Rensning och rotfyllning, två rotkanaler	7 660	4 955
S	Rotbehandling	Extern	**502S**	Rensning och rotfyllning, två rotkanaler	9 625	6 225
A	Rotbehandling	Extern	**503**	Rensning och rotfyllning, tre rotkanaler	9 600	6 225
S	Rotbehandling	Extern	**503S**	Rensning och rotfyllning, tre rotkanaler	12 100	7 840
A	Rotbehandling	Extern	**504**	Rensning och rotfyllning, fyra eller fler rotkanaler	10 480	6 790
S	Rotbehandling	Extern	**504S**	Rensning och rotfyllning, fyra eller fler rotkanaler	13 180	8 545
A	Rotbehandling	Extern	**520**	Akut endodontisk behandling, annan behandlare	1 750	1 005
S	Rotbehandling	Extern	**520S**	Akut endodontisk behandling, annan behandlare	2 280	1 310
A	Rotbehandling	Extern	**521**	Akut trepanation och kavumexstirpation	1 590	885
S	Rotbehandling	Extern	**521S**	Akut trepanation och kavumexstirpation	2 085	1 165
A	Rotbehandling	Extern	**522**	Komplicerad kanallokalisation	1 365	890
S	Rotbehandling	Extern	**522S**	Komplicerad kanallokalisation	1 780	1 170
A	Rotbehandling	Extern	**523**	Stiftborttagning	1 950	1 300
S	Rotbehandling	Extern	**523S**	Stiftborttagning	2 580	1 720
A	Rotbehandling	Extern	**541**	Apikalkirurgisk behandling	6 615	4 410
A	Rotbehandling	Extern	**541H**	Apikalkirurgisk behandling	7 515	4 410
S	Rotbehandling	Extern	**541S**	Apikalkirurgisk behandling	8 500	5 665
S	Rotbehandling	Extern	**541SH**	Apikalkirurgisk behandling	9 745	5 665

A	Bettfysiologiska åtgärder	Extern	**601**	Bettskena i hård akrylat i överkäken, utförd på bettfysiologisk indikation, per skena	7 020	4 370
S	Bettfysiologiska åtgärder	Extern	**601S**	Bettskena i hård akrylat i överkäken, utförd på bettfysiologisk indikation, per skena	9 585	5 975
A	Bettfysiologiska åtgärder	Extern	**602**	Bettskena i hård akrylat i underkäken, utförd på bettfysiologisk indikation, per skena	7 020	4 370
S	Bettfysiologiska åtgärder	Extern	**602S**	Bettskena i hård akrylat i underkäken, utförd på bettfysiologisk indikation, per skena	9 685	5 975
A	Bettfysiologiska åtgärder	Extern	**603**	Reponeringsskena, per skena	10 845	6 695
S	Bettfysiologiska åtgärder	Extern	**603S**	Reponeringsskena, per skena	13 200	8 150
A	Bettfysiologiska åtgärder	Extern	**604**	Mjukplastskena, laboratorieframställd, utförd på bettfysiologisk indikation, per skena	4 455	2 780
S	Bettfysiologiska åtgärder	Extern	**604S**	Mjukplastskena, laboratorieframställd, utförd på bettfysiologisk indikation, per skena	5 380	3 340
A	Bettfysiologiska åtgärder	Extern	**606**	Motorisk aktivering	1 150	730
S	Bettfysiologiska åtgärder	Extern	**606S**	Motorisk aktivering	1 180	750
A	Bettfysiologiska åtgärder	Extern	**607**	Bettslipning för ocklusal stabilisering	1 290	825
S	Bettfysiologiska åtgärder	Extern	**607S**	Bettslipning för ocklusal stabilisering	1 725	1 100
A	Bettfysiologiska åtgärder	Extern	**650**	Motorisk aktivering, distanskontakt via videolänk	760	480
A	Reparativa åtgärder	Extern	**701**	Fyllning av en yta på framtand eller hörntand	1 195	730
A	Reparativa åtgärder	Extern	**702**	Fyllning av två ytor på framtand eller hörntand	1 840	1 160
A	Reparativa åtgärder	Extern	**703**	Fyllning av tre eller fler ytor på framtand eller hörntand	2 230	1 420
A	Reparativa åtgärder	Extern	**704**	Fyllning av en yta på molar eller premolar	1 530	940
A	Reparativa åtgärder	Extern	**705**	Fyllning av två ytor på molar eller premolar	2 160	1 370
A	Reparativa åtgärder	Extern	**706**	Fyllning av tre eller fler ytor på molar eller premolar	2 865	1 830
A	Reparativa åtgärder	Extern	**707**	Krona i plastiskt material, klinikframställd	3 295	2 075
A	Reparativa åtgärder	Extern	**708**	Stiftförankring i rotkanal vid fyllningsterapi, tilläggsåtgärd	900	550
A	Reparativa åtgärder	Extern	**711**	Fyllning, utförd av tandhygienist	810	505
A	Protetiska åtgärder	Extern	**800**	Permanent tandstödd krona, en per käke	11 535	6 825
S	Protetiska åtgärder	Extern	**800S**	Permanent tandstödd krona, en per käke	13 810	8 250
A	Protetiska åtgärder	Extern	**801**	Permanent tandstödd krona, flera i samma käke	8 635	5 275
S	Protetiska åtgärder	Extern	**801S**	Permanent tandstödd krona, flera i samma käke	10 440	6 395
A	Protetiska åtgärder	Extern	**802**	Laboratorieframställd pelare med intraradikulärt stift	5 820	3 880
S	Protetiska åtgärder	Extern	**802S**	Laboratorieframställd pelare med intraradikulärt stift	7 080	4 720
A	Protetiska åtgärder	Extern	**803**	Klinikframställd pelare med intraradikulärt stift	2 715	1 810
S	Protetiska åtgärder	Extern	**803S**	Klinikframställd pelare med intraradikulärt stift	3 445	2 295
A	Protetiska åtgärder	Extern	**804**	Hängande led vid tandstödd protetik, per led	4 225	2 815
A	Protetiska åtgärder	Extern	**804**	Hängande led vid tandstödd protetik, per led	4 225	2 815
S	Protetiska åtgärder	Extern	**804S**	Hängande led vid tandstödd protetik, per led	4 650	3 100
A	Protetiska åtgärder	Extern	**805**	Emaljretinerad konstruktion, laboratorieframställd, per stöd	3 250	2 165
S	Protetiska åtgärder	Extern	**805S**	Emaljretinerad konstruktion, laboratorieframställd, per stöd	3 870	2 580
A	Protetiska åtgärder	Extern	**806**	Radikulärförankring vid avtagbar protes	6 160	4 105
S	Protetiska åtgärder	Extern	**806S**	Radikulärförankring vid avtagbar protes	7 420	4 945
A	Protetiska åtgärder	Extern	**807**	Semipermanent krona, brostöd eller hängande led, per led	4 740	3 160
S	Protetiska åtgärder	Extern	**807S**	Semipermanent krona, brostöd eller hängande led, per led	5 475	3 650
A	Protetiska åtgärder	Extern	**807**	Semipermanent krona, brostöd eller hängande hängande led, per led	4 740	3 160
S	Protetiska åtgärder	Extern	**807S**	Semipermanent krona, brostöd eller hängande led, per led	5 475	3 650
A	Protetiska åtgärder	Extern	**808**	Innerkrona för teleskop- eller konuskonstruktion	6 030	4 020
S	Protetiska åtgärder	Extern	**808S**	Innerkrona för teleskop- eller konuskonstruktion	7 285	4 855
A	Protetiska åtgärder	Extern	**809**	Långtidstemporär laboratorieframställd krona eller hängande led, per led	2 260	1 350
S	Protetiska åtgärder	Extern	**809S**	Långtidstemporär laboratorieframställd krona eller hängande led, per led	2 610	1 560
A	Protetiska åtgärder	Extern	**809**	Långtidstemporär laboratorieframställd krona eller hängande led, per led	2 260	1 350
S	Protetiska åtgärder	Extern	**809S**	Långtidstemporär laboratorieframställd krona eller hängande led, per led	2 610	1 560

A	Protetiska åtgärder	Extern	**811**	Cementering av lossnad tandstödd eller implantatstödd protetisk konstruktion, per stöd	1 240	635
S	Protetiska åtgärder	Extern	**811S**	Cementering av lossnad tandstödd eller implantatstödd protetisk konstruktion, per stöd	1 585	845
A	Protetiska åtgärder	Extern	**812**	Reparation av krona eller bro, utan tandteknisk insats	2 440	1 625
S	Protetiska åtgärder	Extern	**812S**	Reparation av krona eller bro, utan tandteknisk insats	3 280	2 185
A	Protetiska åtgärder	Extern	**813**	Broreparation med tandteknisk insats	8 205	5 470
S	Protetiska åtgärder	Extern	**813S**	Broreparation med tandteknisk insats	10 300	6 865
A	Protetiska åtgärder	Extern	**814**	Broreparation med tandteknisk insats, omfattande	15 805	9 575
S	Protetiska åtgärder	Extern	**814S**	Broreparation med tandteknisk insats, omfattande	19 480	11 805
A	Protetiska åtgärder	Extern	**815**	Sadelkrona	10 120	6 135
S	Protetiska åtgärder	Extern	**815S**	Sadelkrona	12 195	7 390
A	Protetiska åtgärder	Extern	**820**	Skena med tandersättning för temporärt bruk	2 475	1 550
S	Protetiska åtgärder	Extern	**820S**	Skena med tandersättning för temporärt bruk	2 815	1 760
A	Protetiska åtgärder	Extern	**822**	Partiell protes, utan metallskelett eller för temporärt bruk, en till tre tänder	7 500	5 000
S	Protetiska åtgärder	Extern	**822S**	Partiell protes, utan metallskelett eller för temporärt bruk, en till tre tänder	8 755	5 835
A	Protetiska åtgärder	Extern	**823**	Partiell protes, utan metallskelett eller för temporärt bruk, fyra eller fler tänder	10 180	6 785
S	Protetiska åtgärder	Extern	**823S**	Partiell protes, utan metallskelett eller för temporärt bruk, fyra eller fler tänder	11 850	7 900
A	Protetiska åtgärder	Extern	**824**	Partiell protes med gjutet metallskelett, klammerförankrad, ädelmetall ingår ej	20 470	13 620
S	Protetiska åtgärder	Extern	**824S**	Partiell protes med gjutet metallskelett, klammerförankrad, ädelmetall ingår ej	23 410	15 575
A	Protetiska åtgärder	Extern	**825**	Komplicerad partiell protes med metallskelett som förankras med stöd av urtagskrona, innerkrona eller attachments	22 875	15 250
S	Protetiska åtgärder	Extern	**825S**	Komplicerad partiell protes med metallskelett som förankras med stöd av urtagskrona, innerkrona eller attachments	27 765	18 510
A	Protetiska åtgärder	Extern	**826**	Attachments, per styck	295	185
A	Protetiska åtgärder	Extern	**827**	Hel underkäksprotes	18 765	12 510
S	Protetiska åtgärder	Extern	**827S**	Hel underkäksprotes	23 185	15 455
A	Protetiska åtgärder	Extern	**828**	Hel överkäksprotes	18 765	12 510
S	Protetiska åtgärder	Extern	**828S**	Hel överkäksprotes	23 185	15 455
A	Protetiska åtgärder	Extern	**829**	Immediatprotes, hel käke	13 905	9 270
S	Protetiska åtgärder	Extern	**829S**	Immediatprotes, hel käke	16 185	10 790
A	Protetiska åtgärder	Extern	**831**	Justering av avtagbar protes	625	415
S	Protetiska åtgärder	Extern	**831S**	Justering av avtagbar protes	835	555
A	Protetiska åtgärder	Extern	**832**	Lagning av protes eller tillsättning av protestand	2 985	1 990
S	Protetiska åtgärder	Extern	**832S**	Lagning av protes eller tillsättning av protestand	3 405	2 270
A	Protetiska åtgärder	Extern	**833**	Rebasering av protes	5 185	3 455
S	Protetiska åtgärder	Extern	**833S**	Rebasering av protes	6 130	4 085
A	Protetiska åtgärder	Extern	**834**	Lagning av protes där avtryck krävs	3 945	2 630
S	Protetiska åtgärder	Extern	**834S**	Lagning av protes där avtryck krävs	4 575	3 050
A	Protetiska åtgärder	Extern	**835**	Rebasering och lagning av protes	5 965	3 975
S	Protetiska åtgärder	Extern	**835S**	Rebasering och lagning av protes	7 005	4 670
A	Protetiska åtgärder	Extern	**836**	Komplicerad lagning av protes	6 225	4 150
S	Protetiska åtgärder	Extern	**836S**	Komplicerad lagning av protes	7 270	4 845
A	Protetiska åtgärder	Extern	**837**	Komplicerad lagning av protes där uppvaxning och gjutning av ny del utförs vilken svetsas till befintlig protes.	13 795	9 195
S	Protetiska åtgärder	Extern	**837S**	Komplicerad lagning av protes där uppvaxning och gjutning av ny del utförs vilken svetsas till befintlig protes.	15 595	10 395
A	Protetiska åtgärder	Extern	**839**	Inmontering av förankringselement	5 395	3 595
S	Protetiska åtgärder	Extern	**839S**	Inmontering av förankringselement	6 435	4 290
A	Protetiska åtgärder	Extern	**845**	Ocklusionskorrigerande bettslipning	3 385	2 255
S	Protetiska åtgärder	Extern	**845S**	Ocklusionskorrigerande bettslipning	4 170	2 780

A	Protetiska åtgärder	Extern	**846**	Skena, hel eller cementerad i sektioner, för vertikal platsberedning eller bettstabilisering	7 030	4 685
S	Protetiska åtgärder	Extern	**846S**	Skena, hel eller cementerad i sektioner, för vertikal platsberedning eller bettstabilisering	8 490	5 660
A	Protetiska åtgärder	Extern	**847**	Klammerplåt	8 475	5 650
S	Protetiska åtgärder	Extern	**847S**	Klammerplåt	9 940	6 625
A	Protetiska åtgärder	Extern	**848**	Betthöjning eller uppbyggnad för ocklusal stabilisering med fyllningsmaterial, per tandposition	900	600
S	Protetiska åtgärder	Extern	**848S**	Betthöjning eller uppbyggnad för ocklusal stabilisering med fyllningsmaterial, per tandposition	1 215	810
A	Protetiska åtgärder	Extern	**850**	Implantatstödd krona, en per käke	18 375	10 355
S	Protetiska åtgärder	Extern	**850S**	Implantatstödd krona, en per käke	22 620	12 035
A	Protetiska åtgärder	Extern	**852**	Implantatstödd krona, flera i samma käke	12 615	8 230
S	Protetiska åtgärder	Extern	**852S**	Implantatstödd krona, flera i samma käke	15 315	9 480
A	Protetiska åtgärder	Extern	**853**	Hängande led vid implantatstödd bro	4 410	2 845
A	Protetiska åtgärder	Extern	**853**	Hängande led vid implantatstödd bro	4 410	2 845
S	Protetiska åtgärder	Extern	**853S**	Hängande led vid implantatstödd bro	4 810	3 125
A	Protetiska åtgärder	Extern	**854**	Semipermanent implantatstödd krona eller hängande led, per led	5 325	3 550
S	Protetiska åtgärder	Extern	**854S**	Semipermanent implantatstödd krona eller hängande led, per led	5 955	3 970
A	Protetiska åtgärder	Extern	**854**	Semipermanent implantatstödd krona eller hängande led, per led	5 325	3 550
S	Protetiska åtgärder	Extern	**854S**	Semipermanent implantatstödd krona eller hängande led, per led	5 955	3 970
A	Protetiska åtgärder	Extern	**855**	Fästskruv/broskruv och cylinder vid semipermanent implantatstödd krona, per implantat	930	620
A	Protetiska åtgärder	Extern	**856**	Långtidstemporär laboratorieframställd implantatstödd krona eller hängande led, per led	3 505	2 035
S	Protetiska åtgärder	Extern	**856S**	Långtidstemporär laboratorieframställd implantatstödd krona eller hängande led, per led	3 975	2 310
A	Protetiska åtgärder	Extern	**856**	Långtidstemporär laboratorieframställd krona eller hängande led på implantat, per led	3 505	2 035
S	Protetiska åtgärder	Extern	**856S**	Långtidstemporär laboratorieframställd krona eller hängande led på implantat, per led	3 975	2 310
A	Protetiska åtgärder	Extern	**857**	Fästskruv/broskruv och cylinder vid långtidstemporär laboratorieframställd implantatstödd krona, per implantat	1 065	620
A	Protetiska åtgärder	Extern	**858**	Distans inklusive distansskruv, per styck	2 800	1 580
A	Protetiska åtgärder	Extern	**859**	Integrerad distans/kopplingskomponent vid separat implantatstödd krona, per styck, tilläggsåtgärd	2 700	1 005
A	Protetiska åtgärder	Extern	**861**	Implantatstödd bro i överkäke på fyra implantat	62 950	36 530
A	Protetiska åtgärder	Extern	**861L**	Implantatstödd bro i överkäke på fyra implantat	74 340	36 530
S	Protetiska åtgärder	Extern	**861S**	Implantatstödd bro i överkäke på fyra implantat	69 255	40 735
S	Protetiska åtgärder	Extern	**861SL**	Implantatstödd bro i överkäke på fyra implantat	80 550	40 735
A	Protetiska åtgärder	Extern	**862**	Implantatstödd bro i överkäke på fem implantat	64 260	37 845
A	Protetiska åtgärder	Extern	**862L**	Implantatstödd bro i överkäke på fem implantat	75 460	37 845
S	Protetiska åtgärder	Extern	**862S**	Implantatstödd bro i överkäke på fem implantat	70 440	42 050
S	Protetiska åtgärder	Extern	**862SL**	Implantatstödd bro i överkäke på fem implantat	81 570	42 050
A	Protetiska åtgärder	Extern	**863**	Implantatstödd bro i överkäke på sex eller fler implantat	65 545	39 160
A	Protetiska åtgärder	Extern	**863L**	Implantatstödd bro i överkäke på sex eller fler implantat	76 590	39 160
S	Protetiska åtgärder	Extern	**863S**	Implantatstödd bro i överkäke på sex eller fler implantat	71 695	43 370
S	Protetiska åtgärder	Extern	**863SL**	Implantatstödd bro i överkäke på sex eller fler implantat	82 680	43 370
A	Protetiska åtgärder	Extern	**865**	Implantatstödd bro i underkäke på fyra eller fler implantat	59 020	35 225
A	Protetiska åtgärder	Extern	**865L**	Implantatstödd bro i underkäke på fyra eller fler implantat	70 425	35 225
S	Protetiska åtgärder	Extern	**865S**	Implantatstödd bro i underkäke på fyra eller fler implantat	64 510	39 010
S	Protetiska åtgärder	Extern	**865SL**	Implantatstödd bro i underkäke på fyra eller fler implantat	75 810	39 010
A	Protetiska åtgärder	Extern	**871**	Implantatstödd täckprotes i överkäke på två implantat, eller implantatstödd täckprotes i underkäke på implantat oavsett antal implantat	36 570	21 120
S	Protetiska åtgärder	Extern	**871S**	Implantatstödd täckprotes i överkäke på två implantat, eller implantatstödd täckprotes i underkäke på implantat oavsett antal implantat	40 960	24 120
A	Protetiska åtgärder	Extern	**872**	Implantatstödd täckprotes i överkäke på tre implantat	39 360	23 175
S	Protetiska åtgärder	Extern	**872S**	Implantatstödd täckprotes i överkäke på tre implantat	44 455	26 175

A	Protetiska åtgärder	Extern	**873**	Implantatstödd täckprotes i överkäke på fyra implantat eller fler	42 855	25 235
S	Protetiska åtgärder	Extern	**873S**	Implantatstödd täckprotes i överkäke på fyra implantat eller fler	47 940	28 230
A	Protetiska åtgärder	Extern	**874**	Tillägg för alveolarbar på 2 implantat	8 250	5 330
S	Protetiska åtgärder	Extern	**874S**	Tillägg för alveolarbar på 2 implantat	8 905	5 750
A	Protetiska åtgärder	Extern	**875**	Tillägg för alveolarbar på 3 implantat	10 795	6 975
S	Protetiska åtgärder	Extern	**875S**	Tillägg för alveolarbar på 3 implantat	11 445	7 395
A	Protetiska åtgärder	Extern	**876**	Tillägg för alveolarbar på 4 implantat	13 155	8 500
S	Protetiska åtgärder	Extern	**876S**	Tillägg för alveolarbar på 4 implantat	13 810	8 920
A	Protetiska åtgärder	Extern	**877**	Implantatstödd täckprotes, exklusive distanser och förankringselement	26 950	17 105
S	Protetiska åtgärder	Extern	**877S**	Implantatstödd täckprotes, exklusive distanser och förankringselement	31 435	20 105
A	Protetiska åtgärder	Extern	**878**	Förankringselement täckprotes, per styck	495	330
A	Protetiska åtgärder	Extern	**881**	Reparation av fast implantatstödd konstruktion, mindre omfattande	1 830	1 220
S	Protetiska åtgärder	Extern	**881S**	Reparation av fast implantatstödd konstruktion, mindre omfattande	2 460	1 640
A	Protetiska åtgärder	Extern	**883**	Reparation/ombyggnad av fast implantatstödd konstruktion med tandteknisk insats	3 775	2 515
S	Protetiska åtgärder	Extern	**883S**	Reparation/ombyggnad av fast implantatstödd konstruktion med tandteknisk insats	4 300	2 865
A	Protetiska åtgärder	Extern	**884**	Reparation/ombyggnad av implantatstödd bro där omfattande tandteknisk insats krävs	16 770	9 815
S	Protetiska åtgärder	Extern	**884S**	Reparation/ombyggnad av implantatstödd bro där omfattande tandteknisk insats krävs	18 030	10 720
A	Protetiska åtgärder	Extern	**888**	Fästskruv/broskruv, per styck	310	205
A	Protetiska åtgärder	Extern	**889**	Distansskruv, per styck	655	435
A	Protetiska åtgärder	Extern	**892**	Läkdistans, per styck	580	385
A	Protetiska åtgärder	Extern	**893**	Avmontering av implantatstödda konstruktioner på sammanlagt ett till tre implantat	1 770	1 180
S	Protetiska åtgärder	Extern	**893S**	Avmontering av implantatstödda konstruktioner på sammanlagt ett till tre implantat	2 395	1 595
A	Protetiska åtgärder	Extern	**894**	Återmontering av implantatstödda konstruktioner på sammanlagt ett till tre implantat	1 855	1 235
S	Protetiska åtgärder	Extern	**894S**	Återmontering av implantatstödda konstruktioner på sammanlagt ett till tre implantat	2 485	1 655
A	Protetiska åtgärder	Extern	**895**	Avmontering av implantatstödda konstruktioner på sammanlagt fyra eller fler implantat	2 335	1 555
S	Protetiska åtgärder	Extern	**895S**	Avmontering av implantatstödda konstruktioner på sammanlagt fyra eller fler implantat	3 165	2 110
A	Protetiska åtgärder	Extern	**896**	Återmontering av implantatstödda konstruktioner på sammanlagt fyra eller fler implantat	2 520	1 680
S	Protetiska åtgärder	Extern	**896S**	Återmontering av implantatstödda konstruktioner på sammanlagt fyra eller fler implantat	3 355	2 235
A	Protetiska åtgärder	Extern	**897**	Åtgärdande av tekniska implantatkomplikationer	4 255	2 835
S	Protetiska åtgärder	Extern	**897S**	Åtgärdande av tekniska implantatkomplikationer	6 205	4 135
A	Tandreglering	Extern	**900**	Tandreglering, aktiv behandling högst 6 månader	16 795	11 195
S	Tandreglering	Extern	**900S**	Tandreglering, aktiv behandling högst 6 månader	21 870	14 580
A	Tandreglering	Extern	**901**	Tandreglering, en käke, aktiv behandling 6 månader till 1 år	25 200	16 800
S	Tandreglering	Extern	**901S**	Tandreglering, en käke, aktiv behandling 6 månader till 1 år	32 830	21 885
A	Tandreglering	Extern	**902**	Tandreglering, en käke, aktiv behandling 1 år till 1,5 år	31 410	20 940
S	Tandreglering	Extern	**902S**	Tandreglering, en käke, aktiv behandling 1 år till 1,5 år	41 205	27 470
A	Tandreglering	Extern	**903**	Tandreglering, en käke, aktiv behandling 1,5 år till 2 år	37 050	24 700
S	Tandreglering	Extern	**903S**	Tandreglering, en käke, aktiv behandling 1,5 år till 2 år	48 805	32 535
A	Tandreglering	Extern	**904**	Tandreglering, en käke, aktiv behandling mer än 2 år	45 970	30 645
S	Tandreglering	Extern	**904S**	Tandreglering, en käke, aktiv behandling mer än 2 år	60 810	40 540
A	Tandreglering	Extern	**905**	Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling 6 månader till 1 år	35 430	23 620
S	Tandreglering	Extern	**905S**	Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling 6 månader till 1 år	45 640	30 425
A	Tandreglering	Extern	**906**	Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling 1 år till 1,5 år	41 640	27 760
S	Tandreglering	Extern	**906S**	Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling 1 år till 1,5 år	54 015	36 010
A	Tandreglering	Extern	**907**	Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling 1,5 år till 2 år	47 850	31 900
S	Tandreglering	Extern	**907S**	Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling 1,5 år till 2 år	62 385	41 590
A	Tandreglering	Extern	**908**	Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling mer än 2 år	57 715	38 475
S	Tandreglering	Extern	**908S**	Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling mer än 2 år	75 655	50 435

A	Protetiska åtgärder	Extern	**921**	Utbytesåtgärd. Krona istället för ersättningsberättigande fyllning, fram- eller hörntand	11 535	1 420
S	Protetiska åtgärder	Extern	**921S**	Utbytesåtgärd. Krona istället för ersättningsberättigande fyllning, fram- eller hörntand	13 810	1 420
A	Protetiska åtgärder	Extern	**922**	Utbytesåtgärd. Krona istället för ersättningsberättigande fyllning, molar eller premolar	11 535	1 830
S	Protetiska åtgärder	Extern	**922S**	Utbytesåtgärd. Krona istället för ersättningsberättigande fyllning, molar eller premolar	13 810	1 830
A	Protetiska åtgärder	Extern	**923**	Utbytesåtgärd. Fasad i stället för ersättningsberättigande fyllning, tandposition 1–3	11 535	1 420
S	Protetiska åtgärder	Extern	**923S**	Utbytesåtgärd. Fasad i stället för ersättningsberättigande fyllning, tandposition 1–3	13 810	1 420
A	Protetiska åtgärder	Extern	**924**	Utbytesåtgärd. Fasad i stället för ersättningsberättigande fyllning, tandposition 4–5	11 535	1 830
S	Protetiska åtgärder	Extern	**924S**	Utbytesåtgärd. Fasad i stället för ersättningsberättigande fyllning, tandposition 4–5	13 810	1 830
A	Protetiska åtgärder	Extern	**926**	Utbytesåtgärd. Implantatbehandling i entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstödd bro, protetisk del/implantatstödd krona.	21 175	8 090
S	Protetiska åtgärder	Extern	**926S**	Utbytesåtgärd. Implantatbehandling i entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstödd bro, protetisk del/implantatstödd krona.	25 420	9 495
A	Protetiska åtgärder	Extern	**929**	Utbytesåtgärd. Implantatbehandling i entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstödd bro när åtgärd 800 eller 801 har utförts inom tre år på en av stödtänderna som utbytet beräknas på, protetisk del/implantatstödd krona.	21 175	5 275
S	Protetiska åtgärder	Extern	**929S**	Utbytesåtgärd. Implantatbehandling i entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstödd bro när åtgärd 800 eller 801 har utförts inom tre år på en av stödtänderna som utbytet beräknas på, protetisk del/implantatstödd krona.	25 420	6 395
A	Övrigt	Extern	**940**	Utbytesåtgärd. Ortodontisk slutning av entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstödd bro.	20 050	13 365
S	Övrigt	Extern	**940S**	Utbytesåtgärd. Ortodontisk slutning av entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstödd bro.	23 835	15 890
A	Övrigt	Extern	**941**	Utbytesåtgärd. Ortodontisk slutning av entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstödd bro när åtgärd 800 eller 801 har utförts inom tre år på en av stödtänderna som utbytet beräknas på.	12 135	8 090
S	Övrigt	Extern	**941S**	Utbytesåtgärd. Ortodontisk slutning av entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstödd bro när åtgärd 800 eller 801 har utförts inom tre år på en av stödtänderna som utbytet beräknas på.	14 245	9 495
A	Övrigt	Intern	**A11**	Tandskydd	3 475	
A	Övrigt	Intern	**A13**	Skriftligt intyg	1 570	
A	Övrigt	Intern	**964**	Uteblivande/sent återbud. Debiteras per tillfälle. Avgiften debiteras vuxna.	900	
S	Övrigt	Intern	**Inväntar ny kod**	Uteblivande/sent återbud, narkospatienter Debiteras per tillfälle. Avgiften debiteras vuxna.	1 350	
A	Övrigt	Intern	**A44**	Receptförskrivning	150	
A	Besöksavgift	Intern	**ASYL**	Patientavgift asylsökande, per besök	50	
A	Övrigt	Intern	**B909**	Antiapnéskena	18 550	
A	Övrigt	Intern	**A40**	Sedering inför behandling.	1 155	
A	Övrigt	Intern	**A70**	Framställa ny retainer. Inkluderar kostnad för tandteknik. Debiteras i samband med utlämning.	4 540	
A	Övrigt	Intern	**A71**	Retainer, lagning och justering	2 275	
A	Övrigt	Intern	**A72**	Framställa ny essixskena. Inkluderar kostnad för tandteknik. Debiteras i samband med utlämning.	4 540	
A	Övrigt	Intern	**A73**	Clear aligners, tilläggsåtgärd	42 000	
A	Övrigt	Intern	**A74**	Lingual tandställning, en käke. Tilläggsåtgärd	50 395	
A	Övrigt	Intern	**A75**	Lingual tandställning, 2 käkar. Tilläggsåtgärd	67 200	
A	Övrigt	Intern	**A76**	Vita brackets, per bracket	840	
S	Övrigt	Intern	**Inväntar ny kod**	Uppvaxning på modell (fysisk eller digital) per led	300	
S	Övrigt	Intern	**Inväntar ny kod**	Guideskena inför operation helkäke	9 000	
S	Övrigt	Intern	**Inväntar ny kod**	Guideskena inför operation delkäke	4 500	
A	Övrigt	Intern	**Inväntar ny kod**	L1 Flexprotes	8 700	
A	Övrigt	Intern	**Inväntar ny kod**	L1 S Flexprotes	9 955	
S	Övrigt	Intern	**Inväntar ny kod**	Muskelavslappnande injektionsbehandling	5 250	
A	Sjukdomsföreb åtg	Intern	**A16**	Fissurförsegling per tand	790	
A	Övrigt	Intern	**A17**	Tillvänjningsbehandling	1 300	
A	Tandreglering	Intern	**A18**	Ersättning för förstörd eller bortslarvad tandregleringsapparat, retentionsskena eller bettskena	1 150	
A	Tandreglering	Intern	**A21**	Ersättning för förstörd eller borttappad tandregleringsapparat, retentionsskena eller bettskena (hel kostnad)	2 290	
A	Övrigt	Intern	**A19**	Ersättning för uteblivande/sent återbud. Debiteras per tillfälle. Avgiften debiteras barn.	450	
A	Tandreglering	Intern	**S2**	Extraktion ortodonti trauma EPI beräknas ej	1 830	
A	Besöksavgift	Intern	**951**	Behandling tandhygienist/tandsköterska. Per besök	250	
A	Besöksavgift	Intern	**952**	Behandling allmäntandläkare. Per besök	250	
S	Besöksavgift	Intern	**953**	Besöksavgift Specialisttandläkare	250	
A	Övrigt	Intern	**961**	Uteblivande tandhygienist/tandsköterska	250	
A	Övrigt	Intern	**962**	Uteblivande allmäntandläkare	250	
S	Övrigt	Intern	**963**	Uteblivande specialist tdl	250	

ATV-kod eller STV-kod	Åtgärdsgrupp	Extern / intern kod	Åtgärd	Åtgärdstext	Folktandvårdens pris 2026	Referenspris 2026
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**101**	Basundersökning, utförd av tandläkare	1 190	1 100
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**103**	Kompletterande eller akut undersökning, utförd av tandläkare	550	445
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**103S**	Kompletterande eller akut undersökning, utförd av tandläkare	720	585
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**107**	Omfattande undersökning, utförd av tandläkare	1 355	1 275
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**107S**	Omfattande undersökning, utförd av tandläkare	2 190	1 970
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**108**	Utredning inklusive undersökning, utförd av tandläkare	2 250	1 895
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**108S**	Utredning inklusive undersökning, utförd av tandläkare	3 515	2 960
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**111**	Basundersökning, utförd av tandhygienist	1 020	985
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**112**	Basundersökning med fullständig parodontal undersökning, utförd av tandhygienist	1 300	1 285
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**113**	Akut eller annan undersökning, utförd av tandhygienist	605	535
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**114**	Fullständig parodontal undersökning eller fördjupad kariesutredning, utförd av tandhygienist	865	785
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**115S**	Konsultation specialisttandvård (Kan användas endast av tandläkare med bevis om specialistkompetens)	1 060	1 060
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**116S**	Konsultation specialisttandvård, omfattande (Kan användas endast av tandläkare med bevis om specialistkompetens)	2 080	2 080
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**121**	Röntgenundersökning, en bild, eller flera bilder av en tandposition	90	80
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**121S**	Röntgenundersökning, en bild, eller flera bilder av en tandposition	135	120
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**123**	Röntgenundersökning, helstatus	1 035	1 020
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**123S**	Röntgenundersökning, helstatus	1 615	1 595
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**124**	Panoramaröntgenundersökning	645	635
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**124S**	Panoramaröntgenundersökning	1 150	1 130
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**125**	Röntgenundersökning, extraoral	635	620
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**125S**	Röntgenundersökning, extraoral	1 145	1 125
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**126**	Röntgenundersökning, omfattande	1 235	1 215
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**126S**	Röntgenundersökning, omfattande	2 105	2 075
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**127**	Röntgenundersökning, delstatus	260	235
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**127S**	Röntgenundersökning, delstatus	455	410
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**128**	Röntgenundersökning, större delstatus	445	405
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**128S**	Röntgenundersökning, större delstatus	685	625
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**131**	Tomografiundersökning, en kvadrant eller tandposition 3-3	1 230	1 210
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**131S**	Tomografiundersökning, en kvadrant eller tandposition 3-3	1 580	1 555
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**132**	Tomografiundersökning, två kvadranter eller sinus	1 555	1 535
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**132S**	Tomografiundersökning, två kvadranter eller sinus	2 105	2 080
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**133**	Tomografiundersökning, tre kvadranter eller käkleder	1 930	1 920
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**133S**	Tomografiundersökning, tre kvadranter eller käkleder	2 845	2 830
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**134**	Tomografiundersökning, fyra kvadranter	2 320	2 255
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**134S**	Tomografiundersökning, fyra kvadranter	3 440	3 340
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**141**	Analoga studiemodeller för behandlingsplanering	885	885
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**142**	Digitala studiemodeller för behandlingsplanering	805	535
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**161**	Salivsekretionsmätning	910	900
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**162**	Laboratoriekostnader vid mikrobiologisk undersökning	560	520
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**163**	Biopsi	1 275	1 260
S	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**163S**	Biopsi	1 585	1 565
A	Us,riskbedömn och hälsofr åtg	Extern	**164**	Laboratoriekostnader vid patologanatomisk diagnostik (PAD)	970	895

A	Sjukdomsföreb åtg	Extern	**201**	Rådgivande samtal eller instruktion vid risk för munhälsorelaterade sjukdomar eller problem	615	600
A	Sjukdomsföreb åtg	Extern	**204**	Profylaxskena, per skena	1 140	1 135
A	Sjukdomsföreb åtg	Extern	**205**	Fluoridbehandling, kortare behandlingstid	255	245
A	Sjukdomsföreb åtg	Extern	**206**	Fluoridbehandling	510	485
A	Sjukdomsföreb åtg	Extern	**207**	Mekaniskt avlägsnande av supragingival tandsten	390	375
A	Sjukdomsföreb åtg	Extern	**208**	Mekaniskt avlägsnande av supragingival tandsten, omfattande	770	735
A	Sjukdomsföreb åtg	Extern	**209**	Mekaniskt avlägsnande av supragingival tandsten, särskilt tidskrävande	1 190	1 145
A	Sjukdomsföreb åtg	Extern	**213**	Kvalificerat rådgivande samtal för sjukdoms- eller smärtprevention, 60 minuter eller mer	1 730	1 505
A	Sjukdomsföreb åtg	Extern	**214**	Kvalificerat rådgivande samtal för sjukdoms- eller smärtprevention	735	695
A	Sjukdomsföreb åtg	Extern	**250**	Rådgivande samtal eller instruktion vid risk för munhälsorelaterade sjukdomar eller problem, distanskontakt via videolänk	440	395
A	Sjukdomsföreb åtg	Extern	**251**	Kvalificerat rådgivande samtal för sjukdoms- eller smärtprevention, 60 minuter eller mer, distanskontakt via videolänk	2 030	1 030
A	Sjukdomsföreb åtg	Extern	**252**	Kvalificerat rådgivande samtal för sjukdoms- eller smärtprevention, distanskontakt via videolänk	960	480
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**301**	Sjukdoms- eller smärtbehandling, mindre omfattande	485	450
S	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**301S**	Sjukdoms- eller smärtbehandling, mindre omfattande	640	590
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**302**	Sjukdoms- eller smärtbehandling	865	840
S	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**302S**	Sjukdoms- eller smärtbehandling	1 160	1 120
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**303**	Sjukdoms- eller smärtbehandling, omfattande	1 290	1 245
S	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**303S**	Sjukdoms- eller smärtbehandling, omfattande	1 715	1 665
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**304**	Sjukdoms- eller smärtbehandling, särskilt tidskrävande	2 070	2 025
S	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**304S**	Sjukdoms- eller smärtbehandling, särskilt tidskrävande	2 695	2 650
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**311**	Rådgivande samtal eller instruktion vid munhälsorelaterade sjukdomar eller problem	615	595
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**312**	Uppföljande rådgivande samtal eller instruktion vid munhälsorelaterade sjukdomar eller problem	270	240
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**313**	Kvalificerat rådgivande samtal vid sjukdoms- eller smärttillstånd, 60 minuter eller mer	1 730	1 505
S	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**313S**	Kvalificerat rådgivande samtal vid sjukdoms- eller smärttillstånd, 60 minuter eller mer	3 295	2 745
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**314**	Kvalificerat rådgivande samtal vid sjukdoms- eller smärttillstånd	735	695
S	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**314S**	Kvalificerat rådgivande samtal vid sjukdoms- eller smärttillstånd	1 525	1 270
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**321**	Icke-operativ behandling av kariessjukdom	610	600
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**322**	Stegvis excavering	1 360	1 350
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**341**	Behandling av parodontal sjukdom eller periimplantit, mindre omfattande	825	735
S	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**341S**	Behandling av parodontal sjukdom eller periimplantit, mindre omfattande	930	835
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**342**	Behandling av parodontal sjukdom eller periimplantit, omfattande	1 430	1 430
S	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**342S**	Behandling av parodontal sjukdom eller periimplantit, omfattande	2 130	2 130
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**343**	Behandling av parodontal sjukdom eller periimplantit, särskilt tidskrävande	2 200	2 165
S	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**343S**	Behandling av parodontal sjukdom eller periimplantit, särskilt tidskrävande	4 780	4 720
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**350**	Rådgivande samtal eller instruktion vid munhälsorelaterade sjukdomar eller problem, distanskontakt via videolänk	440	395
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**351**	Kvalificerat rådgivande samtal vid sjukdoms- eller smärttillstånd, 60 minuter eller mer, distanskontakt via videolänk	2 030	1 030
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**352**	Kvalificerat rådgivande samtal vid sjukdoms- eller smärttillstånd, distanskontakt via videolänk	960	480
A	Sjukdomsbeh/ smärtst åtg	Extern	**362**	Lustgassedering, per gång	1 075	1 025

A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**401**	Tandextraktion, en tand	1 385	1 280
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**401S**	Tandextraktion, en tand	1 820	1 670
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**401**	Avlägsnande av hängande led, "Grafisk åtgärd"	1 385	1 280
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**402**	Tandextraktion, när separation eller friläggning krävs, en tand	1 820	1 820
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**402S**	Tandextraktion, när separation eller friläggning krävs, en tand	2 380	2 380
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**402**	Tandextraktion, när separation eller friläggning krävs, en tand	1 820	1 820
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**402S**	Tandextraktion, när separation eller friläggning krävs, en tand	2 380	2 380
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**403**	Tandextraktion, enkel	525	510
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**403S**	Tandextraktion, enkel	680	660
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**404**	Kirurgiskt avlägsnande av en eller flera tänder eller annan vävnad i samma kvadrant	3 790	3 755
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**404S**	Kirurgiskt avlägsnande av en eller flera tänder eller annan vävnad i samma kvadrant	4 845	4 800
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**404**	Kirurgiskt avlägsnande av en eller flera rötter	3 790	3 755
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**404S**	Kirurgiskt avlägsnande av en eller flera rötter	4 845	4 800
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**404**	Kirurgiskt avlägsnande av vävnad	3 790	3 755
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**404S**	Kirurgiskt avlägsnande av vävnad	4 845	4 800
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**405**	Dentoalveolär kirurgi vid komplicerade förhållanden	4 815	4 330
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**405S**	Dentoalveolär kirurgi vid komplicerade förhållanden	6 155	5 520
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**406**	Tandextraktion, övertalig tand	1 290	1 280
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**406S**	Tandextraktion, övertalig tand	1 685	1 670
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**407**	Övrig kirurgi eller plastik	3 000	2 470
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**407S**	Övrig kirurgi eller plastik	3 635	3 095
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**408**	Preprotetisk friläggning med lambå, omfattande	5 060	5 010
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**408S**	Preprotetisk friläggning med lambå, omfattande	6 545	6 475
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**409**	Lambåoperation, ytterligare när flera lambåoperationer utförs under samma dag, per kvadrant, tilläggsåtgärd	1 710	1 550
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**409S**	Lambåoperation, ytterligare när flera lambåoperationer utförs under samma dag, per kvadrant, tilläggsåtgärd	2 250	2 100
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**410**	Tandextraktion, ytterligare när flera tandextraktioner utförs under samma dag eller i samband med lambåoperation, tilläggsåtgärd	955	945
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**410S**	Tandextraktion, ytterligare när flera tandextraktioner utförs under samma dag eller i samband med lambåoperation, tilläggsåtgärd	1 305	1 290
				Merkostnad kan förekomma: Priserna gäller då standardmaterial används, finns behov av dyrare material tillkommer en kostnad. Detta framkommer av ditt kostnadsförslag		
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**420**	Implantat, per tandposition, tilläggsåtgärd	4 100	3 585
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**421**	Operation avseende käkbensförankrade implantat, ett implantat	4 435	3 755
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**421S**	Operation avseende käkbensförankrade implantat, ett implantat	5 680	4 715
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**422**	Kirurgisk friläggning av ett implantat vid tvåstegsteknik	1 920	1 805
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**422S**	Kirurgisk friläggning av ett implantat vid tvåstegsteknik	2 425	2 225
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**423**	Operation avseende käkbensförankrade implantat, två eller tre implantat	5 885	5 455
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**423S**	Operation avseende käkbensförankrade implantat, två eller tre implantat	7 655	6 865
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**424**	Kirurgisk friläggning av två eller tre implantat vid tvåstegsteknik	2 155	2 025
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**424S**	Kirurgisk friläggning av två eller tre implantat vid tvåstegsteknik	2 810	2 515
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**425**	Operation avseende käkbensförankrade implantat, fyra eller fler implantat.	8 165	7 520
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**425S**	Operation avseende käkbensförankrade implantat, fyra eller fler implantat.	10 660	9 275
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**426**	Kirurgisk friläggning av fyra eller fler implantat vid tvåstegsteknik	2 845	2 705
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**426S**	Kirurgisk friläggning av fyra eller fler implantat vid tvåstegsteknik	3 700	3 405

A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**427**	Benaugmentation med autologt ben i en kvadrant	5 655	4 720
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**427S**	Benaugmentation med autologt ben i en kvadrant	7 170	5 985
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**428**	Benaugmentation med benersättningsmaterial i en kvadrant	6 805	5 680
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**428S**	Benaugmentation med benersättningsmaterial i en kvadrant	8 155	6 810
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**429**	Kirurgiskt avlägsnande av implantat	4 695	4 655
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**429S**	Kirurgiskt avlägsnande av implantat	5 970	5 915
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**430**	Benaugmentation med autologt ben i en kvadrant i samband med benaugmentation i annan kvadrant eller implantatoperation i samma kvadrant, per kvadrant, tilläggsåtgärd	1 685	1 535
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**430S**	Benaugmentation med autologt ben i en kvadrant i samband med benaugmentation i annan kvadrant eller implantatoperation i samma kvadrant, per kvadrant, tilläggsåtgärd	2 210	2 085
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**431**	Benaugmentation med benersättningsmaterial i samband med benaugmentation eller implantatoperation i annan kvadrant, per kvadrant, tilläggsåtgärd	2 860	2 730
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**431S**	Benaugmentation med benersättningsmaterial i samband med benaugmentation eller implantatoperation i annan kvadrant, per kvadrant, tilläggsåtgärd	3 365	3 280
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**432**	Benaugmentation med benersättningsmaterial i samband med implantatinstallation, per kvadrant, tilläggsåtgärd	2 100	2 030
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**432S**	Benaugmentation med benersättningsmaterial i samband med implantatinstallation, per kvadrant, tilläggsåtgärd	2 515	2 445
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**433**	Sinuslyft utan autologt ben eller benersättningsmaterial i samband med implantatinstallation, per kv,tilläggsåtgärd	1140	1 035
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**433S**	Sinuslyft utan autologt ben eller benersättningsmaterial i samband med implantatinstallation, per kv,tilläggsåtgärd	1 550	1 450
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**436**	Avlägsnande av ett implantat	905	805
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**436S**	Avlägsnande av ett implantat	1 230	1 070
				Merkostnad kan förekomma: Priserna gäller då standardmaterial används, finns behov av dyrare material tillkommer en kostnad. Detta framkommer av ditt kostnadsförslag		
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**446**	Rekonstruktiv behandling med membran (GTR) eller emaljmatrixprotein, tilläggsåtgärd	2 225	2 035
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**446S**	Rekonstruktiv behandling med membran (GTR) eller emaljmatrixprotein, tilläggsåtgärd	2 810	2 245
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**447**	Rekonstruktiv behandling med benersättningsmaterial, tilläggsåtgärd	1 920	1 375
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**447S**	Rekonstruktiv behandling med benersättningsmaterial, tilläggsåtgärd	2 585	1 515
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**448**	Fritt bindvävstransplantat vid lambåoperation, tilläggsåtgärd	890	755
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**448S**	Fritt bindvävstransplantat vid lambåoperation, tilläggsåtgärd	1 155	1 030
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**451**	Parodontalkirurgi i en kvadrant eller inom tandposition 3-3	4 185	3 910
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**451S**	Parodontalkirurgi i en kvadrant eller inom tandposition 3-3	5 675	5 300
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**452**	Parodontalkirurgi i flera kvadranter eller omfattande parodontalkirurgi i en kvadrant eller inom tandposition 3-3	5 790	5 410
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**452S**	Parodontalkirurgi i flera kvadranter eller omfattande parodontalkirurgi i en kvadrant eller inom tandposition 3-3	7 795	7 285
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**453**	Kirurgisk behandling av periimplantit och i förekommande fall tänder med parodontit i en kvadrant eller inom tandposition 3-3	4 405	4 115
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**453S**	Kirurgisk behandling av periimplantit och i förekommande fall tänder med parodontit i en kvadrant eller inom tandposition 3-3	5 975	5 585
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**454**	Kirurgisk behandling av periimplantit och i förekommande fall tänder med parodontit i flera kvadranter eller omfattande kirurgisk behandling i en kvadrant eller inom tandposition 3-3	6 230	5 820
S	Kirurgiska åtgärder	Extern	**454S**	Kirurgisk behandling av periimplantit och i förekommande fall tänder med parodontit i flera kvadranter eller omfattande kirurgisk behandling i en kvadrant eller inom tandposition 3-3	8 395	7 845
A	Kirurgiska åtgärder	Extern	**480**	Sjukvårdskontakt för att säkerställa koagulation, tilläggsåtgärd	425	400
A	Rotbehandling	Extern	**501**	Rensning och rotfyllning, en rotkanal	4 255	4 105
S	Rotbehandling	Extern	**501S**	Rensning och rotfyllning, en rotkanal	5 500	5 135
A	Rotbehandling	Extern	**502**	Rensning och rotfyllning, två rotkanaler	5 105	4 955
S	Rotbehandling	Extern	**502S**	Rensning och rotfyllning, två rotkanaler	6 415	6 225
A	Rotbehandling	Extern	**503**	Rensning och rotfyllning, tre rotkanaler	6 400	6 225
S	Rotbehandling	Extern	**503S**	Rensning och rotfyllning, tre rotkanaler	8 065	7 840
A	Rotbehandling	Extern	**504**	Rensning och rotfyllning, fyra eller fler rotkanaler	6 985	6 790
S	Rotbehandling	Extern	**504S**	Rensning och rotfyllning, fyra eller fler rotkanaler	8 785	8 545
A	Rotbehandling	Extern	**520**	Akut endodontisk behandling, annan behandlare	1 165	1 005
S	Rotbehandling	Extern	**520S**	Akut endodontisk behandling, annan behandlare	1 520	1 310
A	Rotbehandling	Extern	**521**	Akut trepanation och kavumexstirpation	1 060	885
S	Rotbehandling	Extern	**521S**	Akut trepanation och kavumexstirpation	1 390	1 165
A	Rotbehandling	Extern	**522**	Komplicerad kanallokalisation	910	890
S	Rotbehandling	Extern	**522S**	Komplicerad kanallokalisation	1 185	1 170
A	Rotbehandling	Extern	**523**	Stiftborttagning	1 300	1 300
S	Rotbehandling	Extern	**523S**	Stiftborttagning	1 720	1 720
A	Rotbehandling	Extern	**541**	Apikalkirurgisk behandling	4 410	4 410
A	Rotbehandling	Extern	**541H**	Apikalkirurgisk behandling	5 010	4 410
S	Rotbehandling	Extern	**541S**	Apikalkirurgisk behandling	5 665	5 665
S	Rotbehandling	Extern	**541SH**	Apikalkirurgisk behandling	6 495	5 665

A	Bettfysiologiska åtgärder	Extern	**601**	Bettskena i hård akrylat i överkäken, utförd på bettfysiologisk indikation, per skena	4 680	4 370
S	Bettfysiologiska åtgärder	Extern	**601S**	Bettskena i hård akrylat i överkäken, utförd på bettfysiologisk indikation, per skena	6 390	5 975
A	Bettfysiologiska åtgärder	Extern	**602**	Bettskena i hård akrylat i underkäken, utförd på bettfysiologisk indikation, per skena	4 680	4 370
S	Bettfysiologiska åtgärder	Extern	**602S**	Bettskena i hård akrylat i underkäken, utförd på bettfysiologisk indikation, per skena	6 455	5 975
A	Bettfysiologiska åtgärder	Extern	**603**	Reponeringsskena, per skena	7 230	6 695
S	Bettfysiologiska åtgärder	Extern	**603S**	Reponeringsskena, per skena	8 800	8 150
A	Bettfysiologiska åtgärder	Extern	**604**	Mjukplastskena, laboratorieframställd, utförd på bettfysiologisk indikation, per skena	2 970	2 780
S	Bettfysiologiska åtgärder	Extern	**604S**	Mjukplastskena, laboratorieframställd, utförd på bettfysiologisk indikation, per skena	3 585	3 340
A	Bettfysiologiska åtgärder	Extern	**606**	Motorisk aktivering	765	730
S	Bettfysiologiska åtgärder	Extern	**606S**	Motorisk aktivering	785	750
A	Bettfysiologiska åtgärder	Extern	**607**	Bettslipning för ocklusal stabilisering	860	825
S	Bettfysiologiska åtgärder	Extern	**607S**	Bettslipning för ocklusal stabilisering	1 150	1 100
A	Bettfysiologiska åtgärder	Extern	**650**	Motorisk aktivering, distanskontakt via videolänk	505	480
A	Reparativa åtgärder	Extern	**701**	Fyllning av en yta på framtand eller hörntand	795	730
A	Reparativa åtgärder	Extern	**702**	Fyllning av två ytor på framtand eller hörntand	1 225	1 160
A	Reparativa åtgärder	Extern	**703**	Fyllning av tre eller fler ytor på framtand eller hörntand	1 485	1 420
A	Reparativa åtgärder	Extern	**704**	Fyllning av en yta på molar eller premolar	1 020	940
A	Reparativa åtgärder	Extern	**705**	Fyllning av två ytor på molar eller premolar	1 440	1 370
A	Reparativa åtgärder	Extern	**706**	Fyllning av tre eller fler ytor på molar eller premolar	1 910	1 830
A	Reparativa åtgärder	Extern	**707**	Krona i plastiskt material, klinikframställd	2 195	2 075
A	Reparativa åtgärder	Extern	**708**	Stiftförankring i rotkanal vid fyllningsterapi, tilläggsåtgärd	600	550
A	Reparativa åtgärder	Extern	**711**	Fyllning, utförd av tandhygienist	540	505
A	Protetiska åtgärder	Extern	**800**	Permanent tandstödd krona, en per käke	7 690	6 825
S	Protetiska åtgärder	Extern	**800S**	Permanent tandstödd krona, en per käke	9 205	8 250
A	Protetiska åtgärder	Extern	**801**	Permanent tandstödd krona, flera i samma käke	5 755	5 275
S	Protetiska åtgärder	Extern	**801S**	Permanent tandstödd krona, flera i samma käke	6 960	6 395
A	Protetiska åtgärder	Extern	**802**	Laboratorieframställd pelare med intraradikulärt stift	3 880	3 880
S	Protetiska åtgärder	Extern	**802S**	Laboratorieframställd pelare med intraradikulärt stift	4 720	4 720
A	Protetiska åtgärder	Extern	**803**	Klinikframställd pelare med intraradikulärt stift	1 810	1 810
S	Protetiska åtgärder	Extern	**803S**	Klinikframställd pelare med intraradikulärt stift	2 295	2 295
A	Protetiska åtgärder	Extern	**804**	Hängande led vid tandstödd protetik, per led	2 815	2 815
A	Protetiska åtgärder	Extern	**804**	Hängande led vid tandstödd protetik, per led	2 815	2 815
S	Protetiska åtgärder	Extern	**804S**	Hängande led vid tandstödd protetik, per led	3 100	3 100
A	Protetiska åtgärder	Extern	**805**	Emaljretinerad konstruktion, laboratorieframställd, per stöd	2 165	2 165
S	Protetiska åtgärder	Extern	**805S**	Emaljretinerad konstruktion, laboratorieframställd, per stöd	2 580	2 580
A	Protetiska åtgärder	Extern	**806**	Radikulärförankring vid avtagbar protes	4 105	4 105
S	Protetiska åtgärder	Extern	**806S**	Radikulärförankring vid avtagbar protes	4 945	4 945
A	Protetiska åtgärder	Extern	**807**	Semipermanent krona, brostöd eller hängande led, per led	3 160	3 160
S	Protetiska åtgärder	Extern	**807S**	Semipermanent krona, brostöd eller hängande led, per led	3 650	3 650
A	Protetiska åtgärder	Extern	**807**	Semipermanent krona, brostöd eller hängande hängande led, per led	3 160	3 160
S	Protetiska åtgärder	Extern	**807S**	Semipermanent krona, brostöd eller hängande led, per led	3 650	3 650
A	Protetiska åtgärder	Extern	**808**	Innerkrona för teleskop- eller konuskonstruktion	4 020	4 020
S	Protetiska åtgärder	Extern	**808S**	Innerkrona för teleskop- eller konuskonstruktion	4 855	4 855
A	Protetiska åtgärder	Extern	**809**	Långtidstemporär laboratorieframställd krona eller hängande led, per led	1 505	1 350
S	Protetiska åtgärder	Extern	**809S**	Långtidstemporär laboratorieframställd krona eller hängande led, per led	1 740	1 560
A	Protetiska åtgärder	Extern	**809**	Långtidstemporär laboratorieframställd krona eller hängande led, per led	1 505	1 350
S	Protetiska åtgärder	Extern	**809S**	Långtidstemporär laboratorieframställd krona eller hängande led, per led	1 740	1 560

A	Protetiska åtgärder	Extern	**811**	Cementering av lossnad tandstödd eller implantatstödd protetisk konstruktion, per stöd	825	635
S	Protetiska åtgärder	Extern	**811S**	Cementering av lossnad tandstödd eller implantatstödd protetisk konstruktion, per stöd	1 055	845
A	Protetiska åtgärder	Extern	**812**	Reparation av krona eller bro, utan tandteknisk insats	1 625	1 625
S	Protetiska åtgärder	Extern	**812S**	Reparation av krona eller bro, utan tandteknisk insats	2 185	2 185
A	Protetiska åtgärder	Extern	**813**	Broreparation med tandteknisk insats	5 470	5 470
S	Protetiska åtgärder	Extern	**813S**	Broreparation med tandteknisk insats	6 865	6 865
A	Protetiska åtgärder	Extern	**814**	Broreparation med tandteknisk insats, omfattande	10 535	9 575
S	Protetiska åtgärder	Extern	**814S**	Broreparation med tandteknisk insats, omfattande	12 985	11 805
A	Protetiska åtgärder	Extern	**815**	Sadelkrona	6 745	6 135
S	Protetiska åtgärder	Extern	**815S**	Sadelkrona	8 130	7 390
A	Protetiska åtgärder	Extern	**820**	Skena med tandersättning för temporärt bruk	1 650	1 550
S	Protetiska åtgärder	Extern	**820S**	Skena med tandersättning för temporärt bruk	1 875	1 760
A	Protetiska åtgärder	Extern	**822**	Partiell protes, utan metallskelett eller för temporärt bruk, en till tre tänder	5 000	5 000
S	Protetiska åtgärder	Extern	**822S**	Partiell protes, utan metallskelett eller för temporärt bruk, en till tre tänder	5 835	5 835
A	Protetiska åtgärder	Extern	**823**	Partiell protes, utan metallskelett eller för temporärt bruk, fyra eller fler tänder	6 785	6 785
S	Protetiska åtgärder	Extern	**823S**	Partiell protes, utan metallskelett eller för temporärt bruk, fyra eller fler tänder	7 900	7 900
A	Protetiska åtgärder	Extern	**824**	Partiell protes med metallskelett, klammerförankrad, ädelmetall ingår ej	13 645	13 620
S	Protetiska åtgärder	Extern	**824S**	Partiell protes med metallskelett, klammerförankrad, ädelmetall ingår ej	15 605	15 575
A	Protetiska åtgärder	Extern	**825**	Komplicerad partiell protes med metallskelett som förankras med stöd av urtagskrona, innerkrona eller attachments, ädelmetall ingår ej	15 250	15 250
S	Protetiska åtgärder	Extern	**825S**	Komplicerad partiell protes med metallskelett som förankras med stöd av urtagskrona, innerkrona eller attachments, ädelmetall ingår ej	18 510	18 510
A	Protetiska åtgärder	Extern	**826**	Attachments, per styck	195	185
A	Protetiska åtgärder	Extern	**827**	Hel underkäksprotes	12 510	12 510
S	Protetiska åtgärder	Extern	**827S**	Hel underkäksprotes	15 455	15 455
A	Protetiska åtgärder	Extern	**828**	Hel överkäksprotes	12 510	12 510
S	Protetiska åtgärder	Extern	**828S**	Hel överkäksprotes	15 455	15 455
A	Protetiska åtgärder	Extern	**829**	Immediatprotes, hel käke	9 270	9 270
S	Protetiska åtgärder	Extern	**829S**	Immediatprotes, hel käke	10 790	10 790
A	Protetiska åtgärder	Extern	**831**	Justering av avtagbar protes	415	415
S	Protetiska åtgärder	Extern	**831S**	Justering av avtagbar protes	555	555
A	Protetiska åtgärder	Extern	**832**	Lagning av protes eller tillsättning av protestand	1 990	1 990
S	Protetiska åtgärder	Extern	**832S**	Lagning av protes eller tillsättning av protestand	2 270	2 270
A	Protetiska åtgärder	Extern	**833**	Rebasering av protes	3 455	3 455
S	Protetiska åtgärder	Extern	**833S**	Rebasering av protes	4 085	4 085
A	Protetiska åtgärder	Extern	**834**	Lagning av protes där avtryck krävs	2 630	2 630
S	Protetiska åtgärder	Extern	**834S**	Lagning av protes där avtryck krävs	3 050	3 050
A	Protetiska åtgärder	Extern	**835**	Rebasering och lagning av protes	3 975	3 975
S	Protetiska åtgärder	Extern	**835S**	Rebasering och lagning av protes	4 670	4 670
A	Protetiska åtgärder	Extern	**836**	Komplicerad lagning av protes	4 150	4 150
S	Protetiska åtgärder	Extern	**836S**	Komplicerad lagning av protes	4 845	4 845
A	Protetiska åtgärder	Extern	**837**	Komplicerad lagning av protes där uppvaxning och gjutning av ny del utförs vilken svetsas till befintlig protes.	9 195	9 195
S	Protetiska åtgärder	Extern	**837S**	Komplicerad lagning av protes där uppvaxning och gjutning av ny del utförs vilken svetsas till befintlig protes.	10 395	10 395
A	Protetiska åtgärder	Extern	**839**	Inmontering av förankringselement	3 595	3 595
S	Protetiska åtgärder	Extern	**839S**	Inmontering av förankringselement	4 290	4 290
A	Protetiska åtgärder	Extern	**845**	Ocklusionskorrigerande bettslipning	2 255	2 255
S	Protetiska åtgärder	Extern	**845S**	Ocklusionskorrigerande bettslipning	2 780	2 780

A	Protetiska åtgärder	Extern	**846**	Skena, hel eller cementerad i sektioner, för vertikal platsberedning eller bettstabilisering	4 685	4 685
S	Protetiska åtgärder	Extern	**846S**	Skena, hel eller cementerad i sektioner, för vertikal platsberedning eller bettstabilisering	5 660	5 660
A	Protetiska åtgärder	Extern	**847**	Klammerplåt	5 650	5 650
S	Protetiska åtgärder	Extern	**847S**	Klammerplåt	6 625	6 625
A	Protetiska åtgärder	Extern	**848**	Betthöjning eller uppbyggnad för ocklusal stabilisering med fyllningsmaterial, per tandposition	600	600
S	Protetiska åtgärder	Extern	**848S**	Betthöjning eller uppbyggnad för ocklusal stabilisering med fyllningsmaterial, per tandposition	810	810
A	Protetiska åtgärder	Extern	**850**	Implantatstödd krona, en per käke, enbart "rakt skruvhål" ingår	12 250	10 355
S	Protetiska åtgärder	Extern	**850S**	Implantatstödd krona, en per käke, enbart "rakt skruvhål" ingår	15 080	12 035
A	Protetiska åtgärder	Extern	**852**	Implantatstödd krona, flera i samma käke	8 410	8 230
S	Protetiska åtgärder	Extern	**852S**	Implantatstödd krona, flera i samma käke	10 210	9 480
A	Protetiska åtgärder	Extern	**853**	Hängande led vid implantatstödd bro	2 940	2 845
A	Protetiska åtgärder	Extern	**853**	Hängande led vid implantatstödd bro	2 940	2 845
S	Protetiska åtgärder	Extern	**853S**	Hängande led vid implantatstödd bro	3 205	3 125
A	Protetiska åtgärder	Extern	**854**	Semipermanent implantatstödd krona eller hängande led, per led	3 550	3 550
S	Protetiska åtgärder	Extern	**854S**	Semipermanent implantatstödd krona eller hängande led, per led	3 970	3 970
A	Protetiska åtgärder	Extern	**854**	Semipermanent implantatstödd krona eller hängande led, per led	3 550	3 550
S	Protetiska åtgärder	Extern	**854S**	Semipermanent implantatstödd krona eller hängande led, per led	3 970	3 970
A	Protetiska åtgärder	Extern	**855**	Fästskruv/broskruv och cylinder vid semipermanent implantatstödd krona, per implantat	620	620
A	Protetiska åtgärder	Extern	**856**	Långtidstemporär laboratorieframställd implantatstödd krona eller hängande led, per led	2 335	2 035
S	Protetiska åtgärder	Extern	**856S**	Långtidstemporär laboratorieframställd implantatstödd krona eller hängande led, per led	2 650	2 310
A	Protetiska åtgärder	Extern	**856**	Långtidstemporär laboratorieframställd krona eller hängande led på implantat, per led	2 335	2 035
S	Protetiska åtgärder	Extern	**856S**	Långtidstemporär laboratorieframställd krona eller hängande led på implantat, per led	2 650	2 310
A	Protetiska åtgärder	Extern	**857**	Fästskruv/broskruv och cylinder vid långtidstemporär laboratorieframställd implantatstödd krona, per implantat	710	620
A	Protetiska åtgärder	Extern	**858**	Distans inklusive distansskruv, per styck	1 865	1 580
A	Protetiska åtgärder	Extern	**859**	Integrerad distans/kopplingskomponent vid separat implantatstödd krona, per styck, tilläggsåtgärd	1 800	1 005
A	Protetiska åtgärder	Extern	**861**	Implantatstödd bro i överkäke på fyra implantat	41 965	36 530
A	Protetiska åtgärder	Extern	**861L**	Implantatstödd bro i överkäke på fyra implantat	49 560	36 530
S	Protetiska åtgärder	Extern	**861S**	Implantatstödd bro i överkäke på fyra implantat	46 170	40 735
S	Protetiska åtgärder	Extern	**861SL**	Implantatstödd bro i överkäke på fyra implantat	53 700	40 735
A	Protetiska åtgärder	Extern	**862**	Implantatstödd bro i överkäke på fem implantat	42 840	37 845
A	Protetiska åtgärder	Extern	**862L**	Implantatstödd bro i överkäke på fem implantat	50 305	37 845
S	Protetiska åtgärder	Extern	**862S**	Implantatstödd bro i överkäke på fem implantat	46 960	42 050
S	Protetiska åtgärder	Extern	**862SL**	Implantatstödd bro i överkäke på fem implantat	54 380	42 050
A	Protetiska åtgärder	Extern	**863**	Implantatstödd bro i överkäke på sex eller fler implantat	43 695	39 160
A	Protetiska åtgärder	Extern	**863L**	Implantatstödd bro i överkäke på sex eller fler implantat	51 060	39 160
S	Protetiska åtgärder	Extern	**863S**	Implantatstödd bro i överkäke på sex eller fler implantat	47 795	43 370
S	Protetiska åtgärder	Extern	**863SL**	Implantatstödd bro i överkäke på sex eller fler implantat	55 120	43 370
A	Protetiska åtgärder	Extern	**865**	Implantatstödd bro i underkäke på fyra eller fler implantat	39 345	35 225
A	Protetiska åtgärder	Extern	**865L**	Implantatstödd bro i underkäke på fyra eller fler implantat	46 950	35 225
S	Protetiska åtgärder	Extern	**865S**	Implantatstödd bro i underkäke på fyra eller fler implantat	43 005	39 010
S	Protetiska åtgärder	Extern	**865SL**	Implantatstödd bro i underkäke på fyra eller fler implantat	50 540	39 010
A	Protetiska åtgärder	Extern	**871**	Implantatstödd täckprotes i överkäke på två implantat, eller implantatstödd täckprotes i underkäke på implantat oavsett antal implantat	24 380	21 120
S	Protetiska åtgärder	Extern	**871S**	Implantatstödd täckprotes i överkäke på två implantat, eller implantatstödd täckprotes i underkäke på implantat oavsett antal implantat	27 305	24 120
A	Protetiska åtgärder	Extern	**872**	Implantatstödd täckprotes i överkäke på tre implantat	26 240	23 175
S	Protetiska åtgärder	Extern	**872S**	Implantatstödd täckprotes i överkäke på tre implantat	29 635	26 175

A	Protetiska åtgärder	Extern	**873**	Implantatstödd täckprotes i överkäke på fyra implantat eller fler	28 570	25 235
S	Protetiska åtgärder	Extern	**873S**	Implantatstödd täckprotes i överkäke på fyra implantat eller fler	31 960	28 230
A	Protetiska åtgärder	Extern	**874**	Tillägg för alveolarbar på 2 implantat	5 500	5 330
S	Protetiska åtgärder	Extern	**874S**	Tillägg för alveolarbar på 2 implantat	5 935	5 750
A	Protetiska åtgärder	Extern	**875**	Tillägg för alveolarbar på 3 implantat	7 195	6 975
S	Protetiska åtgärder	Extern	**875S**	Tillägg för alveolarbar på 3 implantat	7 630	7 395
A	Protetiska åtgärder	Extern	**876**	Tillägg för alveolarbar på 4 implantat	8 770	8 500
S	Protetiska åtgärder	Extern	**876S**	Tillägg för alveolarbar på 4 implantat	9 205	8 920
A	Protetiska åtgärder	Extern	**877**	Implantatstödd täckprotes, exklusive distanser och förankringselement	17 965	17 105
S	Protetiska åtgärder	Extern	**877S**	Implantatstödd täckprotes, exklusive distanser och förankringselement	20 955	20 105
A	Protetiska åtgärder	Extern	**878**	Förankringselement täckprotes, per styck	330	330
A	Protetiska åtgärder	Extern	**881**	Reparation av fast implantatstödd konstruktion, mindre omfattande	1 220	1 220
S	Protetiska åtgärder	Extern	**881S**	Reparation av fast implantatstödd konstruktion, mindre omfattande	1 640	1 640
A	Protetiska åtgärder	Extern	**883**	Reparation/ombyggnad av fast implantatstödd konstruktion med tandteknisk insats	2 515	2 515
S	Protetiska åtgärder	Extern	**883S**	Reparation/ombyggnad av fast implantatstödd konstruktion med tandteknisk insats	2 865	2 865
A	Protetiska åtgärder	Extern	**884**	Reparation/ombyggnad av implantatstödd bro där omfattande tandteknisk insats krävs	11 180	9 815
S	Protetiska åtgärder	Extern	**884S**	Reparation/ombyggnad av implantatstödd bro där omfattande tandteknisk insats krävs	12 020	10 720
A	Protetiska åtgärder	Extern	**888**	Fästskruv/broskruv, per styck	205	205
A	Protetiska åtgärder	Extern	**889**	Distansskruv, per styck	435	435
A	Protetiska åtgärder	Extern	**892**	Läkdistans, per styck	385	385
A	Protetiska åtgärder	Extern	**893**	Avmontering av implantatstödda konstruktioner på sammanlagt ett till tre implantat	1 180	1 180
S	Protetiska åtgärder	Extern	**893S**	Avmontering av implantatstödda konstruktioner på sammanlagt ett till tre implantat	1 595	1 595
A	Protetiska åtgärder	Extern	**894**	Återmontering av implantatstödda konstruktioner på sammanlagt ett till tre implantat	1 235	1 235
S	Protetiska åtgärder	Extern	**894S**	Återmontering av implantatstödda konstruktioner på sammanlagt ett till tre implantat	1 655	1 655
A	Protetiska åtgärder	Extern	**895**	Avmontering av implantatstödda konstruktioner på sammanlagt fyra eller fler implantat	1 555	1 555
S	Protetiska åtgärder	Extern	**895S**	Avmontering av implantatstödda konstruktioner på sammanlagt fyra eller fler implantat	2 110	2 110
A	Protetiska åtgärder	Extern	**896**	Återmontering av implantatstödda konstruktioner på sammanlagt fyra eller fler implantat	1 680	1 680
S	Protetiska åtgärder	Extern	**896S**	Återmontering av implantatstödda konstruktioner på sammanlagt fyra eller fler implantat	2 235	2 235
A	Protetiska åtgärder	Extern	**897**	Åtgärdande av tekniska implantatkomplikationer	2 835	2 835
S	Protetiska åtgärder	Extern	**897S**	Åtgärdande av tekniska implantatkomplikationer	4 135	4 135
A	Tandreglering	Extern	**900**	Tandreglering, aktiv behandling högst 6 månader	11 195	11 195
S	Tandreglering	Extern	**900S**	Tandreglering, aktiv behandling högst 6 månader	14 580	14 580
A	Tandreglering	Extern	**901**	Tandreglering, en käke, aktiv behandling 6 månader till 1 år	16 800	16 800
S	Tandreglering	Extern	**901S**	Tandreglering, en käke, aktiv behandling 6 månader till 1 år	21 885	21 885
A	Tandreglering	Extern	**902**	Tandreglering, en käke, aktiv behandling 1 år till 1,5 år	20 940	20 940
S	Tandreglering	Extern	**902S**	Tandreglering, en käke, aktiv behandling 1 år till 1,5 år	27 470	27 470
A	Tandreglering	Extern	**903**	Tandreglering, en käke, aktiv behandling 1,5 år till 2 år	24 700	24 700
S	Tandreglering	Extern	**903S**	Tandreglering, en käke, aktiv behandling 1,5 år till 2 år	32 535	32 535
A	Tandreglering	Extern	**904**	Tandreglering, en käke, aktiv behandling mer än 2 år	30 645	30 645
S	Tandreglering	Extern	**904S**	Tandreglering, en käke, aktiv behandling mer än 2 år	40 540	40 540
A	Tandreglering	Extern	**905**	Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling 6 månader till 1 år	23 620	23 620
S	Tandreglering	Extern	**905S**	Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling 6 månader till 1 år	30 425	30 425
A	Tandreglering	Extern	**906**	Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling 1 år till 1,5 år	27 760	27 760
S	Tandreglering	Extern	**906S**	Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling 1 år till 1,5 år	36 010	36 010
A	Tandreglering	Extern	**907**	Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling 1,5 år till 2 år	31 900	31 900
S	Tandreglering	Extern	**907S**	Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling 1,5 år till 2 år	41 590	41 590
A	Tandreglering	Extern	**908**	Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling mer än 2 år	38 475	38 475
S	Tandreglering	Extern	**908S**	Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling mer än 2 år	50 435	50 435

A	Protetiska åtgärder	Extern	**921**	Utbytesåtgärd. Krona istället för ersättningsberättigande fyllning, fram- eller hörntand	7 690	1 420
S	Protetiska åtgärder	Extern	**921S**	Utbytesåtgärd. Krona istället för ersättningsberättigande fyllning, fram- eller hörntand	9 205	1 420
A	Protetiska åtgärder	Extern	**922**	Utbytesåtgärd. Krona istället för ersättningsberättigande fyllning, molar eller premolar	7 690	1 830
S	Protetiska åtgärder	Extern	**922S**	Utbytesåtgärd. Krona istället för ersättningsberättigande fyllning, molar eller premolar	9 205	1 830
A	Protetiska åtgärder	Extern	**923**	Utbytesåtgärd. Fasad i stället för ersättningsberättigande fyllning, tandposition 1–3	7 690	1 420
S	Protetiska åtgärder	Extern	**923S**	Utbytesåtgärd. Fasad i stället för ersättningsberättigande fyllning, tandposition 1–3	9 205	1 420
A	Protetiska åtgärder	Extern	**924**	Utbytesåtgärd. Fasad i stället för ersättningsberättigande fyllning, tandposition 4–5	7 690	1 830
S	Protetiska åtgärder	Extern	**924S**	Utbytesåtgärd. Fasad i stället för ersättningsberättigande fyllning, tandposition 4–5	9 205	1 830
A	Protetiska åtgärder	Extern	**926**	Utbytesåtgärd. Implantatbehandling i entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstödd bro, protetisk del/implantatstödd krona.	14 115	8 090
S	Protetiska åtgärder	Extern	**926S**	Utbytesåtgärd. Implantatbehandling i entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstödd bro, protetisk del/implantatstödd krona.	16 945	9 495
A	Protetiska åtgärder	Extern	**929**	Utbytesåtgärd. Implantatbehandling i entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstödd bro när åtgärd 800 eller 801 har utförts inom tre år på en av stödtänderna som utbytet beräknas på, protetisk del/implantatstödd krona.	14 115	5 275
S	Protetiska åtgärder	Extern	**929S**	Utbytesåtgärd. Implantatbehandling i entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstödd bro när åtgärd 800 eller 801 har utförts inom tre år på en av stödtänderna som utbytet beräknas på, protetisk del/implantatstödd krona.	16 945	6 395
A	Övrigt	Extern	**940**	Utbytesåtgärd. Ortodontisk slutning av entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstödd bro.	13 365	13 365
S	Övrigt	Extern	**940S**	Utbytesåtgärd. Ortodontisk slutning av entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstödd bro.	15 890	15 890
A	Övrigt	Extern	**941**	Utbytesåtgärd. Ortodontisk slutning av entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstödd bro när åtgärd 800 eller 801 har utförts inom tre år på en av stödtänderna som utbytet beräknas på.	8 090	8 090
S	Övrigt	Extern	**941S**	Utbytesåtgärd. Ortodontisk slutning av entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstödd bro när åtgärd 800 eller 801 har utförts inom tre år på en av stödtänderna som utbytet beräknas på.	9 495	9 495
A	Övrigt	Intern	**A11**	Tandskydd	2 315	
A	Övrigt	Intern	**A13**	Skriftligt intyg	1 045	
A	Övrigt	Intern	**964**	Uteblivande/sent återbud. Debiteras per tillfälle. Avgiften debiteras vuxna.	600	
S	Övrigt	Intern	**Inväntar ny kod**	Uteblivande/sent återbud, narkospatienter Debiteras per tillfälle. Avgiften debiteras vuxna.	900	
A	Övrigt	Intern	**A44**	Receptförskrivning	100	
A	Besöksavgift	Intern	**ASYL**	Patientavgift asylsökande, per besök	50	
A	Övrigt	Intern	**B909**	Antiapnéskena	12 365	
A	Övrigt	Intern	**A40**	Sedering inför behandling.	770	
A	Övrigt	Intern	**A70**	Framställa ny retainer. Inkluderar kostnad för tandteknik. Debiteras i samband med utlämning.	3 025	
A	Övrigt	Intern	**A71**	Retainer, lagning och justering	1 515	
A	Övrigt	Intern	**A72**	Framställa ny essixskena. Inkluderar kostnad för tandteknik. Debiteras i samband med utlämning.	3 025	
A	Övrigt	Intern	**A73**	Clear aligners, tilläggsåtgärd	28 000	
A	Övrigt	Intern	**A74**	Lingual tandställning, en käke. Tilläggsåtgärd	33 595	
A	Övrigt	Intern	**A75**	Lingual tandställning, 2 käkar. Tilläggsåtgärd	44 800	
A	Övrigt	Intern	**A76**	Vita brackets, per bracket	560	
S	Övrigt	Intern	**Inväntar ny kod**	Uppvaxning på modell (fysisk eller digital) per led	200	
S	Övrigt	Intern	**Inväntar ny kod**	Guideskena inför operation helkäke	6 000	
S	Övrigt	Intern	**Inväntar ny kod**	Guideskena inför operation delkäke	3 000	
A	Övrigt	Intern	**Inväntar ny kod**	L1 Flexprotes	5 800	
A	Övrigt	Intern	**Inväntar ny kod**	L1 S Flexprotes	6 635	
S	Övrigt	Intern	**Inväntar ny kod**	Muskelavslappnande injektionsbehandling	3 500	
S	Övrigt	Intern	**A945**	Narkosbehandling - Tandläkare specialisttandvård. 3960 SEK/per tillfälle per patient.	3 960	
A	Sjukdomsföreb åtg	Intern	**A16**	Fissurförsegling per tand	525	
A	Övrigt	Intern	**A17**	Tillvänjningsbehandling	865	
A	Tandreglering	Intern	**A18**	Ersättning för förstörd eller bortslarvad tandregleringsapparat, retentionsskena eller bettskena	765	
A	Tandreglering	Intern	**A21**	Ersättning för förstörd eller borttappad tandregleringsapparat, retentionsskena eller bettskena (hel kostnad)	1 525	
A	Övrigt	Intern	**A19**	Ersättning för uteblivande/sent återbud. Debiteras per tillfälle. Avgiften debiteras barn.	300	
A	Tandreglering	Intern	**S2**	Extraktion ortodonti trauma EPI beräknas ej	1 220	
A	Besöksavgift	Intern	**951**	Behandling tandhygienist/tandsköterska. Per besök	250	
A	Besöksavgift	Intern	**952**	Behandling allmäntandläkare. Per besök	250	
S	Besöksavgift	Intern	**953**	Besöksavgift Specialisttandläkare	250	
A	Övrigt	Intern	**961**	Uteblivande tandhygienist/tandsköterska	250	
A	Övrigt	Intern	**962**	Uteblivande allmäntandläkare	250	
S	Övrigt	Intern	**963**	Uteblivande specialist tdl	250	

A	Övrigt	Intern	**9008**	9008 Tandsmycke, excl material, utförd av thyg. 2125 kr/tim. Deb per min.	35	
A	Övrigt	Intern	**9010**	9010 Kosmetisk behandling utförd av tdl. 3405 kr/tim. Deb per min.	57	
A	Övrigt	Intern	**9080**	9080 Permanent krona eller skalfasad, en per käke	9 615	
A	Övrigt	Intern	**9081**	9081 Permanent krona eller skalfasad, flera i samma käke	7 200	
A	Övrigt	Intern	**9011**	9011 Blekning en käke.	3 765	
A	Övrigt	Intern	**9012**	9012 Blekning 2 käkar vid samma tilfälle.	5 640	
S	Övrigt	Intern	**9021**	9021 Kosmetisk behandling utförd av specialisttdl. 4965 kr/tim. Deb/min.	83	
A	Övrigt	Intern	**9009**	9009 Kostnad tandsmycke. OBS inkl moms. 1st = 1skr	1	
A	Övrigt	Intern	**9013**	9013 Blekmedel. OBS inkl moms. 1st = 1skr	1	
A	Övrigt	Intern	**10001**	10001 Intern blekning av estetiska skäl. Debiteras per tillfälle.	1 710	
A	Övrigt	Intern	**O001**	O001 Tandreglering, aktiv behandling högst 6 månader	13 995	
A	Övrigt	Intern	**O002**	O02 Tandreglering, aktiv behandling högst 6 månader	18 225	
A	Övrigt	Intern	**O003**	O003 Tandreglering, en käke, aktiv behandling 6 månader till 1 år	21 000	
A	Övrigt	Intern	**O004**	O004 Tandreglering, en käke, aktiv behandling 6 månader till 1 år	27 355	
A	Övrigt	Intern	**O005**	O005 Tandreglering, en käke, aktiv behandling 1år till 1,5 år	26 175	
A	Övrigt	Intern	**O006**	O006 Tandreglering, en käke, aktiv behandling 1år till 1,5 år	34 340	
A	Övrigt	Intern	**O007**	O007 Tandreglering, en käke, aktiv behandling 1,5 år till 2 år	30 875	
A	Övrigt	Intern	**O008**	O008 Tandreglering, en käke, aktiv behandling 1,5 år till 2 år	40 670	
A	Övrigt	Intern	**O009**	O009 Tandreglering, en käke, aktiv behandling mer än 2 år	38 305	
A	Övrigt	Intern	**O010**	O010 Tandreglering, en käke, aktiv behandling mer än 2 år	50 675	
A	Övrigt	Intern	**O011**	O011 Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling 6 månader till 1 år	29 525	
A	Övrigt	Intern	**O012**	O012 Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling 6 månader till 1 år	38 030	
A	Övrigt	Intern	**O013**	O013 Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling 1 år till 1,5 år	34 700	
A	Övrigt	Intern	**O014**	O014 Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling 1 år till 1,5 år	45 015	
A	Övrigt	Intern	**O015**	O015 Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling 1,5 år till 2 år	39 875	
A	Övrigt	Intern	**O016**	O016 Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling 1,5 år till 2 år	51 990	
A	Övrigt	Intern	**O017**	O017 Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling mer än 2 år	48 095	
A	Övrigt	Intern	**O018**	O018 Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling mer än 2 år	63 045	

Regionledningskontoret

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Strategi för att möta framtidens behov av hälso- och sjukvård 2020-2030

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- godkänner Strategi för att möta framtidens behov av hälso- och sjukvård 2020–2030.

Sammanfattning

En revidering är genomförd av det strategiska dokumentet Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård 2020–2030.

Ärendebeskrivning

Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård 2020–2023 togs fram som en strategisk plan inför år 2020. Dokumentet beskriver den politiska ambitionen på lång sikt och omsätts och följs upp på kortare sikt via Budget och verksamhetsplan. I samband med att dokumentet togs fram beslutades att en revidering skulle genomföras under år 2025.

Revidering av dokumentet har skett i nära samverkan med övriga strategiska dokument. I och med revideringen föreslås att strategin rubriceras Strategi för att möta framtidens behov av hälso- och sjukvård 2020–2030.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Strategi för att möta framtidens behov av hälso- och sjukvård 2020–2030
- Strategi för att möta framtidens behov av hälso- och sjukvård 2020–2030

Beslutet skickas till

Kommunstyrelsen
Regionledningskontoret – Folkhälsa och sjukvård

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anette Peterson
Hälso- och sjukvårdsstrateg

STRATEGI FÖR ATT MÖTA FRAMTIDENS BEHOV AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRD 2020–2030

FÖR ETT BRA LIV
I EN ATTRAKTIV REGION

REGION JÖNKÖPINGS LÄN

Allt hänger ihop

Människor väljer att leva där det finns jobb, utbildning, en god livsmiljö, kultur och möjlighet att kunna pendla till arbete, skola och fritidsaktiviteter.

Där människor finns behövs bland annat hälso- och sjukvård, kollektivtrafik, utbildning och kultur. Företagen behöver välutbildade medarbetare och en bra infrastruktur.

INNEHÅLL

Tillsammans för ett bra liv för alla	4-5
Inledning	6-11
Strategi för att möta framtidens behov av hälso- och sjukvård	14-17
Mål och delstrategier	18-19
Delstrategi 1	22-23
Delstrategi 2	24-25
Delstrategi 3	26-27
Delstrategi 4	28-29
Delstrategi 5	30-31
Delstrategi 6	32-33
Framtagning och revidering av strategin	36-37

Tillsammans för ett bra liv för alla

Jönköpings län präglas av invånare som skapar starka lokalsamhällen, ett engagerat civilsamhälle, ett starkt näringsliv och stor innovationskraft. Här finns en tradition av samverkan, där föreningsliv, företag och offentliga aktörer tillsammans skapar trygghet, delaktighet och livskvalitet och där invånarna upplever att det är nära till beslutsfattare och mellan människor.

Samtidigt står vi inför gemensamma utmaningar. Färre behöver försörja fler och vi behöver matcha arbetskraften mot arbetsmarknadens behov. Svensk hälso- och sjukvård har gjort stora framsteg med bättre teknik och behandlingar, men utvecklingen kräver nu en omställning till mer hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv vård. Den psykiska ohälsan ökar och tillsammans måste vi vidta åtgärder. Kollektivtrafiken är en viktig del i många invånares vardag för att ta sig till jobb och fritidsaktiviteter, men inom länet skiljer sig invånarnas tillgång till kollektivtrafik åt.

Inom länet finns en tydlig vilja att växa – med fler invånare, starkare samhällen och mer hållbara livsmiljöer. Det finns en gemensam insikt: att framtidens samhällen formas genom långsiktighet, tillit och samverkan över gränser och med starkt fokus på hållbarhet i alla delar, miljömässig, social och ekonomisk– för ett bra liv idag och för kommande generationer.

Region Jönköpings läns fyra strategiska dokument – Strategi för att möta framtidens behov av hälso- och sjukvård, Regional utvecklingsstrategi, Trafikförsörjningsprogrammet och Hållbarhetsprogrammet utgör tillsammans en väg framåt, förankrad i lokal kunskap och gemensamma ambitioner.

Vår utgångspunkt är tydlig: framtiden bygger vi bäst – tillsammans.

Tillsammans för ett bra liv för alla är en gemensam ambition i Jönköpings län – förankrad i lokal kunskap och samverkan mellan Region Jönköpings län, länets 13 kommuner, Jönköping University, Länsstyrelsen, samt civilsamhälle, näringsliv och invånare.

Strategi för att möta framtidens behov av hälso- och sjukvård är ett styrande dokument som visar riktningen för hur hälso- och sjukvården i Region Jönköpings län ska utvecklas fram till 2030 – med fokus på en nära vård som är personcentrerad, högkvalitativ, samskapad, jämlik, tillgänglig och hållbar.

Bästa möjliga hälsa och jämlik vård – utifrån invånarnas behov

Strategi för att möta framtidens behov av hälso- och sjukvård beskriver Region Jönköpings läns långsiktiga strategi för att möta de växande och föränderliga behoven inom hälso- och sjukvården fram till år 2030. Strategin visar riktningen för hälso- och sjukvården i Region Jönköpings län, utgör grunden för budget och verksamhetsplan, och är ett politiskt beslutat dokument.

Målet är att skapa bästa möjliga hälsa för hela befolkningen och en jämlik vård. Det innebär en nära vård som är personcentrerad, högkvalitativ, samskapad, jämlik, tillgänglig och hållbar. En hälso- och sjukvård som alltid utgår från invånarens behov – sammanfattat i principen "Vad är bäst för Esther?". Arbetet handlar om att steg för steg förändra och anpassa arbetssätt efter nya behov, där digitala verktyg används som ett viktigt stöd för att utveckla och förbättra hälso- och sjukvården.

Strategin är förankrad i bred dialog med aktörer i hela länet och reviderades 2025.

Strategin innehåller

- En analys av demografiska och samhälleliga förändringar som påverkar vården.
- Sex delstrategier med utvecklingsmål och prioriterade områden.
- En beskrivning av nära vård.
- Ett tydligt fokus på samverkan mellan RJL, kommuner, civilsamhälle och invånare.
- En struktur för långsiktig uppföljning och anpassning till nya förutsättningar.

För ett bra liv i en attraktiv region

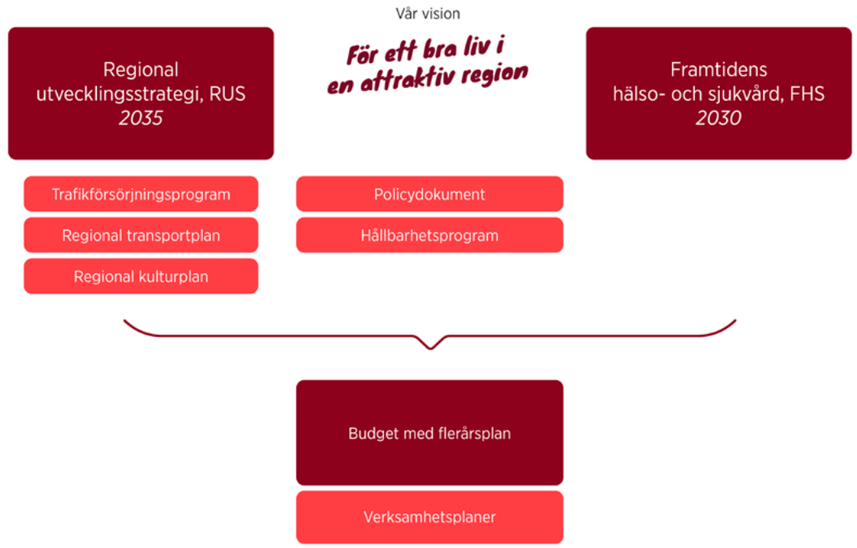
Region Jönköpings län arbetar med frågor som är avgörande för människors liv och hälsa, både genom att erbjuda en trygg hälso- och sjukvård och genom att främja en hållbar, innovativ och kulturellt rik region. Vår styrning utgår från visionen ”*För ett bra liv i en attraktiv region*”. Allt vårt arbete ska leda till att Jönköpings län år 2035 är Sveriges mest hållbara, attraktiva och tillgängliga län där alla människor trivs, utvecklas och mår bra.

Vårt viktigaste styrdokument är budget med verksamhetsplan och flerårsplan. Här beskrivs våra strategiska mål, framgångsfaktorer, uppdrag och mätetal för de närmaste åren. De strategiska styrdokumenten Regional utvecklingsstrategi (RUS) 2020–2035 och Strategi för att möta framtidens behov av hälso- och sjukvård 2020-2030 har båda långa tidsperspektiv. De beskriver den politiska ambitionen för Region Jönköpings län till år 2035 respektive 2030. Tillsammans med andra politiskt antagna planer och program bildar de en helhet där de långsiktiga visionerna översätts till konkreta mål, uppdrag och aktiviteter i vardagen. I figur 1 visas hur styrdokumenten förhåller sig till och samspelar med varandra.

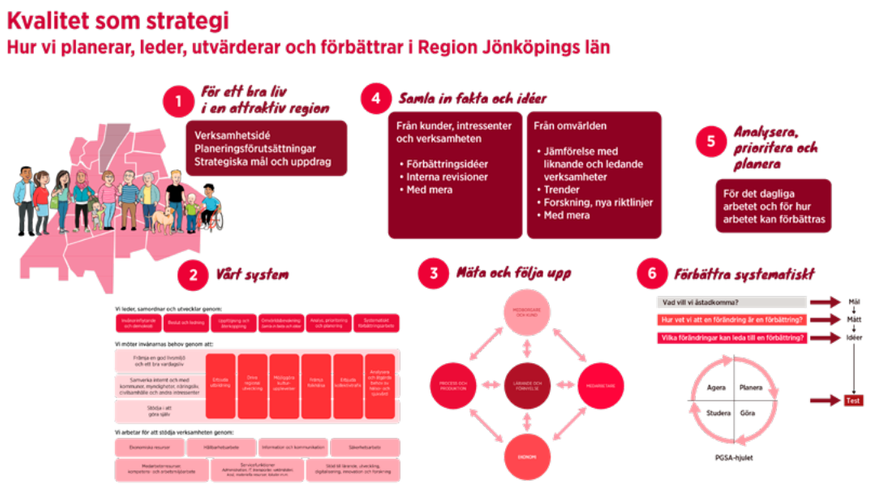
Kvalitet som strategi

Vårt övergripande ledningssystem, kvalitet som strategi, beskriver hur vi planerar, leder, utvärderar och förbättrar verksamheten. Det innebär att den stora resursen för utveckling uppstår genom att förbättra och effektivisera nuvarande verksamhet, och fasa ut mindre värdeskapande arbetssätt och aktiviteter. På så sätt frigörs arbetstid och andra resurser som kan satsas på nya områden och åtaganden. Målet med kvalitet som strategi är att leverera tjänster som motsvarar kundernas behov och förväntningar och samtidigt skapa en arbetsplats där människor trivs och är stolta över sitt arbete. I figur 2 illustreras hur vårt övergripande ledningssystem fungerar och stödjer vårt arbete med kvalitet som strategi.

Figur 1 Hur styrdokument som antagits av Regionfullmäktige förhåller sig till och samspelar med varandra.



Figur 2 Kvalitet som strategi.



Vad är bäst för Esther?

Vi behöver alltid utgå från varför och för vem vi finns till. För att leda, arbeta i och utveckla verksamheten använder vi tre enkla regler:

1. Vad är bäst för Esther?
Vi börjar alltid med individens behov, inte vår organisationsstruktur. Det innebär att vi lyssnar in människors berättelser, livsvillkor och önskemål – och låter det styra hur vi planerar, samordnar och utför insatser.

2. Vi tar ansvar för vårt steg, ger feedback till steget före och underlättar för steget efter.
Allt ska hänga ihop. Alla aktörer, oavsett roll eller verksamhet, har ett ansvar för att inte bara göra sitt eget steg – utan även ge feedback till steget före och underlätta för steget efter i kedjan.

3. Vi gör tillsammans - det är vårt gemensamma resultat som räknas.
Invånare, medarbetare, kommuner, regioner och civilsamhälle behöver arbeta tillsammans – med tillit, delaktighet och gemensamt ansvar som grund.

Strategi för att möta framtidens behov av hälso- och sjukvård

Under de senaste decennierna har det gjorts stora framsteg inom den svenska hälso- och sjukvården. Tack vare ny teknik, nya läkemedel och behandlingsmetoder lever vi idag längre och mår bättre. Samtidigt innebär utvecklingen att fler lever med kroniska sjukdomar, vilket ställer helt nya krav. Hälso- och sjukvården som i första hand varit utformad för att ta hand om akut sjuka behöver också i större utsträckning vara förebyggande, hälsofrämjande och proaktiv.

Samtidigt förändras människors förväntningar, beteenden och livsvillkor – präglade av digitalisering, ökad kunskap, nya värderingar och en starkare vilja till delaktighet. Tillsammans ställer dessa förändringar nya och mer komplexa krav på hur vi organiserar, samskapar, och utvecklar vården.

Utgångspunkter

Region Jönköpings län sammanfaller geografiskt med länsindelningen som omfattar 13 kommuner. Prognosen är att folkmängden kommer öka, särskilt i gruppen äldre pensionärer.

Folkhälsan i Jönköpings län förbättras, men det finns fortfarande betydande skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället. Målet är att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation och att alla ska kunna leva ett aktivt och självständigt liv.

Tillgänglighet till sjukvården i länet är bland den bästa i landet. Vårdcentralen är navet för vår hälso- och sjukvård – en första vårdnivå som möter, samordnar, fångar upp och stödjer med insatser utifrån invånarens behov över tid. Specialiserad vård finns tillgänglig när den behövs, men vården ska komma närmare individen, ibland bokstavligen, ibland genom digitala lösningar. Länet har 42 vårdcentraler som bedrivs utifrån ett vårdvalssystem.

Region Jönköpings län har tre akutsjukhus, där den specialiserade vården är uppdelad i tre verksamhetsområden; medicinsk vård, kirurgisk vård samt psykiatri, rehabilitering och diagnostik. Region Jönköpings län har även övergripande ansvar för tandvården och bedriver 26 folktandvårdskliniker samt specialisttandvård på tre orter.

Bättre folkhälsa och en mer jämlik vård

För att uppnå en bättre folkhälsa ska Region Jönköpings län aktivt stödja människor i att själva kunna ta ansvar för sin hälsa. Arbetet innebär att variationer i befolkningens hälsa följs, till exempel mellan olika grupper, och att insatser utvecklas för att minska hälsoskillnaderna. Region Jönköpings län ansvarar för att utveckla och samordna ett aktivt folkhälsoarbete tillsammans med kommuner, myndigheter, näringsliv, föreningsliv, civilsamhälle och andra aktörer i länet. Insatserna syftar till att främja hälsa och förebygga sjukdom. Ett starkare fokus på hälsofrämjande arbete bidrar inte bara till att fler kan hålla sig friska längre, utan innebär också samhällsekonomiska vinster – resurser som kan användas där behoven är som störst.

Vården ska vara jämlik, personcentrerad, säker, tillgänglig och med kliniska resultat på toppnivå. För att nå dit behöver verksamheterna och klinikerna inom Region Jönköpings län arbeta för både effektivitet och jämlik hälsa. Ett centralt uppdrag för länsklinikerna är, i enlighet med beslutet om tre akutsjukhus och riktlinjer för länskliniker (RJL 2021/2736), att bedriva verksamhet på tre orter. Detta bidrar till närhet och likvärdig vård i hela länet. Detta kräver engagerade och kompetenta medarbetare, vilket ställer krav på att Region Jönköpings län är en attraktiv arbetsgivare. Tillit är en central del i alla relationer, såväl mellan patient och vårdgivare, som samverkanspartners, medarbetare och ledare. Vi vill uppnå en jämlik hälso- och sjukvård som prioriterar de med störst behov. Därför behöver arbete med patienter med kroniska sjukdomar och stora vårdbehov prioriteras och det preventiva folkhälsoarbetet behöver systematiseras för att utjämna folkhälsoskillnader.

För att möta framtidens utmaningar inom hälso-och sjukvård är det avgörande att vi bygger framtiden på gemensamma visioner, tillit och samskapande i länet. Vi lär tillsammans – med invånare, medarbetare, civilsamhälle och andra aktörer – men också med vår omvärld. Vi inspireras av goda exempel från andra delar av Sverige och världen som vi omsätter i vårt eget system. Vi vill också bidra till utveckling genom att dela med oss av våra erfarenheter och vårt lärande.

Vad är bäst för Esther?

För att möta framtiden krävs en ny syn på hur hälsa, vård och omsorg skapas. Vi behöver bygga vården tillsammans med invånarna, utifrån deras behov, förutsättningar och livssituation. Det innebär att de som kan göra mer själva ska få rätt verktyg och stöd – vilket i sin tur frigör resurser till dem som behöver mer hjälp av vården. Målet är inte att göra lika för alla, utan att anpassa tjänster utifrån person, situation och behov – en personcentrerad vård där vi gör rätt för varje individ.

Våra tre enkla regler hjälper oss att tänka och agera utifrån ett helhetsperspektiv:

1. Vad är bäst för Esther?
2. Vi tar ansvar för vårt steg, ger feedback till steget före och underlättar för steget efter.
3. Vi gör tillsammans - det är vårt gemensamma resultat som räknas.

Dessa principer hjälper oss att hålla riktningen i ett komplext förändringsarbete, där vi alltid utgår från frågan – vad är bäst för Esther?

Fakta - Jönköpings län i siffror 2024

Invånare: 370 000 **Hushåll:** cirka 170 000 **Medelålder:** 42 år

Åldersfördelning:
22% är 65 och äldre.
24 % är yngre än 20 år.

Könsfördelning:
51 % är män
49 % är kvinnor

Bakgrund:
60 % är födda i länet
26 % har utländsk bakgrund*

Geografisk fördelning:
61 % bor i kommunhuvudorterna
23 % i övriga tätorter
16 % i landsbygder

Utbildningsnivå:
Andel av befolkningen i Jönköpings län 25-64 år med eftergymnasial utbildning: 40,4 %.

Befolkningsprognos:
Befolkningen i Jönköpings län förväntas öka med 2,3 % (ca 8 500 personer) mellan år 2023 till år 2033

*utrikes födda personer och personer födda i Sverige med minst en utrikes född förälder.

Nära vård – ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg

Nära vård är inte en ny organisationsnivå eller en benämning på dagens primärvård, som består av länets vårdcentraler, barnhälsovård, kvinnohälsovård och kommunal hälso- och sjukvård. Nära vård är ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Den nära vården börjar med det som patienten eller brukaren kan ge sig själv och med hjälp av sina nätverk, egenvården, samt det stöd kommuner och regioner kan ge i samverkan för att möjliggöra ett sammanhållet system. Det handlar om att skapa trygghet, kontinuitet och tillgänglighet – nära i tid, nära i relation och när det går, även nära geografiskt.

Med detta som grund formas arbetet för att tillsammans möta framtidens behov av hälso- och sjukvård, med inriktning att den nära vården ska stå för en större del av den totala hälso- och sjukvården 2030.

Vårdens tjänster behöver utformas för en digifysisk (digital och fysisk) verklighet – där invånare själva kan ta del av vård och stöd när det passar dem. 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. E-hälsa, AI och egenmonitorering är viktiga verktyg i denna omställning, men tekniken måste alltid formas utifrån invånarens förutsättningar och önskemål. Det handlar om att bygga en vård som stöttar människan i vardagen och gör det enkelt att, utifrån sina förutsättningar, ha makten över sin egen hälsa, och vara delaktig i sin egen vård. Ett modigt ledarskap, gemensamma mål och flexibla strukturer är avgörande.

Att arbeta med förändring

Vården idag är mer specialiserad – men behöver samtidigt utformas mer sammanhållet och utgå från en helhetssyn. Det kräver nya arbetssätt och förmåga att leda i komplexa system, där olika perspektiv och aktörer behöver samverka. Därför bygger vi vår omställning på Region Jönköpings läns långsiktiga inriktning kvalitet som strategi, med inarbetade metoder och arbetssätt för hur vi leder, samordnar och utvecklar vårt system, samt funktioner som stödjer verksamheterna i omställningen.

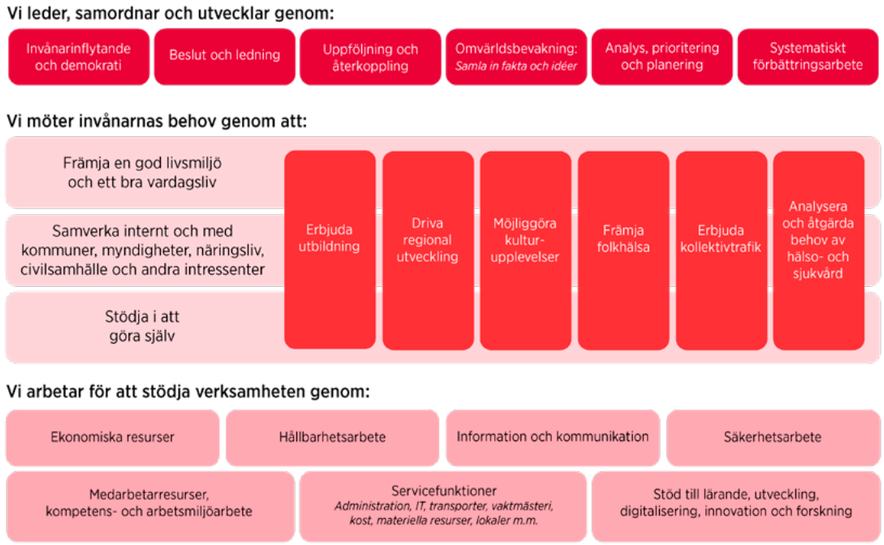
I en osäker och föränderlig omvärld måste vi kunna agera snabbt, samla in och tolka beteendedata, och anpassa våra lösningar efter hand. Graden av samsyn och förutsägbarhet påverkar hur lednings- och utvecklingsarbete behöver olika stöd och angreppssätt utifrån vad som är enkelt, komplicerat och komplext. Ju mer komplext ett problem är desto mer behövs ett snabbrörligt arbetssätt där man tar hänsyn till förändringar under arbetets gång och prövar sig fram till en lösning. Viktigast är att börja med att hitta samsyn kring målet vad vi vill uppnå, och sedan lösa hur-frågorna efter hand.

Figur 3 Tillsammans för bästa möjliga hälsa och sjukvård.

Region Jönköpings län om nära vård

- En personcentrerad vård och omsorg som utgår från patientens/brukarens och närståendes behov och förmåga att hantera sin sjukdom.
- Skapas tillsammans mellan patient och vårdgivare.
- Arbetar preventivt och proaktivt och möter problemen uppströms. Det vill säga att arbetar förebyggande för att lösa grundproblemet.
- Det stöd kommuner, regioner och civilsamhälle kan ge för att möjliggöra en personcentrerad vård.
- En kultur av tillit och samverkan, där var och en tar ansvar för sitt arbete och underlättar för steget före och efter för att skapa en sammanhållen vårdkedja.
- Har vårdcentralen som bas, och specialiserad sjukhusvård tillgänglig när den behövs.
- Använder e-hälsans alla möjligheter att möta patientens behov.
- Innebär att delar av den vård som idag ges i slutenvård kan ges i annan form nära patienten.

Figur 4 Region Jönköpings län som system.



Mål och delstrategier

Målet för arbetet med att möta framtidens behov av hälso- och sjukvård är: Bästa möjliga hälsa hos hela befolkningen och en bättre och jämlik vård. När detta bryts ner till invånarens perspektiv formuleras det: ”Jag får den vård jag behöver när jag behöver den och på det sätt jag behöver.”

Delstrategi 1:
Förstärka invånarens egna resurser och bidra till ett samhälle som stödjer hälsosamma val i vardagen.

Delstrategi 2:
Öka tryggheten genom jämlik, säker och personcentrerad vård

Delstrategi 3:
Enklare vardag för patienter och medarbetare med stöd av anpassat tjänsteutbud och ökad digitalisering

Delstrategi 4:
Vårdcentralen är navet, specialiserad och högspecialiserad diagnostik och sjukhusvård finns tillgänglig när den behövs.

Delstrategi 5:
Utveckling av framtidens arbetsplats med fokus på medarbetarskap och kompetensutveckling.

Delstrategi 6:
Leda och utveckla för att förstärka goda relationer som bidrar till sömlös samverkan där värde skapas tillsammans.

I figur 5 förklaras vad de olika delstrategierna kan betyda för invånaren.

Figur 5 De sex delstrategierna nedbrutna till individens perspektiv.

Sweet Protection

DELSTRATEGI 1

Förstärka invånarens egna resurser och bidra till ett samhälle som stödjer hälsosamma val i vardagen

Det behövs ytterligare krafttag som mobiliserar invånarkraften och som underlättar hälsosamma val i vardagen. Vi vet idag att livsstilen har stor påverkan på hälsan, vilket gör det förebyggande arbetet avgörande. Ett tydligt mål måste därför vara att minska behovet av sjukvård. Här är ansvaret delat: individen ansvarar för sina levnadsvanor, medan samhället har ansvar för att informera, stötta och göra det enklare att leva hälsosamt – särskilt för dem som har svårt att förbättra sin situation på egen hand.

Det finns olika perspektiv på vad hälsa är. Världshälsoorganisationen (WHO) har definierat hälsa enligt följande: ”Hälsa är ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom.” (WHO 1948) Den tyske filosofen Gadamer har en mer vardagsnära definition: ”Hälsa är att i glädje vara sysselsatt av sina livsuppgifter”.

Genom samverkan mellan länets kommuner, civilsamhälle, föreningar och Region Jönköpings län finns goda erfarenheter att bygga vidare på. En utgångspunkt är att förbättra samverkansarbetet utifrån behov i åldersgrupperna barn- och unga, vuxna samt äldre.

Vi utgår från kunskapsområdena hälsans bestämningsfaktorer, centrala livsområden för jämlik hälsa, känsla av sammanhang, coaching, hälsokommunikation och beteendeförändring, samt egenkraft och samskapande.

Utvecklingsmål 2030

- Den psykiska ohälsan och ofrivillig ensamhet har minskat.
- Förutsättningarna för mer hälsosamma vanor gällande mat, rörelse och sömn har förbättrats.
- Hälsoklyftorna mellan olika grupper i befolkningen har minskats.
- Genom ett fortsatt förebyggande folkhälsoarbete har förekomsten av beroendesjukdom, riskbruk och skadligt bruk minskat.

Prioriterade områden

- Stärka arbetet med att främja den psykiska hälsan, med förebyggande insatser som ökar barns och ungas motståndskraft och samordnade satsningar där olika aktörer samarbetar för olika målgrupper.
- Öka förmågan att arbeta normmedvetet och med hälsolitteracitet (förmåga att skaffa, förstå, värdera och använda information relaterad till hälsa för att fatta medvetna beslut om sin hälsa och livsstil). Vi anpassar information och tjänster efter olika gruppers behov och förutsättningar så att alla kan ta hand om sin hälsa, utan att någon grupp exkluderas.

Esther vet vad som påverkar hennes hälsa och vad hon själv, med hjälp av sina nätverk, kan göra för att må så bra som möjligt.

Esther har en överenskommelse med vården där det är tydligt vad hon själv gör och vad vården gör för henne. Hon känner sig trygg med att vården finns där när hon behöver den och hon vet vart hon ska vända sig för att få stöd.

DELSTRATEGI 2

Öka tryggheten genom jämlik, säker och personcentrerad vård

Jämlik och personcentrerad vård handlar om att alla invånare ska ha förutsättningar att få en god och nära vård, oavsett var man bor och vem man är, och att ingen grupp riskerar att hamna utanför. Vården ska ha sin utgångspunkt i ett samskapande tillsammans med individen och dennes närstående, för att på så sätt skapa en personcentrerad vård. Kontinuitet är viktigt för att förenkla kontakten mellan patienten och vården, öka tilliten och främja patientsäkerhet. För att skapa överblick är en dokumenterad överenskommelse en viktig del mellan individen och vården.

Utveckling av kunskap kring olika målgrupper ska bidra till högre grad av utveckling av olika tjänster som kan anpassas och nyttjas beroende på behov, situation och person.

För en mer jämlik och personcentrerad vård utgår vi från kunskapsområdena samskapande, evidensbaserad vård, och patientsäkerhet.

Utvecklingsmål 2030

- Jämlik tillgång till vård och en jämställd vård stärker hälsan.
- Välfungerande vårdflöden och digital samordning skapar trygghet och säkerhet.
- Vården är organiserad utifrån individens livssituation.

Prioriterade områden

- Samskapad hälso- och sjukvård.
- Sammanhållet system utifrån invånarnas behov.
- Identifiera och analysera ojämlikheter för att kunna prioritera och rikta insatser dit behoven är störst, baserat på behovsanalyser för olika målgrupper.

DELSTRATEGI 3

Enklare vardag för patienter och medarbetare med stöd av anpassat tjänsteutbud och ökad digitalisering

Det handlar om att skapa förutsättningar för en enklare vardag för både patienter och medarbetare. I framtidens vård utvecklas en palett av personcentrerade tjänster, där digitaliseringens möjligheter är en viktig del, men där det också finns alternativ för dem som är mindre digitala. Detta syftar till tillvaratagande av allas resurser på bästa sätt och för mesta möjliga värde.

Utvecklingen av vårdinformationssystem och användningen av Artificiell intelligens (AI) är viktiga faktorer och verktyg som underlättar för medarbetarna, exempelvis för att kommunicera bättre med andra internt och externt.

Kunskapsområden inom denna strategi är tjänstedesign, kundsegmentering och e-hälsa samt digitalisering i samskapande.

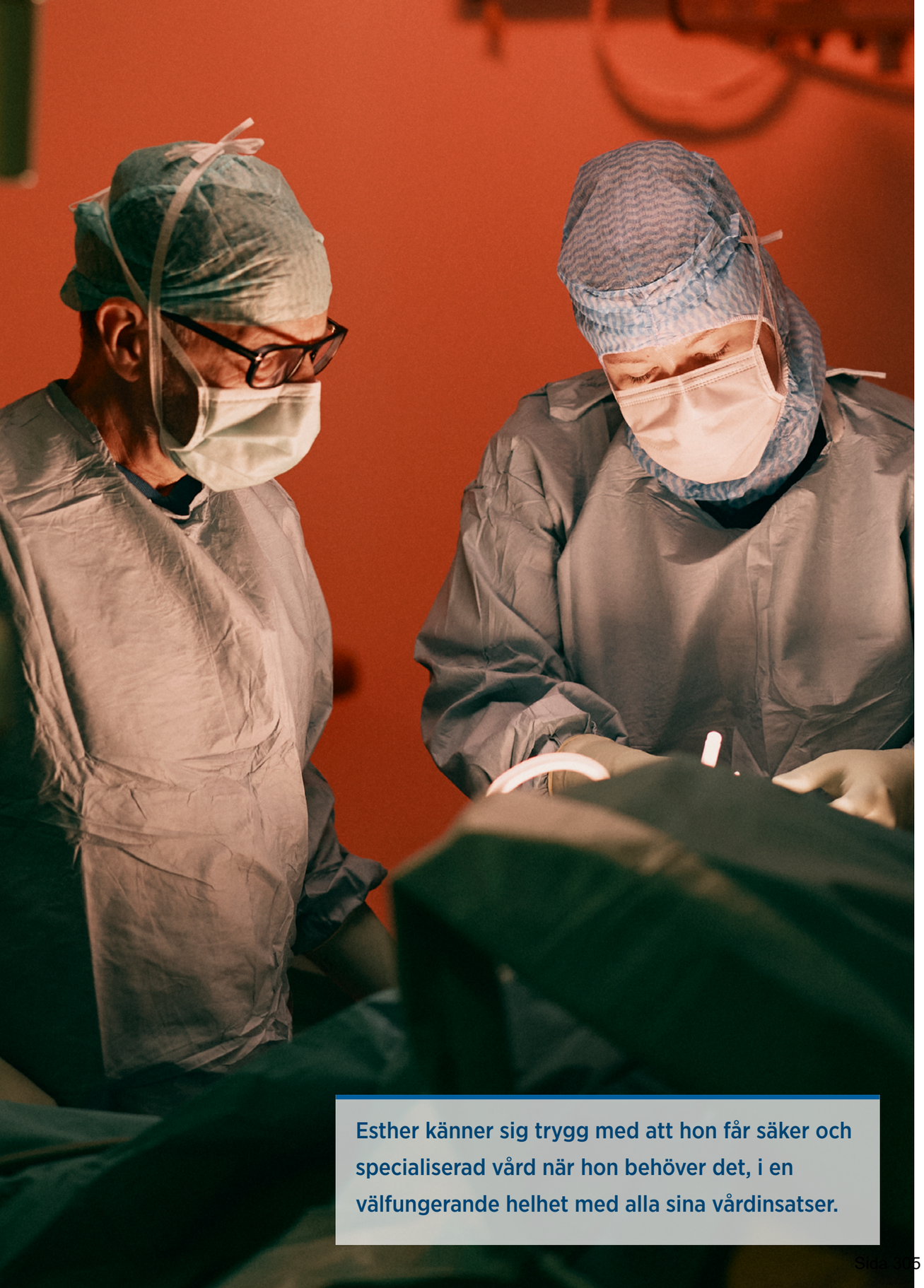
Utvecklingsmål 2030

- För att bättre möta människors behov och arbeta mer effektivt har användning av digitala arbetssätt, tjänster och e-hälsa ökat.
- Vi förbättrar våra strukturer och arbetssätt så att fler kan använda digitala tjänster på ett sätt som känns hjälpsamt, enkelt, tryggt och tillgängligt – och säkerställer samtidigt alternativ för dem som är mindre digitala.

Prioriterade områden

- Utveckla en palett av tjänster som utgår från olika behov och förmågor hos invånarna och kan anpassas efter person, behov och situation.
- Innovation och digitalisering inom hälsa och vård – digitala lösningar som syftar till att förbättra kvalitet, tillgänglighet och effektivitet, som en del av ett bredare tjänsteutbud där ingen lämnas utanför.

Esther har enkla och effektiva kontakter med vården och möjlighet att själv hantera ärenden som rör hennes hälsa. Hon har tillgång till all information som hon behöver om sin vård.



Esther känner sig trygg med att hon får säker och specialiserad vård när hon behöver det, i en välfungerande helhet med alla sina vårdinsatser.

DELSTRATEGI 4

Vårdcentralen är navet, specialiserad och högspecialiserad diagnostik och sjukhusvård finns tillgänglig när den behövs

Vårdcentralen är navet för vår hälso- och sjukvård. När det finns behov av specialiserad eller högspecialiserad diagnostik, behandling, vård och rehabilitering ska den finnas tillgänglig på tre akutsjukhus i samverkan med primärvården, sydöstra sjukvårdsregionen eller nationellt. Utvecklingen av högspecialiserad vård sker tillsammans inom sydöstra sjukvårdsregionen. Tre välfungerande akutsjukhus, enligt Region Jönköpings läns definition, är en självklar och långsiktig grund i vår sjukvårdsstruktur – och vi säkerställer de resurser som krävs för att det ska bestå.

För framtiden är det viktigt att säkra resurser i form av personal, kompetens, utrustning och lokaler. Beslut avseende investeringar i lokaler och utrustning behöver ske med utgångspunkt från Strategi för att möta framtidens behov av hälso- och sjukvård. Omställningen till nära vård och utvecklingen av specialiserad vård går hand i hand.

Bästa möjliga kunskap ska finnas tillgänglig vid varje möte mellan vårdpersonal och patient. Det kan även handla om specialiserad vård i hemmet.

Vi utgår från kunskapsområdena samskapande, evidensbaserad vård, och patientsäkerhet.

Utvecklingsmål 2030

- Vårdcentralens arbetssätt och resurser har utvecklas i takt med det växande uppdraget.
- Tillgången till specialiserad och högspecialiserad vård är alltid behovsstyrd, tillgänglig och jämlik.
- Samarbetet mellan olika vårdnivåer säkrar att vården är sammanhållen och utan avbrott.
- Bästa möjliga kunskap, inklusive vägledning om nästa steg, finns tillgängligt vid varje möte mellan vårdpersonal och patient i hela vårdkedjan.

Prioriterade områden

- Stärka och rusta vårdcentralen som nav för att möta och koordinera vårdbehov över tid.
- Kunskapsbaserad vård med stöd av kunskapsstyrning och hälsodata för prediktion, diagnos och behandling.
- Tillgänglighet.
- Sömlös vård i ett sammanhållet system.
- Patientsäkerhet.
- Forskning.

DELSTRATEGI 5

Utveckling av framtidens arbetsplats med fokus på medarbetarskap och kompetensutveckling

Framtidens arbetsplats byggs av engagerade medarbetare. God arbetsmiljö och kompetensutveckling är viktiga framgångsfaktorer. Arbetet drivs av medarbetare i samskapande över organisatoriska gränser. Fungerande kompetensförsörjning är en förutsättning för att möta framtidens behov.

Samhälls- och kunskapsutveckling, ökad specialisering och många vårdrelationer ställer höga krav på teamarbete. Tillgång till kompetens lokalt, regionalt och nationellt måste säkras i hela den nära vården. Förmågan att agera tillsammans i realtid och bygga tillitsfulla relationer mellan aktörer är avgörande.

Ledarskapets betydelse är central i detta arbete. Ett närvarande och stödjande ledarskap skapar delaktighet, kreativitet och samverkan, och bygger en kultur där teamarbete, trygghet och lärande växer.

I detta komplexa sammanhang är det viktigt att möta medarbetares behov av meningsfullhet, tillfredsställelse och tilltro till sin egen förmåga, liksom att ge återkoppling och möjligheter att påverka arbetssätt, kompetensutveckling och flexibla arbetsformer som tar tillvara digitala möjligheter.

Utvecklingsmål 2030

- Medarbetarskapet präglas av hållbarhet utifrån vardagens krav och förväntningar.
- Kompetensutvecklingen hänger med i tempot av förändring.
- Regler och strukturer följer med trots snabba förändringar i hur vi arbetar – både i vår egen organisation och när vi samverkar med andra.
- Region Jönköpings läns attraktionskraft är stark.
- Bra arbetssätt och rätt bemanning med ambitionen att vara oberoende av hyrbemanning.

Prioriterade områden

- Rätt använd kompetens.
- Arbetsplatser med god arbetsmiljö som främjar både fysisk och psykisk hälsa.
- Nära ledarskap med tillitsbaserad styrning.
- Främja kreativitet och delaktighet.
- Samverkan över organisatoriska gränser.
- Forskningsnära praktik och innovation.
- Utvecklingsmöjligheter och ständiga förbättringar i en värderingsstyrd kultur.
- Utveckla relationerna i tillit mellan dem som bygger systemet – ledare, medarbetare, samarbetspartners och invånare.
- Rekrytering och kompetensutveckling som särskilt omfattar bristyrken och grupper som annars riskerar att inte prioriteras.

Som medarbetare är jag engagerad i mitt arbete, jag trivs och jag gör skillnad.

Alla som är inblandade i Esthers vård vet vad hon har för målsättningar och arbetar tillsammans med henne för att nå dem. Hon kan i större utsträckning få vård hemma och med stöd från sina sociala nätverk.

DELSTRATEGI 6

Leda och utveckla för att förstärka goda relationer som bidrar till sömlös samverkan där värde skapas tillsammans

En förutsättning för att framtidens hälso- och sjukvård ska lyckas är ett systematiskt utvecklingsarbete i framkant. Samverkan och samordning mellan kommuner, civilsamhälle, regioner och utbildningsväsende är central. Förmågan att bygga tillitsfulla relationer är avgörande för samverkan. Kommunerna står för en stor del av invånarnas hälso- och sjukvård och det är därför viktigt att strategin utvecklas tillsammans med kommunerna i länet.

Hela systemet behöver vara i ständig rörelse. Lednings- och stödsystem behöver utmanas för att driva och skapa förutsättningar för genomförandekraft. Effektiva och kreativa mötesplatser behöver utvecklas utifrån nya förutsättningar och behov.

Som en del i att frigöra genomförandekraft kommer kvalitet som strategi vara en viktig del i ledarskapet som bygger på att allt tar sin utgångspunkt i brukarna och invånarna, deras behov, upplevelser och kunskap.

Tillit är inte enbart en fråga om mjuka värden, som organisationskultur och ledarskap, utan lika mycket en fråga om hur man styr, utvärderar och organiserar verksamheten. Alla har ett ansvar för att aktivt verka för att stimulera samverkan och helhetsperspektiv och bygga tillitsfulla relationer. Kunskapsområden som samskapande, tillitsbaserad styrning, och ledning i komplexa system är viktiga. (Se figur 4, sida 17)

Utvecklingsmål 2030

- Gemensamt ledarskap över organisatoriska gränser skapar en sammanhållen vård utifrån länsinvånarnas behov.
- Uppföljningssystem som mäter det vi tillsammans åstadkommer i samverkan.
- Arbetssätt som främjar personcentrering och samskapande med Esther.
- Bra strukturer och systematisk samverkan skapar kulturförändring.

Prioriterade områden

- Tillsammans för ett bra liv för alla – länssamverkan utifrån invånarnas behov.
- Systematisk lärande uppföljning utifrån vad vi som system tillsammans lyckas åstadkomma.
- Omvärlds- och framtidsspaning.

Arbetsterapeut

Framtagning och revidering av Strategi för att möta framtidens behov av hälso- och sjukvård

Strategi för att möta framtidens behov av hälso- och sjukvård i Region Jönköpings län formades under 2019 och 2020 genom en process som präglades av delaktighet, samsyn och ett gemensamt fokus på långsiktiga lösningar. Arbetet grundades på ett politiskt uppdrag med tillsatt projektledare och hade som målsättning att skapa en hållbar vårdstruktur som möter behoven fram till 2030.

Strategins långsiktiga mål och uppföljning

Den framtagna strategin fungerar som strategisk riktning för hälso- och sjukvården i Region Jönköpings län och utgör en viktig grund för organisationens Budget- och verksamhetsplan. Genom att fokusera på de prioriterade områdena i de olika delstrategierna preciseras årliga aktiviteter som systematiskt följs upp och analyseras inom det befintliga ledningssystemet. Detta säkerställer att vi rör oss i rätt riktning och att målen uppfylls i enlighet med den långsiktiga visionen.

Revidering av strategin 2025

Strategin genomgick under 2025 en revidering för att säkerställa att den förblir relevant och anpassad till förändrade förutsättningar. Under 2025 har dialogmöten genomförts i samtliga 13 kommuner i Jönköpings län, där politiker, tjänstepersoner, representanter från Högskolan i Jönköping, Länsstyrelsen, civilsamhället och näringslivet har deltagit. Övergripande tema för dessa möten har varit ”Tillsammans för ett bra liv för alla” med syfte att identifiera styrkor, utmaningar och framtidsvisioner, och utifrån detta samtala kring vad vi kan göra gemensamt för att bidra till ett bra liv för alla invånare i länet. I processen med dialogmöten har också sambandet förstärkts mellan den Regionala utvecklingsstrategin (RUS) och Strategi för att möta framtidens hälso- och sjukvård – folkhälsa som samhällsbärande princip.

De insikter som framkommit under dessa dialogmöten har integrerats i revideringen av strategin, vilket gör den förankrad i lokala behov och förutsättningar. Mötesplatser där synpunkter tagits in som underlag för revideringen har också varit Regionfullmäktige och Storgrupp sjukvård. Strategin har reviderats av parlamentarisk politisk styrgrupp.

Mötesplatser vid framtagning av strategin 2019-2020

- Storgrupp sjukvård
- Sjukvårdens ledningsgrupp
- Centrala samverkansgruppen
- HR-chefernas mötesplats
- Kommunikationschefer och kommunikationsavdelningen på Regionledningskontoret.
- Folkhälsa och sjukvård
- Qulturums ledningsgrupp
- Levande bibliotek, Peers inom pågående ”Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård”
- Patientkontrakt invånare
- Medicinsk programgrupp primärvård
- Kommunal utveckling
- Framtidsscenarier med nämnden för folkhälsa och sjukvård
- Workshops inom Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård
- Programgrupp för Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård med utvecklingschefer, folkhälsochef och utvecklingsledare Qulturum
- Möten programgrupp Agenda 2030
- REKO – samverkan med kommunerna
- Patientnämnden
- SBU Jönköpings kommun
- Länspensionärsrådet
- Nätverk distriktsläkare
- Samverkansforum projektledare nära vård i sydöstra sjukvårdsregionen
- Nationellt nätverk Nära vård
- Programgrupp Nära vård Sveriges kommuner och regioner (SKR)
- Mötesplats kring äldrefrågor med socialdepartementet
- Gemensamt möte: Nyckelkompetenser inom förbättringskunskap och ledningsworkshop personer inom Region Jönköpings län som gått ATP (Advanced Training Program) och Masterutbildning i förbättring och ledarskap
- Samverkan med Futurum
- Levande bibliotek distriktsläkare
- Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) – programgrupp nära vård
- Mät och analysgrupp med ”critical friend” Anders Ekholm
- Regelbundna avstämningar och dialoger med Sektionen för primärvård och rehabilitering, Kunskapsstyrning och HR-strateger
- Strategigrupp barn och unga - nytt samverkansprojekt ”Bästa platsen att leva växa upp och bo på” erfarenhetsutbyte med Skottland och Cincinatti
- Medverkan har också skett regelbundet vid såväl nationella konferenser som internationella konferenser exempelvis; Institute for Healthcare Improvement (IHI) konferens Orlando, IHI konferens Amsterdam, IHI konferens Taipei, Region Jönköpings läns konferens Utvecklingskraft och Mikrosystemfestivalen, Tillit i Välfärden nationell konferens inom Hälsa med mera
- Medverkat regelbundet med olika nätverk, till exempel inom Co-production som leds från Darthmouth

§ 118

Strategi för att tillsammans möta framtidens behov av hälso- och sjukvård 2020–2030

Diarienummer: RJL 2025/2793

Beslut

Presidiet

- noterar informationen.

Sammanfattning

En parlamentarisk grupp har satts samman för framtagande av uppdaterad strategi för att möta framtidens behov av hälso- och sjukvård 2020–2030.

Beslutsunderlag beräknas vara klara för behandling av nämnden vid nämndsammanträdet den 14 oktober 2025.

Ordförande Thomas Gustafsson informerar om status för den parlamentariska gruppens arbete.

---

§ 119

Remiss: Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62)

Diarienummer: RJL 2025/2245

Beslut

Presidiet föreslår nämnden för folkhälsa och sjukvård att

- ställa sig bakom förslag till yttrande från Regionstyrelsen med tillägg enligt bilaga.

Deltar inte i beslutet

Monica Samuelsson (KD) deltar inte i beslutet.

Sammanfattning

Vårdansvarskommittén har haft regeringens uppdrag att analysera och belysa för- och nackdelar samt lämna förslag på möjligheterna att långsiktigt införa ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för den regionala hälso- och sjukvården.

Kommittén föreslår att staten tar ett utökat ansvar för och därmed också stärka sin styrning är kompetensförsörjning, läkemedel, vaccinationer, screening, rättspsykiatrisk vård och luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter.

Regionledningskontoret ställer sig positivt till flera förslag om statligt ansvarstagande exempelvis förslaget om ett utökat statligt ansvarstagande genom att utveckla de nationella vaccinationsprogrammen.

Regionledningskontoret anser också att skillnaden i tillgång till screening i landet gör att det finns skäl för staten att ta ett utökat ansvar. Däremot anser Regionledningskontoret att det behövs fördjupade utredningar och analyser för flera av förslagen exempelvis inom läkemedel och rättspsykiatrisk vård.

Förslag till beslut

Förslag av ordförande Thomas Gustafsson (S):

Presidiet föreslår Nämnd för folkhälsa och sjukvård att ställa sig bakom förslag till yttrande från Regionstyrelsen med tillägg enligt bilaga.

Beslutsgång

Ordföranden frågar om presidiet beslutar enligt hans förslag och finner att presidiet gör så.

Beslutsunderlag

- Förslag om tillägg i yttrande
- Tjänsteskrivelse: Remiss – Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62)
- Yttrande: Remiss – Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62)
- Beslut NFS 2025-09-02 Remiss: Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62)
- Beslut NFSP 2025-08-19 Remiss: Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62)
- Missiv: Betänkandet Ansvaret för hälso- och sjukvården SOU 2025:62
- Remiss - Betänkandet Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62)
  Volym 2 Underlagsrapporter
- Remiss - Betänkandet Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62) Volym 1

Beslutet skickas till

Regionstyrelsens arbetsutskott

Regionledningskontoret

Regionstyrelsen

Remiss - Betänkandet Ansvaret för hälso- och sjukvården SOU 2025:62

Förslag till beslut

Regionstyrelsen

- godkänner yttrandet som svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning

Vårdansvarskommittén har haft regeringens uppdrag att analysera och belysa för- och nackdelar samt lämna förslag på möjligheterna att långsiktigt införa ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för den regionala hälso- och sjukvården.

Kommittén föreslår att staten tar ett utökat ansvar för och därmed också stärka sin styrning är kompetensförsörjning, läkemedel, vaccinationer, screening, rättspsykiatrisk vård och luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter.

Regionledningskontoret ställer sig positivt till flera förslag om statligt ansvarstagande exempelvis förslaget om ett utökat statligt ansvarstagande genom att utveckla de nationella vaccinationsprogrammen. Regionledningskontoret anser också att skillnaden i tillgång till screening i landet gör att det finns skäl för staten att ta ett utökat ansvar. Däremot anser Regionledningskontoret att det behövs fördjupade utredningar och analyser för flera av förslagen exempelvis inom läkemedel och rättspsykiatrisk vård.

Ärendebeskrivning

Vårdansvarskommittén har haft regeringens uppdrag att analysera och belysa för- och nackdelar samt lämna förslag på möjligheterna att långsiktigt införa ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för den regionala hälso- och sjukvården. Kommittén har valt att se kärnan i huvudmannaskapet som ansvaret att tillhandahålla hälso- och sjukvård, det vill säga så som begreppet i dag definieras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

I uppdraget har det inte ingått att lämna författningsförslag och inte heller att analysera huvudmannaskapet för tandvården eller för den kommunala hälso- och sjukvården.

Aspekter som har analyserats hur ett statligt huvudmannaskap skulle påverka hälso- och sjukvården är jämlikhet, tillgänglighet, effektivitet, kompetensförsörjning, finansiering och innovationsförmåga.

Kommitténs analys pekar på att det finns för- och nackdelar både med att behålla nuvarande huvudmannaskap hos regionerna och att införa ett helt statligt huvudmannaskap. Kommittén avråder dock från ett delvis statligt huvudmannaskap med innebörden att dela tillhandahållaransvaret för hälso- och sjukvården mellan kommunerna, regionerna och staten.

Enligt kommitténs utredning finns det omotiverade skillnader mellan och inom regionerna i tillgång till viss vård och behandling, och anser att statens ansvar för och styrning av hälso- och sjukvården behöver stärkas jämfört med i dag.

Kommittén föreslår att staten tar ett utökat ansvar för och därmed också stärka sin styrning är kompetensförsörjning, läkemedel, vaccinationer, screening, rättspsykiatrisk vård och luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter.

Kompetensförsörjning

Kommittén ser behov av en ökad nationell samordning och dimensionering i utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal där varje huvudman tydligare behöver bidra till det samlade nationella behovet av hälso- och sjukvårdspersonal. Kommittén föreslår att staten bör ta ett utökat ansvar för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Regeringen bör se över de närmare formerna för detta.

Regionledningskontoret är positiv till statligt stöd i kompetensförsörjningsfrågan, men det är viktigt att det blir ett stöd och inte en stark statlig styrning med låg förankring i verksamheten. Det är även positivt med en nationell bild av behovet och säkerställa att det finns rätt antal utbildningsplatser i respektive kategori/specialistutbildning och bra geografisk fördelning för att säkra tillgänglighet till kompetens i hela landet. Särskilt viktigt är den nationella bilden och det tydliga uppdraget till lärosätena när det gäller utbildningar till mindre yrkesgrupper. Regionledningskontoret ser också att det är positivt med nationella stödinsatser när det gäller tex att uppmärksamma bristyrken.

Kommittén ser att utökad förskrivningsrätt för vissa yrkesgrupper och task-shifting mellan yrkesgrupper kan vara möjliga vägar framöver för att möta kompetensförsörjningsutmaningarna men också för att bidra till en förbättrad arbetsmiljö. Regionledningskontoret ser att det finns risker med att titta på ökad förskrivningsrätt alltför isolerat, viktigt att tänka på helheten som yrkesgruppen förväntas kunna förstå och bedöma.

Läkemedel

Kommittén föreslår att en utredning bör tillsättas för att se över hur statens ansvar för läkemedel och särskilt finansieringen och styrningen kan utökas och stärkas.

Regeringen bör även på kort sikt vidta åtgärder för att säkerställa en jämlik tillgång till vissa särskilda läkemedelsbehandlingar

Regionledningskontoret välkomnar en genomlysning av området. Mycket arbete genomförs redan via samverkansmodellen för att uppnå en kostnadseffektiv och jämlik användning av läkemedel. Viktiga frågor är en hållbar finansiering, säker tillgång och beredskap.

Regionledningskontoret ser dock att komplexiteten i systemet inte beskrivs. Det finns utveckling som ligger utanför regionernas möjlighet till kontroll. Regionledningskontoret vill därför framhålla att vi har en fri förskrivningsrätt, och det gäller även privata aktörer utan vårdavtal. Regionerna har betalningsansvar, men med begränsad möjlighet att påverka användningen. Det utgör en särskild utmaning vid begränsad förmån utan effektiva möjligheter att vidta åtgärder vid subventionsglidning. Regionledningskontoret ser också att det finns ökade utmaningar med oegentlig förskrivning och att systemet med arbetsplatskoder inte fungerar optimalt utan bör ses över. Kontrollen av användningen samt möjligheten att dra in arbetsplatskoder har brister.

Vaccinationer

Kommittén föreslår att staten bör ta ett utökat ansvar för vaccinationer genom de nationella vaccinationsprogrammen.

Regionledningskontoret delar utredningens uppfattning om att tillgången till vaccinationer inte bör vara avhängig var i landet man bor.
Regionledningskontoret välkomnar därför förslaget om ett utökat statligt ansvarstagande genom att utveckla de nationella vaccinationsprogrammen. Det skulle även vara mycket önskvärt att staten tillhandahöll ett heltäckande nationellt vaccinationsregister. Utförandet av vaccinationerna bör vara en integrerad del av den regionala hälso- och sjukvården.

Screening

Kommitténs uppfattning är att tillgången till screening inte ska vara beroende av var i landet som patienten bor utan screening ska erbjudas på lika villkor för hela befolkningen. Kommittén föreslår att staten bör ta ett utökat ansvar för screening.

Regionledningskontoret anser att skillnaden i tillgång till screening i landet gör att det finns skäl för staten att ta ett utökat ansvar inom screeningområdet. Detta behöver utredas närmare med fokus på hur staten genom ett utökat ansvar, och i samarbete med regionerna, kan verka för väl utformade screeningprogram som implementeras på ett likvärdigt sätt över hela landet. Regionledningskontoret ser att ett utökat statligt ansvar primärt bör handla om kontroll och tillsynsansvar utifrån socialstyrelsens roll och med utgångspunkt från de rekommenderade screeningprogram som socialstyrelsen sedan tidigare rekommenderat.

Rättspsykiatrisk vård
Kommittén föreslår att statens ansvar för den rättspsykiatriska vården stärks. Som ett första steg bör staten ta finansieringsansvaret för den rättspsykiatriska vården genom att lämna ersättning till regionerna för de patienter som vårdas i den rättspsykiatriska vården. Regeringen bör även tillsätta en utredning med uppgift att lämna förslag på hur statens systemansvar och befogenheter samt styrning av rättspsykiatrisk vård framöver kan utvecklas i syfte att stärka vårdens kvalitet och innehåll.

Regionledningskontoret ställer sig positivt till att staten tar ett utökat finansieringsansvar för den rättspsykiatriska vården då en patient överlämnas till rättspsykiatrisk vård efter beslut av allmän domstol och att vården inte är tidsbestämd. Regionerna bör fortsatt tillhandahålla ansvaret för den rättspsykiatriska vården när det gäller innehåll och kvalitet i vården.

Regionledningskontoret är positivt till att en utredning tillsätts för att ytterligare förtydliga hur statens systemansvar och befogenheter samt styrning av rättspsykiatrisk vård skulle kunna utvecklas i syfte att stärka vårdens kvalitet och innehåll. Utredningen bör vara klar innan det är möjligt att ta ställning till ett eventuellt statligt övertagande. Samverkan med övrig specialistpsykiatrisk vård och hemkommun är centralt. Riktlinjer för ökad kvalitet och att vården ska bli mer jämlik bör utgå från den nationella kunskapsstyrningen och dess struktur likt övrig vård.

Luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter
Kommittén noterar att Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten lagt fram förslag hur det nationella och statliga ansvaret för frågorna kan stärkas i händelse av kris, höjd beredskap och krig. Kommittén bedömer att det är angeläget att regeringen bereder dessa förslag vidare och då även inkluderar den nationella samordningen och styrningen samt tillgången till helikopter för ambulanssjukvård och sjuktransporter i fredstida lägen.

Regionledningskontoret delar kommitténs bedömning att statens ansvar bör öka för att säkerställa jämlik tillgång. Innan beslut fattas i frågan behövs en noggrann analys göras gällande den ekonomiska effekten för varje enskild region i syfte att säkra att kostnadsfördelningen följer nyttjandegrad. Kommunalförbundet Svenskt Ambulansflyg (KSA) är ur Region Jönköpings läns perspektiv välfungerande, och ett liknande upplägg för helikoptertransporter förordas.

Statens styrning av hälso- och sjukvården
Kommittén anser att regionerna måste ges långsiktiga planeringsförutsättningar och regionernas mottagarkapacitet för den statliga styrningen måste beaktas vid styrningens utformning.

Regionledningskontoret är positiv till och stödjer förslaget att riktade statsbidrag endast bör användas i undantagsfall, samt att antalet styrformer begränsas.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Remiss – Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62)
- Yttrande: Remiss – Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62)
- Beslut NFS 2025-09-02 Remiss: Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62)
- Beslut NFSP 2025-08-19 Remiss: Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62)
- Missiv: Betänkandet Ansvaret för hälso- och sjukvården SOU 2025:62
- Remiss - Betänkandet Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62) Volym 2 Underlagsrapporter
- Remiss - Betänkandet Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62) Volym 1

Beslutet skickas till

Socialdepartementet
Regionledningskontoret – Folkhälsa och sjukvård

Jane Ydman
Regiondirektör

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Socialdepartementet

Remiss - Betänkandet Ansvaret för hälso- och sjukvården SOU 2025:62

Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över betänkandet *Ansvaret för hälso- och sjukvården SOU 2025:62*.

Region Jönköpings län är positivt till flera av förslagen med utökat statligt ansvar. Exempelvis välkomnar Region Jönköpings län förslaget om ett utökat statligt ansvarstagande genom att utveckla de nationella vaccinationsprogrammen. Region Jönköpings län anser också att skillnaden i tillgång till screening i landet gör att det finns skäl för staten att ta ett utökat ansvar.

Däremot behövs det fördjupade utredningar och analyser för flera av förslagen exempelvis inom läkemedel och rättspsykiatrisk vård.

Synpunkter på förslaget

Region Jönköpings län välkomnar genomlysningen av om staten kan ta ett utökat ansvar för de områden som beskrivs i utredningen; kompetensförsörjning, läkemedel, vaccinationer, screening, rättspsykiatrisk vård och luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter.

Nedan beskrivs Region Jönköpings läns synpunkter på förslagen.

Kapitel 3.4.2 Kompetensförsörjning

Förslag: Staten bör ta ett utökat ansvar för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Regeringen bör se över de närmare formerna för detta.

Region Jönköpings län är positiv till statligt stöd i kompetensförsörjningsfrågan, men det är viktigt att det blir ett stöd och inte en stark statlig styrning med låg förankring i verksamheten. Det är även positivt med en nationell bild av behovet och säkerställa att det finns rätt antal utbildningsplatser i respektive kategori/specialistutbildning, och med geografisk fördelning för att säkra tillgänglighet till kompetens i hela landet. Särskilt viktigt är den nationella bilden

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

och det tydliga uppdraget till lärosätena när det gäller utbildningar till mindre yrkesgrupper. Positivt också med nationella stödinsatser när det gäller tex uppmärksamma bristyrken.

Kommittén ser att utökad förskrivningsrätt för vissa yrkesgrupper och task-shifting mellan yrkesgrupper kan vara möjliga vägar framöver för att möta kompetensförsörjningsutmaningarna men också för att bidra till en förbättrad arbetsmiljö. Region Jönköpings län ser att det finns en risk med att titta på ökad förskrivningsrätt alltför isolerat, viktigt att tänka på helheten som yrkesgruppen förväntas kunna förstå och bedöma.

Kapitel 3.4.3 Läkemedel
Förslag: En utredning bör tillsättas för att se över hur statens ansvar för läkemedel och särskilt finansieringen och styrningen kan utökas och stärkas. Regeringen bör även på kort sikt vidta åtgärder för att säkerställa en jämlik tillgång till vissa särskilda läkemedelsbehandlingar.

Region Jönköpings län välkomnar en genomlysning av området. Mycket arbete genomförs redan via samverkansmodellen för att uppnå en kostnadseffektiv och jämlik användning av läkemedel. Viktiga frågor är en hållbar finansiering, säker tillgång och beredskap.

Region Jönköpings län ser dock att komplexiteten i systemet inte beskrivs. Det finns utveckling som ligger utanför regionernas möjlighet till kontroll. Region Jönköpings län vill därför lyfta att vi har en fri förskrivningsrätt, och det gäller även privata aktörer utan vårdavtal. Regionerna har betalningsansvar, men med begränsad möjlighet att påverka användningen. Det utgör en särskild utmaning vid begränsad förmån utan effektiva möjligheter att vidta åtgärder vid subventionsglidning. Region Jönköpings län ser också att det finns ökade utmaningar med oegentlig förskrivning och att systemet med arbetsplatskoder inte fungerar optimalt utan bör ses över. Kontrollen av användningen samt möjligheten att dra in arbetsplatskoder har brister.

Kapitel 3.4.4 Vaccinationer
Förslag: Staten bör ta ett utökat ansvar för vaccinationer genom de nationella vaccinationsprogrammen.

Region Jönköpings län delar utredningens uppfattning om att tillgången till vaccinationer inte bör vara avhängig var i landet man bor. Ett mer jämlikt vaccinationserbjudande skulle underlättas av om fler vaccin inkluderades i nationella vaccinationsprogram. Det blir då tydligt för alla regioner vilka vaccin som ska erbjudas utan avgift till invånarna. Den statliga vaccinationsprogramsutredningen (SOU 2024:2) föreslog i sitt betänkande ett utökat regionalt ansvar, genom att definiera att ett nationellt vaccinationsprogram måste ha påverkan på smittspridningen och även ge ett indirekt skydd till ovaccinerade. Det skulle innebära att vaccin mot sjukdomar som inte sprids

mellan människor (t ex TBE eller bältros) eller vaccin som bara ges till riskgrupper (t ex influensa eller covid-19) aldrig skulle kunna omfattas av nationella vaccinationsprogram, oavsett hur stor sjukdomsbördan är. Region Jönköpings län välkomnar därför det aktuella förslaget från Vårdansvarskommittén som istället förordar ett utökat statligt ansvarstagande på vaccinationsområdet.

Det påpekas i förslaget att vaccinationer behöver hanteras och ses över i en särskild ordning jämfört med övriga läkemedel. Region Jönköpings län instämmer i viss mån i det, men vill samtidigt framhålla att vaccinationer är en viktig del av hälsoarbetet under hela livet för våra invånare och att vaccinationer därför bör erbjudas integrerat med övrig hälso- och sjukvård.

Region Jönköpings län instämmer i att tillgången till vaccinationer behöver bli mer jämlik även inom regionerna. Även om vaccinationer i grunden bör erbjudas på likvärdiga villkor till alla, krävs ofta olika typer av insatser i olika områden eller grupper för att uppnå önskad vaccinationstäckning. För att kunna sätta in effektiva riktade insatser till grupper med lägre vaccinationstäckning krävs en god lokal kännedom om vilka hinder som behöver övervinnas i en speciell grupp, vilket även det talar för att regionerna fortsatt ska vara ansvariga för utförandet. Ytterligare en förutsättning är att det går att följa vaccinationstäckningen inom olika grupper och områden. Det nationella vaccinationsregister som finns idag fyller inte alls den funktionen, då det endast omfattar vaccin givna inom nationella vaccinationsprogram och det endast är Folkhälsomyndigheten som har tillgång till registerdata. Såväl vården som smittskydden har istället länge efterfrågat ett nationellt register som omfattar alla vaccin som givits i Sverige och där data är åtkomliga för individen själv, för smittskydden och för hälso- och sjukvården.

Region Jönköpings län välkomnar därför förslaget om ett utökat statligt ansvarstagande genom att utveckla de nationella vaccinationsprogrammen. Det skulle även vara mycket önskvärt att staten tillhandahöll ett heltäckande nationellt vaccinationsregister. Utförandet av vaccinationerna bör vara en integrerad del av den regionala hälso- och sjukvården.

3.4.5 Screening

Förslag: Staten bör ta ett utökat ansvar för screening. Ett utökat statligt ansvar är dock förenat med flera utmaningar, varför en utredning bör tillsättas med uppdrag att närmare utreda formerna för detta.

Region Jönköpings län anser att skillnaden i tillgång till screening i landet gör att det finns skäl för staten att ta ett utökat ansvar inom screeningområdet. Detta behöver utredas närmare med fokus på hur staten genom ett utökat ansvar, och i samarbete med regionerna, kan verka för väl utformade screeningprogram som implementeras på ett likvärdigt sätt över hela landet. Region Jönköpings län ser att ett utökat statligt ansvar primärt bör handla om kontroll och tillsynsansvar

utifrån socialstyrelsens roll och med utgångspunkt från de rekommenderade screeningprogram som socialstyrelsen sedan tidigare rekommenderat.

3.4.6 Rättspsykiatrisk vård

Förslag: Statens ansvar för den rättspsykiatriska vården bör stärkas. Som ett första steg bör staten ta finansieringsansvaret för den rättspsykiatriska vården genom att lämna ersättning till regionerna för de patienter som vårdas i den rättspsykiatriska vården. Regeringen bör även tillsätta en utredning med uppgift att lämna förslag på hur statens systemansvar och befogenheter samt styrning av rättspsykiatrisk vård framöverkan utvecklas i syfte att stärka vårdens kvalitet och innehåll.

Region Jönköpings län ställer sig positivt till att staten tar ett utökat finansieringsansvar för den rättspsykiatriska vården då en patient överlämnas till rättspsykiatrisk vård efter beslut av allmän domstol och att vården inte är tidsbestämd. Regionerna bör fortsatt tillhandahålla ansvaret för den rättspsykiatriska vården när det gäller innehåll och kvalitet i vården.

Region Jönköpings län är positivt till att en utredning tillsätts för att ytterligare förtydliga hur statens systemansvar och befogenheter samt styrning av rättspsykiatrisk vård skulle kunna utvecklas i syfte att stärka vårdens kvalitet och innehåll. Utredningen bör vara klar innan det är möjligt att ta ställning till ett eventuellt statligt övertagande. Samverkan med övrig specialistpsykiatrisk vård och hemkommun är centralt. Riktlinjer för ökad kvalitet och att vården ska bli mer jämlik bör utgå från den nationella kunskapsstyrningen och dess struktur likt övrig vård.

3.4.7 Luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter

Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten har lagt fram förslag om det nationella och statliga ansvaret för frågorna i händelse av kris, höjd beredskap och krig. Kommittén bedömer att det är angeläget att regeringen bereder dessa förslag vidare och då även inkluderar den nationella samordningen och styrningen samt tillgången i fredstida lägen

Region Jönköpings län delar kommitténs bedömning att statens ansvar bör öka för att säkerställa jämlik tillgång. Innan beslut fattas i frågan behövs en noggrann analys göras gällande den ekonomiska effekten för varje enskild region i syfte att säkra att kostnadsfördelningen följer nyttjandegrad. Kommunalförbundet Svenskt Ambulansflyg (KSA) är ur Region Jönköpings läns perspektiv välfungerande, och ett liknande upplägg för helikoptertransporter förordas.

Statens styrning av hälso- och sjukvården

Förslag: Kommittén anser att regionerna måste ges långsiktiga planeringsförutsättningar och regionernas mottagarkapacitet för den statliga styrningen måste beaktas vid styrningens utformning.

Region Jönköpings län är positivt till och stödjer förslaget att riktade statsbidrag endast bör användas i undantagsfall, samt att antalet styrformer begränsas.

Rachel De Basso
Regionstyrelsens ordförande

§ 100

Remiss: Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62)

Diarienummer: RJL 2025/2245

Beslut

Nämnden för folkhälsa och sjukvård

- lägger informationen till handlingarna.

Sammanfattning

Ordförande Thomas Gustafsson informerar om remiss gällande ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62), som ska besvaras av regionstyrelsen. Nämnden för folkhälsa och sjukvård ges möjlighet att lämna synpunkter inför besvarandet.

Beslutsunderlag

- Missiv: Betänkande Ansvaret för hälso- och sjukvården SOU 2025:62
- Remiss: Betänkandet Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62) – Volym 2 Underlagsrapporter
- Remiss: Betänkandet Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62) – Volym 1

---

§ 95

Remiss: Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62)

Diarienummer: RJL 2025/2245

Beslut

Presidiet beslutar att

- nämnden ska informeras om remiss gällande ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62) vid nämndsammanträdet den 2 september 2025.

Beslutsunderlag

- Missiv: Betänkande Ansvaret för hälso- och sjukvården SOU 2025:62
- Remiss: Betänkandet Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62) – Volym 2 Underlagsrapporter
- Remiss: Betänkandet Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62) – Volym 1

Socialdepartementet

Betänkandet Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62)

Remissinstanser

1. Adda AB
2. Akademikerförbundet SSR
3. Arbetsgivarverket
4. Arbetsmiljöverket
5. Askersund kommun
6. Astma- och allergiförbundet
7. Barnombudsmannen
8. Blodcancerförbundet
9. Bromölla kommun
10. Bröstcancerförbundet
11. Båstads kommun
12. Cancerfonden
13. Capio AB
14. DHR
15. Diabetes Sverige
16. Diskrimineringsombudsmannen
17. E-hälsomyndigheten
18. Etikprövningsmyndigheten
19. Fackförbundet Naturvetarna
20. Filipstads 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

21. Folkhälsomyndigheten
22. Funktionsrätt Sverige
23. Fysioterapeuterna
24. Försvarsmakten
25. Försäkringskassan
26. Gyncancerförbundet
27. Gällivare kommun
28. Göteborgs kommun
29. Göteborgs universitet
30. Halmstads kommun
31. Hallsbergs kommun
32. Helsingborgs kommun
33. Hjärt- och lungfonden
34. Hudiksvalls kommun
35. ILCO Tarm-, uro- och stomiförbundet
36. Inera AB
37. Inspektionen för vård och omsorg
38. Integritetsskyddsmyndigheten
39. Jämställdhetsmyndigheten
40. Kalix kommun
41. Karolinska institutet
42. Kommunal
43. Kommunalförbundet Svensk Luftambulans
44. Kriminalvården
45. Kumla kommun
46. Kungl. Vetenskapsakademien
47. Lidköpings kommun
48. Lif
49. Linköpings universitet
50. Logopedförbundet

51. Lunds universitet
52. Lungcancerföreningen
53. Läkemedelsverket
54. LFF (Läkemedelsförsäkringen)
55. Malmö kommun
56. Motala kommun
57. Munkfors kommun
58. Myndigheten för vård och omsorgsanalys
59. Mölndals kommun
60. Nationell samverkan för psykisk hälsa
61. Neuro
62. Nyköpings kommun
63. Nynäshamns kommun
64. Nätverket mot Cancer
65. Oxelösunds kommun
66. Pensionärernas riksorganisation (PRO)
67. Praktikertjänst AB
68. Privattandläkarna
69. Prostatacancerförbundet
70. Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor
71. Regelrådet
72. Region Blekinge
73. Region Dalarna
74. Region Gotland
75. Region Gävleborg
76. Region Halland
77. Region Jämtland Härjedalen
78. Region Jönköpings län
79. Region Kalmar län
80. Region Kronoberg

81. Region Norrbotten
82. Region Skåne
83. Region Stockholm
84. Region Sörmland
85. Region Uppsala
86. Region Värmland
87. Region Västerbotten
88. Region Västernorrland
89. Region Västmanland
90. Region Örebro län
91. Region Östergötland
92. Reumatikerförbundet
93. Riksdagens ombudsmän
94. Riksförbundet HjärtLung
95. Riksförbundet Sällsynta diagnoser
96. Rättsmedicinalverket
97. Röda Korsets Högskola
98. Saco
99. Schizofreniförbundet
100. SmåKom
101. Statens institutionsstyrelse
102. Skara kommun
103. Smittskyddsläkarföreningen
104. Socialstyrelsen
105. Sollefteå kommun
106. Solna kommun
107. Sophiahemmet Högskola
108. SPF Seniorerna
109. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
110. Statens medicinsk-etiska råd

111. Statskontoret
112. Stockholms kommun
113. Storfors kommun
114. Storumans kommun
115. Sundsvalls kommun
116. Svensk sjuksköterskeförening
117. Svenska Barnmorskeförbundet
118. Svenska Läkaresällskapet
119. Svenskt ambulansflyg
120. Sveriges Folktandvårdsförening
121. Sveriges Kommuner och Regioner
122. Sveriges läkarförbund
123. Sveriges Arbetsterapeuter
124. Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri
125. Svenska psykiatriska föreningen
126. Svenska Rättspsykiatriska Föreningen
127. Sveriges Psykologförbund
128. Sveriges Tandläkarförbund
129. Sölvesborgs kommun
130. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
131. TCO
132. Umeå kommun
133. Umeå universitet
134. Ung Cancer
135. Uppsala universitet
136. Vetenskapsrådet
137. Vindelns kommun
138. Vårdförbundet
139. Vårdföretagarna
140. Vännäs kommun

141. Västra Götalandsregionen

142. Örebro universitet

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 31 oktober 2025**. Svaren bör lämnas per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se och med kopia till s.sl@regeringskansliet.se. Ange diarienummer S2025/01127 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.

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 promemorian 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.

Cecilia Halle
Departementsråd

Kopia till

Elanders Sverige AB, e-postadress: betankande@elanders.com

Ansvaret för hälso- och sjukvården

Volym 2 Underlagsrapporter

Betänkande av Vårdansvarskommittén

Stockholm 2025

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2025:62

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2021:1.
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 2025

ISBN 978-91-525-1269-2 (tryck)
ISBN 978-91-525-1270-8 (pdf)
ISSN 0375-250X

Förord

Regeringen beslutade den 1 juni 2023 att tillsätta en parlamentariskt sammansatt kommitté för att ta fram beslutsunderlag som möjliggör ett stegvis och långsiktigt införande av ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården.

Kommitténs uppdrag har varit att analysera och belysa för- och nackdelar med ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården, lämna förslag som säkerställer ett mer effektivt hälso- och sjukvårdssystem som utgår från patienter och tar hänsyn till medarbetares behov, föreslå en genomförandeplan med tidsplan för hur staten stegvis och långsiktigt helt eller delvis kan ta över huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården, och inom ramen för genomförandeplanen, identifiera vilka åtgärder som krävs för att genomföra kommitténs förslag.

Som ett led i sina överväganden har kommittén uppdragit åt sekretariatet att ta fram en underlagsrapport om statligt huvudmannaskap. Kommittén har genom sekretariatet också låtit fyra forskare utarbeta underlagsrapporter inom olika områden. I denna volym 2 återges samtliga underlagsrapporter.

Först återges sekretariatets underlagsrapport, *Ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården – utformning, genomförande och konsekvenser*.

Därefter följer underlagsrapport 2, *Möjliga konsekvenser av ett helt- eller delvis förstatligande av huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården i Sverige avseende demokrati, ansvarsutkrävande och legitimitet*, författad av professorn i statsvetenskap Bo Rothstein.

Som underlagsrapport 3 återfinns *Administration i hälso- och sjukvården, några organisationsteoretiska iakttagelser*, författad av professorn i offentlig förvaltning Anders Ivarsson Westerberg och filosofie doktorn i sociologi Daniel Castillo.

Därefter följer underlagsrapport 4, *Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård*, författad av docenten i nationalekonomi, Åsa Hansson.

Sist återfinns underlagsrapport 5, *Dokumentation av simuleringar för fördelning av resurser till regionerna*, författad av docenten i nationalekonomi, Lina Maria Ellegård.

Sekretariatet ansvarar för innehållet i underlagsrapport 1 och forskarna ansvarar själva för innehållet i sina respektive underlagsrapporter.

Innehåll

DEL 1 Underlagsrapport 1, Ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården – utformning, genomförande och konsekvenser 215

Sammanfattning 217

1 Inledning 263

1.1 Innehåll, struktur och metod 263

1.2 Disposition 271

2 Nuvarande ordning och rättsliga utgångspunkter 273

2.1 Bakgrunden till nuvarande ansvarsfördelning 273

2.2 Rättsliga utgångspunkter för ansvarsfördelningen 285

2.3 Nuvarande ansvarsfördelning för hälso- och sjukvården ... 301

2.4 Ansvarsutkrävande, kontroll och kompensation 313

3 Innebörden i ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap 325

3.1 Utgångspunkter och begrepp 325

3.2 Scenario för ett helt statligt huvudmannaskap – organisation och ansvarsfördelning 337

3.3 Scenarier för delvis statligt huvudmannaskap – ansvarsfördelning och organisation 356

4 Underlag och lärdomar från forskning, andra länder och andra samhällssektorer 389

4.1 Centralisering och decentralisering 389

4.2 Lärdomar från andra länder 406

4.3 Lärdomar från tidigare centraliseringsprocesser och andra sektorer i Sverige 421

5 Genomförande av en huvudmannaskapsreform 437

5.1 Vissa övergripande utgångspunkter för genomförandet 438

5.2 Politiska beslut och rättsliga reformer 442

5.3 Hälso- och sjukvårdens fastigheter och annan vårdinfrastruktur samt regionernas övriga tillgångar och skulder 447

5.4 Hälso- och sjukvårdens personal 456

5.5 Genomförandeplan – helt statligt huvudmannaskap 463

5.6 Genomförandeplan – delvis statligt huvudmannaskap 474

6 Direkta konsekvenser av ett statligt huvudmannaskap .. 481

6.1 Förändrade förutsättningar för den politiska styrningen av hälso- och sjukvården 482

6.2 Förändrade förutsättningar för förvaltning och implementering 492

6.3 Förändrade förutsättningar för hälso- och sjukvårdens finansiering 499

6.4 Förändrade förutsättningar för tillhandahållandet av hälso- och sjukvård 506

6.5 Direkta konsekvenser för verksamheter och medarbetare 514

6.6 Direkta konsekvenser för patienter och invånare 516

6.7 Konsekvenser för regioner och kommuner 521

6.8 Specifika konsekvenser av ett delvis statligt huvudmannaskap 523

7 Möjliga konsekvenser på längre sikt 527

7.1 Finansiell hållbarhet 528

7.2 Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning och arbetsmiljö 544

7.3 Forskning, utveckling och innovation 567

7.4 En personcentrerad hälso- och sjukvård 595

7.5 Demokrati och legitimitet 602

7.6 Beredskap och säkerhet 611

7.7 Administrativ börda 623

8 Möjligheten att uppnå en mer jämlik, tillgänglig och effektiv vård 629

8.1 Jämlik hälso- och sjukvård 630

8.2 Tillgänglig hälso- och sjukvård 660

8.3 Effektivitet och produktivitet 682

Referenser 705

Bilaga Genomförande och metod 735

DEL 2 Externa underlagsrapporter 753

Underlagsrapport 2, Bo Rothstein, Möjliga konsekvenser av ett helt- eller delvis förstatligande av huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården i Sverige avseende demokrati, ansvarsutkrävande och legitimitet 755

Underlagsrapport 3, Anders Ivarsson Westerberg och Daniel Castillo, Administration i hälso- och sjukvården, några organisationsteoretiska iakttagelser 805

Underlagsrapport 4, Åsa Hansson, Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård 845

Underlagsrapport 5, Lina Maria Ellegård, Dokumentation av simuleringar för fördelning av resurser till regionerna 873

DEL 1

Underlagsrapport 1 Ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården – utformning, genomförande och konsekvenser

Sekretariatets underlagsrapport

Sammanfattning

I denna underlagsrapport presenteras beskrivningar och analyser av ett antal scenarier för ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Rapporten är framtagen av Vårdansvarskommitténs sekretariat på uppdrag av kommitténs ledamöter. Ett syfte med rapporten är att beskriva och analysera hur ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap kan utformas och genomföras. Ett annat syfte är att analysera vilka möjliga konsekvenser och effekter som ett statligt huvudmannaskap kan få för patienter, invånare och hälso- och sjukvårdens medarbetare. Rapporten är en av flera underlagsrapporter för kommitténs bedömningar av för- och nackdelar med ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården.

Önskad utveckling

Vårdansvarskommittén konstaterade tidigt i utredningsarbetet att svensk hälso- och sjukvård har många styrkor samtidigt som det finns områden där utveckling behövs. Kommittén sammanfattade behovet av utveckling i form av sex förbättringsmål:

1. Tillgången till hälso- och sjukvård av god kvalitet behöver bli mer jämlik över landet.
2. Tillgängligheten till och kapaciteten i hälso- och sjukvården behöver förbättras.
3. En hållbar, långsiktig och jämlik finansiering av hälso- och sjukvården behöver säkras.
4. En ökad systemeffektivitet och bättre användning av de samlade resurserna behöver uppnås.

5. Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning behöver stärkas och arbetsmiljön förbättras.
6. Innovations- och omställningsförmågan i hälso- och sjukvården behöver förbättras och forskningen stärkas.

I analyserna av ett statligt huvudmannaskap har dessa sex förbättringsmål, tillsammans med de områden för konsekvenser som preciseras i kommittédirektivet (dir. 2023:73), varit vägledande för att utforma och avgränsa analyserna.

Scenarier för ett statligt huvudmannaskap

Analyserna omfattar både ett helt och ett delvis statligt huvudmannaskap. Ett helt statligt huvudmannaskap innebär en situation där staten tar över huvudmannaskapet för all hälso- och sjukvård som regionerna i dag är huvudmän för. När det gäller ett delvis statligt huvudmannaskap omfattar analysen scenarier där staten tar över huvudmannaskapet för:

1. specialiserad hälso- och sjukvård, i fyra varianter:
   - all specialiserad hälso- och sjukvård,
   - universitetssjukvård,
   - universitetssjukhus,
   - nationell högspecialiserad vård,
2. primärvård,
3. rättspsykiatrisk vård,
4. vaccinationer och screening,
5. luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter.

Analyserna fokuserar framför allt på scenariot för ett helt statligt huvudmannaskap. Anledningen till att detta scenario ges mest utrymme är att merparten av de konsekvenser som följer av en huvudmannaskapsförändring i detta scenario även förekommer i scenarierna med ett delvis statligt huvudmannaskap. Flera av slutsatserna som kan dras om ett helt statligt huvudmannaskap är överförbara till

ett delvis statligt huvudmannaskap, men då för den del av vården där ansvaret övergår till staten. Analyser görs också av vilka särskilda konsekvenser som följer av ett delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvårdssystemet i dess helhet.

Rapportens struktur och analysens genomförande

Beskrivningen av hur ett statligt huvudmannaskap kan utformas fokuserar framför allt på styrning, finansiering och myndighetsstruktur. Utgångspunkten för scenarierna är att ansvaret för att tillhandahålla hälso- och sjukvård till Sveriges befolkning helt eller delvis flyttas över från regionerna till staten. I samtliga scenarier har kommunerna kvar sitt nuvarande hälso- och sjukvårdsansvar i enlighet med de avgränsningar som finns i kommittédirektivet.

Analyserna av scenarierna presenteras i form av direkta konsekvenser samt konsekvenser och måluppfyllelse på längre sikt. Avslutningsvis analyseras möjligheten att uppnå en mer jämlik, tillgänglig och effektiv vård. Denna indelning av analysen bygger på antagandet att en huvudmannaskapsreform i sig framför allt medför förändrade förutsättningar för hälso- och sjukvårdens styrning, finansiering, organisation och ansvarsutkrävande. Detta antagande innebär också att det är först via dessa förändrade förutsättningar som eventuell förbättring och utveckling av hälso- och sjukvårdens prestationer och resultat för patienter, medarbetare och invånare kan uppnås.

Värderingen av scenarierna sker gentemot det regionala huvudmannaskapet och den ansvarsfördelning som i dag råder mellan staten och regionerna. Den övergripande frågan är således i vilken mån ett statligt huvudmannaskap kan skapa bättre förutsättningar att åstadkomma önskad utveckling än nuvarande ordning.

För att erhålla underlag och stöd till scenariobeskrivningarna och analyserna av ett statligt huvudmannaskap har sekretariatet genomfört ett flertal kvalitativa datainsamlingar i form av en öppen konsultation, intervjuer, möten och workshops med aktörer inom hälso- och sjukvården och i dess närhet. Vidare bygger beskrivningar och analyser på underlagsrapporter som fyra forskare tagit fram på kommitténs initiativ inom uppdraget. Dessa rapporter handlar om statlig finansiering och resursfördelning, administration och administrativ

börda, simulering av resursfördelning samt demokratiskt ansvarsutkrävande och legitimitet inom hälso- och sjukvårdssystemet. De beskrivningar och analyser som görs i den här underlagsrapporten bygger också på tidigare utredningar, myndighetsrapporter och vetenskapliga publikationer.

Tillhandahållaransvaret utgör kärnan i huvudmannaskapet

I direktivet till kommittén definieras inte huvudmannaskap och det finns inte heller någon generell rättslig definition av detta begrepp eller av begreppet huvudman. I direktivet beskrivs inte heller den närmare innebörden av ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap.

Utredningsarbetet inleddes därför med att innebörden i ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap preciserades. Detta arbete resulterade i fyra övergripande analytiska ansvarsbegrepp som syftar till att fånga den huvudsakliga innebörden av huvudmannaskapet i förhållande till andra typer av ansvar. Dessa begrepp används i rapporten för att beskriva dagens ansvarsfördelning i hälso- och sjukvården samt för att beskriva ansvarsfördelningen i de olika scenarierna för ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap. Ansvarsbegreppen benämns *systemansvar*, *finansieringsansvar*, *tillhandahållaransvar* och *verksamhetsansvar*. Systemansvaret omfattar bland annat ansvaret för politisk styrning, grundläggande strukturer, normering, kunskapsstyrning och tillsyn och kan beskrivas som delat mellan staten och regionerna i dag. Finansieringsansvaret omfattar ansvaret att inhämta och fördela ekonomiska resurser till hälso- och sjukvårdens verksamheter, vilket i dag framför allt är regionernas ansvar, även om staten också står för en viss finansiering. Tillhandahållaransvaret innebär ett ansvar att säkerställa tillgång till vård för befolkningen i enlighet med mål, krav och behov, vilket i dag är regionernas ansvar. Verksamhetsansvaret medför ett ansvar för själva driften och utförandet av vård. Verksamhetsansvaret kan antingen innehas av huvudmannen, eller överlåtas till en annan part, till exempel privata vårdgivare.

En central utgångspunkt för scenarierna och analysen av dem är att tillhandahållaransvaret utgör kärnan i huvudmannaskapet. Denna förståelse av huvudmannaskapet bygger på att innebörden av ett

statligt huvudmannaskap så långt som möjligt bör motsvara nuvarande innebörd av att vara huvudman för hälso- och sjukvård. Ett förändrat huvudmannaskap innebär utifrån denna definition att tillhandahållaransvaret för hälso- och sjukvård helt eller delvis överförs från regionerna till staten. Att flytta regionernas tillhandahållaransvar till staten innebär i sin tur att även regionernas system- och finansieringsansvar behöver flyttas. Vid ett helt statligt huvudmannaskap överförs därför allt det ansvar som regionerna i dag har för hälso- och sjukvården till staten. Vid ett delvis statligt huvudmannaskap överförs ansvaret på motsvarande sätt, men då enbart för en del av hälso- och sjukvården. Privata utförare av vård kan fortfarande finnas kvar vid ett statligt huvudmannaskap och då har de precis som i dag ett verksamhetsansvar.

Ett helt statligt huvudmannaskap

Vid ett helt statligt huvudmannaskap centraliseras det politiska ansvaret och den politiska styrningen av hälso- och sjukvården som i dag finns hos regionerna till den nationella nivån. Det innebär att hälso- och sjukvården i Sverige styrs politiskt från riksdag och regering samt från kommunerna. I detta scenario får staten också det fulla finansieringsansvaret för den hälso- och sjukvård som regionerna har finansieringsansvaret för i dag.

När staten får ansvar för att tillhandahålla hälso- och sjukvård till befolkningen behövs en organisation för att sköta denna uppgift. Direktivet anger att kommittén ska utreda vilken form av myndighetsorganisation som krävs för att staten ska kunna utföra uppgifter som huvudman för hälso- och sjukvården. I direktivet anges vidare att det ska utredas vilka kapaciteteter som krävs för utförandet av dessa uppgifter. Vidare anges att den statliga myndighetsorganisationen bör följa den geografiska strukturen för dagens sjukvårdsregioner. Kommittén har utifrån dessa utgångspunkter fokuserat på en myndighetsorganisation och inte närmare undersökt exempelvis en organisation i form av statliga bolag eller liknande.

Det statliga ansvaret för att tillhandahålla hälso- och sjukvård kan ske inom ramen för en myndighet. Denna myndighet kan vara indelad i sex avdelningar med utgångspunkt i de nuvarande sjukvårdsregionernas geografiska områden. Det andra alternativet som skis-

seras i rapporten är att inrätta en statlig myndighet per sjukvårdsregion. Detta alternativ innebär då en myndighetsorganisation med sex separata statliga myndigheter som geografiskt motsvarar den sjukvårdsregionala indelningen. I rapporten omnämns de sex avdelningarna alternativt de sex myndigheterna för statliga sjukvårdsområden.

Vid ett helt statligt huvudmannaskap tar staten över ansvaret för samtliga uppgifter som regionerna i dag sköter inom hälso- och sjukvården, såväl enskilt som i sjukvårdsregional samverkan och i nationell samverkan inom ramen för Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Det innebär en stor mängd nya uppgifter för staten, varav vissa överlappar med befintliga statliga ansvarsområden. Detta medför behov av en översyn även av de befintliga myndigheterna inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Det har inte varit möjligt att inom ramen för utredningen närmare analysera vilka lösningar som är mest ändamålsenliga för varje fråga som en huvudmannaskapsreform aktualiserar. Sådana analyser kräver många noggranna överväganden. För analysernas skull har dock vissa antaganden gjorts. Till exempel antas att ansvarsfördelningen mellan universitet och hälso- och sjukvård i stort kvarstår oförändrad när det gäller utbildnings- och forskningsansvar, med konsekvensen att den statliga sjukvårdsorganisationen övertar det ansvar som regionerna har i dag. Vidare antas att gemensamma frågor och funktioner hanteras mer centraliserat än i nuvarande ordning. Flera frågor och funktioner kan fullt ut centraliseras till nationell nivå och bli en uppgift för en statlig myndighet. Detta gäller till exempel prissättning och upphandling av samtliga läkemedel, planering och dimensionering av utbildningsplatser och utbildningstjänster, digital och fysisk infrastruktur och strukturerna för kunskapsstyrning, uppföljning, statistik och analys. Centrala strukturer för upphandling och inköp av utrustning och material kan också inrättas. Härtill övertar staten även ansvaret för upphandling av vård som utförs av privata vårdgivare.

I den statliga myndighetsorganisationen behövs även en struktur för patient- och anhöriginflytande i hälso- och sjukvårdssystemet. En möjlig struktur för ett sådant inflytande är inrättandet av råd på olika nivåer i den statliga myndighetsorganisationen. Ett ökat inslag av reellt patient- och anhöriginflytande inom ramen för ett statligt system kräver dock ett utvecklingsarbete som går utöver själva

huvudmannaskapsreformen. Detta utvecklingsarbete bör då ske i dialog med vad patienter, patientföreträdare och anhöriga själva formulerar för behov av inflytande och processer för att möjliggöra detta. Det bör också finnas någon form av patientnämnder inom de sex geografiska sjukvårdsområdena med uppgift att stödja och hjälpa patienter och deras närstående att framföra klagomål till vårdgivare samt hjälpa dem med information för att tillvarata sina intressen i hälso- och sjukvården.

Vid ett statligt huvudmannaskap behöver det utvecklas och implementeras en ny modell för att inhämta och fördela ut ekonomiska resurser för hälso- och sjukvården över landet. Resursfördelningen kommer till stor del att ske inom den statliga myndighetsorganisationen för tillhandahållande av hälso- och sjukvård. Det kommer även inom ramen för ett statligt huvudmannaskap finnas behov av att inkludera olika former av strukturella faktorer i resursfördelningsmodellen. Dessa faktorer ska spegla olika behov och förutsättningar för hälso- och sjukvården givet hur befolkningssammansättningen ser ut runt om i landet, ungefär som det kommunala utjämningssystemet gör i dag.

Vid ett helt statligt huvudmannaskap blir staten arbetsgivare för hälso- och sjukvårdspersonal som i dag är anställda i verksamheter i offentlig regi inom regionerna. Det motsvarar cirka 300 000 medarbetare sett till hur många som i dag är anställda i hälso- och sjukvården inom regionerna. Skulle den statliga organisationen för tillhandahållande av hälso- och sjukvård bestå av en myndighet skulle den således vara ungefär tio gånger större än Polismyndigheten, som i dagsläget är Sveriges största myndighet.

Ett delvis statligt huvudmannaskap

Scenarierna för ett delvis statligt huvudmannaskap behöver hanteras på olika sätt när det kommer till frågan om organisation och ansvarsfördelning. En åtskiljande faktor är om staten blir huvudman för en större del av vården eller om det rör sig om en avgränsad eller mindre verksamhet.

Om staten tar över huvudmannaskapet för antingen hela den specialiserade hälso- och sjukvården eller primärvården kan de två alternativa organisatoriska myndighetsstrukturerna som beskrivits

ovan för ett helt statligt huvudmannaskap utgöra grunden för den statliga sjukvårdsorganisationen. När det gäller de mer avgränsade scenarierna för ett delvis statligt huvudmannaskap behövs dock anpassade lösningar. För vissa av de scenarier som har analyserats är det svårt att se hur ett statligt tillhandahållaransvar kan utformas på ett ändamålsenligt sätt, eftersom regionerna fortsatt har tillhandahållaransvaret för övrig hälso- och sjukvård. Det gäller till exempel scenarierna för ett statligt huvudmannaskap för universitetssjukvård och nationell högspecialiserad vård.

När det gäller organisatoriska lösningar i övrigt väcker ett delvis statligt huvudmannaskap flera frågor kring ansvaret för systemövergripande och gemensamma funktioner. När staten tar hela system-, finansierings- och tillhandahållaransvaret för den del av hälso- och sjukvården som scenariot omfattar medför det i många avseenden behov av parallella strukturer. Att staten, regionerna och kommunerna är huvudmän för olika delar av vården väcker också frågor om gränsdragningar inom ett flertal områden. Några exempel är hur finansiering och prissättning av läkemedel ska organiseras, hur kunskapsstyrningen ska organiseras, hur planering och dimensionering av utbildningstjänster ska ske och hur det strategiska och operativa ansvaret för den digitala infrastrukturen ska fördelas.

En möjlig lösning är att staten vid ett delvis statligt huvudmannaskap också övertar ansvaret för flera systemövergripande funktioner. Det innebär att ett delvis statligt huvudmannaskap kombineras med ett utökat statligt systemansvar. Att helt undvika behov av parallella strukturer och överlappande ansvarsområden kommer sannolikt vara svårt vid ett delvis statligt huvudmannaskap för en större del av hälso- och sjukvården.

Genomförandet av en huvudmannaskapsreform

Av direktivet framgår att kommittén ska föreslå en genomförandeplan med tidsplan för hur staten stegvis och långsiktigt helt eller delvis kan ta över huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården. Konsekvenser av genomförandet är också viktiga att beakta när det gäller värderingen av ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap.

En huvudmannaskapsreform förutsätter att en rad olika åtgärder vidtas och reformen i sig kan förväntas leda till konsekvenser på både

kort och lång sikt. En lärdom från tidigare centraliseringsreformer inom staten av bland annat Polisen, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen är att de tenderar att både kosta mer och ta längre tid att genomföra än vad som initialt förväntats och planerats för. Inför genomförandet är det viktigt att det formuleras tydliga mål för reformen och att det skapas förutsättningar för uppföljning och utvärdering av reformen. Utöver en utvärderingsplanering behöver också riskanalyser av olika slag göras.

Genomförandet av ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården måste inledas med att politisk ställning tas till flera principiellt viktiga frågor som inte enbart berör hälso- och sjukvården utan även andra delar av samhället. Ställningstaganden måste göras rörande maktförhållandet mellan stat och region samt regionernas fortsatta roll och ansvar. Sådana ställningstaganden är avgörande för hur personal, tillgångar och skulder ska tas om hand. Vidare måste skattesystemet reformeras och i samband med det måste det kommunala utjämningssystemet ses över och förändras.

Genomförandet av en huvudmannaskapsreform förutsätter en långsiktighet gällande mål och principer för reformen. Resurser behöver också avsättas för reformen under lång tid. Behovet av långsiktighet i genomförandet ställer krav på en grundläggande politisk enighet om riktningen över tid.

En särskild utredning behöver tillsättas med uppdrag att se över hälso- och sjukvårdsjuridiken i sin helhet och lämna nödvändiga författningsförslag. Utredningar behöver också tillsättas för att utforma den statliga myndighetsorganisationen med avseende på såväl den nya statliga organisationen för tillhandahållande av vård som myndighetsorganisationen i övrigt inom hälso- och sjukvårdens område. Även formerna för regeringens och Regeringskansliets ledning och styrning av den statliga myndighetsorganisationen behöver utredas närmare. Vidare behöver det utredas hur statens förvaltning av fastigheter, utrustning och andra tillgångar på hälso- och sjukvårdsområdet ska gå till, vilka principer som ska gälla för överlåtande av fastigheter och hur regionernas tillgångar och skulder ska hanteras.

En betydande fråga i genomförandet avser hälso- och sjukvårdspersonalens övergång från att vara regionalt anställda till att bli statligt anställda. Detta gäller den personal som i dag arbetar i vård som bedrivs i offentlig regi. Det kommer krävas omfattande förhandlingar och ställningstaganden kring flera olika frågor. Denna process be-

döms bli mer tidskrävande än tidigare statliga centraliseringsreformer, med tanke på det stora antalet medarbetare, professioner och fackförbund inom hälso- och sjukvårdsområdet. Nya kollektivavtal ska tecknas och regionernas samlade pensionsskuld på cirka 350 miljarder kronor behöver hanteras.

Det bör övervägas om extra resurser ska tillföras under en omställningsperiod för att minska negativa konsekvenser för verksamheten och patienterna, eftersom genomförandet kan antas påverka produktivitet och effektivitet negativt under en omställningsperiod. Genomförandet kan också antas uppta en stor del av reform- och utvecklingskraften i hälso- och sjukvårdssystemet och det är därför sannolikt att det kan komma att tränga undan annat utvecklingsarbete under en period. Resurser i form av både pengar och personal kommer behöva ägnas åt genomförandet.

Det finns olika alternativ för ett stegvist genomförande av ett statligt huvudmannaskap. En tänkbar modell är att staten först tar över system- och finansieringsansvaret för hälso- och sjukvården. Detta innebär konkret att strukturer för finansiering och styrning av vården samt lösningar för olika systemövergripande stödfunktioner kommer på plats först och att överförandet av tillhandahållaransvaret sker senare i processen.

I rapporten lämnas en skiss på en tänkbar genomförandeplan i olika faser med exempel på viktiga steg i varje fas. Vårdansvarskommitténs arbete kan ses som det första steget i fas 1. Från överlämnandet av Vårdansvarskommitténs betänkande i juni 2025 till att implementeringen kan ske bedöms processen ta minst 8–12 år. Detta är dock en mycket grov uppskattning. Det finns också många olika vägval, beslut och händelser som kan korta respektive förlänga förberedelsetiden.

Genomförandets process påverkas till exempel av hur det stegvisa införandet ska ske. Hur lång tid som implementeringen skulle ta är inte möjligt att förutsäga utan närmare information om vad det mer exakt är som ska ske. Ett delvis statligt huvudmannaskap kan genomföras på en kortare tid, men bedömningen har gjorts att ett statligt huvudmannaskap för primärvård eller specialiserad vård i stort kräver liknande förberedelser som ett helt statligt huvudmannaskap.

Direkta konsekvenser av ett statligt huvudmannaskap

Analysen av vilka resultat och konsekvenser som kan följa av ett statligt huvudmannaskap bygger på antagandet att vissa konsekvenser har en direkt koppling till att huvudmannaskapet förändras, medan andra är mer beroende av de beslut som den nye huvudmannen fattar och de åtgärder som vidtas utifrån de nya förutsättningar som skapas. De direkta konsekvenser som identifierats har samlats i följande kategorier:

- Den politiska styrningen.
- Implementering och förvaltning.
- Finansiering och resursfördelning.
- Tillhandahållande av hälso- och sjukvård.
- Patienter och invånare.
- Verksamheter och personal.
- Regioner och kommuner.

Konsekvenser för den politiska styrningen

En av de tydligaste skillnaderna mellan ett statligt huvudmannaskap och nuvarande ordning är att det politiska ansvaret centraliseras och att den politiska styrningen därmed samlas hos riksdag och regering för den vård som omfattas av scenariot. Det innebär att flera förutsättningar för den politiska styrningen förändras jämfört med i dag.

Inslagen av flernivåstyrning minskar och den kommunala självstyrelsen blir inte längre en faktor som präglar styrningens utformning eller genomslag. Maktkoncentrationen blir högre jämfört med nuläget och styrningen skulle präglas mindre av den pluralism och de variationer i politikens innehåll som är förenat med att en verksamhet styrs från flera politiska nivåer. En annan konsekvens är att avståndet mellan beslutsfattare och patienter och invånare generellt ökar jämfört med nuvarande ordning.

En annan följd av att det politiska ansvaret centraliseras är att politisk styrning och politiska prioriteringar blir enhetliga för hela landet, eftersom politiska beslut och prioriteringar sker från en aktör,

en nivå och gäller för hela landet. I den politiskt-administrativa delen av styrkedjan (politik och förvaltning) kan styrsignaler från nationell nivå antas få ett bredare och mer direkt genomslag jämfört med vad den nationella politiska styrningen får i dag. Detta mot bakgrund av att det inte längre finns en självständig politisk regional nivå mellan den nationella politiken och verksamheterna i vården. Det får samtidigt också följden att eventuella ineffektiva eller skadliga beslut och prioriteringar får ett bredare genomslag.

En sannolik konsekvens av att centralisera det politiska ansvaret är att den politiska styrningen sammantaget behöver bli mer systemorienterad och övergripande än i dag. Detta eftersom nationella politiker inte har förutsättningar för att fatta beslut om lika verksamhetsnära och lokala frågor som regionala politiker. Nationella politiker kan inte heller agera lika snabbt utifrån uppkomna behov, vilket kan antas leda till en minskad flexibilitet och snabbrörlighet i den politiska styrningen jämfört med nuvarande ordning. Detta innebär i sin tur att det sannolikt sker en förskjutning av ansvaret från politiker till tjänstemän i den mer verksamhetsnära styrningen av hälso- och sjukvården.

Att centralisera den politiska styrningen från regional till nationell nivå kan skapa förutsättningar för färre styrformer och politiska styrsignaler jämfört med nuläget. Skälet till det är att beslutsfattandet koncentreras till färre politiska nivåer och till färre politiska församlingar men även till ett färre antal politiker. En förutsättning för att detta ska ge en reell effekt på den totala mängden styrsignaler i systemet är dock att dagens politiska styrsignaler inte ersätts med motsvarande mängd styrsignaler från den statliga myndighetsorganisationen.

En annan konsekvens av att centralisera det politiska ansvaret är att de naturliga inslagen av variationer i politikens innehåll minskar. Det innebär sannolikt en minskad innovationskraft jämfört med nuvarande ordning i fråga om politiska beslut och åtgärder (policy). Det innebär också förändrade förutsättningar för lärande om policyåtgärder, eftersom möjligheterna att lära av andras lösningar minskar i ett mer enhetligt system. Det är samtidigt tänkbart att det i ett nationellt system enklare kan utformas processer och modeller för ett strukturerat lärande genom till exempel medvetna systematiska policyexperiment eller försöksverksamheter som utvärderas. Det decentraliserade systemets naturliga variationer skulle vid en cen-

tralisering alltså behöva ersättas av planerade variationer om inte förutsättningarna för lärande ska minska.

I samband med en huvudmannaskapsreform kan det ske förändringar i politiska prioriteringar och den mer konkreta politik som ligger till grund för hälso- och sjukvårdens styrning. Flera av de långsiktiga målen med en huvudmannaskapsreform är också beroende av de närmare politiska prioriteringarna och besluten i konkreta frågor. Hur policy och prioriteringar skulle förändras vid ett statligt huvudmannaskap kan beskrivas som en viktig men okänd faktor vid en bedömning av vilka effekter och konsekvenser ett statligt huvudmannaskap skulle medföra. Ett exempel som kommit upp i sekretariatets dialoger är frågan om hur politiken gällande vårdval skulle förändras. Det framstår inte som sannolikt att beslut om vilka vårdval som ska finnas delegeras till myndighetsorganisationen. Det innebär att beslut om vårdvalen, precis som i dag, troligen skulle utformas och fattas på politisk nivå. Eftersom det vid ett statligt huvudmannaskap skulle vara på nationell nivå som sådana beslut fattas kan det medföra förändringar jämfört med nuläget. Beroende på vilka beslut som fattas kan vissa direkta förändringar och konsekvenser uppstå för patienter, invånare, medarbetare och hälso- och sjukvårdens verksamheter, åtminstone i vissa regioner. Vårdval inom primärvården kan troligen utvecklas med fokus på en större enhetlighet när det gäller exempelvis uppdragets omfattning och ersättningsmodeller. Vårdval inom den specialiserade vården är sannolikt en större utmaning eftersom skillnaderna mellan främst Stockholm och övriga regioner i dag är stora i fråga om förekomst av vårdval.

Ytterligare en direkt effekt av att centralisera det politiska ansvaret är att kostnaderna för politisk verksamhet avseende hälso- och sjukvård totalt sett minskar jämfört med nuläget.

Konsekvenser för implementering och förvaltning

Att den politiska styrningen får ett mer direkt genomslag jämfört med nuläget innebär inte nödvändigtvis att styrningen blir mer effektiv än i nuvarande ordning med avseende på om mål om förbättring och utveckling kan realiseras. Det har under utredningsarbetet inte framkommit något entydigt stöd för att statliga myn-

digheter generellt är mer effektiva jämfört med regionerna när det gäller implementering.

Lärdomar från andra sektorer visar att det kan vara svårt att få genomslag för styrning i stora myndigheter och att det kan förekomma såväl omfattande som motstridig styrning i statliga verksamheter. I workshops, dialoger och intervjuer under utredningsarbetet har det också återkommande framförts att en risk med ett statligt huvudmannaskap är att en så stor myndighetsorganisation skulle bli trögrörlig med långa styrkedjor. Detta kan begränsa möjligheterna att uppnå mål om en mer effektiv och tydlig styrning av hälso- och sjukvården. När det gäller verksamhetsnära utveckling och omställning har det under utredningsarbetet inte framkommit något som talar för att en statlig myndighetsorganisation skulle vara mer framgångsrik att omsätta styrsignaler i önskade verksamhetseffekter.

En huvudmannaskapsreform medför förändrade förutsättningar för hantering av olika stödjande gemensamma funktioner. Gemensamt är att fler funktioner kan, och sannolikt skulle, centraliseras jämfört med nuvarande ordning. En annan förändring är att ansvaret för den vård som scenariot omfattar går från att vara delat både vertikalt (mellan staten och regionerna) och horisontellt (mellan regionerna) till att vara samlat hos en aktör och på en nivå. Det innebär till exempel att planering och dimensionering av utbildningsplatser kan hanteras på nationell nivå och att ansvaret för finansiering och prissättning av läkemedel samlas i staten. Även infrastrukturplaneringen, ansvaret för den digitala infrastrukturen och informations- och uppföljningssystem för hälso- och sjukvården kan samlas på nationell nivå. En centralisering kan möjliggöra ett ökat helhetsperspektiv och ett tydligare nationellt perspektiv i sådana frågor. Mer enhetliga strukturer kan sannolikt utformas och vissa stordriftsfördelar kan troligen realiseras.

Konsekvenser för finansiering och resursfördelning

Andra effekter som kan uppstå på kort sikt efter en huvudmannaskapsreform är sådana som avser hälso- och sjukvårdens finansiering och resursfördelning. Det skapas andra förutsättningar än i dag för att fördela resurserna så att de ekonomiska förutsättningarna ut-

jämnas över landet. Resursfördelningen kommer då att ske från staten och inte som i dag genom en omfördelning mellan regioner. Det samlade utredningsunderlaget tyder på att de ekonomiska förutsättningarna kan bli mer likartade i hela landet jämfört med nuvarande ordning. Detta förutsätter dock att de ekonomiska resurserna omfördelas med målet att uppnå jämbördiga förutsättningar. Simuleringar som genomförts tyder på att detta i sådana fall skulle innebära att den del av den statliga sjukvårdsorganisationen som i dag motsvaras av sjukvårdsregion Stockholm-Gotland får minskade resurser jämfört med nuläget medan de andra fem sjukvårdsområdena får ökade eller oförändrade resurser.

Att resursfördelningen sker via statsbudgeten innebär att hälso- och sjukvårdens resurstilldelning sker utifrån en prioritering gentemot andra statliga ansvarsområden, däribland rättsväsende, försvar och socialförsäkring.

Ett statligt finansieringsansvar innebär också att det blir möjligt att nyttja fler skattebaser än förvärvsinkomst för hälso- och sjukvårdens finansiering.

Konsekvenser för tillhandahållande av hälso- och sjukvård

En direkt effekt av ett statligt huvudmannaskap är att förutsättningarna för att tillhandahålla och organisera hälso- och sjukvården förändras. Hälso- och sjukvård skulle ledas, planeras, dimensioneras och beställas inom ramen för större geografiska enheter jämfört med nuvarande ordning. Tillhandahållandet förutsätts ske inom sex geografiska områden i stället för 21. Vissa delar av hälso- och sjukvården skulle sannolikt planeras och dimensioneras nationellt. Att aggregera tillhandahållandet av hälso- och sjukvård till större geografiska områden kan möjliggöra nyttjande av vissa stordriftsfördelar. Samma organisatoriska effekter kan uppnås också med en förändrad regionindelning. Samtidigt samarbetar regionerna redan i dag både nationellt och inom de sex sjukvårdsregionerna i frågor där det bedöms motiverat. Det finns också redan i dag nationella strukturer för till exempel nationell högspecialiserad hälso- och sjukvård. Det gör det svårt att bedöma hur stora förändringarna skulle bli i detta avseende med en huvudmannaskapsreform.

I arbetet med den här rapporten har det inte varit möjligt att specificera hur hälso- och sjukvårdsstrukturen skulle förändras med ett statligt huvudmannaskap. En vanlig hypotes är att en nationell styrning skulle medföra färre sjukhus och andra reformer med fokus på en mer effektiv sjukvårdsstruktur och ökad koncentration av hälso- och sjukvård. Om sådana reformer genomförs i samband med ett statligt huvudmannaskap skulle effekter som direkt berör patienter och invånare kunna uppstå tätt inpå reformen. I avsaknad av information om ambitioner i den riktningen har det dock inte varit möjligt att bedöma hur hälso- och sjukvårdsstrukturen och utbudet skulle påverkas av ett statligt huvudmannaskap.

Konsekvenser för patienter och invånare

Vilka de direkta konsekvenserna av ett statligt huvudmannaskap skulle bli för patienter och invånare beror på vilka beslut som fattas inför reformens genomförande. Det är tänkbart att det redan i förberedelserna för en huvudmannaskapsreform beslutas om exempelvis vårdval, utbud av vård och hjälpmedel samt patientavgifter. I sådant fall förändras villkoren för patienters tillgång till vård och behandling direkt när det statliga huvudmannaskapet träder i kraft. Alternativt lämnas frågor av nämnda karaktär till den politiska ledningen och myndighetsorganisationen att ta ställning till efter ikraftträdandet av ett statligt huvudmannaskap. I sådant fall är det först på längre sikt som vårdutbud och villkor påverkas av det förändrade huvudmannaskapet. Eftersom det i dag finns skillnader mellan olika delar av landet kan effekterna av en ökad enhetlighet bli olika beroende på var i landet man bor, oavsett när effekterna inträder.

Även förutsättningarna för invånarnas ansvarsutkrävande förändras direkt av en huvudmannaskapsreform. Ansvarsfördelningen kan bli tydligare genom ett statligt huvudmannaskap, vilket kan underlätta medborgarnas ansvarsutkrävande. Eftersom villkoren för att vara röstberättigad skiljer sig mellan riksdagsvalet och valet till regionfullmäktige blir samtidigt en konsekvens att färre invånare får möjlighet att påverka den del av hälso- och sjukvården som staten tar över via valsedeln. På valdagen 2022 var det omkring 372 000 fler invånare som var röstberättigade i region- och kommunfullmäktige än som var röstberättigade i valet till riksdagen. Färre kontaktytor

och ökade avstånd till beslutsfattare kan också antas medföra minskade möjligheter för invånare att ha direkt kontakt med ansvariga politiker.

Som en följd av de organisatoriska förändringarna som en huvudmannaskapsreform innebär skulle formerna och strukturerna för det organiserade patientinflytandet (samverkan med bland annat patient- och anhörigorganisationer) i hälso- och sjukvårdens styrning också förändras. Att bryta upp befintliga strukturer för samverkan kan medföra vissa risker ur patientorganisationernas perspektiv. På många håll i landet fungerar denna samverkan bra i dag, efter ett långsiktigt arbete med att bygga sådana strukturer. Samtidigt skulle en centralisering kunna vara till fördel för mindre patient- och anhörigorganisationer, eftersom samverkan med en huvudman inte skulle kräva lika stora resurser som samverkan med 21 huvudmän.

Konsekvenser för verksamheter och personal

En annan direkt effekt av en huvudmannaskapsreform är de eventuella förändringar i arbetsvillkor som följer av att staten blir arbetsgivare för hälso- och sjukvårdspersonal. Det har inte varit möjligt att förutsäga hur arbetsvillkoren närmare förändras eftersom det till stor del skulle avgöras i förhandling mellan arbetsmarknadens parter. Personalen skulle sannolikt i stor utsträckning omfattas av den lagstiftning som i dag gäller för statligt anställda, men det är inte givet utan behöver utredas särskilt.

I samband med ett statligt huvudmannaskap förändras flera strukturer för medarbetares och professioners inflytande. Vilken påverkan detta skulle ha på medarbetares och professioners inflytande beror på hur detta närmare utformas. Om reformen får konsekvenser för medarbetares handlingsutrymme i yrkesutövningen är på motsvarande sätt beroende av hur den statliga styrningen utvecklas.

Konsekvenser för regioner och kommuner

I det scenario som skisserats för ett helt statligt huvudmannaskap kvarstår två olika huvudmän i hälso- och sjukvården, den statliga och den kommunala hälso- och sjukvården. Vid ett helt statligt huvud-

mannaskap sker samverkan mellan färre huvudmän än i nuvarande ordning. För de 290 kommunerna sker samverkan med staten i form av den eller de statliga myndigheter som utövar tillhandahållaransvaret i scenariot, i stället för med 21 regioner som i dag.

Hur samverkan mellan den statliga sjukvårdsorganisationen och kommunerna fungerar skulle bli avgörande för hälso- och sjukvårdens kvalitet. På kort sikt innebär en huvudmannaskapsreform att nuvarande samverkansstrukturer behöver övertas och utvecklas av den statliga organisationen. Åtgärder behöver vidtas så att inte patientsäkerheten påverkas negativt till följd av den organisatoriska förändringen.

Ett statligt huvudmannaskap innebär att samverkan med kommunerna organiseras i större geografiska enheter än i dag. Inom vissa statliga sjukvårdsområden kan befintliga samverkansstrukturer i stort sett kvarstå, medan det i andra statliga sjukvårdsområden behövs förändrade strukturer. Varje sjukvårdsregion inrymmer i dag mellan 27 och 80 kommuner.

Ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården får konsekvenser för regionernas fortsatta roll och funktionssätt samt för kommunerna och den offentliga förvaltningen i övrigt. När det gäller regionerna finns det olika vägar att gå. Regionerna kan kvarstå i nuvarande form, ges nya uppgifter eller avvecklas. Alla de tre alternativen kräver sina egna specifika överväganden och aktualiserar en bredare översyn av uppgiftsfördelningen mellan förvaltningsnivåer i samhället. Alternativet att regionerna avvecklas kräver därtill en grundlagsändring.

Oavsett vägval gällande regionernas fortsatta roll medför ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården en förändrad balans i offentlig sektor överlag, med en större stat och mindre inslag av kommunalt självstyre. Det behövs djupare analyser för att avgöra hur kommunerna skulle påverkas av en sådan ordning och hur andra offentliga aktörers roll och uppgifter behöver förändras.

Möjliga konsekvenser på längre sikt av ett statligt huvudmannaskap

När det gäller konsekvenser, effekter och måluppfyllelse på längre sikt omfattar analysen följande områden:

- Finansiell hållbarhet.
- Kompetensförsörjning och arbetsmiljö.
- Forskning, utveckling och innovation.
- Personcentrerad hälso- och sjukvård.
- Demokrati och legitimitet.
- Beredskap och säkerhet.
- Administrativ börda.

Finansiell hållbarhet

Hälso- och sjukvårdens finansiering och skillnader i regionernas ekonomiska förutsättningar beskrivs ofta som en viktig förklaring till förekomsten av omotiverade geografiska skillnader i tillgång till vård och behandling, kompetensförsörjning samt svårigheter att realisera önskad utveckling och omställning. Ökade skillnader i skattekraft tillsammans med ökade kostnader för vård och ökade förväntningar från befolkningen riskerar att förstärka skillnaderna, om inte utjämningssystemet förmår kompensera för detta i ännu högre utsträckning än i dag. Utjämningssystemet är utformat för att skapa så likvärdiga ekonomiska förutsättningar som möjligt, genom att kompensera för strukturella och för regionerna icke påverkbara faktorer. Utjämningssystemet ska däremot inte kompensera för regionala skillnader som förklaras av olika ambitionsnivåer eller skillnader i effektivitet och faktiska kostnader.

Regionernas ekonomiska underskott har många bakomliggande orsaker, till exempel höjda pensionskostnader, en svag ökning av skatteintäkterna, prisökningar i kombination med höga räntor samt en marginell ökning av statsbidragen och den kommunalekonomiska utjämningen i reala termer. Kvarvarande effekter av covid-19-pan-

demin, ökade kostnader för läkemedel och kostnader för hyrpersonal är andra faktorer som utmanat ekonomin.

Det har redan konstaterats att en direkt konsekvens av ett statligt finansieringsansvar är att det blir möjligt att nyttja fler skattebaser än förvärvsinkomst för hälso- och sjukvårdens finansiering. I dag görs detta till viss del indirekt genom de statsbidrag som tillfaller regionerna. Exempel på andra tänkbara skattebaser är konsumtionsbeskattning, naturresursbeskattning och fastighetsbeskattning. Att välja att använda fler och andra skattebaser kan ge en minskad känslighet för konjunktursvängningar och medföra att regionala skillnader i skattekraft inte skulle påverka det regionala hälso- och sjukvårdsutbudet, som det kan finnas risk för i dag.

Vid ett statligt huvudmannaskap behöver det skapas förutsättningar för en jämlik resurstilldelning. De tydliga politiska ambitionerna som hittills funnits om en långtgående utjämning över landet skulle sannolikt kvarstå, men förutsättningarna för att omsätta dem förändras vid en huvudmannaskapsreform. Det är rimligt att anta att en fördelning av ekonomiska resurser även under ett statligt huvudmannaskap behöver utgå från olika strukturella faktorer, ungefär som utjämningssystemet gör i dag. Men i stället för en omfördelning mellan regioner skulle resursfördelningen ske internt i en statlig myndighetsorganisation för att tillhandahålla hälso- och sjukvård. För att detta ska kunna omsättas i en på längre sikt mer hållbar, långsiktig och jämlik finansiering måste dock fler faktorer till. En mer långsiktig finansiering förutsätter till exempel att det fattas långsiktiga politiska beslut som skapar förutsättningar för planering och investeringar. Sådan långsiktig finansiering kan behöva någon form av organisatorisk struktur för diskussioner om hälso- och sjukvårdens strategiska utveckling. Möjligen kan inrättandet av en nationell hälso- och sjukvårdsberedning svara mot ett sådant behov.

Ett vanligt påpekande i de dialoger och workshops som genomförts i utredningsarbetet är att det inte bör finnas förväntningar på ökade resurser till hälso- och sjukvården genom ett statligt huvudmannaskap. Det finns inga uppenbara mekanismer i ett statligt huvudmannaskap som automatiskt leder till ökade resurser för hälso- och sjukvård. Hypoteser har framförts om att staten skulle ha starka incitament att satsa mer på hälso- och sjukvården i samband med ett statligt huvudmannaskap, för att realisera önskade förändringsambitioner. Det har samtidigt också framförts att det kan finnas en risk

för minskade resurser till hälso- och sjukvården, till följd av att hälso- och sjukvården skulle utgöra en stor budgetpost i statsbudgeten och därigenom konkurrera om resurser med andra statliga områden, exempelvis försvaret. Det har också framförts hypoteser om att genomförandet av en huvudmannaskapsreform kan leda till att resurser under en längre tid behöver avsättas till denna reform, vilket kan påverka kärnverksamheternas resurser negativt.

Sammantaget finns inte möjlighet att förutsäga hur hälso- och sjukvårdens samlade ekonomiska resurser skulle påverkas av att staten blir huvudman. Däremot står det klart att de ekonomiska resurserna till vården då ska prioriteras i förhållande till andra statliga ansvarsområden som exempelvis försvar, rättsväsende och socialförsäkring. Vad dessa nya förutsättningar för prioriteringar skulle innebära för hälso- och sjukvårdens resurser är svårt att säga, men det kan antas att det bland annat beror på utvecklingen i omvärlden.

Ett statligt finansieringsansvar medför också förändringar i styrningen av hälso- och sjukvården, till exempel genom att ansvaret för finansieringen samlas hos en aktör och på en nivå. En konsekvens av detta är att riktade statsbidrag som styrform blir inaktuella inom hälso- och sjukvården. Samtidigt förekommer det även inom staten att myndigheternas uppdrag och resurser riktas mot specifika frågor och utvecklingsbehov. Det är därför svårt att uttala sig säkert om hur stor skillnad det i praktiken skulle bli när det gäller förekomsten av riktade satsningar.

Utredningsunderlaget tyder sammantaget på att ett statligt finansieringsansvar för hälso- och sjukvården skapar andra förutsättningar än i dag för att åstadkomma en mer hållbar och jämlik finansiering. Det är samtidigt svårt att med säkerhet säga vad som i praktiken skulle inträffa, då det skulle vara beroende av såväl politiska beslut som samhällsekonomins utveckling samt utvecklingen i omvärlden. I intervjuer, möten och workshops har det också framförts att ett statligt finansieringsansvar (och med det en ökad statlig styrning) skulle kunna bidra till förbättrade ekonomiska förutsättningar inom vissa delar av hälso- och sjukvårdssystemet som är viktiga för den långsiktiga effektiviteten och jämlikheten, till exempel dyra läkemedel, precisionsmedicin, vissa investeringar och/eller särskilda vårdinsatser som screening och vaccinationer.

Ett statligt finansieringsansvar för all hälso- och sjukvård skulle teoretiskt kunna införas även utan ett statligt huvudmannaskap, i

en modell där staten finansierar och regionerna tillhandahåller vården. Denna modell har förespråkare, men det finns också argument mot en sådan ordning i såväl forskning som tidigare utredningar. Det främsta argumentet mot en sådan ordning är att det skulle vara problematiskt att skilja på ansvaret för att finansiera och tillhandahålla hälso- och sjukvården. Det skulle inte minst väcka många frågor kring det kommunala självstyret, till exempel vilken egentlig makt som regionerna skulle ha över den vård som de har i uppdrag att tillhandahålla. Det kan inte uteslutas att en grundlagsändring skulle krävas. Som finansiär av hälso- och sjukvården skulle staten ha starka incitament att styra och kunna införa åtgärder som är viktiga för effektiviteten och utvecklingen. Regionernas egna incitament att öka effektiviteten skulle kunna minska.

Med ett statligt finansieringsansvar skulle det följa ett stort mått av statlig styrning och utökat systemansvar, i enlighet med reformer som genomförts i Norge, Danmark och Finland. Det är möjligt att strukturer för gränsdragningarna mellan statens och regionernas ansvar skulle kunna utarbetas, men regionernas politiska utrymme och makt skulle då beskäras kraftigt jämfört med nuvarande ordning.

Kompetensförsörjning och arbetsmiljö

Kompetensförsörjningen är en nyckel till flera av de mål som pekats ut för en huvudmannaskapsreform. En vanlig hypotes är att det är först om förbättrade förutsättningar för kompetensförsörjningen kan uppnås som ett statligt huvudmannaskap kan leda till större effekter när det gäller mål om en mer jämlik och tillgänglig hälso- och sjukvård.

Många faktorer bidrar till de utmaningar som finns gällande kompetensförsörjningen, vilket också innebär att många olika åtgärder behövs för att nå målet om en mer hållbar kompetensförsörjning. Några faktorer som påverkar kompetensförsörjningen i dag är brister i arbetsmiljön, stora pensionsavgångar, svårigheter att säkerställa tillräckligt många utbildningsplatser och ekonomiska begränsningar. Även strukturella faktorer i samhällsutvecklingen, så som demografisk utveckling, in- och utflyttningsmönster i olika delar av landet samt arbetsmarknadens utveckling i stort påverkar.

I det samlade utredningsunderlaget finns det inte mycket som tyder på att de förändrade förutsättningar som följer av ett statligt huvudmannaskap i direkt mening skulle ha någon avgörande betydelse för kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården. Ett undantag är möjligen planering och dimensionering av utbildningstjänster, där det under utredningsarbetet framförts till sekretariatet att det är möjligt att en centraliserad hantering skulle kunna stärka helhetsperspektivet och skapa förutsättningar för en mer effektiv planering och dimensionering. Samtidigt har det upprepade gånger också framförts till sekretariatet att det är oklart i vilken utsträckning samordning och samverkan i kompetensförsörjningsfrågor skulle underlättas av att det är statliga aktörer som ska samverka i stället för statliga och regionala. Det har också påtalats att ett förstärkt nationellt perspektiv i planering och dimensionering kan innebära risker i förhållande till förmågan att ta hänsyn till lokala och regionala förutsättningar och kompetensbehov.

Det är fullt möjligt att staten som arbetsgivare skulle kunna förbättra arbetsmiljön i verksamheter där detta är nödvändigt, om sådana ambitioner finns. Det finns däremot inga uppenbara skillnader mellan statens och regionernas förutsättningar i detta avseende. Vissa förbättringar i arbetsmiljön skulle kunna uppnås om de förutsättningar för färre styrsignaler som ett statligt huvudmannaskap medför kan omsättas i en minskad administrativ börda och detaljstyrning, men det finns inget som tyder på att detta skulle ske med automatik. Det saknas också underlag för att dra slutsatsen att staten skulle vara en bättre arbetsgivare för hälso- och sjukvårdspersonalen. Det är samtidigt inget i det samlade empiriska underlaget som tydligt talar för att det skulle bli sämre än nuläget.

Med ett statligt huvudmannaskap kan konkurrensen om hälso- och sjukvårdspersonalen komma att minska, eftersom det blir en offentlig arbetsgivare i systemet i stället för 21. Det finns farhågor om att den minskade konkurrensen skulle kunna leda till en försämrad löneutveckling på sikt.

Om ett statligt huvudmannaskap medför utjämnade ekonomiska förutsättningar i olika delar av landet skulle det kunna förbättra förutsättningarna för en jämlik kompetensförsörjning. Samtidigt har det i dialoger och workshops inte kunnat identifieras några uppenbara mekanismer i ett statligt huvudmannaskap som skulle underlätta rekrytering av personal till glesbygd eller andra områden

där rekrytering i dag är en utmaning. De verktyg som står till buds att arbeta med i detta avseende tycks med andra ord inte vara avhängiga en huvudmannaskapsförändring.

Sammantaget visar sekretariatets analyser att staten och regionerna i allt väsentligt skulle ha samma förutsättningar när det gäller att uppnå en hållbar kompetensförsörjning. En del underlag pekar mot att en centralisering skulle kunna bidra till att planering och dimensionering av utbildningsplatser och utbildningstjänster blir mer effektivt än i dag, men samtidigt är en sådan centralisering möjlig att genomföra även utan en huvudmannaskapsförändring. Även i övrigt är effekter på kompetensförsörjningen beroende av att staten vidtar åtgärder utöver själva huvudmannaskapsreformen. Eftersom det inte kan förutsägas vilka åtgärder och policyinitiativ som skulle vidtas, är det inte heller möjligt att uttala sig om några säkra effekter på hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning av ett statligt huvudmannaskap.

Ovanstående gäller i huvudsak också för ett delvis statligt huvudmannaskap. En skillnad är dock att det, med tre huvudmän i systemet, blir en ökad konkurrens om arbetskraften i stället för en minskad. Det skulle vid ett delvis statligt huvudmannaskap också kunna bli aktuellt med fler delade tjänster, för personal som skulle röra sig mellan de statliga och de regionala verksamheterna. Ett delvis statligt huvudmannaskap innebär vidare att ansvaret för kompetensförsörjningen som helhet fortfarande är delat, med skillnaden att staten också får ett operativt ansvar i de delar som står under statligt huvudmannaskap. Det skulle kunna leda till att det byggs parallella strukturer som ökar behoven av samverkan och samordning för att uppnå ett helhetsperspektiv. En möjlig lösning är att ett delvis statligt huvudmannaskap kombineras med ett ökat statligt ansvar för de delar av kompetensförsörjningen som bedöms möjligt att skilja från huvudmannaskapet, till exempel uppföljning, statistik, planering och dimensionering. När det gäller de scenarier för ett delvis statligt huvudmannaskap som avser mindre och avgränsade delar av hälso- och sjukvården skulle ett statligt huvudmannaskap ha en marginell effekt på kompetensförsörjningen som helhet. Dessa har därför inte analyserats närmare i detta avseende.

Forskning, utveckling och innovation i hälso- och sjukvården

För patienter och invånare är förutsättningarna för forskning, utveckling och innovation viktiga på flera sätt. Goda förutsättningar för klinisk forskning och kliniska prövningar är viktigt för att möjliggöra nya behandlingsmetoder. Goda förutsättningar för verksamhetsnära utvecklingsarbete mera generellt möjliggör ett systematiskt arbete med patient- och medarbetardrivna innovationer. Förutsättningarna för forskning, utveckling och innovation är också viktiga för hälso- och sjukvårdens långsiktiga kvalitetsutveckling och för den samlade systemeffektiviteten. Om ett statligt huvudmannaskap skulle medföra bättre förutsättningar för forskning, utveckling och innovation skulle det därför kunna bidra till måluppfyllelse även när det gäller hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet.

Ansvaret för forskning i hälso- och sjukvården kan i dag beskrivas som delat mellan staten och regionerna, utifrån att lärosätena är forskningshuvudmän, medan regionerna ska säkerställa att hälso- och sjukvården medverkar i forskning på hälso- och sjukvårdens område. Det finns således ett ömsesidigt beroende mellan hälso- och sjukvården och universiteten för att säkerställa forskning inom hälso- och sjukvårdsområdet. En del hälso- och sjukvårdpersonal har förenade anställningar, vilket innebär en anställning som delas mellan universitet och hälso- och sjukvård. Ett statligt huvudmannaskap skulle innebära att ansvaret för forskning i hälso- och sjukvården samlas i staten, men utifrån antagandet att ansvarsfördelningen mellan lärosäten och hälso- och sjukvård skulle vara oförändrad jämfört med nuläget skulle ansvaret inte samlas i en och samma organisation.

I dag finns både styrkor och svagheter när det gäller forskning, innovation och utveckling i hälso- och sjukvården. Sverige har över lag goda förutsättningar för forskning och innovation och rankas förhållandevis högt i internationella jämförelser med fokus på forskning, utveckling och innovation. Samtidigt pekar flera analyser och utredningar på utmaningar när det gäller den kliniska forskningens och forskarnas förutsättningar och villkor. Att säkerställa tid för forskning i verksamheter och skapa bättre förutsättningar för kliniska läkemedelsprövningar är några utvecklingsbehov som ofta lyfts. Andra exempel är utveckling av strukturer för patient- och

medarbetardriven, verksamhetsnära innovation liksom utveckling av infrastruktur för universitets- och företagskopplad forskning och utveckling. Det behövs också fortsatt utvecklingsarbete med fokus på spridning och implementering av kunskap, ny teknik och nya arbetssätt.

Det har under utredningsarbetet framförts hypoteser om att styrning och prioritering av forskningen gentemot annan verksamhet skulle underlättas om det var en och samma huvudman för både vårdproduktion och forskning. Ett samlat ansvar för forskning och vård har beskrivits kunna ge synergieffekter och en mer effektiv styrning av insatser i gränslandet mellan utbildnings-, forskning-, innovation- och hälso- och sjukvårdspolitik. Huvudmannagränsen mellan universiteten och hälso- och sjukvården har av vissa beskrivits som ett problem ur ett forskningsperspektiv och som en bidragande orsak till att svensk forskning inom vissa områden halkar efter andra länder. Behov av nationella lösningar och strukturer samt förstärkt nationellt perspektiv har också beskrivits i sekretariatets dialoger. Vissa områden har ansetts som särskilt svåra att hantera i ett decentraliserat system, vilket skulle kunna motivera en ökad grad av centralisering. Det gäller till exempel precisionsmedicinens styrning, finansiering och behov av nya infrastrukturer samt läkemedelsområdet i stort.

Det går samtidigt, utifrån tillgängligt underlag, inte att dra några säkra slutsatser om hur ett statligt huvudmannaskap skulle påverka förutsättningarna för forskning, utveckling och innovation. Underlaget ger till exempel inget tydligt stöd för hur eller varför ett statligt huvudmannaskap i sig skulle leda till bättre förutsättningar för verksamhetsnära innovationer och utvecklingsarbete, eller att implementeringen av nya lösningar och kunskap skulle underlättas. Det saknas också möjlighet att förutsäga om ett statligt huvudmannaskap i sig skulle bidra till ökat utrymme och prioritet för forskning i hälso- och sjukvårdens verksamheter. En huvudmannaskapsreform skulle dock kunna bidra till detta om kompetensförsörjningen stärks och om styrning, finansiering och uppföljning inriktas särskilt på att åstadkomma just detta.

Ett undantag till denna generella bedömning är att ett helt statligt huvudmannaskap, liksom ett statligt huvudmannaskap för specialiserad hälso- och sjukvård, troligen kan bidra till bättre förutsättningar för kliniska prövningar. Det beror på att ett statligt huvud-

mannaskap bör kunna underlätta nationell samordning, vilket har beskrivits som en viktig framgångsfaktor för en positiv utveckling i fråga om kliniska prövningar i andra länder. Det är samtidigt möjligt att en sådan fördjupad nationell samverkan skulle kunna uppnås även utan en omfattande huvudmannaskapsreform.

I utredningsunderlaget förekommer olika bilder av om systemövergripande innovation, reformer och omställning skulle underlättas eller försvåras av ett statligt huvudmannaskap. Ett nationellt ansvar kan öka möjligheterna att få genomslag för omställningsambitioner i hela landet och ett statligt huvudmannaskap ger direkt möjlighet att förändra resurstilldelningen, men i övrigt skulle regeringen väsentligen ha samma förutsättningar som regionerna att driva omställning och förändringar i verksamhetens strukturer och innehåll. Det är också möjligt att omställningens genomslag i verksamheter försvåras av ett ökat avstånd till den övergripande styrningen och ledningen.

Något som ofta återkommit under utredningsarbetet är den digitala infrastrukturen, vilket av vissa ses som ett exempel på ett område som skulle gynnas av ett ökat statligt ansvar. Det kan bland annat handla om att staten då kan styra mer avseende standarder, specifikationer och vilken information och vilka hälsodata som ska gå att dela och utbyta samt hur detta ska göras. Ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården skulle medföra att staten får hela ansvaret för digitaliseringen inom den hälso- och sjukvård som regionerna i dag ansvarar för, vilket kan innebära bättre förutsättningar för en nationellt samordnad utveckling på systemnivå. Det är samtidigt också troligt att ett ökat statligt ansvar och en ökad nationell samordning kan uppnås även utan att förändra huvudmannaskapet. Det pågår för närvarande flera uppdrag och insatser i den riktningen.

När det gäller ett delvis statligt huvudmannaskap kan det vara särskilt relevant att undersöka för- och nackdelar för de delar av hälso- och sjukvården som har de största kontaktytorna mot forskningen och där den statliga styrningen redan är förhållandevis stark via till exempel ALF och arbetsprocessen för Nationell högspecialiserad vård. I denna rapport utgörs detta av scenarierna för ett statligt huvudmannaskap för universitetssjukvården, universitetssjukhusen och den högspecialiserade vården i sin helhet. Det har under utredningsarbetet framförts till sekretariatet att det ur ett forsknings- och

utvecklingsperspektiv finns flera angelägna behov när det gäller universitetssjukvården, universitetssjukhusen och högspecialiserad vård samt att det kan finnas skäl att stärka den nationella samordningen och styrningen av dessa verksamheter. Ur ett rent forsknings- och utvecklingsperspektiv skulle ett statligt huvudmannaskap för enbart universitetssjukvården, universitetssjukhusen eller nationell högspecialiserad vård därmed kunna vara till fördel. Detta måste dock vägas mot de stora praktiska svårigheter som skulle uppstå när det gäller statens och regionernas styrning och behovet av samverkan. Dessa svårigheter och nya huvudmannaskapsgränser skulle också kunna få negativa konsekvenser för patienterna.

Personcentrerad hälso- och sjukvård

Vårdansvarskommittén ska enligt sitt direktiv analysera ansvarsfördelningen i hälso- och sjukvården och lämna förslag som säkerställer ett mer effektivt hälso- och sjukvårdssystem som utgår från patienter och tar hänsyn till medarbetares behov. En viktig faktor i detta sammanhang är förutsättningarna för en personcentrerad hälso- och sjukvård. Om ett statligt huvudmannaskap ska leda till kvalitetsförbättringar kopplade till personcentrering behöver förutsättningarna för en personcentrerad vård i sig först stärkas. Positiva utfall när det gäller hälso- och sjukvårdens personcentrering kan till exempel nås om hälso- och sjukvården blir lättare att navigera i för patienter och anhöriga, om den relationella kontinuiteten i primärvården stärks, om informationsöverföringen och samverkan mellan vårdgivare och huvudmän förbättras eller om det skapas bättre förutsättningar än i dag att utveckla och förbättra hälso- och sjukvårdens verksamheter med utgångspunkt i patienters och anhörigas kunskaper, preferenser och erfarenheter.

Det samlade utredningsunderlaget visar på få mekanismer i en centralisering som i sig skulle bidra till sådana utfall. Sannolikt skulle till exempel ett statligt huvudmannaskap inte ha någon direkt påverkan på det enskilda vårdmötet, mellan patient och personal. Ett statligt huvudmannaskap skulle kunna skapa bättre förutsättningar för hälso- och sjukvårdsprofessionerna att arbeta mer personcentrerat, men detta är då beroende av att det vidtas åtgärder utöver huvudmannaskapsreformen.

När det gäller ett delvis statligt huvudmannaskap finns särskilda risker i fråga om möjligheterna att säkerställa en samordnad och personcentrerad hälso- och sjukvård, enligt det som framkommit i utredningsarbetet. Denna risk kopplas framför allt till det faktum att ytterligare en huvudman i hälso- och sjukvårdssystemet medför ökad fragmentering och fler aktörer som tillsammans ska uppnå en fungerande samverkan och samordning kring patienten. Detta kan också medföra risker för patientsäkerheten, särskilt för patienter som har många olika vårdkontakter. I det fall ett delvis statligt huvudmannaskap genomförs behöver därför frågan om samverkan och informationsöverföring kring den enskilde patienten ägnas särskild uppmärksamhet.

Beredskap och säkerhet

Eftersom ett statligt huvudmannaskap medför en tydligare ansvarsfördelning minimeras riskerna för oklarheter om vilken politisk nivå som är ansvarig i olika situationer. Redan på kort sikt uppstår därmed en minskad risk för otydligheter vid kris och krig jämfört med nuvarande ordning.

Kraven på ökad styrbarhet, planering och ledning inom hälso- och sjukvården i ett nationellt perspektiv ökar i frågor om beredskap och civilt försvar. Analysen visar att samverkan mellan regioner inte alltid räcker till för att möta den nya omvärldens krav och att organiseringen genom 21 huvudmän för hälso- och sjukvård kan medföra begränsningar i Sveriges förmåga att möta sådana nationella och internationella krav. Det är en följd av att regionerna i nuvarande ansvarsfördelning inte har nationella utan regionala uppdrag. Samtidigt finns fördelar med decentraliserad organisation i ett säkerhets- och beredskapsperspektiv eftersom sårbarheten på ett sätt är mindre och riskspridningen större. Det som är av yttersta vikt är ändå att det kan fattas snabba beslut med nationell verkan.

Vad som kan konstateras är att de förutsättningar som ett statligt huvudmannaskap medför när det gäller styrning, finansiering och organisation av hälso- och sjukvården skulle behöva omsättas i ett utvecklingsarbete för att anpassa beredskapsstrukturen till den nya ordningen. Om denna struktur utvecklas på ett ändamålsenligt

sätt är det möjligt att en huvudmannaskapsreform på sikt kan bidra till en utvecklad beredskap.

Tidigare utredningar, som Coronakommissionen, har föreslagit att det skapas större regionala enheter för att underlätta den statliga styrningen i händelse av kris och krig. Utvecklingen inom kris- och beredskapsområdet har också gått i den riktningen med inrättandet av en ny beredskapsstruktur som omfattar sex civilområden samt tio beredskapssektorer. De sex civilområdena motsvarar i stort den sjukvårdsregionala indelningen.

Det pågår i dag utvecklingsarbete inom totalförsvaret som kommer att prägla den fortsatta utvecklingen även inom krisberedskapen. Med ett statligt huvudmannaskap för den hälso- och sjukvård som regionerna i dag ansvarar för skulle hälso- och sjukvården organiseras i större enheter vilket skulle möta de utmaningar som många utredningar noterat. Dock skulle befintliga utmaningar med samverkan med kommuner kvarstå.

Det finns särskilda risker med ett delvis statligt huvudmannaskap vad gäller säkerhet och beredskap. Den ökade grad av tydlighet kring ansvar och ansvarsutkrävande som kan komma med ett helt statligt huvudmannaskap i jämförelse med dagens ordning, kan vid ett delvis statligt huvudmannaskap snarare bli det motsatta. Att införa en huvudman till i systemet kan leda till att frågor om ansvar och styrning blir mer otydliga i jämförelse med dagens förvaltningsstruktur. Denna otydlighet torde gälla under normala förhållanden men kan få större negativa konsekvenser i händelse av kris eller krig.

Administrativ börda

I kommitténs direktiv anges att de förslag som kommittén lämnar inom ramen för beslutsunderlaget om ett statligt huvudmannaskap ska bidra till att minska detaljstyrningen och den administrativa bördan. Den administrativa bördan är också central ur ett effektivitetsperspektiv – ju mer av hälso- och sjukvårdens resurser och hälso- och sjukvårdspersonalens tid som behöver användas till administration, desto mindre tid och resurser finns för direkt patientarbete. En minskad administrativ börda för hälso- och sjukvårdspersonalen skulle alltså kunna vara en väg till stärkt produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvården. Det skulle också kunna bidra till en för-

bättrad arbetsmiljö och möjligen till en förbättrad kompetensförsörjning om attraktiviteten i att jobba inom hälso- och sjukvården ökar till följd av sådana förändringar.

För att kunna belysa frågan om den administrativa bördan mer fördjupat har en underlagsrapport med fokus på administration i hälso- och sjukvården tagits fram till kommittén av forskare vid Förvaltningsakademin vid Södertörns högskola.

I underlagsrapporten beskrivs att antalet organisatoriska enheter och nivåer i ett organisationssystem påverkar administrationen. Ju fler organisatoriska enheter som har kontakt med varandra, och ju fler nivåer det finns för tolkning och omsättning av styrsignaler, desto fler relationer av administrativ karaktär som ger upphov till transaktionskostnader uppstår. Administrationen påverkas också av styrkedjans längd. En slutsats utifrån detta är att man samtidigt med en huvudmannaskapsförändring måste reducera antalet organisatoriska enheter och nivåer för att kunna minska fragmentiseringen i hälso- och sjukvårdssystemet och därigenom också minska administrationen.

Den administrativa bördan påverkas vidare av graden av kravställande från omgivningen. Krav på administration uttrycks till exempel i lagstiftning, riktlinjer, standarder eller från andra starka normer om till exempel hållbarhet, organisering, ledarskap, samverkan, krishantering, värdegrundsarbete, jämställdhet eller liknande. Eftersom dessa krav skulle kvarstå även efter en huvudmannaskapsförändring konstaterar författarna att sådan administration troligen inte skulle påverkas av en förflyttning av huvudmannaskapet.

Ett helt statligt huvudmannaskap kan på systemnivån beskrivas som ett mindre fragmenterat system än nuvarande ordning, vilket skulle kunna skapa förutsättningar för en minskad administrativ börda. De regionala sjukvårdsområdena blir färre, de 21 politiska organisationerna ersätts av en och vissa styrinstrument som ansetts driva den administrativa bördan, så som riktade statsbidrag, skulle sannolikt bli mindre framträdande i styrningen. Samtidigt innebär scenariot inte nödvändigtvis en minskad fragmentering på verksamhetsnivå, vilket innebär att många av de organisatoriska relationer som driver administration skulle kvarstå vid ett statligt huvudmannaskap.

Eftersom en politisk nivå försvinner ur styrkedjan i detta scenario utgör detta en kortare styrkedja jämfört med nuläget om man utgår

från den styrning som sker på den nationella nivån. Samtidigt innebär ett statligt huvudmannaskap också att både den operativa och strategiska styrningen flyttar längre bort från verksamhetsnivån. Styrkedjan kan ur detta perspektiv ses som längre än i dag för vissa delar av styrningen, med skillnaden att stegen i styrkedjan består av nivåer inom en myndighet i stället för två politiska nivåer med deras respektive nämnder, förvaltningar och myndigheter.

Sammanfattningsvis kan ett statligt huvudmannaskap ge förutsättningar för en minskad administrativ börda om det är ett uttryckligt mål med reformarbetet. Hur stor effekten skulle bli av de politiska och organisatoriska förändringar som följer direkt av en huvudmannaskapsförändring är dock svårt att avgöra.

Konsekvenser för demokratin och hälso- och sjukvårdens legitimitet

En fördjupad analys av hur ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården skulle påverka demokratin och hälso- och sjukvårdens demokratiska legitimitet presenteras i en separat underlagsrapport, som återfinns på annan plats i denna volym 2 av betänkandet. Sekretariatet har också anordnat en hearing med forskare utifrån denna underlagsrapport. Sammantaget visar detta underlag att det inte med säkerhet går att säga att ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården skulle föra med sig några fördelar ur ett demokratiskt perspektiv. Ett statligt huvudmannaskap kan bidra till en ökad tydlighet när det gäller ansvaret för hälso- och sjukvården, vilket är en viktig förutsättning för ansvarsutkrävande. Med ett helt statligt huvudmannaskap skulle det inte råda oklarheter om vilken politisk nivå som bär ansvaret för hälso- och sjukvårdens utveckling och resultat, med undantag för eventuella frågor kring gränsdragningar mellan statens och kommunernas ansvar. Samtidigt skulle ett statligt huvudmannaskap också innebära färre politiska arenor och att färre politiker är involverade i hälso- och sjukvårdsfrågor, och ett ökat avstånd mellan beslutsfattare och invånare. Ytorna för att framföra preferenser och klagomål till ansvariga beslutsfattare blir på så vis färre i ett centraliserat system.

Det är möjligt att ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården kan skapa förutsättningar för att stärka hälso- och sjukvårdssystemets legitimitet hos medborgarna, bland annat för att det

i statlig förvaltning råder en tydligare dualism (åtskillnad mellan politik och förvaltning) jämfört med kommunal och regional förvaltning. Den offentliga förvaltningens och servicens opartiskhet är viktig för det demokratiska systemets legitimitet. Samtidigt beror medborgarnas förtroende och i sin tur legitimiteten för offentliga institutioner mycket på tjänsternas utfall – till exempel upplevd kvalitet i hälso- och sjukvården.

Det finns flera olika sätt att utveckla den regionala demokratin i Sverige, vilket innebär att det också finns många alternativ till ett statligt huvudmannaskap om önskan är att utveckla och stärka hälso- och sjukvårdens demokratiska förankring, legitimitet och ansvarsutkrävande.

Ett delvis statligt huvudmannaskap innebär att ytterligare en huvudman införs i systemet och att vården kommer att ha tre huvudmän; staten, regionerna och kommunerna. Invånarna kan i de delvisa scenarierna utkräva ansvar för hälso- och sjukvården genom att rösta i tre val; kommunval, regionval och riksdagsval. Fler huvudmän riskerar dock att göra systemet mer otydligt och det kan vara ännu svårare än i dag för invånarna att veta i vilket val de ska utkräva politiskt ansvar för vårdens resultat.

Möjligheten att uppnå en mer jämlik, tillgänglig och effektiv vård med ett statligt huvudmannaskap

I de tidigare stegen i analysen har direkta konsekvenser och konsekvenser på längre sikt av en huvudmannaskapsreform identifierats. Som ett sista steg analyseras vilka förutsättningar ett statligt huvudmannaskap kan medföra vad gäller möjligheten att uppnå en mer jämlik, tillgänglig och effektiv vård.

Jämlik hälso- och sjukvård

En central utgångspunkt för kommitténs arbete är det grundläggande målet om en jämlik hälso- och sjukvård. Målet med hälso- och sjukvården är enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 § HSL). Enligt förarbetena innebär detta 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. Av det följer att möjligheterna att vid behov få vård inte får hindras av ekonomiska, sociala, språkliga, religiösa, kulturella eller geografiska förhållanden. Möjligheterna att få vård får inte heller påverkas av sådana förhållanden som ålder, kön, förmåga att ta initiativ, utbildning, betalningsförmåga, nationalitet, kulturella olikheter, sjukdomens art eller varaktighet.

Flera rapporter och analyser i utredningsunderlaget visar på förekomst av geografisk ojämlikhet i vårdutbud och vårdens innehåll mellan regioner likväl som mellan vårdinrättningar inom regioner. Analyserna visar också att det finns ett samband mellan ojämlik vård och socioekonomisk status eller förekomst av funktionsnedsättning. Vården är inte heller jämlik sett till faktorer som kön, ålder och födelseland.

En mer jämlik vård realiseras inte per automatik av ett statligt huvudmannaskap. Effekter på jämlikheten förutsätter att en rad politiska beslut fattas som understödjer en sådan utveckling. Dock visar analyserna att ett statligt huvudmannaskap medför en centraliserad politisk styrning som kan skapa förutsättningar för att minska geografiska skillnader. Detta som en följd av de direkta effekter som inträder vid ett statligt huvudmannaskap. En enhetlig politisk styrning och enhetliga prioriteringar kan omsättas i enhetliga vårdprocesser, patientavgifter och riktlinjer för ett mer likartat vårdutbud av god kvalitet. Ett statligt huvudmannaskap kan därmed bidra till att undanröja omotiverade skillnader som i dag beror på politiskt fattade beslut i de 21 regionerna.

Även stärkta förutsättningar för förmågan att implementera och efterleva nationella mål, lagstiftning, riktlinjer och andra kunskapsstöd kan bli resultatet av ett centraliserat politiskt ansvar, en centraliserad politisk styrning och enhetliga prioriteringar. Ett annat sätt att uttrycka detta är att riksdag och regering har mer direkta möjligheter att styra och följa upp hälso- och sjukvården inom ramen för ett statligt huvudmannaskap för vården.

För att ambitioner om en jämlik vård ska nå hela vägen fram till patienterna krävs dock att de politiska ambitionerna omhändertas och implementeras i förvaltningsorganisationen. Det finns inget entydigt stöd för att statliga myndigheter är mer effektiva jämfört med regionerna när det gäller implementering. Lärdomar från andra sektorer visar att det kan vara svårt att få genomslag för styrning i

stora myndigheter och att det kan förekomma såväl motstridig som omfattande styrning i statliga verksamheter. I workshops, dialoger och intervjuer har det framförts att en risk med ett statligt huvudmannaskap är att en så stor myndighetsorganisation skulle bli svårstyrd och trögrörlig.

Ett viktigt verktyg för att stärka hälso- och sjukvårdens jämlikhet när det gäller tillhandahållandet är en hållbar, långsiktig och jämlik finansiering. Eftersom det är osäkert om denna typ av finansiering kan realiseras inom ramen för ett statligt huvudmannaskap är det också osäkert om en mer jämlik hälso- och sjukvård kan uppnås med ett statligt finansieringsansvar.

Det finns heller inget i det samlade utredningsunderlaget som antyder att staten skulle ha bättre förmåga att uppnå en hållbar kompetensförsörjning vilket också är en viktig faktor för en mer jämlik vård. Den geografiska ojämlikhet som förklaras av lokala skillnader i medicinsk praxis och behandlingstraditioner kommer troligen staten vare sig ha bättre eller sämre förutsättningar än regionerna att påverka. I detta sammanhang bör framhållas att de legitimerade professionerna inom svensk hälso- och sjukvård har ett stort handlingsutrymme.

Med ett statligt huvudmannaskap kvarstår behovet av exempelvis ökade satsningar på primärvård i socioekonomiskt utsatta områden och att hålla ned avgifter, för en ökad tillgång till vård för socioekonomiskt utsatta grupper. Att stötta särskilt utsatta grupper i kontakterna med vården och stärka det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande perspektivet är andra initiativ som kan stärkas för en mer socialt jämlik hälso- och sjukvård. Initiativ av strukturellt slag är dock beroende av politiska beslut. Den nationella politiken kommer inte heller ha mer kunskap om hur exempelvis förebyggande hälso- och sjukvård ska bedrivas än vad regionfullmäktige har i dag. Snarare har den nationella nivån mindre kännedom om lokala förhållanden som är av vikt i detta sammanhang. Inom ett statligt huvudmannaskap kan generella satsningar dock göras som får omsättas av tjänstemän vid implementeringen inom sjukvårdsområdena. Storleken på den statliga organisationen för tillhandahållande av vård utgör då en utmaning för implementeringen vilket visats i analysens tidigare steg.

Om staten tilldelas huvudmannaskapet för specialistvården finns en risk för att en hierarki skapas där staten och den specialiserade

vården blir överordnad övrig vård. Alla varianter som innebär ett statligt huvudmannaskap för delar av den specialiserade vården, särskilt högspecialiserad hälso- och sjukvård eller universitetssjukvård medför också vissa praktiska utmaningar. Detta eftersom en gränsdragningsproblematik uppstår i förhållande till övrig specialiserad vård. Att införa ytterligare en huvudman kan även innebära en utmaning för den vård som kräver väl fungerande vårdkedjor.

Ett statligt huvudmannaskap för den primärvård som regionerna i dag ansvarar för kan skapa andra förutsättningar än i dag för att planera, prioritera, finansiera och styra primärvården i ett nationellt perspektiv i syfte att åstadkomma en mer jämlik hälso- och sjukvård. Om ett delvis statligt huvudmannaskap genomförs behöver frågan om samverkan och informationsöverföring kring den enskilde patienten adresseras.

Tillgänglig hälso- och sjukvård

I HSL och patientlagen (2014:821) anges att hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig. 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 handlar också om geografisk närhet, behovsanpassade öppettider, gott bemötande och möjligheter till digitala kontaktlösningar med vården. Vidare innebär tillgänglighet att hälso- och sjukvården ska utformas så att den inte utestänger personer med särskilda behov, som exempelvis personer med funktionsnedsättningar eller personer som har ett annat modersmål än svenska. Det är av särskild vikt att berörda aktörer beaktar eventuella risker för undanträngningseffekter, det vill säga att patienter med mindre medicinska behov ges vård före patienter med större medicinska behov, vid utformandet av olika tillgänglighetsinsatser.

Att tvingas vänta på vård kan förvärra det medicinska hälsotillståndet hos patienten och medföra att sjukfrånvaron från arbetet blir onödigt lång samt bidra till långvarigt lidande och förkortad livslängd. Vårdplatsbristen leder till bland annat bristande tillgänglighet, patientsäkerhetsrisker och arbetsmiljöproblem. Sverige har generellt goda medicinska resultat och låg åtgärdbar dödlighet trots

långa väntetider. De långa väntetiderna orsakar dock oro hos många patienter, som även kan tvingas leva med smärta och minskad funktionsförmåga som i sin tur kan påverka även anhörigas livssituation.

När det gäller väntetider och annan tillgänglighetsproblematik är det över lag oklart vilka komponenter i en huvudmannaskapsförändring som medför förändrade förutsättningar jämfört med nuläget. Det är fullt möjligt att staten skulle kunna korta väntetiderna, men bara om man lyckas utveckla nya lösningar på problemet genom att till exempel vidta åtgärder för stärkt kompetensförsörjning eller effektivare utnyttjande av den samlade nationella vårdkapaciteten. Utan en tydlig idé om hur staten skulle ta sig an dessa frågor som huvudman är det svårt att förutsäga hur tillgängligheten skulle påverkas.

Vissa aspekter av centraliseringen kan dock medföra fördelar i förhållande till att stärka hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Dessa aspekter rör en ökad nationell helhetssyn, ledning och planering, tydligare nationella prioriteringar, större planeringsenheter och möjlighet till utbyggda nationella informationssystem. Aspekterna i fråga kan bidra till förbättrade förutsättningar när det gäller arbetet för en mer hållbar kompetensförsörjning och ett mer effektivt kapacitetsutnyttjande. Om detta kan uppnås kan det i förlängningen också bidra till att minska väntetiderna för patienter och invånare. De förändringar som följer av ett statligt huvudmannaskap, som centralisering av det politiska ansvaret, finansieringen och förvaltningsorganisationen, är däremot inte direkt avgörande faktorer för att komma till rätta med tillgänglighetsproblematiken. Det gör nyttan av en huvudmannaskapsreform mindre tydlig när det kommer till att korta vårdköer och öka tillgängligheten till primärvården.

Det har framförts till sekretariatet inom ramen för utredningsarbetet att staten kan ha starkare utvecklingskraft än de enskilda regionerna var för sig för att klara den nödvändiga omställningen till en god och nära vård. En god och nära vård beskrivs som ett fundament för både tillgängligheten och jämlikheten inom primärvården. En mer tillgänglig primärvård kan också förbättra tillgängligheten till specialistvården vilket skulle innebära positiva effekter för tillgängligheten inom hälso- och sjukvårdssystemet i sin helhet. Antaganden bakom en stärkt utvecklingskraft rör bland annat förbättrade förutsättningar för staten att planera utifrån en gemensam lägesbild samt förbättrade möjligheter att prioritera och styra natio-

nellt. Det har under utredningsarbetet också framförts att en reformering av huvudmannaskapet inom primärvården kan tränga undan satsningen på god och nära vård eftersom en sådan reform skulle ta mycket resurser och utvecklingskraft i anspråk. Det samlade underlaget ger inte stöd för att staten som huvudman skulle ha vare sig bättre eller sämre förutsättningar att påskynda omställningen till en god och nära vård eller att stärka primärvården över lag.

En faktor som kan komma att realiseras med ett statligt huvudmannaskap är det nationella mandatet och förmågan att fördela ekonomiska resurser mellan regioner så att de gör som mest nytta. Detta kräver dock en politisk vilja som kan omsättas i nödvändig resurstilldelning för att tillse behovet av nödvändig kompetens inom både primärvården och den specialiserade vården. Det är okänt hur hälso- och sjukvårdsstrukturen eller utbudet av vård skulle förändras med ett statligt huvudmannaskap jämfört med i dag. Inom sekretariatets dialoger och workshops har det framförts att ett minskat regionalt perspektiv i styrningen skulle kunna missgynna glesbygdsområden eftersom hälso- och sjukvårdspolitiken i mindre utsträckning skulle bygga på lokal och regional hänsyn. En vanlig hypotes som framförts är att ett statligt huvudmannaskap kan medföra att vården koncentreras och centraliseras vilket skulle öka avståndet till vård för patienter i exempelvis glesbygd.

Regeringen har initierat ett arbete med nationell vårdförmedling som innebär att väntande patienter ska kunna erbjudas vård hos en annan vårdgivare med kortare väntetider oavsett var i landet denna vårdgivare finns. Detta arbete skulle möjligen, enligt sekretariatets bedömning, ges bättre förutsättningar och troligen bli mer effektivt givet att en huvudman i stället för 21 skulle omfattas av vårdförmedlingen och samtidigt ansvara för både styrningen och finansieringen. Matchning och omflyttning av vårdbehov och tillgänglig vårdkapacitet skulle då ledas, styras och genomföras inom det statliga huvudmannaskapet och inte behöva möta de utmaningar som kommer av huvudmannaskapsgränser.

En nackdel för utvecklingskraften jämfört med i dag är att centraliseringen till en huvudman kan medföra färre försök att pröva alternativa och innovativa sätt att lösa tillgänglighetsproblemen. Benägenheten att prova olika lösningar på lokal nivå för att sen utvärdera och kunna skala upp framgångsrik verksamhet torde vara större i en decentraliserad organisation. Under utredningsarbetet

har motsatta hypoteser också formulerats med innebörden att ett statligt huvudmannaskap kan öka den verksamhetsnära innovationskraften. Detta eftersom det i ett nationellt system kan utformas processer och modeller för ett strukturerat lärande om åtgärder och utvecklingsinsatser genom till exempel medvetna systematiska policyexperiment eller utvärdering av försöksverksamheter som påtalats ovan.

Det faktum att samtliga regioner har problem med väntetider, förvisso i varierande utsträckning, och att samtliga regioner med något undantag behöver öka antalet vårdplatser medför att bristande tillgänglighet och kapacitetsbrist är problem av nationell karaktär. Det har framförts under utredningsarbetet inom ramen för den öppna konsultationen och mötena att tillgänglighets- och kapacitetsproblem inte i första hand är en styrningsfråga utan en resursfråga. Utifrån den förståelsen torde inte staten som huvudman i sig ha bättre förutsättningar att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvården och stärka kapaciteten. För detta krävs då att ytterligare ekonomiska och personella resurser tillförs systemet. Men motsatsen har också framförts, det vill säga att tillgängligheten inte är en resursfråga utan en fråga om styrning och effektivitet.

Vad gäller ett delvis statligt huvudmannaskap finns det flera studier som visat att primärvården har särskild betydelse för att öka jämlikheten i tillgången till vård och hälsa totalt sett. En förbättrad tillgänglighet till primärvården skulle härtill kunna avlasta den specialiserade vården. Det är inte alls säkert att staten som huvudman för den del av primärvården som regionerna i dag ansvarar för kan skapa förutsättningar för att förbättra tillgängligheten. Med en primärvård under statligt huvudmannaskap kan dock staten påverka resursfördelningen mera direkt vilket i förlängningen kan påverka tillgängligheten till primärvården.

Hälso- och sjukvårdsystemets effektivitet och produktivitet

Effektivitet är ett begrepp som kan ges olika innebörd beroende på sammanhang och ofta skiljer man på olika typer av effektivitet. I utredningsarbetet ligger fokus på den samlade effektiviteten, vilket avser förhållandet mellan hälso- och sjukvårdens resurser, prestationer och kvalitet i sin helhet.

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet uppvisar både styrkor och svagheter ur ett effektivitetsperspektiv. Inom många områden är måluppfyllelsen god, i form av goda medicinska resultat och hög kvalitet. Samtidigt pekar flera analyser på att kostnaden för hälso- och sjukvård har ökat över tid och på svagheter när det gäller kostnadseffektivitet jämfört med andra länder. Det finns potential att stärka såväl produktivitet som effektivitet genom fortsatt utveckling av arbetssätt, behandlingsmetoder, styrning och processer. En ökad effektivitet och produktivitet är också en nyckel till att kunna hantera den ökande resursutmaningen i hälso- och sjukvården.

Eftersom effektiviteten ytterst avgörs av relationen mellan hälso- och sjukvårdens kostnader och kvalitet går det inte att på förhand avgöra med säkerhet hur hälso- och sjukvårdens produktivitet eller samlade effektivitet skulle påverkas av ett statligt huvudmannaskap.

Det kvalitativa underlag som inhämtats, lärdomar från andra sektorer och länder samt tidigare utredningar pekar sammantaget på att ett statligt huvudmannaskap kan medföra såväl kostnadsdrivande faktorer och incitament som möjlighet till effektiviseringar genom att nyttja olika stordriftsfördelar. Många av de i nuläget kostnadsdrivande faktorerna, så som den demografiska och teknologiska utvecklingen, de ökade möjligheterna att bota och behandla sjukdom samt patienters och invånares förväntningar, skulle kvarstå och behöva hanteras även vid ett statligt huvudmannaskap.

Eventuella effektivitetsvinster genom ett statligt huvudmannaskap är beroende av att flera olika åtgärder och insatser genomförs. Effektiviteten kan också bero på de närmare val som görs när det gäller hälso- och sjukvårdens styrning och organisering samt andra faktorer som inte fullt ut kan förutsägas i den här analysen. Några villkor för en ökad effektivitet genom ett statligt huvudmannaskap är att nödvändig omställning och förändring i praktiken genomförs och att olika tänkbara stordriftsfördelar i praktiken kan realiseras. Ett annat villkor är att de fördelar som en centralisering medför kan utnyttjas samtidigt som de drivkrafter för ineffektivitet som kan uppstå till följd av centralisering kan motverkas.

Att uppfylla villkoren för en ökad effektivitet och produktivitet genom ett statligt huvudmannaskap ställer höga krav på den statliga styrningen av hälso- och sjukvården. Bedömningen av huruvida ett statligt huvudmannaskap kan leda till effektivitetsvinster är därför till stor del beroende av vilka antaganden som görs om statens för-

måga och förutsättningar att både leverera en övergripande systemstyrning som är anpassad till hälso- och sjukvårdens komplexitet och utveckla former för operativ styrning av verksamheten som bidrar till högre effektivitet.

I de workshops och expertdialoger som genomförts har det framkommit att forskare, experter och intressenter inom området gör olika antaganden om statens förutsättningar och förmåga att driva nödvändig omställning och utveckling för stärkt effektivitet, vilket avspeglas i att de också landar i olika slutsatser om hur den samlade effektiviteten skulle kunna påverkas av ett statligt huvudmannaskap.

Det finns teoretiska effektivitets- och produktivitetsargument för både centralisering och decentralisering. Centralisering anses ofta mer effektivt när det finns stordriftsfördelar att hämta, medan decentralisering anses mer effektivt när det behövs lokal anpassning. Befintliga studier, lärdomar från andra länder och resultat av tidigare centraliseringsreformer ger dock inte några entydiga svar när det gäller sambanden mellan graden av centralisering och produktiviteten. Visst underlag stödjer att produktiviteten kan stärkas av centralisering, medan annat underlag pekar på att andra faktorer har större betydelse.

När det gäller ett delvis statligt huvudmannaskap är en gemensam nämnare att det i dessa scenarier finns tre huvudmän i hälso- och sjukvårdssystemet med ansvar för olika delar av hälso- och sjukvården; staten, regionerna och kommunerna. I de workshops, dialoger och möten som genomförts under utredningsarbetet har det relativt samstämmigt framförts att en uppdelning av ansvaret för primärvården och den specialiserade hälso- och sjukvården inte skulle främja en ökad effektivitet och inte heller innebära fördelar för patienterna. Det huvudsakliga argumentet är att behoven av samverkan och samordning skulle öka för att undvika risker och att uppnå samma resultat. Det skulle med andra ord kunna kosta mer att uppnå samma resultat, samtidigt som det skapas kvalitetsrisker i form av nya huvudmannagränser mellan primär- och specialistvård. Att dela på ansvaret för primär- och specialiserad vård kan också innebära problematiska incitament i relation till omställningen till en nära vård.

Underlagen i utredningsarbetet tyder vidare på att det finns få uppenbara argument för ett statligt huvudmannaskap för primär-

vården ur just ett effektivitetsperspektiv. Inom den specialiserade vården kan det däremot finnas starkare argument för centralisering ur ett effektivitetsperspektiv. Till exempel skulle en centraliserad styrning kunna underlätta strukturella reformer med fokus på en mer effektiv och koncentrerad sjukhusstruktur, om sådana ambitioner skulle finnas. Det finns också fler verksamheter inom den specialiserade hälso- och sjukvården där stordriftsfördelar kan nyttjas på ett bättre sätt än i dag.

Alla varianter som innebär ett statligt huvudmannaskap för delar av den specialiserade vården, särskilt högspecialiserad hälso- och sjukvård eller universitetssjukvård, medför samtidigt en rent praktisk gränsdragningsproblematik från övrig vård inom samma verksamheter eller vårdkedjor. Det har i flera av de dialoger och workshops som genomförts framförts att det är svårt att se hur styrning, finansiering och arbetsgivaransvar för olika verksamhetsdelar som till stor del bedrivs integrerat med varandra skulle organiseras på ett kostnadseffektivt sätt. Eftersom det i dag ser olika ut i olika delar av landet i fråga om dessa verksamheters organisering och integrering med övrig verksamhet skulle staten i sin styrning dessutom behöva klara av att hantera många olika modeller och strukturer.

Sammanfattande översikt av analysens resultat

I figur 1–3 ges en översikt av vilka slutsatser som varit möjliga att dra utifrån det samlade underlaget när det gäller ett helt statligt huvudmannaskap. Ett antagande har gjorts att de konsekvenser och effekter som kan uppnås med ett helt statligt huvudmannaskap kan inträda även vid ett delvis statligt huvudmannaskap, i den del av vården som omfattas av scenariot. Samtliga scenarier för delvis statligt huvudmannaskap medför också ett antal generella konsekvenser för hälso- och sjukvårdssystemet i sin helhet, vilka sammanfattas i figur 4.

Figur 1. Konsekvenser och effekter av ett helt statligt huvudmannaskap – direkta konsekvenser

Direkta konsekvenser av ett statligt huvudmannaskap

Konsekvenser för den politiska styrningen

- Förutsättningar skapas för en mer enhetlig politisk styrning.
- Förutsättningar skapas för en minskad mängd politiska styrsignaler och en mer systemorienterad styrning.
- Det sker sannolikt en förskjutning från politiker till tjänstemän i den verksamhetsnära och lokala styrningen.
- Det nationella perspektivet i den politiska styrningen förstärks och det regionala och lokala perspektivet försvagas.
- Möjligheterna till lärande utifrån naturliga policyvariationer minskar, samtidigt som möjligheterna för lärande genom planerade variationer ökar.
- Kostnaderna för politisk verksamhet i hälso- och sjukvården minskar jämfört med nuvarande ordning.

Konsekvenser för implementering och förvaltning

- Styrningen implementeras i en stor myndighetsorganisation.
- Den nationella styrningen kan få ett ökat genomslag i den politiska och administrativa styrkedjan jämfört med vad den får idag.
- Myndighetens storlek kan samtidigt försvåra styrningens genomslag och begränsa möjligheterna till en ökad effektivitet i styrningen.
- Förutsättningarna för implementering och utvecklingsarbete i hälso- och sjukvårdens verksamheter är oförändrade eller möjligen försämrade jämfört med nuvarande ordning.
- Det skapas en möjlighet till ökat nationellt perspektiv och nyttjande av stordriftsfördelar i hantering av gemensamma frågor och funktioner.

Konsekvenser för verksamheter och personal

- Staten blir arbetsgivare för offentligt anställd hälso- och sjukvårdspersonal.
- I många delar är det okänt hur arbetsvillkoren för hälso- och sjukvårdspersonalen skulle förändras.
- Strukturerna för personal- och professionsinflytande förändras.
- Det professionella handlingsutrymmet i mötet med patienten kan både öka och minska beroende på huvudmannens agerande och styrning.
- Möjligheterna till intressepolitiskt inflytande koncentreras till nationell nivå.
- Det är okänt hur facklig samverkan påverkas eftersom det avgörs i förhandling.

Konsekvenser för patienter och invånare

- Förutsättningarna för invånarnas politiska ansvarsutkrävande förändras.
- Det kan bli tydligare för invånarna vilken politiskt nivå som ansvarar för hälso- och sjukvårdens resultat.
- Samtidigt fattas besluten på längre avstånd från invånarna och utrymmet för anpassning till lokala förutsättningar och behov kan minska.
- Strukturerna för patientföreningarnas samverkan med huvudmännen förändras.
- Det är okänt vilka konkreta policyförändringar som skulle ske. De politiska beslut som styr till exempel vårdval, vårdutbud och avgifter gäller dock för hela landet.
- Konsekvenserna av en ökad enhetlighet kan bli olika stora i olika delar av landet beroende på utgångsläge.

Konsekvenser för tillhandahållande av hälso- och sjukvård

- Tillhandahållande av hälso- och sjukvård sker i färre och större geografiska enheter än idag.
- Vissa stordriftsfördelar i planering kan troligen nyttjas.
- Det är däremot oklart om fler stordriftsfördelar i hälso- och sjukvårdens verksamheter kan nyttjas jämfört med nuvarande ordning.
- Vad ett förändrat huvudmannaskap i direkt mening skulle innebära för hälso- och sjukvårdsstrukturen är oklart.
- Myndigheten som ska tillhandahålla vård behöver samverka lokalt med 290 kommuner.

Konsekvenser för finansiering och resursfördelning

- En statlig finansiering möjliggör andra skattebaser än förvärvsinkomst för hälso- och sjukvårdens finansiering.
- Hälso- och sjukvårdens finansiering och resurstilldelning inordnas i statsbudgetens ramverk och processer.
- Det skapas andra förutsättningar än idag för att fördela resurserna så att de ekonomiska förutsättningarna utjämnas över landet.
- Det kan redan på kort sikt ske en omfördelning av ekonomiska resurser mellan olika delar av landet.

Konsekvenser för regioner och kommuner

- Det behöver fattas beslut om regionernas fortsatta roll och uppgifter.
- Om regionerna avvecklas uppstår konsekvenser för demokratin och det behövs en grundlagsändring.
- Om regionerna bibehåller de övriga uppgifter man har idag behöver den politiska organisationen och dess tillhörande förvaltning justeras i storlek.
- Om regionerna ska ges nya uppgifter behöver det utredas i särskild ordning.

Figur 2. Konsekvenser och effekter av ett helt statligt huvudmannaskap – tänkbara konsekvenser på längre sikt

Tänkbara konsekvenser och effekter av ett statligt huvudmannaskap på längre sikt

Finansiell hållbarhet

- Fler alternativa finansieringskällor och minskad risk genom en nationellt samlad modell.
- Prioritering sker gentemot andra områden i statsbudgeten. På så sätt uppstår en ökad konkurrens om medlen till hälso- och sjukvården i jämförelse med nuvarande ordning.
- Hälso- och sjukvårdens resurser kan såväl öka som minska till följd av ett statligt huvudmannaskap.
- Mer jämlika ekonomiska förutsättningar i landet kan uppnås om det utformas modeller som understödjer detta.
- Många faktorer som påverkar den finansiella hållbarheten förändras inte automatiskt med ett statligt huvudmannaskap.

Beredskap och säkerhet

- Minskad risk för otydligheter eller osäkerheter om det politiska ansvaret i en kris.
- Inga säkra svar på hur beredskapen i stort skulle påverkas eller utvecklas.
- Större regionala enheter för vården har tidigare beskrivits som önskvärt ur ett beredskapsperspektiv.
- Det finns argument både för och emot centralisering och decentralisering när det gäller krishantering.

Administrativ börda

- En minskad administrativ börda förutsätter bland annat en minskad organisatorisk fragmentering och färre steg i styrkedjan jämfört med nuvarande ordning.
- Ett statligt huvudmannaskap kan medföra mindre fragmentering på systemnivån, men innebär inte automatiskt minskad fragmentering på verksamhetsnivån.
- Vissa förutsättningar kan troligen skapas för minskad administrativ börda, om detta är ett uttryckligt mål med reformen.

Kompetensförsörjning och arbetsmiljö

- Nationell planering och dimensionering av till exempel utbildningstjänster och utbildningsplatser kan underlättas.
- Ett ökat nationellt perspektiv och central styrning när det gäller hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning möjliggörs.
- I övrigt finns få mekanismer i ett förändrat huvudmannaskap som förändrar förutsättningarna för en hållbar kompetensförsörjning.
- Effekter på kompetensförsörjningen förutsätter att det vidtas särskilda åtgärder utöver själva huvudmannaskapsreformen.
- Det saknas underlag för att bedöma om staten skulle vara en bättre eller sämre arbetsgivare, eller skapa en bättre arbetsmiljö, för hälso- och sjukvårds-personalen

Personcentrerad hälso- och sjukvård

- Ett förändrat huvudmannaskap har ingen direkt verkan på det enskilda vårdmötet.
- Förutsättningarna för en personcentrerad vård kan t.ex. stärkas om vården blir lättare att navigera i för patienter och anhöriga och om fler får möjlighet till fast läkarkontakt.
- Möjligheterna att uppnå detta beror på de åtgärder som vidtas utöver det förändrade huvudmannaskapet.

Forskning, utveckling och innovation

- Det kan finnas vissa fördelar med centralisering och ökad enhetlighet ur ett forskningsperspektiv.
- Det är inte säkert att samverkan underlättas för att hälso- och sjukvården och lärosätena båda är statliga, men aktörerna blir färre.
- Möjligen finns det vissa synergieffekter mellan den nationella hälso- och sjukvårdspolitiken och forskningspolitiken.
- Det är oklart om och hur ett statligt huvudmannaskap bidrar till mer utrymme för forskning i verksamheter.

Demokrati och legitimitet

- Ansvarsfördelningen kan upplevas tydligare, vilket kan stärka ansvarsutkrävandet.
- Ytorna för kontakter med beslutsfattare blir färre, mer makt överförs till tjänstemän och den politiska makten koncentreras till färre personer.
- Legitimiteten kan stärkas i vissa delar, men är ytterst beroende av hur hälso- och sjukvården fungerar för patienter och invånare.
- Sammantaget inga säkra fördelar med ett statligt huvudmannaskap ur ett demokratiperspektiv.

Figur 3. Konsekvenser och effekter av ett helt statligt huvudmannaskap – möjligheten att uppnå en mer jämlik, tillgänglig och effektiv vård

Möjligheten att uppnå en mer jämlik, tillgänglig och effektiv vård		
Jämlik hälso- och sjukvård	**Tillgänglig hälso- och sjukvård**	**Effektivitet och produktivitet**
• De geografiska variationer i vårdutbud och villkor som beror på olika politiska beslut och prioriteringar kan troligen utjämnas. • Om utjämnade ekonomiska förutsättningar realiseras kan också de variationer som beror på skilda ekonomiska förutsättningar utjämnas. • Eftersom det är osäkert om och hur en huvudmannaskapsreform bidrar till en förändrad situation avseende kompetensförsörjning är det också osäkert i vilken utsträckning förändringarna avseende en mer enhetlig styrning och jämlik ekonomi kan omsättas i ett mer jämlikt vårdutbud. • Geografiska variationer som beror på skilda behandlingstraditioner och medicinsk praxis påverkas inte direkt av en huvudmannaskapsreform. • Särskilda policyåtgärder behöver vidtas i samband med reformen för att understödja utvecklingen mot en mer jämlik vård.	• Det finns inga uppenbara mekanismer i en huvudmannaskapsreform som medför kortare väntetider till vård. Kortare köer genom en huvudmannaskapsreform förutsätter att staten utvecklar nya lösningar på problemen eller lyckas förbättra kompetensförsörjningen. • Ökad helhetssyn, nationella informationssystem och större geografiska enheter för tillhandahållande av vård kan möjligen skapa förutsättningar för en mer effektiv användning av den samlade kapaciteten. • Omställningen till en god och nära vård är avgörande för tillgängligheten. Underlaget ger dock inga entydiga svar på hur omställningen skulle påverkas av en huvudmannaskapsreform. • Det är oklart hur en huvudmannaskapsreform skulle påverka avstånd till vård, men det är en vanlig hypotes att koncentrationen och centraliseringen av vård skulle öka på sikt. • Särskilda policyåtgärder behöver vidtas i samband med reformen för att understödja utvecklingen mot en mer tillgänglig vård.	• Det är okänt hur såväl hälso- och sjukvårdens kostnader som kvalitet skulle påverkas av en huvudmannaskapsreform och det går därför inte att göra närmare bedömningar av hur hälso- och sjukvårdens sammantagna effektivitet skulle påverkas. • Underlaget ger inget entydigt svar på sambandet mellan produktivitet/effektivitet och storleken på planeringsenheterna. • Ett statligt huvudmannaskap kan medföra såväl möjligheter till besparingar och stordriftsfördelar som kostnadsdrivande faktorer och incitament. • Statens förmåga och förutsättningar att realisera omställning och utveckling i hälso- och sjukvårdssystemet är avgörande för hur den sammantagna effektiviteten i systemet påverkas. Olika experter och aktörer gör olika antaganden om statens förmåga att lyckas med detta. • Centralisering anses ofta vara mest effektivt när det finns möjlighet att nyttja stordriftsfördelar och decentralisering när det behövs flexibilitet och lokal anpassning. I hälso- och sjukvården finns exempel på båda typer av verksamheter.

Figur 4. Generella konsekvenser av ett delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården

Vissa generella konsekvenser av ett delvis statligt huvudmannaskap

Konsekvenser för den politiska styrningen

- Det sker en centralisering av styrningen i den del av vården staten tar över, men den är oförändrad i delar regionerna fortsätt är huvudmän för.
- Staten behöver kunna styra i två spår: ett spår för styrning av vård som regionerna fortsatt är huvudmän för och ett för styrning av vården som staten är huvudman för.
- Det kan bli svårare att uppnå en samordnad utveckling för hälso- och sjukvården som helhet.

Konsekvenser för implementering och förvaltning

- Det behövs både en statlig myndighetsorganisation och regionala organisationer.
- Det kan behöva utvecklas parallella system och strukturer för flera frågor.
- För att undvika ökad komplexitet och kostnader för dubbelarbete kan en konsekvens möjligen bli att staten också tar över ansvaret för flera olika funktioner för hela systemet.
- Den totala kostnaden för styrning och administration skulle sannolikt öka jämfört med nuläget.

Konsekvenser för samverkan och samordning

- Med ytterligare en huvudman i systemet tillkommer två nya samverkansytor i hälso- och sjukvården: mellan den statliga och den regionala vården och mellan den statliga och den kommunala vården. Samtidigt kvarstår nuvarande behov av samordning mellan regioner och kommuner.
- Motsvarande samverkansytor tillkommer på förvaltningsnivån.
- En mer komplex struktur med fler gränsytor kan ge ökade kostnader för samordning och samverkan.

Konsekvenser för patienter och invånare

- Nya gränsytor skapar risker för försämrad samordning och vårdkvalitet i övergångar.
- Samverkan för patienter med behov av många vårdkontakter kan försvåras av fler involverade aktörer.
- Det är osäkert hur vårdkvaliteten i övrigt skulle påverkas.
- Olika rutiner och villkor kan komma att gälla för den statliga, regionala och kommunala vården.
- Ansvarsfördelningen kan upplevas som otydligare för invånarna.
- Det kan bli svårare för invånarna att veta i vilket val de ska utkräva politiskt ansvar för vårdens resultat.

Konsekvenser för verksamheter och medarbetare

- Vissa scenarier innebär en huvudmannagräns i vårdkedjor.
- Konkurrensen om arbetskraften ökar med ytterligare en offentlig arbetsgivare.
- Det behövs parallella avtal och samverkansstrukturer.
- Fler kan behöva ha delade anställningar mellan statlig, regional och kommunal vård.

Särskilt om vissa scenarier för ett delvis statligt huvudmannaskap

- De tänkbart positiva effekter som kan uppstå med ett helt statligt huvudmannaskap kan också uppstå i scenarierna för ett delvis statligt huvudmannaskap för den vård som omfattas.
- Det är svårt att se hur ett statligt tillhandahållaransvar ska avgränsas och fungera när det gäller vård som bedrivs tätt integrerad med annan vård. Detta gäller exempelvis scenarierna där staten tar över huvudmannaskapet för enbart nationell högspecialiserad vård eller universitetssjukvård.
- Ett delvis statligt huvudmannaskap för avgränsade delar av vården påverkar hälso- och sjukvårdssystemet som helhet mindre än de scenarier där staten tar över en större del av vården.
- Ett delvis statligt huvudmannaskap innebär att det tillkommer ytterligare en huvudman i hälso- och sjukvårdssystemet. De positiva effekter som kan uppnås med en centralisering inom särskilda delar av vården behöver därför vägas mot de tänkbart negativa effekter det kan medföra för systemet i sin helhet att ansvaret delas upp mellan fler huvudmän än idag.

1 Inledning

I denna underlagsrapport presenteras scenarier för ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Rapporten är framtagen av Vårdansvarskommitténs sekretariat på uppdrag av kommitténs ledamöter. Syftet är att beskriva och analysera hur ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap kan utformas och genomföras. Syftet är också att analysera vilka möjliga konsekvenser och effekter som ett statligt huvudmannaskap kan få för patienter, invånare och hälso- och sjukvårdens medarbetare. Den övergripande frågan är om ett statligt huvudmannaskap kan skapa bättre förutsättningar att åstadkomma önskad utveckling inom hälso- och sjukvården jämfört med nuvarande ordning.

Rapporten är en av flera underlagsrapporter för kommitténs bedömningar av för- och nackdelar med ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Kommittén och den expertgrupp som varit kopplad till kommittén har under arbetets gång kontinuerligt tagit del av utkast på rapportens olika textavsnitt och lämnat värdefulla medskick. Den slutgiltiga versionen av rapporten har vuxit fram parallellt med kommitténs och expertgruppens diskussioner och dialoger. Allt innehåll i rapporten med tillhörande bedömningar och resultat står sekretariatet för.

I detta inledningskapitel presenteras rapportens utgångspunkter, avgränsningar och disposition.

1.1 Innehåll, struktur och metod

I rapporten beskrivs ett antal scenarier som avser ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Scenarierna analyseras utifrån ett antal konsekvensområden. Direktivets utgångspunkter och Vård-

ansvarskommitténs ingångsvärden har påverkat vilka scenarier som prövas, hur de utformas och vad de värderas gentemot.

Vårdansvarskommittén konstaterade tidigt i utredningsarbetet att svensk hälso- och sjukvård har många styrkor samtidigt som det finns områden där utveckling behövs. Kommittén sammanfattade behoven av utveckling i form av sex förbättringsmål:

1. Tillgången till hälso- och sjukvård av god kvalitet behöver bli mer jämlik över landet.
2. Tillgängligheten till och kapaciteten i hälso- och sjukvården behöver förbättras.
3. En hållbar, långsiktig och jämlik finansiering av hälso- och sjukvården behöver säkras.
4. En ökad systemeffektivitet och bättre användning av de samlade resurserna behöver uppnås.
5. Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning behöver stärkas och arbetsmiljön förbättras.
6. Innovations- och omställningsförmågan i hälso- och sjukvården behöver förbättras och forskningen stärkas.

Dessa sex förbättringsmål har, tillsammans med de områden för konsekvenser som preciseras i kommittédirektivet, varit vägledande för att utforma och avgränsa analyserna.

Scenarier för ett statligt huvudmannaskap

Analyserna omfattar både ett helt och ett delvis statligt huvudmannaskap. Ett *helt* statligt huvudmannaskap innebär en situation där staten tar över huvudmannaskapet för all hälso- och sjukvård som regionerna i dag är huvudmän för. När det gäller ett *delvis* statligt huvudmannaskap omfattar analysen scenarier där staten tar över huvudmannaskapet för:

1. specialiserad hälso- och sjukvård, i fyra varianter:
   - all specialiserad hälso- och sjukvård,
   - universitetssjukvård,

- universitetssjukhus,
- nationell högspecialiserad vård,

2. primärvård,
3. rättspsykiatrisk vård,
4. vaccinationer och screening,
5. luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter.

Utgångspunkter och avgränsningar för scenarierna

Scenariernas utformning bygger på en förståelse av ett helt respektive delvis statligt huvudmannaskap som utgår från att kärnan i att vara huvudman för vård är att ha ansvaret för att tillhandahålla hälso- och sjukvård till befolkningen. Detta ansvar benämns tillhandahållaransvar i rapporten.

Enligt direktivet ska kommittén inte pröva huvudmannaskapet för den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för. Denna begränsning har gjort att utredningsarbetet fokuserat på regionerna och staten, men den kommunala hälso- och sjukvården beskrivs ändå översiktligt eftersom den är en väsentlig del av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet.

Utifrån direktivet kvarstår bestämmelser i regeringsformen, RF, (1974:152) om den kommunala självstyrelsen oförändrade i uppdraget och i alla scenarier som analyseras. Det innebär att analyserna utgår ifrån att de uppgifter som staten genom lag ålägger kommuner och regioner även fortsatt ska skötas på den kommunala självstyrelsens grund. Även fortsättningsvis ska utgångspunkten vara att det offentliga har ett åtagande att tillhandahålla och finansiera hälso- och sjukvård i Sverige.

Det offentliga ekonomiska åtagandet för vården antas vara oförändrat i scenarierna, vilket innebär att analyserna utgår ifrån en bibehållen omfattning av den offentligt finansierade hälso- och sjukvårdens utbud. Eftersom direktivet anger att kommitténs arbete ska utgå från gällande mål och principer i svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning är utgångspunkten att hälso- och sjukvården även framgent ska finansieras genom offentlig beskattning. Därmed

undersöks inte försäkringsbaserade hälso- och sjukvårdssystem närmare.

Vidare antas mål, principer och bestämmelser i svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning som avser den vård som erbjuds invånare och patientens rättigheter vara oförändrade, enligt direktivet. Lagstiftning om vårdval och privata vårdgivare är oförändrad jämfört med i dag. Uppgifts- och ansvarsfördelning inom andra sektorer förblir också oförändrad jämfört med vad som gäller i dag. Vårdgivaransvaret förblir oförändrat och scenarierna utgår från att vårdgivarnivån i ett utgångsläge ska kunna se ut på motsvarande sätt som i dag. Förändringar av vårdgivarstrukturen, till exempel vad gäller antal sjukhus eller nivåstruktureringen i svensk hälso- och sjukvård, berörs inte heller i scenarierna.

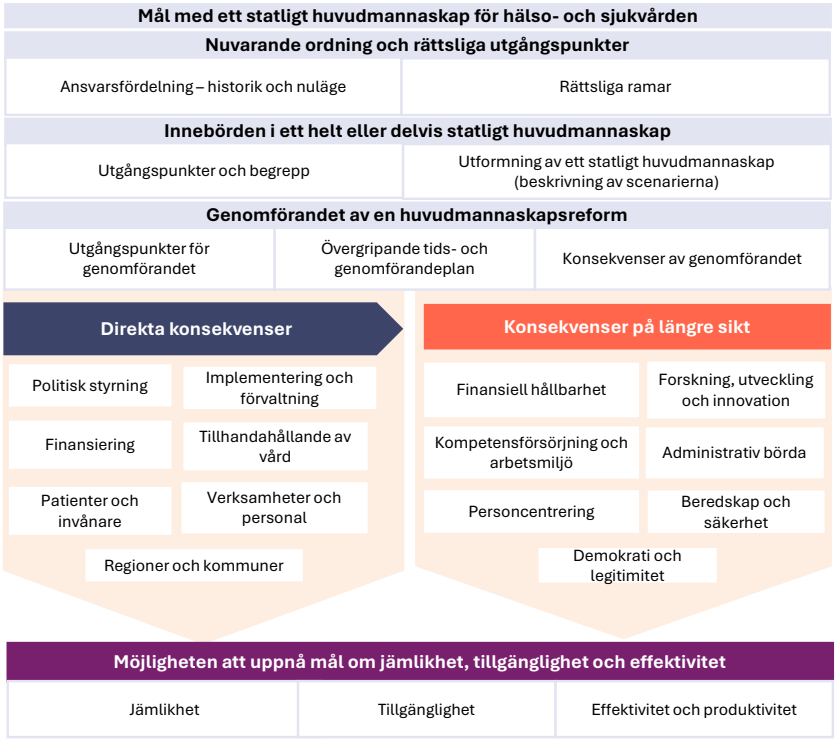
Analysens struktur

För att analysera vilka konsekvenser ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap kan få för patienter, invånare, hälso- och sjukvårdens medarbetare har inspiration hämtats från utvärderingslitteraturen. Utvärderingar genomförs vanligtvis med fokus på en åtgärd eller insats som redan är genomförd. Men en utvärdering kan också ha fokus på en framtida eller eventuell åtgärd med syfte att på förhand försöka få en bild av om och hur olika mål kan nås och vilka konsekvenser som kan uppstå. En sådan utvärdering kallas förhandsutvärdering. Det är en förhandsutvärderande ansats som präglar analyserna i den här rapporten. Analysen av scenarierna för ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap har strukturerats i ett antal delmoment vilket illustreras i figur 1.1. De områden (rutorna i figur 1.1) som berörs i analysen svarar dels mot de nämnda mål som kommittén satt upp för utredningsarbetet, dels mot konsekvensområden och andra aspekter som nämns i utredningsdirektivet.

Begreppet ”konsekvenser” används i rapporten som ett samlande begrepp för de olika följder, utfall, resultat, förändrade förutsättningar och tänkbara effekter som ett statligt huvudmannaskap kan leda till. Konsekvenser kan vara önskade, avsedda och i linje med de utvecklingsmål som ett statligt huvudmannaskap prövas mot i denna rapport. Det kan också uppstå bieffekter som inte är avsedda med förändringen, dessa kan vara både positiva och negativa.

Slutligen kan det uppstå oväntade konsekvenser, som inte är möjliga att förutsäga.

Figur 1.1 Övergripande struktur för analysen av scenarierna för ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap



Analyser görs av vilka direkta konsekvenser ett statligt huvudmannaskap kan antas få för patienter, invånare och vårdens medarbetare och vilka konsekvenser som kan uppstå på längre sikt. Därefter analyseras i vilken mån ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvård kan antas medföra en högre grad av måluppfyllelse jämfört med nuvarande ordning vad gäller en jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård.

Denna struktur baseras på en grundläggande analys om att ett statligt huvudmannaskap i sig inte ger någon direkt effekt på mål i fråga om till exempel stärkt jämlikhet, tillgänglighet och effektivitet. Måluppfyllelse av detta slag kan däremot uppstå genom en längre effektkedja. Analysen utgår från att vissa konsekvenser och effekter

kan kopplas direkt till det förändrade huvudmannaskapet (direkta konsekvenser). På längre sikt måste de förändrade förutsättningar som ett statligt huvudmannaskap medför i fråga om styrning, finansiering och organisation omsättas i stärkta förutsättningar för hälso- och sjukvården inom ett antal områden (konsekvenser och effekter på längre sikt). Möjligheterna att nå mål om förbättrad jämlikhet, tillgänglighet och effektivitet beror i sin tur både på direkta konsekvenser och konsekvenser och effekter i fråga om hälso- och sjukvårdens förutsättningar.

Avgränsningar i analyserna

I direktivet beskrivs många olika mål och förbättringar som en huvudmannaskapsreform ska bidra till. Vidare nämns många aspekter av en huvudmannaskapsreform och ett framtida system som ska belysas i underlaget. Den här rapporten är framtagen som ett övergripande beslutsunderlag för att stödja diskussioner om flera olika scenarier för ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap. Det innebär att analyserna berör många stora och komplexa frågor översiktligt. I det fall något alternativ tas vidare behövs fördjupade analyser av hur specifika frågor skulle hanteras. Det gäller till exempel frågan om en finansierings- och resursfördelningsmodell vid ett statligt huvudmannaskap samt de närmare lösningarna för styrning och organisation kring olika frågor.

Enligt direktivet ska ett statligt huvudmannaskap bidra till förbättrad vårdkvalitet. Analyser av vårdkvalitet relaterar i rapporten till vårdens processer, såsom tillgänglighet, personcentrering och en vård på lika villkor. Konsekvenser av ett statligt huvudmannaskap för den medicinska kvaliteten i termer av medicinska resultat är däremot inte föremål för någon fördjupad analys i rapporten.

En viktig utgångspunkt i direktivet är att ett statligt huvudmannaskap ska ta hänsyn till behoven hos hälso- och sjukvårdens medarbetare. När det gäller medarbetarperspektivet bör det påpekas att analysen präglas av vissa avgränsningar i meningen att alla olika yrkesgruppers perspektiv inte kunnat belysas systematiskt. Inom ett antal områden i rapporten nämns också vissa yrkesgrupper oftare än andra, dels för att de är större, dels för att det finns en

snedfördelning när det gäller tillgång till data och analyser i de underlag som sekretariatet tagit del av.

En annan avgränsning avser jämförelsepunkten för analyserna av scenarierna. Som utgångspunkt jämförs ett statligt huvudmannaskap med nuvarande ordning. Samtidigt kan det konstateras att det också finns fler tänkbara alternativ till en huvudmannaskapsreform som ett statligt huvudmannaskap skulle kunna jämföras mot. Det har under utredningsarbetet till exempel framförts synpunkter och förslag från aktörer inom hälso- och sjukvården om att förbättringar kan uppnås genom att staten tar ett större ansvar för hälso- och sjukvården utan att ta över huvudmannaskapet. Det har också framförts att förmodade positiva effekter som kan uppnås med ett statligt huvudmannaskap i en del fall också kan uppnås med andra och mindre ingripande åtgärder. I sammanhanget har vissa förespråkat att staten ska ta ett ökat ansvar för finansieringen, stärka styrningen av hälso- och sjukvården på andra sätt eller att antalet regioner bör minskas. Det har också framförts att en huvudmannaskapsreform snarare bör jämföras med sådana alternativa förändringar än med nuvarande ordning. I rapporten kommenteras i viss utsträckning om en effekt eller konsekvens är beroende av att huvudmannaskapet skiftas, eller om det kan vara möjligt att uppnå samma resultat på andra sätt. Dock kommenteras detta inte detta systematiskt eller genomgående. Direktivets betoning på ett förändrat huvudmannaskap har inneburit att huvudfokus för analyserna ligger på vad som kan uppnås med just ett statligt huvudmannaskap. Kommittén har inte heller haft i uppdrag att analysera eller föreslå en regionreform.

Det samlade underlaget för analyserna

De analyser och bedömningar som gjorts gällande konsekvenser av ett statligt huvudmannaskap baseras ofta på en sammanvägning av flera typer av underlag och i rapporten hänvisas därför i flera fall till ”det samlade underlaget”. Här beskrivs kortfattat vad detta underlag inkluderar. En mer detaljerad beskrivning finns i bilagan *Genomförande och metod*.

En utgångspunkt för analyserna är att det till stor del saknas sammanställd kunskap eller forskning om flera frågor som ingår i uppdraget. Det handlar både om hur delar av systemet ser ut i dag

(exempelvis finns det inte uppgifter om antalet vårdfastigheter i Sverige) och om vilka effekter eller resultat som följer av nuvarande ansvarsfördelning och huvudmannaskap. Det saknas till stor del också systematiskt sammanställd kunskap som möjliggör säkra slutsatser om kausala förhållanden mellan sättet som hälso- och sjukvården styrs och organiseras på och de styrkor och svagheter som systemet uppvisar när det gäller måluppfyllelse och funktionssätt.

För att erhålla underlag och stöd till scenariobeskrivningarna och analyserna av ett statligt huvudmannaskap har sekretariatet genomfört ett flertal kvalitativa utredningsmoment. Tidigt i arbetet genomfördes en öppen konsultation där 75 aktörer lämnade in skriftliga svar som belyser relevanta perspektiv och frågor i anslutning till ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap. Ett drygt 100-tal möten har genomförts med olika aktörer inom hälso- och sjukvårdssystemet eller dess närhet. Möten har till exempel genomförts med forskare och forskargrupper, myndigheter, patientorganisationer och patientråd, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) samt professionsorganisationer och fackförbund. Möten har också genomförts med samtliga sex sjukvårdsregioners tjänstemannaledningar samt de politiska nämnderna i respektive sjukvårdsregion. I samarbete med Karlstads universitet Samhällsnytta AB har sekretariatet arrangerat tre workshoppar med experter från olika delar av hälso- och sjukvården. Workshopparna har syftat till att bygga kunskap om vad ett statligt huvudmannaskap kan innebära, hur ett statligt hälso- och sjukvårdssystem bör utformas på systemnivån samt hur en huvudmannaskapsförändring kan påverka jämlikheten och effektiviteten i hälso- och sjukvården.

Vidare bygger beskrivningar och analyser på underlagsrapporter som fyra forskare tagit fram på kommitténs initiativ inom uppdraget. Dessa rapporter handlar om statlig finansiering och resursfördelning, administration och administrativ börda, simulering av resursfördelning samt demokratiskt ansvarsutkrävande och legitimitet inom hälso- och sjukvårdssystemet. I samband med framtagandet av rapporten om demokratiskt ansvarsutkrävande och legitimitet anordnades en hearing med forskare på temat demokrati och legitimitet.

En stor del av det underlag som presenteras i rapporten utgår från tidigare utredningar, analyser och myndighetsrapporter samt vetenskapliga publikationer. Bredden av teman som behandlas i

rapporten har dock medfört att det inte varit möjligt att genomföra systematiska litteratursökningar och genomgångar av den vetenskapliga litteraturen inom respektive område. Relevanta publikationer har därför i huvudsak identifierats i dialog med olika experter. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har dock genomfört litteratursökningar i vissa avgränsade frågor, bland annat kring kompetensförsörjningen och följsamheten till evidensbaserade riktlinjer i hälso- och sjukvården.

Sekretariatet har också utarbetat ett antal underlagspromemorior om till exempel nuläget inom svensk hälso- och sjukvård, om andra länders sjukvårdssystem samt centraliseringsprocesser inom andra sektorer i Sverige. Det centrala innehållet i och iakttagelserna från dessa underlagspromemorior är till stor del inarbetade i denna underlagsrapport.

1.2 Disposition

Efter denna inledning presenteras i *kapitel 2* de förändringar som det svenska hälso- och sjukvårdssystemet genomgått över tid när det gäller huvudmannaskapet och hur nuvarande ansvar är fördelat mellan regioner och staten. I detta kapitel beskrivs också de rättsliga ramarna för denna ansvarsfördelning.

I *kapitel 3* redogörs initialt för de utgångspunkter och begrepp som används i rapporten för att rama in huvudmannaskapet och som möjliggör beskrivningar av en huvudmannaskapsreform. Utifrån utgångspunkterna och begreppen beskrivs sedan utformningen av olika scenarier för ett statligt huvudmannaskap.

Kapitel 4 redogör för det underlag som inhämtats i form av forskning och rapporter som behandlar generella för- och nackdelar med och konsekvenser av centralisering och decentralisering. I kapitlet presenteras också underlag som identifierar erfarenheter och lärdomar från strukturreformer i våra nordiska grannländer samt för hälso- och sjukvårdssystemets uppbyggnad i ytterligare ett par länder.

I *kapitel 5* skisseras en genomförandeplan i olika faser. Inom ramen för genomförandeplanen identifieras vilka åtgärder som krävs för att genomföra en huvudmannaskapsförändring.

Kapitel 6 analyserar de förändringar som sker som en direkt konsekvens vid ett införande ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. I detta kapitel berörs bland annat de förändrade förutsättningarna för den politiska styrningen av hälso- och sjukvården, för implementering och förvaltning samt konsekvenser för verksamheter, personal, patienter och invånare.

Kapitel 7 analyserar de möjliga konsekvenser som ett statligt huvudmannaskap kan medföra på längre sikt inom områden som finansiell hållbarhet, forskning, utveckling och innovation samt demokrati och legitimitet.

I *kapitel 8* analyseras slutligen vilka möjligheter ett statligt huvudmannaskap kan medföra när det gäller att uppnå en mer jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård.

I *bilaga* ges en mer detaljerad beskrivning av de metoder och underlag som använts inom ramen för arbetet med denna rapport samt en sammanställning av de kontakter sekretariatet haft med aktörer och intressenter under utredningsarbetet.

2 Nuvarande ordning och rättsliga utgångspunkter

I detta kapitel beskrivs inledningsvis de förändringar som det svenska hälso- och sjukvårdssystemet har genomgått över tid samt vilka motiv som legat bakom vissa av de beslut som format nuvarande ansvarsfördelning. Den andra delen av kapitlet beskriver de rättsliga ramarna för nuvarande ansvarsfördelning mellan staten och regionerna.

2.1 Bakgrunden till nuvarande ansvarsfördelning

Flera beslut om såväl huvudmannaskap som om hälso- och sjukvårdens organisation och styrning har format grundstrukturerna för nuvarande system. Frågan om centralisering eller decentralisering har följt hälso- och sjukvårdspolitiken ända sedan regionernas engagemang i sjukvården tog fart på 1800-talet, och under efterkrigstiden sammanföll frågorna med en allmän decentraliseringstrend.[1]

Förändringar i ansvarsfördelningen över tid

I och med 1862 års kommunallagar beslutades att landstingskommunerna skulle få möjligheter att bedriva sjukvård. Detta ledde till 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.[2] Under första halvan av 1900-talet skedde en kraftig ut-

[1] SOU 2021:71, *Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur*, s. 72.
[2] SOU 2021:71, *Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur*, s. 69.

byggnad av sjukhusvården, som följdes av flera reformer under 1950–1970-talen avseende såväl ansvarsfördelning som andra aspekter av hälso- och sjukvårdssystemet.[3] Före dessa reformer var både ansvaret för och utförandet av hälso- och sjukvården delat mellan flera huvudmän. Hälso- och sjukvård bedrevs av staten, landstingskommuner, landstingsfria städer (Stockholm, Göteborg, Malmö, Helsingborg, Norrköping och Gävle), stiftelser och enskilda.

Den öppna hälso- och sjukvården hade bedrivits i friare former och flera olika organisationsformer hade vuxit fram. Privatpraktiserande läkare och sjukhusläkare stod länge för en stor del av den öppna hälso- och sjukvården i privat regi. Patienter betalade en förhållandevis hög avgift för den öppna vården och fick sedan tillbaka större delen av beloppet från Försäkringskassan. Formellt överfördes ansvaret för den öppna vården vid sjukhus till landstingen i slutet av 1950-talet, men den tillhandhölls av sjukhusläkare i privat regi genom avtal och överenskommelser med sjukhusen fram till i början av 1970-talet. Då genomfördes den så kallade 7-kronorsreformen varvid patienter betalade en enhetlig fast avgift för den öppna vården. Sjukhusläkarna blev samtidigt offentligt heltidsanställda.[4]

Inom den öppna vården utanför sjukhusen fanns också en organisation med statligt anställda tjänsteläkare, provinsialläkare, med ansvar för att bedriva hälso- och sjukvård i landsbygd. I början av 1960-talet utvidgades landstingens ansvar som sjukvårdshuvudmän till att även omfatta den öppna vården utanför sjukhus.[5] I samband med det överfördes också ansvaret för det så kallade provinsialläkarsystemet från staten till landstingen. Det skulle dock dröja till början av 1970-talet innan satsningar på offentliga vårdcentraler i landstingens regi påbörjades.

[3] Se redogörelse i SOU 2021:71, s. 69 och framåt. Några exempel på reformer är 1928 års sjukhuslag som ställde krav på att landstingen skulle driva minst två sjukhus, 1947 års beslut om en allmän sjukförsäkring och den så kallade ”7-kronorsreformen” 1969 som innebar enhetliga avgifter för den offentliga öppna vården och totallön för offentligt anställda läkare i stället för lön per insats.
[4] Anell A. *The public-private pendulum – Patient choice and equity in Sweden*, New England Journal of Medicine 2015; 371(1): 1–4.
[5] Prop. 1961:181, *Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen angående hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena m.m.*

Staten hade under lång tid även ett stort ansvar för vården av psykiskt sjuka.[6] I mitten på 1950-talet var detta en omfattande verksamhet, omkring 30 000 vårdplatser fanns för psykiskt sjuka, varav drygt 18 000 vid de statliga sjukhusen. Huvudmannaskapet för mentalsjukvården överfördes från staten till landstingen år 1967.[7] Under 1970-talet genomfördes en rad förändringar och övergångar från institutionsvård till psykiatrisk vård i öppna former.

Två universitetssjukhus kvarstod under statligt huvudmannaskap fram till och med början på 1980-talet. 1982 respektive 1983 överfördes ansvaret för de sista statliga sjukvårdsverksamheterna, Karolinska sjukhuset och Akademiska sjukhuset, till Stockholms läns landsting respektive Uppsala läns landsting.[8]

År 1982 trädde en ny hälso- och sjukvårdslag i kraft som innebar att den tidigare detaljerade hälso- och sjukvårdslagstiftningen ersattes av en målinriktad ramlag. I propositionen som föregick lagen angavs att den nya lagen skulle ge stort utrymme för landstingskommunerna (nuvarande regionerna) att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar.[9] En av förändringarna var att regleringen av den organisatoriska uppbyggnaden av landstingens hälso- och sjukvård begränsades. I och med den nya lagen gavs landstingen också ett utökat ansvar för befolkningens hälsa och ålades uppdraget att planera hälso- och sjukvården med utgångspunkt i befolkningens behov av vård. I utredningen som föregick lagen angavs att statens övergripande ansvar skulle inbegripa en rationell och rättvis fördelning av samhällets resurser inom hälso- och sjukvården samt mellan denna sektor och andra samhällssektorer (välfärdspolitik). Vidare poängterades behovet av en för riket samordnad utveckling av resurser för hälso- och sjukvården (till exempel genom arbetsmarknadspolitik och utbildning av personal), tillhandahållande av nya kunskaper (bland annat genom FoU) samt bevakning av enskilda människors trygghet och säkerhet i medicinskt avseende (tillsyn).[10]

---

[6] Benämningen på den psykiska vården och de psykiskt sjuka har förändrats över tid. Under 1900-talets början kallades det för sinnessjukvård för att sedan att sedan benämnas mentalsjukvård fram till slutet på 1960-talet då begreppet psykiatrisk vård började användas.
[7] Prop. 1963:171, *Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen angående landstingskommunernas övertagande av statens mentalsjukvård m.m.*
[8] Prop. 1980/81:95, *om ändrat huvudmannaskap för Karolinska sjukhuset, m.m.*, prop. 1981/82 :145, *om ändrat huvudmannaskap för akademiska sjukhuset i Uppsala, m.m.*
[9] Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 1.
[10] SOU 1979:78, *Mål och medel för hälso- och sjukvården. Förslag till hälso- och sjukvårdslag.* Betänkande av hälso- och sjukvårdsutredningen, HSU 2000, s. 345.

Under 1990-talet medförde Ädel-, handikapp- och psykiatrireformerna att kommunerna blev sjukvårdshuvudmän. Landstingen tog under 1990-talet också successivt över kostnadsansvaret för receptläkemedel. Under 1990-talet genomfördes försöksverksamheter med kommunalt huvudmannaskap för primärvården. Utvärderingar visade inte på några generaliserbara effekter av dessa försöksverksamheter. Man såg stora variationer mellan både försöks- och kontrollkommunerna, som var svåra att på ett entydigt sätt koppla till huvudmannaskapet.[11]

Motiv till nuvarande ansvarsfördelning

Av de utredningar och propositioner som föregick besluten i början på 1960-talet om huvudmannaskapet för den öppna hälso- och sjukvården och mentalsjukvården framgår att ett viktigt motiv var att samla ansvaret för hälso- och sjukvården hos en huvudman. Några fördelar som lyftes med ett samlat ansvar var samordningsfördelar och möjligheter till ett mer rationellt användande av resurser. Detta ansågs vara nödvändiga förutsättningar i förhållande till de stora utvecklings- och utbyggnadsbehoven i hälso- och sjukvården.

Överförandet av ansvaret för den öppna hälso- och sjukvården till landstingen

Huvudmannaskapsreformerna under 1960-talet genomfördes med det uttalade målet att det skulle möjliggöra utbyggnad och utveckling av hälso- och sjukvårdsverksamheten, och i detta bygge ansågs det rationellt att en aktör kunde ansvara för helheten i varje landsting. Att det fanns flera huvudmän med ansvar för olika delar av hälso- och sjukvården ansågs alltså vara ett problem. Man ansåg att det försvårade samarbete och en bra arbetsfördelning mellan olika delar av vården. Ett enhetligt huvudmannaskap ansågs kunna leda till ett bättre utnyttjande av de samlade resurserna, en mer rationell arbetsfördelning och samordning och samarbete mellan olika delar av vården. Följande citat illustrerar hur ett samlat huvudmannaskap

[11] SOU 1999 :66, *God vård på lika villkor? - om statens styrning av hälso- och sjukvården*, s. 175.

kopplades ihop med möjligheterna att bygga ut och stärka den öppna hälso- och sjukvården:

> Det är angeläget att stärka resurserna i öppen vård för att minska ökningen i behovet av utbyggnad av lasarettsvården. Vid enhetligt huvudmannaskap kommer landstingen att kunna tillgodogöra sig den inbesparing av utbyggnadsbehov »på sjukhussidan», som bör kunna vinnas genom en tillräcklig förstärkning av tjänsteläkarverksamheten. Men vid nuvarande delade huvudmannaskap är det inte lika naturligt att i den statliga kalkylen för förstärkt tjänsteläkarverksamhet räkna med en motsvarande besparingspost. Det delade huvudmannaskapet har sin historiska förklaring. Men både ur ekonomiskt-administrativa och andra sakliga synpunkter utgör det en felkonstruktion, som skapar konstlade gränslinjer och hindrar en harmonisk utveckling av sjukvården.
>
> – SOU 1958:15, *Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena*, s. 40.

Att det blev landstingen som fick det samlade ansvaret för hälso- och sjukvården i sina områden, och inte staten, kunde motiveras utifrån en rad olika faktorer. I och med att landstingen tidigt ansvarade för sjukhusen, och hade stått för en stor del av den utbyggnad som skedde inom hälso- och sjukvården under 1900-talet första hälft, ansågs det rationellt att fortsätta på den inslagna vägen. Att landstingen gavs ansvaret för hälsovård i och med 1862 års kommunallagstiftning kan därmed beskrivas som ett formativt beslut. Andra faktorer som påverkade beslutet var att det stämde med det kommunala självstyret, som hade och har en lång tradition. Besluten låg också i linje med efterkrigstidens decentraliseringstrend, som innebar att fördelar med decentralisering betonades, bland annat utifrån att det skulle ge möjlighet till variationer över landet utifrån olika förutsättningar och behov.

I en av utredningarna som föregick beslutet om huvudmannaskapet för den öppna hälso- och sjukvården[12] anfördes också att erfarenheterna hade visat att landstingen i mindre utsträckning än staten haft problem med ”eftersläpningar” i verksamheterna. Det faktum att landstingens verksamhet till större delen bestod av just hälso- och sjukvård ansågs också vara en fördel gentemot staten, vilket illustreras i följande citat:

[12] SOU 1958:15, *Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena.*

> Det förhåller sig inom kroppssjukvården på samma sätt som inom mentalsjukvården: inom de vårdområden där staten har ansvaret har det ofta visat sig svårare att undgå allvarliga eftersläpningar, än vad fallet är inom de områden där landstingen är huvudmän. Det beror på att landstingen har närmare till behoven och problemen »ute på fältet» och att större delen av deras verksamhet avser sjukvården. I den statliga verksamheten däremot har ett behov av att bygga ut tjänsteläkarverksamheten i ett landstingsområde svårt att konkurrera med alla andra olikartade anspråk på resurser och uppmärksamhet.
>
> – SOU 1958:15, Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena, s. 40.

Överförandet av huvudmannaskapet för mentalsjukvården till landstingen

Beslutet att överföra huvudmannaskapet för mentalsjukvården till landstingen baserades på överväganden i den statliga Mentalvårdsdelegationen, som var en delegation inom Kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket. Delegationen lämnade tre betänkanden och ett slutbetänkande år 1958.

I slutbetänkandet konstateras att det redan i direktivet till utredningen förutsattes att all sjukvård i princip bör sammanföras under ett enhetligt huvudmannaskap och att det accepterats som en allmän målsättning för reformarbetet inom området.[13] Frågan om ansvaret för mentalsjukvården hade behandlats av flera tidigare utredningar. En efterfrågan hade funnits på att överföra huvudmannaskapet till landstingen, till stor del med liknande motiveringar som framfördes för överförandet av ansvaret för den öppna vården. Förhållandena inom den statliga delen av mentalsjukvården hade varit föremål för kritik, vilket delegationen ansåg till stor del vara befogad. Samtidigt hade argument framförts om att landstingen på ett förtjänstfullt sätt hade ansvarat för den slutna kroppssjukvården och att det var orimligt att mentalsjukhusen skulle drivas en huvudman och de psykiatriska vårdavdelningarna på lasaretten av en annan. Den utveckling och samordning man ville se inom vården skulle underlättas av ett enhetligt huvudmannaskap.[14]

[13] SOU 1958:38, *Mentalsjukvården. Planering och organisation.* Betänkande 3 av Mentalsjukvårdsdelegationen, s. 293.
[14] SOU 1958:38, *Mentalsjukvården. Planering och organisation*, s. 308 f.

Delegationen lyfte att det fanns flera aspekter som talade emot ett statligt huvudmannaskap. Man såg att det med den tidens ”omfattande och invecklade statsförvaltning” ur ett praktiskt perspektiv var ofördelaktigt att direkta sjukvårdsuppgifter skulle åligga centrala statliga organ. Man poängterade att en decentralisering av beslutanderätten visserligen vore möjlig, men att många beslut ändå skulle behöva fattas centralt, bland annat eftersom alla beslut med staten som huvudman tenderar att få följdverkningar inom hela landet. Vidare såg man en risk för att berättigade och rimliga krav från mentalsjukvårdens sida, vid ett statligt huvudmannaskap, skulle få stå tillbaka till förmån för behov inom andra områden.[15]

På motsvarande sätt ansåg delegationen att landstingens ”nära kontakt med den vårdsökande allmänheten” tvingar till en behovsprövning där sjukvårdssynpunkterna kommer i första hand. Genom att vara ett specialorgan inom sjukvårdens område ansågs de ha möjlighet att lägga mer fokus på sjukvårdsproblemen än vad staten skulle ha. En viktig faktor var också att ledamöterna i landstingen kände en lokal samhörighet med befolkningen inom området, och att detta skulle ha en positiv påverkan på hur sjukvårdsuppgifterna hanterades.[16]

Delegationen ansåg dock att de främsta argumenten för ett förändrat huvudmannaskap var av principiell karaktär. Genom det statliga huvudmannaskapet för delar av mentalsjukvården hade den samordning med övrig vård som behövts inte kommit till stånd. Genom den medicinska utvecklingen hade gränserna mellan somatisk och psykisk vård blivit mer flytande och man såg ett behov av att patienter på de statliga sjukhusen skulle få tillgodogöra sig de fördelar som fanns med att samordna psykisk och somatisk vård. En verklig samordning och integration av de två vårdformerna ansågs förutsätta ett enhetligt huvudmannaskap inom varje sjukvårdsområde.[17]

Vissa farhågor hade också framkommit under utredningsarbetet. En risk var att smidigheten och det praktiska handlaget i landstingens hantering av sjukvården skulle kunna gå förlorad om de också skulle ”belastas” med mentalsjukvården. Det skulle kräva en större stab av tjänstemän och det skulle kunna försvåra de förtroendeval-

[15] SOU 1958:38, *Mentalsjukvården. Planering och organisation*, s. 314.
[16] SOU 1958:38, *Mentalsjukvården. Planering och organisation*, s. 314.
[17] SOU 1958:38, *Mentalsjukvården. Planering och organisation*, s 315.

das möjligheter att överblicka hela fältet. En annan farhåga var att landstingen efter ett övertagande skulle komma att även fortsättningsvis koncentrera sina insatser till kroppssjukvården och att mentalsjukvården därmed inte skulle bli föremål för den nödvändiga upprustningen.[18]

1963 föreslog regeringen att landstingen från 1 januari 1967 skulle överta huvudmannaskapet för den statliga mentalsjukvården.[19] Kropps- och mentalsjukvården skulle därmed samordnas under ett enhetligt huvudmannaskap. Tidig behandling samt mål om samordning av öppen och sluten mentalsjukvård samt mentalsjukvård och kroppssjukvård ansågs kräva gemensam planläggning och förvaltning av hela vårdområdet. Slutmålet skulle vara att mentalsjukvård och kroppssjukvård skulle sammansmälta som olika specialiteter inom samma sjukvårdsorganisation.[20] Reformens genomförande förutsatte att särskilda avtal skulle upprättas mellan staten och landstingen.

Regionalt huvudmannaskap för Karolinska sjukhuset och Akademiska sjukhuset

När det gäller förändringen av huvudmannaskapet för Karolinska sjukhuset och Akademiska sjukhuset under 1980-talet sågs dessa beslut som ett steg i den successiva avvecklingen av statens historiskt betingade huvudmannaskap för delar av hälso- och sjukvården och ett steg i utvecklingen mot ett enhetligt landstingskommunalt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Det ansågs principiellt värdefullt att staten, mot bakgrund av de reformer som genomförts, inte skulle ha denna partsroll som huvudman vid sidan av sitt ansvar för hälso- och sjukvårdslagstiftningen och den centrala planeringen och samordningen.[21] I propositionen gällande Karolinska sjukhuset anfördes också att landstingets befogade krav på ökat inflytande över verksamheten vid sjukhuset inte kunde förenas med ett fortsatt statligt ansvar för verksamheten. Ett överförande av huvud-

[18] SOU 1958:38, *Mentalsjukvården. Planering och organisation*, s. 316.
[19] Prop. 1963:171, *Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen angående landstingskommunernas övertagande av statens mentalsjukvård m.m.*
[20] Prop. 1963 :171, *Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen angående landstingskommunernas övertagande av statens mentalsjukvård m.m.*, s. 85.
[21] Prop. 1981/82:145, *om ändrat huvudmannaskap för akademiska sjukhuset i Uppsala, m.m.* s. 6.

mannaskapet till landstinget ansågs också vara en förutsättning för en effektivare planering, samordning och organisation av sjukvården inom Stockholms läns landstings område.[22]

Tidigare utredningar av huvudmannaskapet

Frågan om ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården har berörts i några tidigare utredningar. Sekretariatet har gått igenom resonemangen som fördes i Utredningen om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000 (slutbetänkande SOU 1999:66), departementsutredningen Högspecialiserad hälso- och sjukvård – kartläggning och förslag (Ds 2003:56) och Ansvarskommittén (SOU 2007:10–12).

Utredningen om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000

HSU 2000 var en parlamentarisk kommitté som tillsattes år 1992 med uppdraget att analysera och bedöma hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2000 samt överväga hur hälso- och sjukvården skulle finansieras och organiseras på den övergripande samhällsnivån. I en underlagsrapport från utredningens expertgrupp påpekades att den helintegrerade hälso- och sjukvårdsmodellen, med ett samlat huvudmannaskap för all hälso- och sjukvård inom varje region, då fortfarande var relativt ung.[23] Man såg att modellen hade både för- och nackdelar. Som fördelar lyftes att det samlade ansvaret för finansiering och produktion skapade förutsättningar för att åstadkomma en rationell vårdorganisation. En nackdel var att en helintegrerad regional sjukvårdsorganisation kunde uppvisa svagheter när de inre och yttre förutsättningarna förändras. Till exempel påpekades att förändringar i medicinsk teknologi och befolkningens önskemål ställer krav på anpassningsförmåga i organisationen. Expertgruppen påpekade att den helintegrerade organisationen utsätts för påfrestningar när befintlig verksamhet måste avvecklas och

[22] Prop. 1980/81:95, *om ändrat huvudmannaskap för Karolinska sjukhuset, m.m.* s. 8 f.
[23] SOU 1993:38, *Hälso- och sjukvården i framtiden – tre modeller*, s. 63.

ersättas, och när befolkningens önskemål (om val av vårdgivare) avviker från tidigare konsumtionsmönster.[24]

Kommittén tog inte uttryckligen ställning till frågan om ett statligt huvudmannaskap, vilket inte heller ingick i uppdraget. Däremot kan kommittén, genom sina övriga överväganden, sägas ha gett förnyad legitimitet till den rådande ansvarsfördelningen, bland annat genom att betona decentraliseringens och det kommunala självstyrets fördelar. I slutbetänkandet landade kommittén i att en verksamhet som utförs så decentraliserat som hälso- och sjukvård bäst styrs och organiseras lokalt. Kommittén ansåg att det måste finnas en närhet mellan dem som beslutar om nya resurser och prioriteringar mellan verksamheter och vårdens utövare för att verksamheten ska bli så utvecklingsinriktad som medborgarna har rätt att vänta sig. Vidare ansåg kommittén att det alltid skulle finnas en spänning mellan vårdens utförare och finansiärer men att denna spänning lättare hanteras när det finns en närhet och möjlighet till dialog mellan politiker och vårdens professioner, något som bara kan genomföras i en decentraliserad organisation.[25]

Högspecialiserad hälso- och sjukvård – kartläggning och förslag (Ds. 2003:56)

År 2002 beslutade regeringen att inom Socialdepartementet tillsätta en projektgrupp för att göra en översyn av den högspecialiserade vården, inklusive att se över vissa frågor gällande klinisk forskning. Projektgruppen bestod av ämnessakkunniga inom Socialdepartementet och presenterade sitt arbete i en rapport (Ds 2003:56). Utredningen tog bland annat ställning till frågan om att införa ett statligt huvudmannaskap för den högspecialiserade vården, men landade i att ansvaret för att finansiera och producera högspecialiserad sjukvård, liksom all sjukvård, även i framtiden bör ligga på landstingen.[26] Den högspecialiserade sjukvården ansågs svår att avgränsa från vårdkedjan och gruppen menade att det därför inte fanns några vinster med ändrat huvudmannaskap i den delen. I den mån det skulle vara möjligt att begränsa universitetssjukhusens vårdut-

[24] SOU 1993:38, *Hälso- och sjukvården i framtiden – tre modeller*, s. 64.
[25] SOU 1999:66, *God vård på lika villkor? – om statens styrning av hälso- och sjukvården*, s. 16.
[26] Ds 2003:56, *Högspecialiserad sjukvård – Kartläggning och förslag*, s. 12.

bud till enbart riks- eller regionsjukvård så skulle ett ändrat huvudmannaskap i denna del kunna vara en tänkbar möjlighet enligt projektgruppen. Projektgruppen bedömde dock att det skulle medföra svårhanterliga gränssnitt mellan statens och landstingets ansvar och att ett partiellt skifte av huvudmannaskap skulle skapa organisatorisk förvirring som inte skulle gynna hälso- och sjukvården.[27]

Projektgruppens utredning berörde också kort frågan om ett förstatligande av vården i sin helhet. Gruppen ansåg att en sådan förändring skulle kräva en noggrann analys av hur ett ändrat huvudmannaskap ger bättre förutsättningar för patienter att få vård, att korta vårdköer eller att på annat sätt bidra till en höjning av vårdkvaliteten. Gruppen genomförde inte någon fördjupad analys av frågan men menade att det fanns en påtaglig risk för att ett förstatligande skulle bli en svår process med stora risker för kostnadsökningar utan att motsvarande förbättringar av vårdkvalitet uppnås.[28] Gruppen bedömde också att landstingen var den institution som vid den aktuella tidpunkten hade bäst förutsättningar att driva och finansiera sjukvård. Möjligheterna att via den folkvalda fullmäktigeförsamlingen påverka vårdens utformning och anpassning till en lokal situation betraktades som ett fundament för att skapa en god vårdorganisation. Man betonade också värdet i att samma huvudman ansvarar för hela vårdkedjan. Delade ansvarsförhållanden ansågs inte kunna leda till besparingar eller kunna tillföra vården någonting.[29]

Ansvarskommittén

Ansvarskommittén var en parlamentariskt sammansatt kommitté som tillsattes år 2003 med uppdrag att se över strukturen och uppgiftsfördelningen inom samhällsorganisationen. I en sekretariatsrapport om hälso- och sjukvården som kommittén använt som underlag i arbetet beskrivs ett antal vägval gällande ansvarsfördelningen i hälso- och sjukvården.[30] En möjlig väg var att avskaffa landstingen och överföra ansvaret för hälso- och sjukvården till

[27] Ds 2003:56, *Högspecialiserad sjukvård – Kartläggning och förslag*, s. 13.
[28] Ds 2003:56, *Högspecialiserad sjukvård – Kartläggning och förslag*, s 13.
[29] Ds 2003:56, *Högspecialiserad sjukvård – Kartläggning och förslag*, s. 163.
[30] SOU 2007:12, *Hälso- och sjukvården.*

staten. Detta skulle bland annat ge staten mer direkta möjligheter att verka för ökad likvärdighet. Norska erfarenheter hade visat att det vore ett rimligt antagande att de offentliga resurserna till hälso- och sjukvård skulle öka i en sådan modell. Det lyftes att det decentraliserade ansvaret i debatten ofta ansågs ha en återhållande effekt på kostnadsutvecklingen, och att ett avskaffande av landstingen utifrån detta argument därför skulle kunna medföra minskad återhållsamhet.[31] I rapporten beskrevs samtidigt att det inte gick att leda i bevis att det decentraliserade ansvaret haft en återhållande effekt på kostnaderna. Det kunde konstateras att Sverige hade en kostnadseffektiv sjukvård och goda medicinska resultat, men det var svårt att säga i vilken utsträckning detta kunde anses bero på att landstingen var huvudmän. Däremot kunde det finnas fog för att konstatera att den svenska modellen inte varit uttalat kostnadsdrivande.[32]

Ett avskaffande av landstingen skulle enligt sekretariatsrapporten till Ansvarskommittén framför allt vara ett sätt att svara mot problem med bristande legitimitet och likvärdighet.[33] Landstingen beskrevs sakna legitimitet både hos många medborgare och hos delar av professionen, vilket kunde utgöra ett motiv för att avskaffa dem.[34] Det skulle också möjliggöra ett mycket mer operativt styre från statens sida och beslut om hälso- och sjukvårdens struktur, till exempel om antalet akutsjukhus, skulle i denna modell komma att fattas på nationell nivå.[35] Det beskrevs samtidigt att styrproblemen i hälso- och sjukvården skulle kvarstå oavsett vilken politisk nivå som ansvarade för den. Man menade att problemen främst hängde ihop med faktorer som ledarskap, förtroenderelationer och andra faktorer som i första hand inte var strukturella. I underlagsrapporten beskrevs vidare att ett förstatligande skulle kräva en bred analys, där hälso- och sjukvården ingår som ett eller flera delområden. En samhällsmodell med endast primärkommuner och stat ansågs inte lämpligt att besluta om enbart utifrån ett hälso- och sjukvårdspolitiskt perspektiv.[36]

[31] SOU 2007:12, *Hälso- och sjukvården*, s. 124 f.
[32] SOU 2007:12, *Hälso- och sjukvården*, s. 117.
[33] SOU 2007:12, *Hälso- och sjukvården*, s. 125.
[34] SOU 2007:12, *Hälso- och sjukvården*, s. 93.
[35] SOU 2007:12, *Hälso- och sjukvården*, s. 127.
[36] SOU 2007:12, *Hälso- och sjukvården*, s. 125.

I underlagsrapporten resoneras också kring möjligheten att inte hålla ihop finansierings- och tillhandahållaransvaret. Det beskrivs att en tänkbar modell skulle vara att staten tog över finansieringen och att direktvalda eller indirekt valda regionala organ ansvarade för tillhandahållandet tillsammans med kommunerna.[37]

I slutbetänkandet slog Ansvarskommittén fast att man ansåg att finansierings- och tillhandahållaransvar bör hållas ihop. Kommittén beskrev också att man inte funnit någon anledning att i nuvarande läge föreslå ett statligt ansvar för finansiering och tillhandahållande av hälso- och sjukvård.[38] Ansvarskommittén bedömde att ett hälso- och sjukvårdssystem, där olika huvudmän prövar lösningar och sprider kostnader och risker för utvecklingsarbetet, främjar såväl utvecklingskraft som effektivitet.[39] Däremot ansåg kommittén att landstingen var för små för att klara sitt uppdrag och att landstingens uppgifter skulle övertas av väsentligt färre och mer jämnstora regionkommuner.[40]

2.2 Rättsliga utgångspunkter för ansvarsfördelningen

Dagens ansvarsfördelning är en följd av flera politiska beslut och manifesteras genom flera komplexa, parallella och ibland överlappande regelsystem som på olika sätt påverkar ansvarsfördelningen mellan stat, region och kommun. Genom lagstiftning har regionerna och kommunerna ålagts det huvudsakliga ansvaret för att erbjuda hälso- och sjukvård till landets invånare. Som en följd av det konstitutionella ramverket och den grundlagsskyddade kommunala självstyrelsen måste staten, vid överlämnande av uppgiften att erbjuda hälso- och sjukvård, också överlämna ett visst handlingsutrymme till regioner och kommuner. Med andra ord finns det gränser för hur statens styrning av regionernas hälso- och sjukvårdsverksamhet kan utövas. Det finns också vissa grundläggande principer som måste beaktas vid utformningen av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, oaktat val av huvudman och organisationsform.

[37] SOU 2007:12, *Hälso- och sjukvården*, s. 125.
[38] SOU 2007:10, *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*, s. 160.
[39] SOU 2007:10, *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*, s. 16.
[40] SOU 2007:10, *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*, s. 16.

Grundläggande mål och principer för den svenska hälso- och sjukvården

Utgångspunkten för kommitténs uppdrag är att de styrande principerna för hälso- och sjukvården ska vara oförändrade. Därför ges i kommande avsnitt till att börja med en översiktlig bild av två centrala rättsliga aspekter i hälso- och sjukvårdsjuridiken. En förändring eller förskjutning i ansvarsfördelningen måste respektera dessa aspekter som rör *en god hälsa på lika villkor* och *rätten till hälsa*.

En god hälsa på lika villkor

De grundläggande värdena i det svenska offentligrättsliga systemet framgår av 1 kap. 2 § andra stycket regeringsformen (1974:152), RF. Bland annat uttrycks i paragrafens andra stycke de så kallade sociala rättigheterna.

> Den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. 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 är genom sin placering i RF:s första kapitel (till skillnad från rättigheterna i grundlagens andra kapitel) inte rättsligt bindande utan betraktas som ett målsättningsstadgande.[41] Genom denna reglering markeras dock att de sociala rättigheterna är en del av principerna för det svenska statsskicket och därmed understryks också den generella välfärdspolitikens betydelse för Sverige.[42] Även om den inte ger upphov till några individuella rättigheter kan bestämmelsen få betydelse vid rättstillämpning där det är fråga om att väga olika faktorer mot varandra.[43] Bestämmelsen har beskrivits som en ”tolkningsfond” till vilken andra regler i rättssystemet i någon utsträckning behöver förhålla sig. [44]

Målsättningsstadgandet i RF återspeglas i en central bestämmelse i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

---

[41] Prop. 1973:90, *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning m.m.* s. 194, prop. 1975/76:209, *om ändring i regeringsformen*, s. 128 och SOU 1975:75, *Medborgerliga fri- och rättigheter*, s. 184.
[42] Lind, A-S. (2009), *Sociala rättigheter i förändring,* s. 438.
[43] NJA 2020, s. 3 punkt 92.
[44] Se till exempel Bremdal, P. (2014), *Är RF 1 kap. 2 § bara tomma ord? Några tankar om målsättningsstadgandet i RF, i: Regeringsformen 40 år 1974–2014*, s. 57–68.

> 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.

Bestämmelsens första stycke pekar ut mål, inte krav, som hälso- och sjukvården ska eftersträva. Valet av mållagstiftning signalerar en medvetenhet om att ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen” inte kan förverkligas vid varje givet ögonblick. Det är ett faktum att efterfrågan på vård alltid kommer att vara större än tillgången och att prioriteringar mellan vårdsökande och mellan grupper och verksamheter är ofrånkomliga. Prioriteringar ska göras i enlighet med den så kallade etiska plattformen som riksdagen har beslutat om, bestående av tre principer; människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.[45] Dessa principer ska vara vägledande vid beslutsfattande på alla nivåer i hälso- och sjukvården – på politisk och administrativ nivå samt i den kliniska vardagen. Principerna formulerades av Prioriteringsutredningen som presenterade sitt betänkande *Vårdens svåra val* (SOU 1995:5) år 1995. Utredningen eftersträvade i sitt arbete brett samråd och förankring hos landets befolkning, bland politiker, sjukvårdens personal och administratörer och inte minst patienter, anhöriga och patientorganisationer. I den efterföljande propositionen framhölls att nödvändiga prioriteringar måste uppfattas som rimliga och rättfärdiga för att ha en demokratisk förankring och vidmakthålla förtroendet för hälso- och sjukvården.[46]

Människovärdesprincipen innebär att all vård ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet, oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Principen är grundläggande inom medicinsk etik och tydligt knuten till såväl den svenska grundlagen som internationella mänskliga rättigheter. Tanken att alla människor har ett egenvärde just för att de är människor, inte för vad de har eller gör, utgör grunden för de mänskliga rättigheterna.[47]

Behovs- och solidaritetsprincipen innebär att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

[45] SOU 1995:5, *Vårdens svåra val*, prop. 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.
[46] Prop. 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*, s. 13.
[47] Prop. 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*, s. 19.

Patientens sociala status eller betalningsförmåga ska inte avgöra vilken insats vården ska erbjuda. Mer av vårdens resurser ska ges till de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvalitén.

De två första principerna kommer till uttryck i den citerade bestämmelsens andra stycke medan kostnadseffektivitetsprincipen endast lagstadgas på organisatorisk nivå (4 kap. 1 § HSL). Dock står det klart att en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa, alltid ska eftersträvas i fördelningen av vårdens resurser. Kostnadseffektivitetsprincipen är underordnad människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen men är i praktiken sammanlänkad med bedömningen av en patients behov, eftersom man som patient inte kan anses ha behov av det som patienten inte har nytta av, det vill säga som inte förbättrar hälsan eller livskvalitén.[48]

Rätten till hälsa

Att hälso- och sjukvården utformas så att människors hälsa främjas på lika villkor är en del av statens åtaganden enligt internationella överenskommelser om att skydda och förverkliga mänskliga rättigheter. Rätten till hälsa betraktas som en av de grundläggande mänskliga rättigheterna och tillsammans med rätten till liv anses rätten till hälsa vara en förutsättning för alla andra rättigheter. Rätten till hälsa kom till uttryck redan år 1948 i FN:s allmänna deklaration om de mänskliga rättigheterna och har därefter stadgats i ett flertal konventioner, om än på lite olika sätt.[49] Rätten till hälsa betraktas som en så kallad positiv rättighet vilket innebär att den ställer krav på aktivt handlande från statens sida på ett annat sätt än en negativ rättighet där staten har skyldighet att avhålla sig från att ingripa i människors privata sfär (ett exempel på en sådan rättighet är rätten till skydd mot påtvingade ingrepp i 2 kap. 6 § RF). Positiva rättigheter är dock sällan lika starkt skyddade av olika rättsordningar och det är mer sällsynt att sådana rättigheter är rättsligt utkrävbara.

I FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter formuleras en rätt till bästa möjliga hälsa för alla (artikel 12). Genom att ratificera konventionen har Sverige bland annat åtagit

[48] Prop. 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*, s. 16–17.
[49] SOU 2011:48, *Vård efter behov och på lika villkor – en mänsklig rättighet*, s. 157 ff.

sig att utnyttja sina tillgängliga resurser för att trygga att rättigheterna i konventionen ”gradvis förverkligas i sin helhet med alla lämpliga medel, i synnerhet genom lagstiftning”. FN:s kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter har utvecklat hur innehållet i artikeln ska tolkas i en allmän kommentar.[50] Rätten till bästa möjliga hälsa definieras där utifrån fyra centrala begrepp – AAAQ – Availability (tillgång), Accessibility (tillgänglighet), Acceptability (godtagbarhet) och Quality (kvalitet). Enligt den internationella rätten ska sårbara grupper få särskild uppmärksamhet och resurser ska fördelas på lika villkor. Vilka villkor som ska gälla fastställs inte i den internationella rätten, dock sätter det grundläggande förbudet mot diskriminering gränser för staternas val av lösningar.

Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) – vilken gäller som svensk lag – innehåller ingen rätt till hälsa men däremot kan andra artiklar i vissa fall medföra positiva förpliktelser för konventionsstaterna att ge viss hälso- och sjukvård, exempelvis för att skydda rätten till liv i artikel 2. Vidare har människor som är tvångsvis placerade i slutna miljöer rätt att få tillgång till adekvat hälso- och sjukvård. Underlåter staterna att garantera sådan vård till intagna i kriminalvård eller unga placerade på låsta institutioner kan det anses utgöra en kränkning av Europakonventions artikel 3 som förbjuder tortyr och annan omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning.

Precis som när det gäller andra sociala rättigheter råder viss oklarhet om hur långt statens skyldigheter att tillhandahålla vård till sina invånare kan anses sträcka sig.[51] Man brukar skilja mellan individuella patienträttigheter under tiden en person har kontakt med hälso- och sjukvården och ”rätten att bli patient” som är mer av en social och kollektiv rättighet.[52] Sammanfattningsvis kan konstateras att stater har en positiv förpliktelse att skydda och främja den enskildes och allmänhetens hälsa så långt som resurserna med-

[50] *General Comment No 14 The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*.
[51] Lind, A-S.a (2009), *Sociala rättigheter i förändring, En konstitutionellrättslig studie*, avhandling, Uppsala universitet. Se också, Rynning, E. (2011), *Patientens rättsliga ställning – två steg fram och ett tillbaka?* Festskrift till Lotta Vahlne Westerhäll, s. 307.
[52] Willy Palm, Herman Nys, David Townend, David Shaw, Timo Clemens, Helmut Brand, *Patients' rights: from recognition to implementation*, – publicerad i antologin *Health Systems-Evidence, Strategies and Challenges*, s. 349.

ger men rätten till hälsa innebär ingen rätt för enskilda personer att vara friska eller någon rätt att kräva viss hälso- och sjukvård.

Kort om EU-rättens betydelse

Hälso- och sjukvård är en nationell befogenhet och medlemsstaterna finansierar, förvaltar och organiserar sina egna hälso- och sjukvårdssystem. EU har alltså begränsade befogenheter på hälso- och sjukvårdens område men EU:s befogenheter berör andra politiska områden som indirekt och i olika grad påverkar hur den svenska hälso- och sjukvården kan bedrivas och organiseras. EU:s inre marknad säkerställer fri rörlighet för varor, tjänster, kapital och människor, och i syfte att garantera den inre marknadens funktion har en rad reformer implementerats och rättsakter beslutats. Till exempel utgör social trygghet en förutsättning för den fria rörligheten för människor inom EU. Covid-19-pandemin ledde också till ett större intresse för samverkan inom EU då behovet av gemensamma insatser blev påtagligt.[53]

När det gäller *folkhälsa* delas befogenheten mellan EU och medlemsstaterna. I enlighet med artikel 168 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt ska unionen komplettera och stödja nationell hälso- och sjukvårdspolitik. EU:s politik på folkhälsoområdet manifesteras genom olika åtgärder på unionsnivå. Åtgärderna syftar bland annat till att stödja samarbete och samordning mellan medlemsstaterna för en bättre beredskap och bättre förebyggande och motverkande av gränsöverskridande spridning av allvarliga infektioner och sjukdomar hos människor samt för att förebygga smittsamma sjukdomar med hjälp av vaccination. Den rättsliga grunden för folkhälsa har även använts för att upprätta en europeisk smittskyddsmyndighet (ECDC).

EU har med stöd av andra rättsliga grunder beslutat om en rad rättsakter som får betydelse för det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, exempelvis regler i det så kallade mottagandedirektivet[54] om nödvändig hälso- och sjukvård till asylsökande, rätten till sjuk-

[53] Se Sieps (2024), *Från pandemihantering till hälsounion – tillbakablick och framtidsspaningar* om EU:s allt större befogenheter på hälso- och sjukvårdsområdet.
[54] Europaparlamentets och rådets direktiv 2013/33/EU av den 26 juni 2013 om normer för mottagande av personer som ansöker om internationellt skydd (omarbetning).

försäkringsförmåner för personer som rör sig inom EES[55], rätt att motta hälso- och sjukvård och tandvård i ett annat land inom gemenskapen enligt det så kallade patientrörlighetsdirektivet[56], fri rörlighet för hälso- och sjukvårdspersonal och ömsesidigt erkännande av yrkeskvalifikationer för reglerade vårdyrken[57], offentlig upphandling,[58] godkännande och säkerhetsövervakning av läkemedel,[59] behandlingen av personuppgifter i patientjournal genom den allmänna dataskyddsförordningen[60] samt upprättandet av ett europeiskt hälsodataområde (European Health Data Space – EHDS).

Staten och regionerna

Grundläggande bestämmelser om hur Sverige styrs och organiseras finns i grundlagarna. Av RF:s första paragraf framgår att all offentlig makt i Sverige utgår från folket samt att den svenska folk-

[55] Rådets förordning (EG) nr 883/ av den 29 april 2004 om samordning 2004 av de sociala trygghetssystemen.
[56] Europaparlamentets och rådets direktiv (EU) 2011/24 av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård. Bestämmelserna i patientrörlighetsdirektivet tar framför allt sikte på att reglera frågor som rör kostnadsersättning för vård som ges i en annan medlemsstat än den där vårdmottagaren är bosatt och är huvudsakligen genomfört i svensk rätt genom lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom europeiska ekonomiska samarbetsområdet och lagen (2013:514) om regionernas och kommunernas kostnadsansvar för viss vård i utlandet. Patientrörlighetsdirektivet berör även frågan om gränsöverskridande utbyte av elektroniska hälsouppgifter, särskilt i artikel 14 om nätverket för e-hälsa. Inom ramen för samarbetet finns för närvarande två tjänster framtagna. En tjänst för gränsöverskridande utbyte av elektroniska recept (e-recept) och en tjänst för patientöversikter över landsgränser. Medlemsländerna kan välja att delta i samarbetet om e-recept och/eller patientöversikter se vidare SOU 2023:13, *Patientöversikter inom EES och Sverige*, s. 88.
[57] Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer. Direktivet har implementerats genom lagen (2016:145) om erkännande av yrkeskvalifikationer. Socialstyrelsen prövar och utfärdar bevis om behörigheter för hälso- och sjukvårdspersonal med såväl svensk som utländsk utbildning och har utfärdat föreskrifter och allmänna råd om erkännande av yrkeskvalifikationer inom hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:64).
[58] Se till exempel Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/24/EU av den 26 februari 2014 om offentlig upphandling och om upphävande av direktiv 2004/18/EG och Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/25/EU av den 26 februari 2014 om upphandling av enheter som är verksamma på områdena vatten, energi, transporter och posttjänster och om upphävande av direktiv 2004/17/EG.
[59] Se till exempel Europaparlamentets och rådets direktiv av den 6 november 2001 om upprättande av gemenskapsregler för humanläkemedel (2001/83/EG). Observera att det för närvarande pågår arbete inom EU för en reformerad läkemedelslagstiftning. Se även Europaparlamentets och rådets direktiv 2010/53/EU om kvalitets- och säkerhetsnormer för mänskliga organ avsedda för transplantation samt lagen (2006:496) om blodsäkerhet som bygger på flera EU-direktiv om blodsäkerhet.
[60] 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.

styrelsen bygger på fri åsiktsbildning och på allmän och lika rösträtt. Den förverkligas genom ett representativt och parlamentariskt statsskick och genom kommunal självstyrelse. Den offentliga makten utövas under lagarna.

Riksdagen är folkets främsta företrädare. Riksdagen stiftar lag, beslutar om skatt till staten och bestämmer hur statens medel ska användas. Regeringen styr riket och är ansvarig inför riksdagen. För rättskipningen finns domstolar och för den offentliga förvaltningen statliga och kommunala förvaltningsmyndigheter (se 1 kap. 4, 6 och 8 §§ RF).

Av RF framgår också att det i riket finns kommuner på lokal och regional nivå (1 kap. 7 § RF). Regioner benämns alltså i RF som kommuner på regional nivå[61] och kommuner och regioner är likställda konstitutionellt. Bestämmelserna i RF om kommuner och regioner är uttryck för vissa fundamentala drag i fråga om kommunernas ställning i styrelseskicket.[62] Det kan nämnas att Europarådets konvention om kommunal självstyrelse bland annat ställer krav på lagstadgad kommunal självstyrelse i de stater som ratificerat konventionen, vilket Sverige gjorde 1989. Utgångspunkten för konventionen är att självstyrelse för lokala myndigheter är en förutsättning för en äkta demokrati. Alla 46 stater i Europarådet har ställt sig bakom konventionstexten.[63]

Den offentliga förvaltningen omfattar alltså vid sidan av den statliga nivån, en regional och en lokal nivå bestående av kommuner och regioner med en kommunal självstyrelse. Kommuner och regioner ansvarar för en betydande del av den offentliga verksamheten och de centrala välfärdstjänsterna. Förvaltningsmodellen innebär bland annat att statens styrning måste utformas efter en avvägning mellan behovet av nationell styrning och utrymmet för den kommunala självstyrelsen.[64]

Föreskrifter om grunderna för kommunernas och regionernas organisation och verksamhetsformer samt för deras befogenheter och åligganden ska meddelas genom lag (8 kap. 2 § RF). Riksdagen kan dock bemyndiga regeringen att meddela föreskrifter i ämnet samt medge att regeringen bemyndigar en förvaltningsmyndighet

[61] I kommunallagen (2017:725) har termerna kommuner och regioner förts in.
[62] Prop. 1973:90, *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning m.m.* s 187 ff.
[63] Europarådet, *European Charter of Local Self-Government.*
[64] SOU 2024:43, *Staten och kommunsektorn – samverkan, självstyrelse, styrning*, s. 57 f.

att meddela föreskrifter i ämnet (8 kap. 3 och 10 §§ RF). Även myndigheter kan alltså, efter bemyndigande, utfärda för kommuner och regioner bindande föreskrifter.

Varken kommun- och regionindelningen eller ansvarsfördelningen mellan stat, kommun och region är reglerad i grundlag. Vilka områden som kommunerna och regionerna ska ansvara för bestäms i stället genom speciallagstiftning (exempelvis socialtjänstlagen [2001:453][65], skollagen [2010:800] och HSL). Vid sidan av de obligatoriska uppgifterna har kommunerna och regionerna en allmän kompetens med stöd i kommunallagen (2017:725), vilket innebär att de själva får ha hand om angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller regionens område eller deras medlemmar – den så kallade fria sektorn (14 kap. 2 § RF och 2 kap. 1 § kommunallagen). Kommunerna och regionerna får ta ut skatt för skötseln av sina angelägenheter (14 kap. 4 § RF).

Statens myndigheter

Under regeringen lyder Justitiekanslern och de statliga förvaltningsmyndigheterna. Den svenska statsförvaltningen bygger på principen att myndigheterna är fristående från Regeringskansliet. Ministern är därmed chef över sitt departement men inte över myndigheten. Ministern utövar i stället sin makt genom att vara en del av regeringen, som i sin tur styr myndigheterna. Regeringen fattar beslut som kollektiv efter sammanträde (7 kap. 3 § RF). Till skillnad från domstolarna står förvaltningsmyndigheterna i ett principiellt lydnadsförhållande till regeringen.[66] Regeringen får dock inte bestämma hur en förvaltningsmyndighet i ett särskilt fall ska besluta i ett ärende som rör myndighetsutövning mot en enskild eller mot en kommun eller region eller som rör tillämpningen av lag (12 kap. 2 § RF). Utanför bestämmelsens tillämpningsområde kan regeringen ge direktiv för hur ett enskilt ärende ska hanteras.[67] Därtill

[65] Den 1 juli 2025 träder en ny socialtjänstlag i kraft och den tidigare socialtjänstlagen upphävs, se prop. 2024/25:89, *En förebyggande socialtjänstlag – för ökade rättigheter, skyldigheter och möjligheter.*
[66] SOU 2007:11, *Staten och kommunerna – uppgifter, struktur och relation*, s. 23.
[67] Se Holmberg, Stjernquist, Isberg, Eliason, Regner, (2019), *Grundlagarna*, kommentaren till 12 kap. 2 §. RF Nordstedts Juridik (JUNO).

förekommer olika former av informella kontakter som kan förtydliga den formella styrningen.[68]

Riksdagens och regeringens styrning förmedlas till myndigheterna genom lagar, förordningar med instruktion för myndigheterna, regleringsbrev, andra regeringsbeslut och informella kontakter. Det finns författningar som gäller alla myndigheter så som tryckfrihetsförordningen (1949:105), förvaltningslagen (2017:900) och myndighetsförordningen (2007:515). Annan styrning gäller enstaka myndigheter eller några få myndigheter och sker genom förordningar med instruktioner samt regleringsbrev. Genom instruktionerna fastläggs de grundläggande institutionella förhållandena, exempelvis myndighetens ledningsform. Genom regleringsbrevet meddelar regeringen sedan myndighetens ekonomiska förutsättningar, mål avseende prestationer och effekter, krav på återrapportering och olika uppdrag. Regeringens utnämningar av i första hand myndigheternas chefer och i vissa fall andra befattningshavare samt styrelserna fungerar också som en del av den direkta myndighetsstyrningen.[69] Myndigheternas verksamhet är i olika omfattning reglerad av lagar beroende på verksamhetens art. Viss verksamhet såsom myndighetsutövning är mer reglerad än annan verksamhet.[70]

Regeringskansliet är den myndighet som enligt sin instruktion har till uppgift att bereda regeringsärenden och i övrigt biträda regeringen och statsråden i deras verksamhet. I förordningen (1996:1515) med instruktion för Regeringskansliet anges också vilka departement som ska finnas, exempelvis anges att det ska finnas ett Socialdepartement. I Regeringskansliet ansvarar Socialdepartementet för bland annat folkhälsa, sjukvård och äldreomsorg samt för socialförsäkringar, frågor om individ- och familjeomsorg och stöd till personer med funktionsnedsättning. Därutöver arbetar departementet med frågor om premiepensionssystemet samt frågor som rör idrott, ungdomspolitik, civilsamhället, trossamfund och begravningsväsendet.[71]

En följd av den svenska samhällsorganisationen är att det svenska Regeringskansliet är relativt litet med små departement och att förvaltningsmyndigheterna är många. Enligt Statskontoret fanns det 342 statliga myndigheter under regeringen i juni 2023,

[68] SOU 2024:43, *Staten och kommunsektorn – samverkan, självstyrelse, styrning*, s. 58.
[69] SOU 2007:75, *Att styra staten – regeringens styrning av sin förvaltning*, s. 55 ff.
[70] SOU 2007:75, *Att styra staten – regeringens styrning av sin förvaltning*, s. 116.
[71] Se bilagan till förordningen (1996:1515) med instruktion för Regeringskansliet.

varav Statskontoret hänför nio till området hälso- och sjukvård. Exempel på statliga myndigheter med ansvar för olika delar och uppgifter inom hälso- och sjukvårdssystemet är Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV).

Myndigheterna ansvarar för en rad frågor, däribland att ta fram föreskrifter, kunskapsstöd och statistik samt göra uppföljningar, analyser och utvärderingar. De har också beredskap att samordna hälso- och sjukvårdens insatser vid allvarliga händelser. Myndigheter ansvarar även för tillsyn samt viss tillståndsprövning liksom hälsoekonomiska bedömningar och beslut om tandvård, läkemedel och förbrukningsartiklar som ska ingå i högkostnadsskyddet. Vissa myndigheter, som Statens institutionsstyrelse, Försvarsmakten och Kriminalvården, bedriver hälso- och sjukvård och är därmed också vårdgivare.

Regionernas beslutsorgan och förvaltning

I regioner och kommuner är det förtroendevalda som har det övergripande ansvaret för den verksamhet som bedrivs. Grunderna för regionernas och kommunernas politiska organisation och beslutsfattande regleras i RF och i kommunallagen. Beslutanderätten i kommuner och regioner utövas av valda församlingar (fullmäktige) som utses av röstberättigade medlemmar i allmänna val. Regionfullmäktige är det högsta beslutande organet på regional nivå och representerar befolkningen. Regionfullmäktige tar beslut om regionens inriktning, verksamhet och ekonomi. De tar till exempel beslut om budget och skattesats, beslutar om förvaltningens organisation och verksamhetsformer samt väljer ledamöter och ersättare till styrelsen och nämnderna. Härutöver finns det politiska uppdrag inom regionstyrelser, i olika nämnder och utskott.

Det finns inte i lag eller annan författning någon definition av vad som är en kommunal/regional myndighet men normalt betraktas nämnderna som egna förvaltningsmyndigheter. De kommunala/regionala förvaltningsmyndigheterna utgörs då av olika nämnder med tillhörande förvaltningar, utskott, nämndberedningar, partssammansatta organ och självförvaltningsorgan. Ett kännetecken för

kommunala och regionala förvaltningsmyndigheter är därmed att ledamöterna är förtroendevalda och utses genom val i fullmäktige. Till politikernas förfogande finns en omfattande förvaltningsorganisation med ett brett uppdrag och många olika ansvarsområden. De kommunala och regionala myndigheterna styrs av både kommunala och statliga föreskrifter.[72]

Nämnderna har självständig beslutanderätt i frågor som rör förvaltningen och i frågor som de enligt lag eller annan författning ska ha hand om (6 kap. 3 § kommunallagen). Den svenska förvaltningsmodellens dualism – förvaltningens självständighet i myndighetsutövning och rättstillämpning – gäller även kommuninternt, det vill säga i förhållandet mellan fullmäktige och de kommunala förvaltningsmyndigheterna (jämför 12 kap. 2 § RF). När det gäller frågor som ankommer på nämnderna enligt lag rör det sig ofta om myndighetsutövning, exempelvis beviljande av ekonomiskt bistånd enligt socialtjänstlagen eller omhändertagande av barn enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU.

Nämnderna beslutar också i frågor som fullmäktige har delegerat till dem. Fullmäktige får uppdra åt en nämnd att i fullmäktiges ställe besluta i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden (5 kap. 2 § kommunallagen). I samband med att budgeten fastställs eller anslag annars beviljas får fullmäktige uppdra åt en nämnd att genomföra en viss verksamhet inom ramen för de riktlinjer om verksamheten som fullmäktige har fastställt, om inte något annat följer av lag eller annan författning (5 kap. 4 § kommunallagen). Med stöd av bestämmelsen kan fullmäktige bevilja nämnderna ett ramanslag för en hel verksamhet eller för en hel nämnd. En förutsättning är dock att fullmäktige har tagit ställning till verksamhetens omfattning och inriktning samt till kostnaderna och intäkterna i stort.[73] Nämnderna kan i sin tur delegera beslutanderätten till bland annat ett utskott, en ledamot, och under vissa förutsättningar en anställd (6 kap. 37 § kommunallagen). Sådana beslut som rör verksamhetens mål, inriktning omfattning och kvalitet kan aldrig delegeras till förvaltningschef eller annan anställd inom förvaltningsorganisationen (6 kap. 38 § kommunallagen).

[72] Lundmark, J. och Säfsten, M. (2024), *Förvaltningslagen En kommentar*, Nordstedts Juridik (JUNO), SOU 2024:43, *Staten och kommunsektorn – samverkan*, *självstyrelse*, *styrning*, s. 59 och s. 64, fotnot 25.
[73] Madell, T. och Lundin, O. (2025), *Kommunallagen En kommentar*, kommentaren till 5 kap. 4 § kommunallagen Nordstedts Juridik (JUNO).

Nämnderna har ansvar för att se till att verksamheten bedrivs enligt mål, riktlinjer och föreskrifter samt att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt (6 kap. 6 § kommunallagen). Nämndens ansvar för att verksamhet bedrivs i enlighet med beslutade mål och riktlinjer gäller för såväl egen verksamhet i offentlig regi, som för verksamhet som överlämnats att utföras av någon annan.

Regioner och kommuner har stor frihet i att bygga upp sin verksamhet och det varierar därför hur de organiserar sina nämnder och förvaltningar. Den övergripande styrningen av regionernas hälso- och sjukvård utövas genom det politiska ansvaret att besluta om struktur och organisation samt finansiella ramar för verksamheten. Inom dessa ramar beslutas bland annat om uppdrag, ansvarsfördelning och resursfördelning.[74]

Den kommunala självstyrelsen

Det saknas en allmänt accepterad definition av vad som avses med kommunal självstyrelse. Den kommunala självstyrelsen kan beskrivas som en princip för relationen mellan stat och kommunsektorn som är avsedd att ge kommunerna och regionerna en självständig och inom vissa ramar fri bestämmanderätt. Sverige är dock en enhetsstat vilket innebär att statsmakten är enhetlig och sammanhållen. Det skiljer sig från federala stater där statsmakten är delad mellan en federal nivå och en subnationell nivå. I federala stater är maktdelningen mellan dessa nivåer konstitutionellt garanterad. Att statsskicket bygger på enhetsstaten sätter gränser för hur långtgående den konstitutionella garantin för det kommunala självstyret kan vara.[75]

Ansvarsfördelningen mellan stat, kommun och region är inte reglerad i grundlag. I samband med antagandet av 1974 års regeringsform ansågs det varken lämpligt eller möjligt att ”en gång för alla” dra orubbliga och preciserade gränser i grundlag kring en kommunal självstyrelsesektor. Det ansågs viktigt att arbets- och befogen-

[74] Se vidare betänkandet SOU 2018:55, *Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv – Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning*.
[75] SOU 2007:93, Grundlagsutredningens rapport nr IX, *Den kommunala självstyrelsens grundlagsskydd*, s. 46.

hetsfördelningen mellan stat och kommun kan ändras i takt med samhällsutvecklingen.[76] Grundlagens flexibilitet i detta avseende är alltså fullt medveten och det är därmed inget avvikande att riksdagen genom lagstiftning förändrar regioners och kommuners ansvarsområden. Arbets- och befogenhetsfördelningen mellan stat och kommun/region har också förändrats i takt med samhällsutvecklingen vid ett flertal tillfällen.

Vilka områden som kommunerna och regionerna ska ansvara för regleras i speciallagstiftning genom vilken kommuner och regioner tilldelas betydelsefulla åligganden som blir obligatoriska för dem. Handlingsutrymmet beträffande hur dessa uppgifter ska utföras varierar beroende av lagstiftningens utformning. Jämte lagstiftning och annan normering kan det statliga inflytandet över hälso- och sjukvårdssystemet utövas genom tillsyn, kunskapsunderlag, uppföljning, ekonomiska bidrag, överenskommelser och nationella riktlinjer. Hur detaljerad styrningen är i dagens hälso- och sjukvårdssystem varierar och därigenom också regionernas mandat att besluta om sin egen hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Vid sidan av de obligatoriska skyldigheterna har kommuner och regioner en allmän kompetens med stöd i kommunallagen, vilket innebär att de själva får ha hand om angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller regionens område eller deras medlemmar (den fria sektorn). Inom detta område finns utrymme för en kommunal initiativrätt som kan sägas bilda en kärna i den kommunala självbestämmanderätten.[77] Den fria sektorn styrs av kommunallagen medan den obligatoriska sektorn styrs av kommunallagen tillsammans med specialförfattningar.

Proportionalitetsprincipen

Inskränkningar i den kommunala självstyrelsen, exempelvis genom lagstiftning, måste föregås av en proportionalitetsbedömning; detta formuleras som att en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ända-

[76] Prop. 1973:90, *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning*, s 190.
[77] Prop. 1973:90, *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning m.m.* s. 190, SOU 2007:93, Grundlagsutredningens rapport nr IX, *Den kommunala självstyrelsens grundlagsskydd*, s. 43.

mål som har föranlett den (14 kap. 3 § RF). Principen innebär kortfattat att om det mål som eftersträvas skulle kunna uppnås på ett för den kommunala självstyrelsen mindre ingripande sätt, ska det sättet väljas.

Bestämmelsen infördes år 2011 i samband med en större reform av RF och hade inte någon motsvarighet i tidigare lagstiftning. Bestämmelsen har sitt ursprung i Grundlagsutredningens betänkande *En reformerad grundlag* (SOU 2008:125). Grundlagsutredningen påpekade att det är viktigt att konsekvenserna för den kommunala självstyrelsen blir föremål för ingående överväganden vid lagstiftning.[78] Proportionalitetsprincipen måste också beaktas vid bemyndiganden till regeringen. Bemyndiganden som berör kommunal verksamhet bör ske med försiktighet och inte göras vidare än nödvändigt.[79]

Beskattningsrätten

Kommunerna får ta ut skatt för skötseln av sina angelägenheter (14 kap. 4 § RF). En ändamålsenlig avvägning mellan olika kommunala ändamål och åtgärder ansågs förutsätta en kombination av politiskt och ekonomiskt ansvar. Beskattningsrätten var inledningsvis närmast förknippad med den fria sektorn och kan sägas ha större betydelse för denna sektor, inom vilken kommuner och regioner kan ombesörja egna angelägenheter.[80] Inom det obligatoriska området bestäms uppgifter och ambitionsnivå av staten och kommuner och regioner är underkastade statens reglering. Även på det obligatoriska området har dock den fria beskattningsrätten betydelse eftersom den ger regionerna ett visst bestämmande över både insamling och fördelning av medel för verksamheten.

Möjligheten för staten att begränsa den kommunala beskattningsrätten har debatterats främst utifrån två olika perspektiv. Det ena gäller möjligheten för staten att ålägga kommunerna återhållsamhet i beskattningen, genom skattetak, skattestopp och liknande. Den andra gäller möjligheterna att föra över skattemedel mellan olika kommuner och regioner med hjälp av den kommunala

[78] SOU 2008:125, *En reformerad grundlag*, s. 538 f.
[79] Prop. 2009/10:80, *En reformerad grundlag*, s. 221 ff.
[80] Prop. 1973:90, *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning m.m.*, s. 190 f.

skatteutjämningen.[81] Att skatteutjämning får ske är numera grundlagsfäst (14 kap. 5 § RF).

Finansieringsprincipen

Sedan år 1993 tillämpas den så kallade finansieringsprincipen, som gäller när riksdagen, regeringen eller en myndighet fattar bindande beslut om ändrade regler för kommunernas och regionernas verksamhet. Finansieringsprincipen är inte lagfäst men godkänd av riksdagen.[82] Tjänstemän på Finansdepartementet och dåvarande Sveriges Kommuner och Landsting (nuvarande Sveriges Kommuner och Regioner) tog 2007 fram en gemensam promemoria för att underlätta beredningen av frågor där den kommunala finansieringsprincipen tillämpas.[83]

Av promemorian framgår att kommuner och regioner inte bör åläggas nya uppgifter utan att de samtidigt får möjlighet att finansiera dessa med annat än höjda skatter. Om staten fattar beslut som gör att den kommunala verksamheten kan bedrivas billigare bör staten på motsvarande sätt minska de statliga bidragen. Detta innebär att om kommunernas och regionernas uppgifter förändras på ett sådant sätt att kostnaderna ökar ska kommuner och regioner kompenseras för detta. Om kostnaderna i stället minskar görs en motsvarande minskning av anslaget. I de fall en uppgift som tidigare varit frivillig görs obligatorisk ska utgångspunkten vid finansieringsprincipens tillämpning vara att regleringen ska avse hela kostnaden, även den del av verksamheten som tidigare har tillhandahållits av kommunerna eller regionerna på frivillig basis. En bedömning kan dock göras från fall till fall och regleringen bör föregås av överläggning mellan staten och företrädare för kommunerna respektive regionerna.[84]

Den ekonomiska regleringen sker som huvudregel genom att nivån på anslaget 1:1 Kommunalekonomisk utjämning inom utgiftsområde 25 i statsbudgeten förändras. Reglering till följd av finan-

[81] Se Holmberg, Stjernquist, Isberg, Eliason, Regner, (2019), Grundlagarna, kommentaren till 14 kap. 4 § RF, Nordstedts Juridik (JUNO).
[82] Prop. 1993/94:150, *Förslag till slutlig reglering av statsbudgeten för budgetåret 1994/95, m.m.* bilaga 7.
[83] Sveriges Kommuner och Regioner, *Finansieringsprincipen, fördjupning*, Information på webben.
[84] Prop. 1993/94:150, *Förslag till slutlig reglering av statsbudgeten för budgetåret 1994/95, m.m.* bilaga 7.

sieringsprincipen görs normalt vid ett enskilt tillfälle och då i den pris- och volymnivå som gäller när förändringen träder i kraft och någon retroaktiv reglering görs inte. Skulle ett regleringsbelopp i efterhand i väsentlig grad visa sig vara felaktigt, får detta beaktas senare i samband med bedömningen av det skattefinansierade utrymmet för kommunsektorn och fastställandet av det generella statsbidraget.[85]

Finansieringsprincipen begränsar statens möjlighet att genom bindande regler påföra kommunerna och regionerna nya uppgifter utan att också stå för finansieringen. Om staten vill påverkar kommunernas och regionernas agerande i kostnadsdrivande riktning, utan att själv stå för finansieringen, får inflytandet i stället utövas med hjälp av mjukare styrmedel så som överenskommelser, rekommendationer och kunskapsunderlag.

2.3 Nuvarande ansvarsfördelning för hälso- och sjukvården

Den rättsliga regleringen av hälso- och sjukvården har utvecklats under lång tid och har förändrats i takt med både samhälls- och kunskapsutveckling. Det juridiska regelverket är omfattande och regelmassan inom medicinsk rätt har vuxit avsevärt de senaste decennierna. Detta beror bland annat på att välfärdssystemet generellt och hälso- och sjukvården specifikt har förändrats, exempelvis genom ett ökat inslag av privata aktörer och fler patienter från andra länder. Därtill kommer digitalisering, teknikutveckling och framsteg inom farmakologi. Utöver hälso- och sjukvårdsjuridiken finns dessutom annan lagstiftning som inte tar sikte direkt på hälso- och sjukvårdens verksamhet, och inte heller riktas mot regionerna särskilt, men som ändå påverkar regionernas förutsättningar att bedriva hälso- och sjukvård. Det gäller till exempel skatterättslig lagstiftning, arbetsrättslig lagstiftning och arbetsmiljölagstiftning. Nedanstående redogörelse ger därmed inte en fullständig bild av de normer som påverkar ansvarsfördelningen för hälso- och sjukvården.

Central lagstiftning på hälso- och sjukvårdsområdet är HSL, som reglerar regioners och kommuners ansvar som huvudmän för

[85] SOU 2024:43, *Staten och kommunsektorn – samverkan, självstyrelse, styrning*, s. 70 f.

hälso- och sjukvården. Som komplement till denna lagstiftning finns patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, patientlagen (2014:821), och patientdatalagen (2008:355) PDL. Regelverket syftar sammantaget till att invånare ska erbjudas en god och säker vård med respekt för patientens självbestämmande och den personliga integriteten. Det finns härutöver en mängd lagar, förordningar och föreskrifter som reglerar olika aspekter av hälso- och sjukvården. Regleringen handlar både om generella och övergripande bestämmelser (som till exempel att ”erbjuda en god vård”) och detaljerade regler för frågor och processer. Specifika krav finns till exempel gällande förskrivning och hantering av läkemedel, organdonation, dödförklaring och blodsäkerhet.[86] Det finns också särskild och i många fall detaljerad reglering kring bland annat smittskyddsåtgärder och psykiatrisk tvångsvård.[87] Det är också viktigt att komma ihåg att generella bestämmelser i det som främst kan kategoriseras som målsättningsinriktad lagstiftning, i många fall ger myndigheter stora befogenhet att genom föreskrifter förtydliga och precisera de mål som lagts fast i lagstiftningen. I praktiken svarar myndigheter för en stor del av normgivningen på hälso- och sjukvårdens område.

Inom hälso- och sjukvårdssystemet regleras åtaganden för flera olika aktörer och rättsliga adressater. Hälso- och sjukvårdslagstiftningen riktar sig endast i liten utsträckning till huvudmännen för hälso- och sjukvården. Vid sidan av kommunernas respektive regionernas skyldigheter som huvudmän regleras vårdgivarnas (som kan vara såväl offentliga som privata) och medarbetarnas skyldigheter samt patienternas möjlighet till makt och inflytande. Kraven i hälso- och sjukvårdslagstiftningen riktas alltså mot olika rättsliga adressater/aktörer, och de olika aktörernas ansvar kan ofta inte förstås isolerat från varandra. Vårdgivaren och huvudmannen har ett gemensamt ansvar för att kravet på en vård på lika villkor i hälso- och sjukvårdslagstiftningen uppfylls. Personalens ansvar kan inte förstås isolerat från vårdgivarens ansvar, eftersom vårdgivaren är den som måste tillhandahålla rätt förutsättningar för personalen att utföra

[86] Se exempelvis läkemedelslagen (2015:315), lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner, lagen (1987:269) om kriterier för bestämmande av människans död, lagen (2006:496) om blodsäkerhet, lagen (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler, lagen (2012:263) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga organ, lagen (1995:831) om transplantation m.m., abortlagen (1974:595) och lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar.
[87] Smittskyddslagen (2004:168), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

sina uppgifter, genom att anställa tillräckligt mycket personal, ha adekvat utrustning och utarbetade rutiner med mera. Det finns alltså flera rättsliga aktörer i systemet som var för sig och tillsammans ansvarar för att invånarna erbjuds en god och patientsäker vård.

Regioner och kommuner är huvudmän för hälso- och sjukvård

Det huvudsakliga ansvaret för hälso- och sjukvården tillfaller i dag regioner och kommuner, vilket uttrycks i HSL som att regioner och kommuner är huvudmän för hälso- och sjukvård. Det finns inte någon generell legaldefinition av begreppet huvudman eller begreppet huvudmannaskap. Begreppen återfinns på flera ställen i rättsordningen och kan ofta sägas representera någon form av ansvar för och ägande av en process eller en fråga.[88] Innebörden av huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården får förstås dels genom de uttryckliga ansvarsområden som anges i HSL, dels genom en gränsdragning till andra aktörers ansvarsområden och roller i systemet. Utmärkande för kommuner och regioner är att de verkar inom ett avgränsat geografiskt område. Så till vida är huvudmannens ansvarsområde tydligt avgränsat. Det begreppsramverk som utarbetats av sekretariatet i nästkommande kapitel syftar till att definiera och operationalisera begreppet huvudman i olika former av ansvar för att kunna genomföra analysen av vad ett eventuellt förändrat huvudmannaskap skulle innebära.

Kommunen är huvudman för viss hälso- och sjukvård och har ett författningsreglerat ansvar att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den personkategori som bor i vissa särskilda boendeformer (12 kap. 1 § HSL). Kommunens ansvar för hälso- och sjukvård omfattar inte läkarvård utan regionen ska till kommunerna inom regionen avsätta de läkarresurser som behövs (12 kap. och 16 kap. 1 § HSL). I den fortsatta framställningen kommer den kommunala hälso- och sjukvården inte beröras närmare eftersom kommittén enligt direktivet inte ska analysera och pröva huvudmannaskapet för kommunal hälso- och sjukvård.

[88] Jfr 2 kap. skollagen (2010:800), 1 kap. 1 § begravningslagen (1990:1144), 2 § lagen (2006:412) om allmänna vattentjänster samt lagen (2019:504) om ansvar för god forskningssed och prövning av oredlighet i forskning. Jfr dock även 8 kap. 4 § rättegångsbalken samt 4 § lagen (1996:1620) om offentligt biträde, där begreppet huvudman har en något annorlunda innebörd och snarare kan förstås som en uppdragsgivare.

Regionen ska som huvudman leda, planera och organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten (7 kap. HSL). Regionen har som huvudman ett författningsreglerat ansvar att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen och vissa andra som vistas i regionen utan att vara bosatta där (8 kap. 1 § HSL).[89] Ansvaret innebär inte en skyldighet att själv bedriva verksamheten utan driften kan ligga på någon annan. Inom huvudmannens geografiska område kan alltså en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet, såväl offentliga som privata.

Utgångspunkten i HSL är att regionerna har en skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård till den som har det största medicinska behovet enligt de prioriteringsprinciper som uttrycks i den etiska plattformen (3 kap. 1 § HSL). Regionerna har som huvudmän en uttrycklig skyldighet att erbjuda bland annat primärvård (13 a kap. HSL), vård som kräver intagning på sjukhus (7 kap. 4 §), sjuktransporter (7 kap. 6 § HSL) och smittskyddsverksamhet (1 kap. 8 § smittskyddslagen [2004:168]) men har utrymme att bestämma exempelvis hur många sjukhus och vårdcentraler som ska byggas och vilka IT-tjänster som ska upphandlas. HSL innehåller också vissa bestämmelser som syftar till att garantera en viss tillgänglighet till vård genom den lagstadgade vårdgarantin (9 kap. 1 § HSL) samt en ökad valfrihet genom vårdvalssystemet (7 kap. 3 § HSL).

Av 10 kap. 1 § kommunallagen framgår att regioner och kommuner får överlämna skötseln av sina angelägenheter till någon annan om det inte av lag framgår att angelägenheten ska skötas av nämnd. Specialreglering i fråga om hälso- och sjukvårdsverksamhet finns i 7 kap. 1 § HSL som stadgar att *ledningen* av hälso- och sjukvårdsverksamheten ska utföras av en eller flera nämnder. Uppgiften att leda hälso- och sjukvårdsverksamheten kan därmed inte lämnas över till en privat utförare. Regioner får dock med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra övriga uppgifter som regionen ansvarar för enligt HSL, om de inte innefattar myndighetsutövning (15 kap. 1 § HSL). Uppdrag att bedriva vård kan lämnas till annan utförare än huvudmannen själv genom lagen

[89] Utöver skyldigheten att erbjuda vård till de personkategorier som framgår av hälso- och sjukvårdslagen, har regionerna en skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård och tandvård åt asylsökande och vissa andra utlänningar enligt lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

(2008:962) om valfrihetssystem och lagen (2016:1145) om offentlig upphandling.[90]

Regionerna är dock huvudmän för alla sina angelägenheter oavsett vem som är utförare, regionens övergripande ansvar som huvudman för att alla regionens invånare får god vård kvarstår och övergår inte på utföraren av vården. Regionerna har ett ansvar att kontrollera och följa upp verksamheten och är bland annat skyldiga att se till att en anlitad privat vårdgivare följer de bestämmelser som finns för verksamheten (10 kap. 8 § kommunallagen). Detta ansvar föreligger även om överlämnandet föranleds av lagstiftning som ålägger regioner att införa obligatoriska valfrihetssystem.[91] I vilken utsträckning regionen kan utöva inflytande beror på avtalet med den aktuella utföraren. Huvudmännens övergripande ansvar i en sådan avtalssituation anses exempelvis omfatta att bestämma om villkor för mål, inriktning och kvalitet samt att svara för uppföljning och kontroll av att vården bedrivs enligt föreskrifterna.[92]

Av 2 kap. 5 § kommunallagen framgår att kommuner och regioner får ta ut avgifter för tjänster och nyttigheter som de tillhandahåller. För tjänster eller nyttigheter som de är skyldiga att tillhandahålla får dock avgifter endast tas ut om det följer av lag eller annan författning. I 17 kap. HSL finns bestämmelser om vårdavgifter som ger regionerna befogenhet att besluta om avgifter i vården. Bestämmelserna innehåller också gränser för hur höga avgifterna kan vara genom att bland annat ange högsta avgift för slutenvård och högkostnadsskydd för vårdavgifter i öppen vård. Ytterligare gränser för avgiftsuttaget finns i speciallagstiftning, exempelvis i smittskyddslagen. Det finns alltså en relativt stark statlig styrning i fråga om vilket avgiftsuttag som får ske. Regleringen av avgifter innebär att hälso- och sjukvården till övervägande del måste finansieras med skatteuttag och statsbidrag.

[90] Se även lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi som ger läkare och fysioterapeuter rätt till offentlig ersättning om de har ett samverkansavtal med regionen.
[91] Prop. 2013/14:118, *Privata utförare av kommunal verksamhet*, s. 37.
[92] Prop. 2013/14:118, *Privata utförare av kommunal verksamhet*, s. 57, prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 115 f.

Vårdgivarens ansvar

Enligt HSL är som nämnts huvudmannen den som leder, planerar och organiserar verksamheten samt ansvarar för att erbjuda vård, medan vårdgivaren *bedriver* verksamheten (2 kap. 3 § HSL). Inom huvudmannens geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet, såväl offentliga som privata. I den utsträckning regionerna själva bedriver hälso- och sjukvård har regionerna alltså två parallella roller i egenskap av dels huvudmän, dels vårdgivare.

Huvudmannen och vårdgivaren har i regel båda ansvar för att uppfylla de relativt allmänt formulerade kraven för all hälso- och sjukvård som framgår av avdelning II i HSL. Bestämmelserna 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 riktas mot både huvudmannen och vårdgivaren. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i en rapport konstaterat att det ibland är otydligt vem som ska fullgöra olika skyldigheter. Vissa skyldigheter som följer av HSL, patientlagen och PSL träffar hela nivån – från huvudmän till vårdgivare och personalen – vilket enligt rapportförfattarna kan vara rimligt i ett system där det krävs att alla tar ansvar. Det är dock något som också bidrar till en otydlighet i fråga om vem som ansvarar.[93]

Vårdgivarens ansvar är omfattande och vid sidan av de allmänt formulerade bestämmelser som träffar både huvudmän och vårdgivare styrs vårdgivaren av mer detaljerade bestämmelser. Vårdgivaren ansvarar för att vården bedrivs i enlighet med kraven på god vård (5 kap. 2 § HSL), bland annat att det finns personal med rätt kompetens, ändamålsenliga lokaler, lämplig utrustning och rutiner som krävs för att verksamheten ska kunna leva upp till lagstiftningens krav och andra bindande regler. Det finns idag ingen generell tillståndsplikt för vårdgivare[94] men den som bedriver verksamhet som omfattas av IVO:s tillsyn är skyldig att anmäla sin verksamhet till IVO:s vårdgivarregister. Vårdgivaren är också personuppgiftsansvarig för behandling av personuppgifter enligt

[93] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017), *Lag utan genomslag*, s. 125.
[94] Även apotek är vårdgivare och det krävs tillstånd av Läkemedelsverket för att bedriva öppenvårdsapotek, se 2 kap. 1 § lagen (2009:366) om handel med läkemedel.

dataskyddsförordningen[95] och PDL och ska se till att journalföring sker på rätt sätt i patientjournal (2 kap. 6 § PDL).

Vårdgivaren har en skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador (3 kap. 2 § PSL) samt utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada (3 kap. 3 § PSL). I detta ansvar ingår att ha ett ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete, något som Socialstyrelsen utfärdar föreskrifter om med stöd av bemyndigande i 8 kap. 5 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369). Ledningssystemet är ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheten. Ledningssystemet måste omfatta verksamhetens alla delar och den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet, planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten (2 kap. 1 § samt 3 kap. 1 och 2 §§ SOSFS 2011:9). Att ha ett ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete innebär att arbeta utifrån ett systemperspektiv där fokus läggs på att skapa en struktur för verksamhetens ledning och styrning samt på att bedriva ett kontinuerligt förbättringsarbete av dessa strukturer.[96]

Verksamhetschef

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas någon som svarar för verksamheten – en så kallad verksamhetschef. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om ansvar och uppgifter för verksamhetschefen (4 kap. 2 § HSL). Det är främst vårdgivaren som bestämmer vilket ansvar och vilka arbetsuppgifter som verksamhetschefen ska ha. Några skyldigheter för en verksamhetschef fastslås dock i 4 kap. hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). En verksamhetschef ska exempelvis enligt 4 kap. 1 § förordningen säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

[95] 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.
[96] Socialstyrelsen (2012), *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete – Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*, s. 9.

Hälso- och sjukvårdspersonalens roll och ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonal definieras i 1 kap. 4 § PSL som

- den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården,
- personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter,
- den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare,
- apotekspersonal som tillverkar eller expedierar läkemedel eller lämnar råd och upplysningar,
- personal vid Giftinformationscentralen som lämnar råd och upplysningar, samt
- personal vid larmcentral och sjukvårdsrådgivning som förmedlar hjälp eller lämnar råd och upplysningar till vårdsökande.

Hälso- och sjukvårdspersonal ska utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt. All hälso- och sjukvårdspersonal bär själv ansvaret för hur han eller hon utför sina arbetsuppgifter vilket dock inte innebär någon inskränkning i vårdgivarens ansvar (se 6 kap. PSL).

För hälso- och sjukvårdspersonal är det i viss utsträckning tydliggjort vilka yrkesroller som har behörighet att utföra vilka uppgifter. Vissa arbetsuppgifter är särskilt reglerade och får bara utföras av en viss yrkeskategori, andra arbetsuppgifter bestämmer verksamhetschefen vem som får utföra, baserat på den enskildes kompetens. Det finns regler kring vilka som ställer diagnos, skriver ut läkemedel, ger olika läkemedel och behandlingar etc.[97]

Att någon har en viss legitimation ställer särskilda krav på henne eller honom och en legitimation kan under vissa omständigheter återkallas, exempelvis om den legitimerade har varit grovt oskicklig vid utövningen av sitt yrke (8 kap. 3 § PSL). Beslut om återkallelse

[97] Socialstyrelsen, hemsidan, *Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?*

av legitimation eller prövotid beslutas av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN. Legitimationskravet tillsammans med det personliga ansvaret och den författningsreglerade skyldigheten att arbeta efter vetenskap och beprövad erfarenhet, fyller en viktig funktion i hälso- och sjukvårdssystemet för att garantera en god och patientsäker vård.

Hälso- och sjukvårdens personal tillhör dessutom ofta en så kallad profession. I professionsbegreppet ingår att det finns sätt att avgränsa vilka som tillhör professionen som inte formuleras av den tillfälliga arbetsgivaren. Professionerna har egna organisationer och inom dessa organisationer skapas arenor för diskussioner. Vid sidan av de normer som framgår av bindande föreskrifter kan medarbetare inom hälso- och sjukvården därför vara bundna av etiska kodex som utformas inom professionernas egna organisationer.[98]

Patientens rätt till makt och inflytande

Den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen är till övervägande del en skyldighetslagstiftning som föreskriver krav och fördelar ansvar på olika aktörer i systemet (se ovanstående avsnitt). Skyldigheterna motsvaras i liten utsträckning av rättigheter för de som är mottagare av vården, det vill säga patienter och invånare. Lagstiftningen innehåller dock vissa inslag som syftar till att ge patienten makt och inflytande över sin vårdprocess.

Begreppet patienträttigheter

Begreppet rättighet kan förstås på flera olika sätt. Begreppet används ibland uteslutande för utkrävbara så kallade legala rättigheter. Sådana utmärks av att de är väldefinierade, avseende både innehåll och förutsättningar, samt utkrävbara genom att överklaga eller att det finns någon form av sanktion om rättigheten kränks.[99] En svagare kategori än legala rättigheter benämns som pseudorättigheter eller kvasirättigheter. Till skillnad från legala rättigheter är dessa inte möjliga att framtvinga genom juridiskt förfarande. Där lagstift-

[98] SOU 2007:75, *Att styra staten – regeringens styrning av sin förvaltning*, s. 51.
[99] Rynning, E. (2011), *Patientens rättsliga ställning – två steg fram och ett tillbaka?* Festskrift till Lotta Vahlne Westerhäll, s. 308.

ningen inte innehåller specifika sanktioner eller implementeringsmekanismer kan rättigheten klassificeras som en kvasirättighet.[100] Med patienträttigheter kan då avses en samling av förmåner och berättigade krav som är mer eller mindre rättsligt definierade och inte alltid utkrävbara.[101]

Patientens rätt att tacka nej till vård

Den svenska hälso- och sjukvården bygger på att patienten själv väljer vilken vård och behandling denne vill ta emot. Detta innebär inte att patienten själv väljer vilken vård som ska erbjudas och inte heller vid vilket tillfälle patienten ska få tillgång till vården. Patienten saknar makt att påverka de prioriteringar som görs och det är som framgår ovan personalen som på eget ansvar arbetar utifrån kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet vilket innebär att en patient inte kan önska sig vilken behandling eller vilka läkemedel som helst.

Patienten har dock en långtgående rätt att tacka nej till hälso- och sjukvård. I dag framgår av patientlagen att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke förutom i akuta situationer där patientens vilja på grund av medvetslöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas (4 kap. 2 och 4 §§ patientlagen). Innan samtycke inhämtas ska patienten få den information som behövs för att denne ska kunna fatta ett välinformerat beslut och kunna vara delaktig i sin vård (3 och 5 kap. patientlagen).

Patienters rätt att tacka nej till vård, behandling och undersökning är grundlagsskyddad genom skyddet mot påtvingade kroppsliga ingrepp (2 kap. 6 § RF). Dessutom skyddar Europakonventionens artikel 8, om rätt till skydd för privat- och familjeliv, mot ingrepp utan patientens samtycke oavsett skäl och oavsett om konsekvensen blir att patienten avlider.[102] Patienter är också skyddade mot att kvarhållas i vården mot sin vilja, vilket följer av RF:s stadgande om att var och en ska vara skyddad mot frihetsberövanden från det allmännas sida (2 kap. 8 § RF). I Europakonventionen skyddas denna rätt genom artikel 5, rätt till frihet. Om rättighe-

[100] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017), *Lag utan genomslag*, s. 113.
[101] Rynning, E. (2011), *Patientens rättsliga ställning – två steg fram och ett tillbaka?* Festskrift till Lotta Vahlne Westerhäll, s. 312.
[102] Se till exempel Europadomstolens dom i målet Jehova's Witnesses of Moscow and Others v Russia, nr 302/02, dom den 22 november 2020.

terna kränks finns det möjlighet att under vissa förutsättningar överklaga en sådan kränkning till Europadomstolen som ytterst kan bestämma att en konventionsstat ska betala skadestånd till den som fått sina rättigheter kränkta.

Dessa så kallade negativa rättigheter är dock relativa och kan under särskilt angivna förutsättningar begränsas för att tillgodose vissa syften, under förutsättning att reglerna anges i lag (2 kap. 20 § RF). I Sverige finns lagstiftning som i undantagsfall tillåter tvång inom vården genom lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård och smittskyddslagen (2004:168). Beslut om frihetsberövande med stöd av dessa lagar måste prövas av förvaltningsdomstol enligt detaljerade regler av både materiell och formell karaktär.

Till dessa undantagsregler kommer de i brottsbalken angivna ansvarsfrihetsgrunderna som kan göra att annars otillåtna handlingar inte leder till straffrättsligt ansvar och som ibland gör att en patient kan ges vård utan samtycke och/eller mot sin vilja. Ett exempel skulle kunna vara att en läkare genomför vårdåtgärder med tvång när en allvarligt skadad och kraftigt förvirrad person kommer in med ambulans efter en bilolycka men nekar vård, vilket då inte skulle utgöra en brottslig handling om hälso- och sjukvårdspersonalen hänvisar till ansvarsfrihetsgrunden nöd (24 kap. 4 § brottsbalken).

Patientens rätt till vård m.m.

När det gäller individers rätt till viss vård och behandling innehåller den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen inte någon direkt och utkrävbar rätt till vård. Utgångspunkten är i stället att det allmänna har en skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård till den som har det största medicinska behovet enligt de prioriteringsprinciper som uttrycks i den etiska plattformen i HSL (se ovan under rubriken *En god hälsa på lika villkor*). I HSL finns dock vissa regler som syftar till att garantera tillgänglighet till vård genom den lagstadgade vårdgarantin (9 kap. 1 § HSL).[103] Ett annat exempel på

[103] En särskild utredare gavs den 23 maj 2024 i uppdrag att analysera och föreslå en ny och stärkt vårdgaranti samt lämna förslag som ökar kontinuiteten inom den specialiserade vården. Den nya vårdgarantin bör enligt utredningsdirektiven tydliggöra såväl patientens möjligheter att få vård hos en annan vårdgivare i de fall vårdgarantins tidsgränser inte kommer kunna uppfyllas som regionens ansvar att tillgodose detta. Uppdraget ska slutredovisas den 25 maj 2026, se dir. 2024:50.

rättighetsinslag i lagstiftningen är vårdvalssystemet (7 kap. 3 § HSL). Det finns också i den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen bestämmelser som syftar till att göra patienten mer delaktig i vårdprocessen genom bland annat rätt till information (3 kap. patientlagen) möjlighet till en ny medicinsk bedömning inom eller utanför hemregionen (8 kap. 1 § patientlagen) samt möjlighet att välja det behandlingsalternativ som patienten föredrar, när det finns flera behandlingsalternativ som stämmer överens med vetenskap och beprövad erfarenhet (7 kap. 1 § patientlagen). Dessa rättigheter får betraktas som kvasirättigheter med svaga möjligheter till utkrävande.

Frågan om huruvida patienter bör ha en utkrävbar rätt till vård och behandling har varit föremål för diskussion i flera tidigare statliga utredningar men har hittills alltid avfärdats. För det första måste utformningen av en rättighetslagstiftning för vårdinsatser relateras till den etiska plattformen för prioriteringar eftersom den grundläggande utgångspunkten för den svenska hälso- och sjukvården är att vård ska ges efter behov utifrån tillgängliga resurser. Att inte introducera en rättsligt utkrävbar rätt till vård motiveras även utifrån svårigheterna att rättsligt precisera vad som ska ingå i vårdens innehåll. Det har också ansetts svårt att utforma adekvata rättigheter eller sanktioner som är till nytta för den enskilde patienten. Dessutom framhålls att en domstolsprövning, eller överprövning av annat organ, skulle kräva särskild kompetens för att bedöma svåra frågor av både rättslig och medicinsk karaktär.[104] Ett system med utkrävbara rättigheter skulle även inskränka utrymmet för kommunalt fattade demokratiska beslut om resursfördelning i vården. Ett system som genomgående bygger på rättighetsbaserade principer skulle bli svårt att förena med sjukvårdshuvudmännens generella planeringsansvar för hälso- och sjukvård.[105] Ansvarskommittén kon-

[104] Prop. 2013/14:106, *Patientlag*, s. 41. Se även SOU 1995:5, *Vårdens svåra val*, SOU 1997:154, *Patienten har rätt*, SOU 2007:10, *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*, *Ansvarskommitténs slutbetänkande* och SOU 2008:127, *Patientens rätt. Några förslag för att stärka patientens ställning*.

[105] Det förs rättsvetenskapliga diskussioner om huruvida prioriteringsbeslut, det vill säga att en patient inte ska få en viss vård eller behandling, innebär ett överklagbart förvaltningsbeslut enligt den allmänna överklagandebestämmelsen i förvaltningslagen (2017:900), se Bergius, M., *Vem prioriterar i svensk hälso- och sjukvård?* Förvaltningsrättslig tidskrift, Nr 1, 2023, s. 35–49. Tidigare var hälso- och sjukvårdsbeslut explicit icke överklagbara, men så är inte fallet längre, jfr 33 § äldre förvaltningslagen (1986:223). Samtidigt måste det något komplicerade förhållandet till kommunallagens (2017:725) bestämmelser om laglighetsprövning beaktas, eftersom förvaltningslagens allmänna överklagandebestämmelse inte ska tillämpas för ärenden hos myndigheter i kommuner och regioner där besluten kan laglighetsprövas (2 § FL). En rätt att överklaga kan

staterade exempelvis att en långt driven utveckling mot fler rättighetsbaserade välfärdstjänster skulle innebära att det svenska systemet med decentraliserat kommunalt ansvar skulle förändras i grunden. Även förutsättningarna för ansvarsutkrävande och för medborgarnas samlade relation till det offentliga skulle ändras.[106]

I kommande avsnitt redogörs för möjligheten att lämna patientklagomål samt för patientens roll i tillsynsförfarandet, något som också påverkar patientens rättsliga ställning i hälso- och sjukvårdssystemet.

2.4 Ansvarsutkrävande, kontroll och kompensation

För att garantera att hälso- och sjukvårdssystem fungerar som tänkt krävs olika former av kontroll av verksamheten och av de som ansvarar för denna. Såväl huvudmän som vårdgivare och personal är föremål för tillsyn och kan under vissa omständigheter träffas av sanktioner. Det finns också en särskild ordning för kompensation för den som drabbas av en vårdskada. Härutöver ger laglighetsprövningsinstitutet regionmedlemmarna[107] möjlighet att genom en rättslig prövning granska regionernas beslutsfattande.

Tillsyn av hälso- och sjukvården

Det finns ett antal statliga myndigheter som bedriver tillsyn på hälso- och sjukvårdens område. IVO har det huvudsakliga uppdraget att utöva tillsyn över hälso- och sjukvården, men även Arbetsmiljöverket, Justitieombudsmannen och Integritetsskyddsmyndigheten (med flera) utövar tillsyn över olika aspekter av regionernas hälso- och sjukvårdsverksamhet.

---

också grundas på artikel 6 Europakonventionen, förutsatt att vårdförmånen betraktas som en civil rättighet, se till exempel HFD 2016 ref. 49. Såvitt känt har ingen domstol tillerkänt prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården överklagbarhet.

[106] SOU 2007:10, *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft, Ansvarskommitténs slutbetänkande*, s. 91 f.

[107] Medlem av en region är den som är medlem av en kommun inom regionen. Medlem av en kommun är bland annat den som är folkbokförd i kommunen och den som äger fast egendom i kommunen, se 1 kap. 5 och 6 §§ kommunallagen.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Hälso- och sjukvården och dess personal står under tillsyn av IVO. IVO inrättades den 1 juni 2013 och tog då över tillsyn och viss tillståndsprövning från Socialstyrelsen. Avsikten var att tillsynsarbetet skulle stå självständigt från normering, kunskapsutveckling och bidragsgivning.[108]

IVO:s tillsynsuppdrag är brett formulerat eftersom tillsynen inte endast omfattar kraven i lagarna, utan även tillämpningen mot i lagen angivna mål och anvisningar.[109] Ramlagstiftningen inom hälso- och sjukvården ansågs förutsätta ett flexibelt regelsystem med en definition av tillsyn som inte skulle leda till ökad detaljreglering bara för att underlätta tillsynen. Regeringen framhöll att utformningen av tillsynsbegreppet i lagar som innehåller både skyldigheter, rättigheter och/eller mål måste anpassas så att tillsynen, utöver kontroll av kraven i lagarna, även granskar tillämpningen mot i lagen angivna mål och anvisningar. Med en snäv definition av tillsyn ansågs det finnas en risk att tillsynen skulle koncentrera sig till områden där det är lätt att vara tydlig samtidigt som man minskar möjligheterna att komma till rätta med problem som är svåra att tydligt reglera med nuvarande lagars utformning.[110]

IVO ska inom ramen för sin tillsyn lämna råd och ge vägledning, kontrollera att brister och missförhållanden avhjälps, förmedla kunskap och erfarenheter som erhålls genom tillsynen samt informera och ge råd till allmänheten (7 kap. 4 § PSL). IVO:s uppdrag omfattar därmed både kontrollerande tillsyn, i form av granskning tillsammans med krav på åtgärder, respektive främjande tillsyn i form av rådgivning och information. Såväl huvudmannen och vårdgivaren som den enskilde yrkesutövaren kan bli föremål för IVO:s tillsyn. Tillsynen ska dock främst inriktas på granskning av att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete (7 kap. 3 § andra stycket PSL).

---

[108] Prop. 2012/13:20, *Inspektionen för vård och omsorg – en ny tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst.*

[109] Jfr regeringens tillsynsskrivelse (Skr 2009/10:79), där tillsyn definieras som verksamhet som avser självständig granskning för att kontrollera om tillsynsobjekt uppfyller krav som följer av lagar och andra bindande föreskrifter och vid behov kan leda till beslut om åtgärder som syftar till att åstadkomma rättelse av den objektansvarige. Utifrån denna definition är tillsyn mer begränsad och legalistisk till sin karaktär än uppföljning och utvärdering.

[110] Prop. 2008/09:160, *Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten*, s. 72 f.

IVO har, om vissa förutsättningar är uppfyllda, möjlighet att tillgripa sanktioner gentemot tillsynsobjekten. IVO:s sanktionsmöjligheter mot vårdgivare består av möjligheten att utfärda föreläggande och förbjuda verksamhet.[111] Dessa sanktionsmöjligheter får endast användas när verksamheten inte uppfyller de krav som framgår av lagar och andra föreskrifter (7 kap. 3 § tredje stycket PSL). Sanktionsmöjligheterna kan alltså inte användas i fråga om målsättningsstadganden utan endast i fråga om tydliga regelöverträdelser. IVO kan förena förelägganden med viten och måste då iaktta de krav som uppställd enligt lagen (1985:206) om viten.[112]

Det samlade regelverket på hälso- och sjukvårdens område innehåller både generella/övergripande bestämmelser (som till exempel att ”erbjuda en god vård”) och detaljerade regler för frågor och processer. Reglerna riktar sig till olika adressater, som ofta har ett gemensamt ansvar för att reglerna efterlevs, och tillsynen måste därför riktas mot alla organisatoriska nivåer. Den lagstiftning som riktar sig mot regionerna som huvudmän för hälso- och sjukvården har i allt väsentligt karaktären av en målsättningslagstiftning. I de delar hälso- och sjukvårdslagstiftningen inte innehåller tydliga krav är IVO:s sanktionsmöjligheter begränsade. Det finns därför få uttryckliga åligganden i författningsregleringen som riktar sig till huvudmännen för hälso- och sjukvård och som kan utgöra grund för ingripanden i form av exempelvis vitesförelägganden. IVO har själva konstaterat att det skulle krävas en högre grad av detaljreglering av huvudmännens skyldigheter för att IVO med hjälp av vitesförelägganden skulle kunna åstadkomma påtryckningar mot dem.[113] Det saknas dessutom ett tydligt rättsligt stöd för att utfärda före-

[111] Se 7 kap. 20, 24 och 26–28 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659).
[112] En förutsättning för att en tillsynsmyndighet ska kunna meddela förelägganden eller förbud är att åtgärden i fråga har författningsstöd (HFD 2016 ref. 46). Ett vitesföreläggande måste vara tillräckligt preciserat för att den som föreläggandet riktar sig till ska kunna följa föreläggandet och därmed undgå att vitet döms ut. En tillsynsmyndighet får alltså inte begränsa sitt ansvar till att konstatera att det finns brister i ett visst avseende och sedan överlämna till föreläggandets adressat att avgöra vilka åtgärder som krävs för att kraven i den aktuella regleringen ska uppfyllas. Är lagstiftningen allmänt hållen och närmare föreskrifter saknas, begränsas myndighetens möjligheter att använda vitesförelägganden för att komma till rätta med konstaterade brister eftersom ett föreläggande att vidta olika åtgärder eller att underlåta något enbart får avse sådana åligganden som följer av den aktuella författningsregleringen, saknar myndigheten i en sådan situation möjlighet att i ett föreläggande formulera tillräckligt tydliga och konkreta åtgärder som adressaten ska vidta, se HFD 2020 ref. 28 och däri angivna rättsfall.
[113] Inspektionen för vård och omsorg (2021), *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården- Slutredovisning av regeringsuppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet och lämna förslag på hur tillsynen kan utvecklas*, rapport 2021:7, s. 61.

lägganden riktade mot regionerna som huvudmän för hälso- och sjukvård. Det område inom vilket det är möjligt att utöva påtryckningar genom sanktioner är dock endast en del av det breda tillsynsuppdraget.

IVO:s tillsyn kan aktualiseras av en anmälan som inkommer från patienten eller dennes anhöriga (7 kap. 10 § PSL). IVO är emellertid enbart skyldig att utreda klagomålen om vissa förutsättningar är uppfyllda (se nedan om hanteringen av patientklagomål). Tidigare fanns en större skyldighet för IVO att utreda inkomna klagomål, och en betydande del av IVO:s resurser togs i anspråk för hanteringen av klagomål gentemot hälso- och sjukvården. Det reformerade klagomålssystemet syftade till att ge myndigheten möjlighet att bedriva en mer effektiv och riskbaserad tillsyn.[114]

Hälso- och sjukvårdens personal kontrolleras och tillsynas både i enlighet med det förvaltningsrättsliga systemet (framför allt genom IVO:s tillsyn) och ytterst genom straffrättsliga regler. Tillsyn av personal initieras på flera olika sätt, bland annat genom patientklagomål. Om IVO anser att det finns skäl för beslut om bland annat återkallelse av legitimation ska detta anmälas till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN, (7 kap. 30 § PSL). HSAN är en domstolsliknande myndighet som prövar behörighetsfrågor avseende legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Frågorna prövas efter anmälan av IVO eller efter ansökan av den yrkesutövare som saken gäller. Även JO och Justitiekanslern har rätt att göra anmälan. HSAN:s prövning avser bland annat återkallelse av legitimation och indragning av förskrivningsrätt (se 8 kap. PSL).

Arbetsmiljöverket

Arbetsmiljöverket ansvarar för tillsynen av arbetsgivare och tar fram föreskrifter som förtydligar arbetsmiljölagen (1977:1160). Verket kontrollerar att arbetsmiljölagen och verkets föreskrifter följs. Av arbetsmiljölagen följer att alla anställda i Sverige har rätt till en bra arbetsmiljö. Några av de mest grundläggande reglerna är de om systematiskt arbetsmiljöarbete, som innebär att alla arbetsgivare regelbundet ska undersöka om det finns risker i arbetsmiljön

[114] Prop. 2016/17:122, *Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården*, Asplund, I., (2021), *Den enskildes rättssäkerhet i individnära tillsyn*, s. 182.

och åtgärda dem. Arbetsmiljöverket genomförde 2010–2011 en nationell tillsyn på 60 sjukhus med akutmottagning. Målet med tillsynen var att komma till rätta med överbeläggningarna på sjukhusen genom att förmå arbetsgivaren att ta sitt arbetsmiljöansvar och på kort och lång sikt förbättra arbetsmiljön.[115]

Justitieombudsmannen (JO)

En annan aktör i tillsynen av hälso- och sjukvården är Riksdagens ombudsmän (även benämnd Justitieombudsmannen, JO) som är en myndighet under riksdagen och del av riksdagens kontrollmakt. Det främsta syftet med JO:s verksamhet är att främja rättssäkerheten. JO ska särskilt se till att myndigheter och domstolar följer RF:s bestämmelser om legalitet och opartiskhet och saklighet samt att den offentliga verksamheten inte gör intrång i medborgarnas grundläggande fri- och rättigheter. I tillsynsarbetet kontrollerar JO att myndigheterna handlägger sina ärenden och i övrigt utför sina uppgifter enligt gällande författningar.

Integritetsskyddsmyndigheten

Det finns en omfattande reglering av personuppgiftsbehandling inom hälso- och sjukvården genom EU:s dataskyddsförordning samt kompletterande nationell rätt i form av bland annat lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (dataskyddslagen), förordningen (2018:219) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (kompletteringsförordningen), PDL och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSL-FS 2026:40).

Integritetsskyddsmyndigheten, IMY, är Sveriges dataskyddsmyndighet vilket följer av 3 § kompletteringsförordningen. Myndighetens arbetsuppgifter framgår av artikel 57 dataskyddsförordningen och dess tillsynsbefogenheter framgår av artikel 58. Myndigheten kan bland annat kontrollera att vårdgivare vidtar säkerhetsåtgärder för att

[115] Arbetsmiljöverket (2012), *Nationell tillsyn av överbeläggningar inom akutsjukvården*, rapport 2012:2.

skydda patientuppgifter. I artikel 83 anges att myndigheten har möjlighet att ta ut sanktionsavgifter.

IMY utövar egeninitierad tillsyn utifrån ett riskbaserat förhållningssätt enligt en tillsynsplan/policy och utreder även klagomål som inkommer till myndigheten. Klagomål är den vanligaste anledningen till att IMY inleder utredningar.[116]

IMY utövar tillsyn över hur vårdgivare och huvudmän tillämpar dataskyddsbestämmelserna. Enligt 2 kap. 6 § PDL är det vårdgivaren som är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som vårdgivaren utför. I en kommun eller region är varje myndighet som bedriver hälso- och sjukvård personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som myndigheten utför. IMY tillsynar inte personalen men kan utreda olika brister hos personal inom ramen för en granskning av om den personuppgiftsansvarige uppfyllt sina åtaganden. Huvudmännen har också dataskyddsansvar men då enligt dataskyddsförordningen och dataskyddslagen, inte de regler som gäller inom hälso- och sjukvården.[117]

IMY har ett samverkansuppdrag med en rad myndigheter, bland annat finns en samverkansöverenskommelse med IVO för att säkerställa att myndigheterna håller sig inom sitt område gällande tillsyn. IMY har också en viss rätt att yttra sig när Socialstyrelsen utfärdar vissa föreskrifter.

Det systematiska patientsäkerhetsarbetet – en form av egentillsyn

I samband med att patientsäkerhetslagen, PSL, trädde i kraft år 2010 skedde ett skifte från individansvar till verksamhetsansvar. Motivet var att det inte ansågs möjligt att uppnå en hög patientsäkerhet i en repressiv miljö där tillbud och negativa händelser anses orsakade av mänskliga misstag som kan förhindras genom hot om repressalier. Kvalitetssäkringsarbetet inom hälso- och sjukvården bedömdes i stället behöva ett systemperspektiv. Hög patientsäkerhet ansågs förutsätta att det görs såväl kontinuerliga riskbedömningar och egenkontroller som utredningar och analyser

[116] Integritetsskyddsmyndigheten, IMY (2025), *Årsredovisning 2024*.
[117] Se även IMY (2021) *Integritetsskyddsmyndighetens kontroll av behandling av uppgifter om vårdsökande i samband med samtal till 1177*, DI-2021-5220. I rapporten, som avser en rad beslut gällande oskyddad exponering av ljudfiler från telefonsamtal till 1177, illustreras de olika typer av tillsyn som IMY bedriver och tillsynsobjektens roller och ansvar.

av tillbud och negativa händelser. En av de viktigaste faktorerna för att öka patientsäkerheten ansågs vara att vårdgivarna bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete som innefattar ansvarstagande för både verksamhet och personal.[118]

Vårdgivaren ansvarar för det systematiska patientsäkerhetsarbetet och är enligt 3 kap. PSL skyldig att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls. Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador och ska utreda händelser i verksamheten som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet utgör en form av egentillsyn.

Hanteringen av patientklagomål

Den patient som är missnöjd med vården eller som har skadats i samband med denna kan vända sig till vårdgivaren, patientnämnden, eller till IVO.[119] Det är vårdgivaren, alternativt patientnämnden, som patienter i första hand ska vända sig till för att lämna in sina klagomål. Om en patientnämnd blir första kontaktinstans ska nämnden framför allt vägleda och bistå patienten i att framföra klagomålen till vårdgivaren. Vårdgivaren ska snarast besvara klagomål och även ge den som klagat en förklaring till vad som har inträffat och en beskrivning av vilka åtgärder vårdgivaren kommer att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen (3 kap. 8 b § PSL). IVO:s skyldighet att utreda klagomål träder in först efter att vårdgivaren har fått möjlighet att besvara klagomålet (7 kap. 11 § PSL). Vårdgivaren är alltså ”första instans” i klagomålssystemet vilket i praktiken betyder att en stor del av ansvaret för patientsäkerheten har lagts på vårdgivaren ensam.

IVO behandlar klagomål bara om det gäller frågor med direkt betydelse för patientsäkerheten. IVO får avstå från att utreda ett klagomål om det är obefogat eller saknar direkt betydelse för pati-

[118] Prop. 2009/10:210, *Patientsäkerhet och tillsyn*, s. 73.
[119] Avsnittet beskriver hälso- och sjukvårdssystemets ”interna” klagomålshantering. Härutöver finns i samhället flera andra instanser som invånare kan vända sig till och som kan agera inom hälso- och sjukvårdens område. I det fall en patients klagomål rör något som kan vara brottsligt har patienten exempelvis att vända sig till polisen. För det fall patienten utsatts för något som kan vara diskriminerande kan denne göra en anmälan till Diskrimineringsombudsmannen.

entsäkerheten (7 kap. 12 § PSL). Nuvarande reglering är resultatet av det nya klagomålssystemet som infördes den 1 januari 2018 och som innebar att väsentliga delar av den statliga tillsynen delegerades till vårdgivare samtidigt som IVO:s utredningsskyldighet i klagomålsärenden begränsades. IVO:s begränsade utredningsskyldighet syftar till att frigöra resurser och ge IVO ökat utrymme för en riskbaserad tillsyn. Före reformen upptog hanteringen av klagomål på hälso- och sjukvården en betydande del av myndighetens resurser.[120]

Patientskadeförsäkring och läkemedelsförsäkring

Enligt patientskadelagen (1996:799) ska alla som bedriver hälso- och sjukvård ha en patientförsäkring ur vilken patienter som skadats i samband med hälso- och sjukvård kan begära ersättning. Regionerna har ett eget försäkringsbolag, Löf (regionernas ömsesidiga försäkringsbolag). Patientförsäkringen ersätter behandlingsskador inom vården som inte är läkemedelsskador.

Om patienten blivit skadad av ett läkemedel kan denne ha rätt till ersättning genom läkemedelsförsäkringen som handhas av Svenska Läkemedelsförsäkringen AB.[121] Svenska Läkemedelsförsäkringen AB är en frivillig överenskommelse mellan läkemedelsföretagen i Sverige och bygger på delägarnas kollektiva och solidariska ansvar. Den som innehar giltigt tillverkningstillstånd för läkemedel eller innehar giltigt partihandelstillstånd för läkemedel kan förvärva aktier i bolaget.

Laglighetsprövning av kommunala beslut

Ett kommunalt beslut kan överklagas till förvaltningsrätt med stöd av kommunallagens bestämmelser om laglighetsprövning. En laglighetsprövning innebär en mer begränsad prövning än vad som är fallet vid ett förvaltningsrättsligt överklagande. Prövning sker av

[120] Prop. 2016/17:122, *Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården*. Statskontoret (2015), *Inrättandet av Inspektionen för vård och omsorg*, rapport 2015:8, Asplund, I. (2021), *Den enskildes rättssäkerhet i individnära tillsyn* (doktorsavhandling), s. 182.
[121] Företag och organisationer som tecknar försäkring i Läkemedelsförsäkringen gör det genom att gå in som delägare i det gemensamt ägda bolaget LFF Service AB. Varje försäkringstagare äger en andel var i LFF Service AB. Detta bolag äger i sin tur Svenska Läkemedelsförsäkringen AB, det försäkringsbolag som hanterar skadorna Se Läkemedelsförsäkringens hemsida *Om Svenska Läkemedelsförsäkringen*.

beslutets laglighet men inte dess lämplighet, och domstolen kan enbart upphäva beslutet och inte sätta något annat beslut i dess ställe (13 kap. 8 § kommunallagen). Syftet med bestämmelserna om laglighetsprövning av kommunala beslut är framför allt att ge kommunrespektive regionmedlemmarna en möjlighet till domstolskontroll av beslutets laglighet och av att den kommunala självstyrelsen utövas på ett rättsenligt sätt.[122] Följande beslut kan överklagas (13 kap. 2 § kommunallagen):

- Beslut av fullmäktige eller den beslutande församlingen i ett kommunalförbund.
- Beslut av en nämnd eller ett partssammansatt organ, om beslutet inte är av rent förberedande eller rent verkställande art.
- Beslut av förbundsstyrelsen eller en annan nämnd eller ett partssammansatt organ i ett kommunalförbund, om beslutet inte är av rent förberedande eller rent verkställande art.
- Sådana beslut av revisorerna som avses i 12 kap. 11 § kommunallagen.

Har en nämnd uppdragit åt ett utskott, en ledamot eller ersättare eller åt en anställd att besluta på nämndens vägnar (se 6 kap. 37 § kommunallagen) är beslutet i rättslig bemärkelse inte delegatens utan nämndens. Ett på delegation fattat beslut är därför överklagbart enligt samma regler som gäller för nämndbesluten.[123] Åtgärder av en tjänsteman som inte innebär att beslut fattats på nämndens vägnar har inte ansetts överklagbara eftersom det då inte finns något kommunalt beslut enligt kommunallagen.[124] Huvudregeln är att delegation av beslutanderätt ska ske formellt genom en delegationsordning. I rättspraxis har delegation i vissa fall ansetts ha uppkommit trots att en formell delegation inte har förelegat. Exempelvis har en chefsinstruktion ansetts innefatta en sådan delegation att ett beslut fattat av en regiondirektör har ansetts fattat på nämndens vägnar.[125]

[122] Prop. 1994/95:27, *Fortsatt reformering av instansordningen m.m. i de allmänna förvaltningsdomstolarna*, s. 145 och prop. 2016/17:171, *En ny kommunallag*, s. 252.
[123] Prop. 1990/91:117, *om en kommunallag*, s. 223 f.
[124] HFD 2011 not. 56 och däri angivna rättsfall.
[125] HFD 2016 ref. 28 och däri angivna rättsfall.

Ett kommunalt beslut får överklagas med tillämpning av bestämmelserna om laglighetsprövning i kommunallagen såvida det inte i lag eller annan författning finns särskilda föreskrifter om överklagande (13 kap. 3 § kommunallagen). I ett sådant fall gäller i stället bestämmelserna om överklagande i förvaltningslagen eller, i förekommande fall, de särskilda föreskrifter om överklagande som framgår av tillämplig specialförfattning. På motsvarade vis anges i förvaltningslagen att lagens bestämmelser om överklagande av beslut inte gäller vid handläggning av ärenden hos myndigheter i kommuner och regioner där besluten kan laglighetsprövas (2 § förvaltningslagen). Laglighetsprövning enligt kommunallagen och ett förvaltningsrättsligt överklagande utesluter alltså varandra. Förhållandet mellan förvaltningslagen och kommunallagen är ibland komplicerat och det är inte alltid givet hur en åtgärd ska klassificeras och om ett överklagande ska hanteras som ett kommunalbesvär eller ett förvaltningsbesvär.[126]

För hälso- och sjukvårdens del medför laglighetsprövningsinstitutet att beslut fattade av regionfullmäktige eller en hälso- och sjukvårdsnämnd, eller för deras räkning av en anställd tjänsteperson efter delegation, kan bli föremål för prövning hos förvaltningsrätten. Besluten kan exempelvis gälla taxor för vård och omsorg, utformningen av regionens vårdval eller övergripande beslut om regionens vårdutbud. Domstolen kan inom ramen för sin prövning bedöma om beslutet tillkommit i laga ordning, om beslutet rör något som inte är en angelägenhet för regionen, om det har fattats av behörigt regionalt organ samt om beslutet strider mot hälso- och sjukvårdslagstiftningen eller någon annan författning (13 kap. 8 § kommunallagen).

Ett aktuellt exempel på laglighetsprövning är Förvaltningsrätten i Växjös prövning av regionfullmäktige i Region Blekinges beslut om att ta ut en extra kostnad för läkarbesök vid närvaro av tolk.[127] Förvaltningsrätten upphävde regionfullmäktiges beslut på den grunden att ett avgiftsuttag av det slag som regionen beslutat om endast får ske om det finns stöd i lag eller annan författning. Eftersom avgifterna inte bestämts med stöd av 17 kap. 1 § HSL, och det inte fanns något annat stöd i lag för avgiftsuttaget, stred beslutet enligt Förvaltningsrätten mot lag och upphävdes. Ett annat

[126] Se till exempel HFD 2017 ref. 35.
[127] Förvaltningsrätten i Växjös dom den 18 oktober 2024 i mål nr 578-24.

aktuellt exempel är Förvaltningsrätten i Uppsalas prövning av regionstyrelsen i Region Uppsalas beslut om finansierade hemförlossningar. Målet väcktes efter överklagande av en grupp läkare som bland annat gjorde gällande att regionstyrelsens beslut strider mot kravet på en jämlik vård i 3 kap. 1 § HSL samt bestämmelser om patientsäkerheten i PSL. Förvaltningsrätten drog i dom den 10 april 2025 slutsatsen att beslutet inte strider mot lag.[128]

[128] Läkartidningen (2024), *Läkare vill att Region Uppsalas beslut om hemförlossningar rivs upp*; Förvaltningsrätten i Uppsalas dom den 10 april 2025 i mål nr 3906–24.

3 Innebörden i ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap

I detta kapitel redogörs initialt för de utgångspunkter och begrepp som används i rapporten för att beskriva den övergripande ansvarsfördelningen i hälso- och sjukvården. Utifrån utgångspunkterna och begreppen beskrivs sedan den närmare innebörden i de scenarier som analyseras i rapporten. Beskrivningarna av scenarierna fokuserar på ansvarsfördelning och organisation på systemnivån.

3.1 Utgångspunkter och begrepp

För att definiera vad ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap skulle innebära för ansvarsfördelningen används fyra analytiska ansvarsbegrepp i den här rapporten; systemansvar, finansieringsansvar, tillhandahållaransvar och verksamhetsansvar. Ett statligt huvudmannaskap innebär i de scenarier som behandlas i rapporten att staten, helt eller delvis, tar över tillhandahållaransvar för hälso- och sjukvård. En annan utgångspunkt för scenarierna är att tillhandahållaransvaret för en viss verksamhet hålls samman med det huvudsakliga finansieringsansvaret och delar av systemansvaret.

Det finns flera tänkbara varianter av ett delvis statligt huvudmannaskap som inte analyseras i den här rapporten. Det är också möjligt att förändra ansvarsfördelningen mellan regionerna på andra sätt än att flytta tillhandahållaransvaret. Ett möjligt alternativ till ett förändrat huvudmannaskap är till exempel att statens ansvar för vissa systemövergripande funktioner utökas, att den statliga styrningen stärks eller att staten tar ett större finansieringsansvar för hälso- och sjukvården. Sådana sätt att förändra ansvarsfördelningen betraktas dock inte som ett delvis statligt huvudmannaskap. De beskrivs i stället som förändringar av statens system- eller finansie-

ringsansvar för hälso- och sjukvården, alternativt andra förändringar i statens styrning inom ramen för gällande ansvarsfördelning.

Fyra begrepp för att beskriva ansvarsfördelningen

För att möjliggöra en sammanhållen beskrivning och analys av ansvarsfördelningen utan att gå in på ansvaret för varje enskild uppgift används fyra analytiska ansvarsbegrepp i analyserna. Dessa utgör övergripande kategorier av ansvar som behöver fördelas i hälso- och sjukvårdssystemet och de delmängder i det nuvarande huvudmannaansvaret som bedömts vara de mest centrala. Delarna beskrivs som *systemansvar*, *finansieringsansvar*, *tillhandahållaransvar* och *verksamhetsansvar*.

Begreppen syftar till att underlätta resonemang och analyser av ansvarsfördelningen på en övergripande nivå i den här rapporten. Begreppen kan därför beskrivas som analytiska verktyg, snarare än begrepp med en formell eller rättslig innebörd. Till respektive analytiskt ansvarsbegrepp kan dock olika befintliga skyldigheter och uppgifter enligt lagstiftning kopplas.

Systemansvaret

Systemansvaret syftar i den här rapporten på ansvaret för hälso- och sjukvårdens grundläggande institutionella strukturer, ansvaret för övergripande politisk styrning samt ansvar för systemövergripande funktioner och resurser. Ansvaret för den grundläggande institutionella strukturen inkluderar bland annat ett ansvar för att besluta om ansvars- och uppgiftsfördelningen mellan förvaltningsnivåer och de formella relationerna mellan aktörer och institutioner i hälso- och sjukvårdssystemet. I detta ingår också ansvar att säkerställa demokratisk förankring och inflytande för olika intressenter.

Ansvaret för den politiska styrningen inkluderar ansvaret för normering, mål, policy, resursfördelning, politiska prioriteringar och riktning för utveckling. Det inkluderar vidare ett ansvar för tillsyn, uppföljning och utvärdering samt ett övergripande ansvar för ansvarsutkrävande inom systemet.

I systemansvaret har också ansvaret för vissa systemövergripande funktioner och resurser inkluderats i den här rapporten.

Det kan till exempel handla om ansvar för kritisk infrastruktur, försörjningsberedskap, utbildning, nationell statistik och data, uppföljning, analys och kunskapsstöd. Det kan vidare handla om systemgemensamma frågor gällande fysiska och humana resurser för verksamheten, till exempel personal, teknisk och medicinsk utrustning, kunskap, information, läkemedel och andra funktioner och resurser som behövs för att hälso- och sjukvården som helhet ska fungera och utvecklas. Vad systemansvaret närmare omfattar och i vilka former det kan utövas beror på vilket ”systemet” är. Det går att tala om såväl ett kommunalt, ett regionalt och ett nationellt systemansvar.

Det formellt reglerade systemansvaret kan bara tillfalla offentliga aktörer. Eftersom Sverige är en enhetsstat har staten (riksdagen) alltid det yttersta och övergripande systemansvaret, till exempel genom ansvaret för lagstiftning samt för den grundläggande uppgifts- och ansvarsfördelningen i samhället.

Finansieringsansvaret

Ansvaret för hälso- och sjukvårdens finansiering inbegriper såväl ett ansvar för att inhämta resurser som att fördela resurser. *Finansieringsansvaret* innefattar därmed en stor del av ansvaret för hälso- och sjukvårdens styrning, med fokus på ekonomistyrning, budget, prioriteringar, inhämtning av ekonomiska resurser och resursfördelning. Finansieringsansvaret innebär i den svenska hälso- och sjukvårdsmodellen till exempel ett ansvar för beskattning och fastställande av patientavgifter. Resursfördelning sker på flera olika nivåer i ett hälso- och sjukvårdssystem som en del av vårdens styrning och ledning, men finansieringsansvaret syftar här i huvudsak på den övergripande resursfördelningen.

Finansieringsansvaret för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården kan i den svenska förvaltningsmodellen enbart innehas av offentliga aktörer.

Tillhandahållaransvaret

Av avdelning III i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, framgår att regionernas ansvar som huvudmän bland annat inkluderar ett ansvar för:

- organisation, ledning, planering och samverkan,
- att erbjuda hälso- och sjukvård och
- att erbjuda vårdgaranti.

Detta ansvar, att säkerställa att hälso- och sjukvård erbjuds befolkningen, har ibland kallats för ett *tillhandahållaransvar*[1].

Tillhandahållaransvaret kan beskrivas som kärnan i huvudmannaskapet och innebär ett ansvar att erbjuda/tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster och att detta görs i enlighet med gällande rätt, det vill säga att vård ges efter behov i första hand, vårdgarantin och andra fastlagda mål om kvalitet. Till skillnad från ansvaret för att utföra hälso- och sjukvård utgörs tillhandahållaransvaret av ansvaret för *att* hälso- och sjukvård finns tillgänglig för befolkningen. Det innefattar också ansvaret för att planera, organisera och dimensionera hälso- och sjukvården så att den svarar mot befolkningens behov.

Tillhandahållaransvaret innebär ett yttersta ansvar för att det finns vård, vilket kan sägas innebära en skyldighet att bedriva vård i egen regi om behovet inte kan täckas på annat sätt, till exempel genom avtal med privata utförare. Detta kan också beskrivas som ett sistahandsansvar. Vidare innebär tillhandahållaransvaret ett yttersta ansvar för att säkerställa kvaliteten i den vård som bedrivs, oavsett om den bedrivs i egen regi, eller lämnas över till enskilda utförare, till exempel genom uppföljning och kontroll av verksamheter. I utövande av tillhandahållaransvaret sker således en stor del av hälso- och sjukvårdens mer verksamhetsnära styrning. Tillhandahållaransvaret kan i den svenska förvaltningsmodellen enbart innehas av offentliga aktörer.

[1] Ansvarskommittén använde också begreppet tillhandahållaransvar och även finansieringsansvar, se till exempel SOU 2007:10, *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*, s. 121 och s. 159.

Verksamhetsansvaret

Det fjärde och sista ansvarsbegreppet, *verksamhetsansvar*, är av en lite annan karaktär än de övriga tre ansvarsbegrepp som används i rapporten. Verksamhetsansvaret kan beskrivas som ansvaret för att leverera/utföra hälso- och sjukvård till patienter och invånare i enlighet med uppställda mål och krav. Därmed är verksamhetsansvaret ett ansvar som den som har tillhandahållaransvaret kan välja att antingen inneha själv, och bedriva vården i egen regi, eller lägga ut på exempelvis privata vårdgivare.

Med verksamhetsansvaret följer ett stort ansvar för kvalitet och patientsäkerhet. Det inbegriper också ett ansvar för att säkerställa tillgång till nödvändiga fysiska och humana resurser som behövs för vårdens utförande, till exempel personal och utrustning. En central del av verksamhetsansvaret utgörs också av arbetsgivaransvaret. Med arbetsgivaransvaret följer ett ansvar att sörja för en god arbetsmiljö och personalens kompetensutveckling. Verksamhetsansvar kan tillfalla både offentliga och privata utförare av hälso- och sjukvård.

Verksamhetsansvaret motsvarar på många sätt vårdgivarens ansvar i den nuvarande hälso- och sjukvårdslagstiftningen och skulle kunna benämnas vårdgivaransvar. Vårdgivare är dock ett rättsligt begrepp som är förenat med specifika skyldigheter. De exakta gränserna för vårdgivarens ansvar kan vara svåra att bestämma och kan därtill förändras över tid. Verksamhetsansvar omfattar här dessutom andra rättsliga ansvarsbegrepp med separat rättslig reglering, så som arbetsgivaransvaret och personuppgiftsansvaret.

För att analysen i denna underlagsrapport inte ska vara bunden av de exakta rättsliga förpliktelser som åvilar vårdgivaren i nuvarande lagstiftning används därför begreppet verksamhetsansvar i stället för begreppet vårdgivaransvar.

Nuvarande ansvarsfördelning med utgångspunkt i de fyra ansvarsbegreppen

I detta avsnitt tillämpas de fyra ansvarsbegreppen genom att de används för att beskriva nuvarande ansvarsfördelning. Beskrivningen av nuvarande ordning utgör en jämförelsepunkt för ansvarsfördelningen i scenarierna för ett helt och delvis statligt huvudmannaskap.

Tillhandahållar- och verksamhetsansvaret i nuvarande ordning

Tillhandahållaransvaret för hälso- och sjukvård ligger i dag helt på regionerna och kommunerna, med vissa mindre undantag där staten har tillhandahållaransvar.[2] Verksamhetsansvaret finns i dag både hos offentliga verksamheter, när regioner och kommuner bedriver hälso- och sjukvård i egen regi, och hos privata vårdgivare till vilka regioner eller kommuner kan välja att lägga ut verksamhetsansvaret.

Finansieringsansvaret i nuvarande ordning

Finansieringsansvaret kan beskrivas som delat mellan staten och regionerna i nuvarande ordning. Det primära finansieringsansvaret är regionernas, men staten har genom avtal, överenskommelser och åtaganden samt det kommunala utjämningssystemet och finansieringsprincipen[3] också tagit ett betydande finansieringsansvar när det kommer till hälso- och sjukvård.

Det finns ingen reglering som styr hur stort statens finansieringsansvar ska eller borde vara. Bland aktörer i systemet finns också olika uppfattningar om hur stort statens ansvar både är och bör vara för finansieringen av hälso- och sjukvården. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) ansåg i mars 2024 till exempel att

> …på längre sikt är det helt avgörande att staten står för en mer stabil och förutsägbar finansiering, som gör det möjligt för regioner och kommuner att planera långsiktigt.[4]

[2] Staten har ett mycket begränsat tillhandahållaransvar för hälso- och sjukvård, bland annat utgörs detta av ansvaret att säkerställa tillgång till hälso- och sjukvård inom Försvarsmakten. Statliga myndigheter har dock i viss utsträckning valt att bedriva hälso- och sjukvård, även om tillhandahållaransvaret formellt sett vilar på regionen. Så är fallet inom exempelvis Kriminalvården och Statens institutionsstyrelser.

[3] Finansieringsprincipen innebär att staten inte ska ålägga kommuner och landsting nya uppgifter utan att ge dem adekvat finansiering, det vill säga att statligt beslutade reformer varken ska vara under- eller överfinansierade. Se vidare i Riksrevisionen (2018), *Den kommunala finansieringsprincipen – tillämpas den ändamålsenligt?* Rapport 2018:8.

[4] Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Välkommet besked om tillskott till regionerna*, nyhet på SKR:s hemsida 2024-03-04.

Systemansvaret i nuvarande ordning

När det gäller systemansvaret är nuvarande ordning mer komplicerad. Ansvaret för hälso- och sjukvårdens grundläggande institutionella strukturer tillfaller riksdagen (staten) i nuvarande ansvarsfördelning. Det utgörs till exempel av ansvaret för ansvars- och uppgiftsfördelningen i sig, samhällsorganisationen och lagstiftningen. Detta innebär att staten kan sägas ha det yttersta systemansvaret för hälso- och sjukvården.

Det yttersta systemansvaret följer bland annat av att det är riksdagen som stiftar lagarna som styr hälso- och sjukvården, utövar tillsyn och avgör hur ansvarsfördelningen i Sverige ska se ut och vilka uppgifter kommuner och regioner ska åläggas. Det yttersta systemansvaret följer också av att det är staten som är skyldig att säkerställa Sveriges efterlevnad till internationella konventioner om till exempel en tillgänglig hälso- och sjukvård (utifrån rätten till liv i artikel 2 i Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna [hädanefter Europakonventionen]) samt krav om bästa möjliga hälsa för alla enligt FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter som innehåller krav om bästa möjliga hälsa för alla (artikel 12). Utifrån europeisk och internationell rätt är det alltså staten och Sverige som land som är skyldig att säkerställa efterlevnad till exempelvis förordningar och direktiv.

Ansvaret för politisk styrning av hälso- och sjukvården kan också beskrivas som delat mellan staten, regionerna och kommunerna i nuvarande hälso- och sjukvårdssystem. I många specifika frågor har både staten, regionerna och kommunerna ett ansvar för styrning, men med olika befogenheter, handlingsutrymme och skyldigheter.

Även ansvaret för systemövergripande funktioner och resurser i hälso- och sjukvården kan i dag sägas vara delat mellan staten och regionerna (och kommunerna). Staten ansvarar i praktiken för flera sådana funktioner genom de statliga myndigheternas verksamhet, till exempel tillsyn, uppföljning, statistik, analys och utvärdering, kunskapsstöd och kunskapsstyrning. I flera fall har både staten och regionerna roller kring samma systemövergripande funktion. Kunskapsstyrning och kunskapsstöd är ett sådant exempel.

Många systemövergripande funktioner sköts i praktiken också av regionerna i samverkan, till exempel på nationell nivå via SKR eller i samverkan på sjukvårdsregional nivå. Det är samtidigt svårt att tala om något formaliserat gemensamt systemansvar för regionerna, eftersom det i sådan samverkan mellan regioner ofta krävs beslut i varje enskild region för att implementera och driva frågor framåt. Det saknas ofta gemensamma beslutsorgan, som exempelvis kommunalförbund, för detta. Det finns dock undantag, till exempel att Norra sjukvårdsregionen drivs genom ett kommunalförbund dit ingående parter delegerat beslutanderätt.[5]

Den närmare gränsdragningen mellan statens respektive regionernas och kommunernas systemansvar, och fördelningen av ansvaret för specifika frågor och uppgifter i systemansvaret mellan nationell och regional nivå, saknas det inte sällan samsyn om och är föremål för kontinuerlig diskussion.

Illustration av ansvarsfördelningen i nuvarande ordning

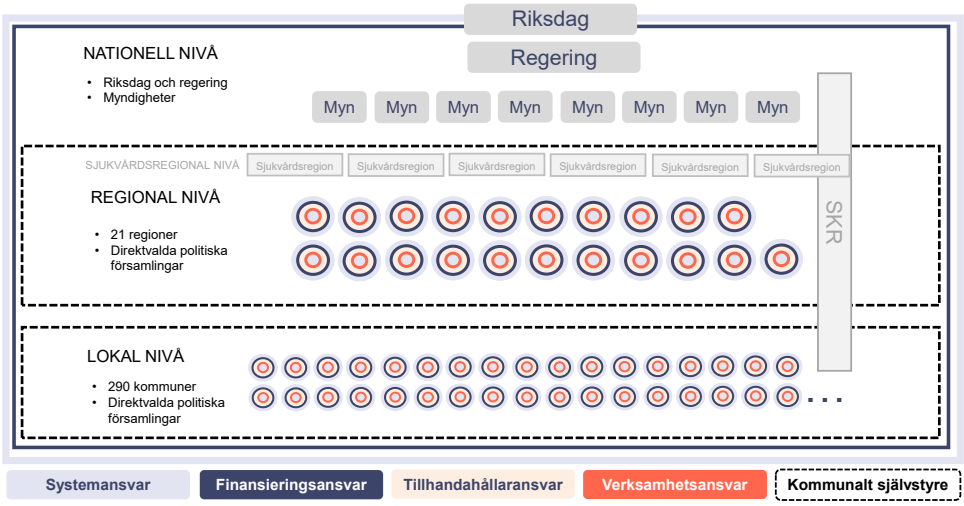
I figur 3.1 illustreras hur ansvarsfördelningen mellan staten, regionerna och kommunerna kan beskrivas med utgångspunkt i de fyra ansvarsbegreppen. Figuren illustrerar att det nationella hälso- och sjukvårdssystemet kan beskrivas som att det inrymmer 21 regionala hälso- och sjukvårdssystem och 290 kommunala hälso- och sjukvårdssystem med ansvar för olika delar av hälso- och sjukvården.

Varje region och kommun har tillhandahållaransvar, finansieringsansvar och systemansvar inom sina geografiska områden. Detta ansvar utövas inom den kommunala självstyrelsens ramar och hanteras till viss del centraliserat genom samverkan på sjukvårdsregional eller nationell nivå. Staten har samtidigt ett system- och finansieringsansvar som omfattar hälso- och sjukvårdssystemet

[5] Utredningen om statens samverkan med kommunsektorn (SOU 2024:43) har föreslagit att dagens sex samverkansregioner ska formaliseras genom tillägg i HSL och därigenom kunna användas för en utvecklad samverkan som bygger på en mer direkt dialog mellan staten och regionerna. Det förutsätter att alla samverkansregioner har ett tydligt beslutsmandat, vilket kan uppnås genom att de ingående regionerna i en samverkansregion bildar antingen ett kommunalförbund eller en gemensam nämnd. Ett tydligt beslutsmandat för samtliga samverkansregioner skulle både möjliggöra ökad samverkan mellan regionerna i frågor som gynnas av ett regionöverskridande eller nationellt perspektiv och skapa förutsättningar för ökad samverkan med staten. Utredningen lämnade förslag om att det i hälso- och sjukvårdslagen införs krav på att de regioner som ingår i en samverkansregion ska samverka genom ett kommunalförbund eller i en gemensam nämnd.

som helhet. Detta utövas via riksdagen, regeringen och de statliga myndigheterna.

Figur 3.1 Förenklad illustration över nuvarande ansvarsfördelning



Förklaring: Cirklarna illustrerar att varje region och kommun har system-, finansierings-, tillhandahållar- och verksamhetsansvar inom sina områden, som omfattas av den kommunala självstyrelsen. Staten har samtidigt ett system- och finansieringsansvar som omfattar hela det nationella systemet.

Scenarierna bygger på att staten tar över tillhandahållaransvaret för hälso- och sjukvård

Scenarierna som presenteras i den här underlagsrapporten utgår från att kärnan i huvudmannaskapet utgörs av tillhandahållaransvaret för hälso- och sjukvård. En huvudmannaskapsförändring innebär därmed att tillhandahållaransvaret övergår från regionerna till staten. Det skulle medföra att även regionernas system- och finansieringsansvar övergår till staten och därmed samlas det politiska ansvaret för den hälso- och sjukvård som regionerna i dag ansvarar för på en nivå. För den kommunala hälso- och sjukvården skulle system- och finansieringsansvaret däremot fortfarande vara delat med staten som i dag.

Vårdansvarskommitténs uppdrag rör både alternativet *helt* statligt huvudmannaskap och alternativet *delvis* statligt huvudmannaskap. Vid ett helt statligt huvudmannaskap tar staten över ansvaret

för *all* regional hälso- och sjukvård som regionerna ansvarar för. Ett delvis statligt huvudmannaskap innebär i scenarierna att staten tar över hela huvudmännens nuvarande ansvar för en *viss del* av hälso- och sjukvården, det vill säga ett visst vårdområde eller en viss verksamhet. Det innebär ett statligt tillhandahållaransvar för hälso- och sjukvård samt att system- och finansieringsansvar samlas helt hos staten för den del av hälso- och sjukvården som scenariot avser.

Tillhandahållaransvaret hålls ihop med det primära finansieringsansvaret och delar av systemansvaret

Ett delvis statligt huvudmannaskap utgörs med detta synsätt av att allt ansvar som huvudmännen i dag har övergår till staten (det vill säga regionernas systemansvar, finansieringsansvaret, tillhandahållaransvaret och (åtminstone initialt) verksamhetsansvaret för offentligt finansierad hälso- och sjukvård), för en viss del av hälso- och sjukvården. Delarna kan utgöras av primärvård, specialiserad vård eller andra indelningar av vården och dess verksamheter som bedöms lämpliga. De scenarier för delvis statligt huvudmannaskap som presenteras i den här rapporten svarar mot denna definition av ett delvis statligt huvudmannaskap. Valet att hålla ihop huvudmannens ansvar på detta sätt bygger på ett antal ställningstaganden.

För det första utgör tillhandahållaransvaret kärnan i huvudmannaskapet enligt HSL. Ett statligt huvudmannaskap kan därför antas förutsätta att tillhandahållaransvaret för hälso- och sjukvården flyttas till staten.

För det andra finns det flera skäl att hålla samman tillhandahållaransvaret med det huvudsakliga finansieringsansvaret och delar av systemansvaret. Att helt separera tillhandahållaransvar och finansieringsansvar mellan politiska nivåer är förvisso möjligt, men det kan göra det otydligt för medborgarna vilken politisk nivå som bär ansvaret om hälso- och sjukvården inte svarar mot befolkningens behov. Vidare kan det finnas risk för negativa (exempelvis kostnadsdrivande) incitament om ansvaret för att tillhandahålla en verksamhet skulle vara separerat från ansvaret att finansiera samma verksamhet. Den aktör som har tillhandahållaransvaret bör också ha reella möjligheter att styra och prioritera i hälso- och sjukvården vilket förutsätter ett visst systemansvar och ett finansieringsansvar. Eftersom det i detta fall handlar om att överföra tillhandahållaran-

svar till staten framstår det också som rimligt att regionernas system- och finansieringsansvar för den del av vården som avses också överförs.

För det tredje behöver det beaktas att de svenska regionerna leds av direktvalda politiska organ och bedriver sina verksamheter inom ramen för kommunal självstyrelse. Även om det i teorin skulle vara tänkbart att bibehålla verksamhetsansvaret i regionerna och flytta system-, tillhandahållar- och finansieringsansvaren så skulle det i praktiken reducera regionerna till rena utförare av hälso- och sjukvård på uppdrag av staten. Det hade kunnat vara tänkbart om regionerna i huvudsak vore administrativa enheter utan egen politisk ledning, men en sådan ordning har bedömts osannolikt utifrån nuläget där de svenska regionerna leds av direktvalda politiska organ som bedriver verksamheter utifrån kommunal självstyrelse. I praktiken skulle en huvudmannaskapsförändring åtminstone initialt därför medföra att staten tar över regionernas verksamhetsansvar och får arbetsgivaransvar för offentligt anställd hälso- och sjukvårdspersonal i den vård som bedrivs i egen regi.

Det finns andra sätt att förändra ansvarsfördelningen

Det bör påpekas att definitionerna av ett helt respektive delvis statligt huvudmannaskap som används i denna rapport inte utesluter att det finns andra sätt att förändra ansvarsfördelningen i hälso- och sjukvården.

Ett vanligt påpekande i sekretariatets inledande dialoger med intressenter har till exempel varit att staten bör ta ett utökat ansvar för eller stärka styrningen av vissa särskilda funktioner eller områden. Områden som då brukar framhållas är till exempel ett statligt ansvar för digital infrastruktur, ett statligt ansvar för all kunskapsstyrning, ett statligt ansvar för styrning och finansiering när det gäller läkemedel eller ett utökat statligt ansvar för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Staten skulle då kunna ansvara för att såväl styra, finansiera och operativt bedriva den verksamhet som avses, som ett sätt att stödja regionerna i arbetet med att säkerställa befolkningens tillgång till hälso- och sjukvård. Vissa har också förespråkat en allmänt stärkt och utvecklad statlig styrning av hälso- och sjukvården, med bibehållet tillhandahållaransvar i regioner och

kommuner. I utredningsarbetet betraktats sådana förändringar som exempel på ett utökat statligt systemansvar eller utökat statligt finansieringsansvar, men inte som ett delvis statligt huvudmannaskap eftersom staten i detta sammanhang inte skulle ansvara för att tillhandahålla hälso- och sjukvård.

Sådana alternativ aktualiserar delvis andra ställningstaganden och analyser än en huvudmannaskapsförändring. En central fråga blir till exempel hur stort system- och eller finansieringsansvar det är lämpligt att staten tar i förhållande till att regionerna samtidigt kvarstår som huvudmän för hälso- och sjukvården.

Alla tänkbara varianter av delvis statligt huvudmannaskap prövas inte i analyserna

Det finns tänkbara varianter av ett delvis statligt huvudmannaskap som inte prövas i den här rapporten. En sådan variant är en situation där staten tar över allt ansvar för hela hälso- och sjukvården inom ett visst geografiskt område. Det kan till exempel handla om ett statligt huvudmannaskap som omfattar en eller flera regioner, medan vården i andra delar av landet skulle kvarstå under regionalt huvudmannaskap.[6]

Ansvarskommittén resonerade i sitt slutbetänkande om sådan asymmetrisk eller differentierad uppgiftsfördelning men konstaterade att den ”…inte skulle medverka till en överskådlig och tydlig samhällsorganisation, vare sig för medborgarna eller för samhället i stort.”[7] Ansvarskommitténs ställningstagande baserades bland annat på rapporter från Statskontoret som konstaterat att förutsättningarna för asymmetrisk uppgiftsfördelning varierar beroende på vilken typ av verksamhet det gäller och på vilka värden som ska främjas.[8]

Vill man främja enhetlighet eller likvärdighet över landet menade Statskontoret att det i de flesta fall talar för ett statligt huvudmannaskap, medan värden som närhet och lokal demokrati talar för kommunalt huvudmannaskap. Effektivitet kan som värde tala för såväl statligt som kommunalt huvudmannaskap och därmed moti-

[6] Den här frågan diskuterades under sommaren 2024 avseende region Gotland, se artikel om sjukvårdsministerns besök på Gotland i Dagens Nyheter 2024-06-01.
[7] SOU 2007:10, *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*, s. 83.
[8] Statskontoret (2006), *Flexibel uppgiftsfördelning mellan stat och kommuner*.

vera en asymmetrisk uppgiftsfördelning. Effektivitet kan, menade Statskontoret, handla om att ta tillvara stordriftsfördelar men också om att anpassa till lokala förutsättningar.[9] Samtidigt skulle staten, oavsett om det handlar om en, ett fåtal eller många regioner, behöva bygga upp nya förmågor och en organisation för att kunna ta system-, finansierings- och tillhandahållaransvar i olika delar av landet.

3.2 Scenario för ett helt statligt huvudmannaskap – organisation och ansvarsfördelning

I detta avsnitt beskrivs närmare hur ansvarsfördelningen och den administrativa organisationen skulle kunna se ut vid ett helt statligt huvudmannaskap. Scenariot innebär att staten övertar huvudmannaskapet för all hälso- och sjukvård som regionerna är huvudmän för i dag.

Ansvaret samlas hos staten från att tidigare varit delat vertikalt (mellan staten och regionerna) och horisontellt (mellan regionerna). Staten får därmed fullt ut systemansvaret, finansieringsansvaret och tillhandahållaransvaret för att erbjuda och leverera hälso- och sjukvård till hela Sveriges befolkning med undantag för den kommunala hälso- och sjukvården. Utförandet av hälso- och sjukvård kan precis som i dag ske i offentlig regi eller upphandlas av privata vårdgivare. För den hälso- och sjukvård som bedrivs i offentlig regi skulle staten – i likhet med regionerna i nuvarande ordning – ha såväl tillhandahållaransvar som verksamhetsansvar. Regionerna har i scenariot kvar sitt nuvarande ansvar för kollektivtrafik, kulturfrågor, regional utveckling och tandvård.

Nedan beskrivs tänkbara organisatoriska lösningar och frågor som behöver adresseras i utformningen av den administrativa organisationen vid ett statligt huvudmannaskap. Redogörelsen utgår från de fyra ansvarsbegreppen.

[9] Statskontoret (2006), *Flexibel uppgiftsfördelning mellan stat och kommuner*.

Tillhandahållaransvaret och verksamhetsansvaret vid ett helt statligt huvudmannaskap

Med ett statligt huvudmannaskap följer ansvaret för staten att tillhandahålla vård till Sveriges befolkning. Detta är en ny uppgift och roll för staten. Hur vården skulle dimensioneras, bemannas, organiseras och beställas – vilket är centrala komponenter i tillhandahållaransvaret – behöver utredas särskilt. Det går att tänka sig någon slags beställare- och utförarmodell där beställaren har som uppgift är att formulera produktionsmål och kvalitetskrav för verksamheten medan utföraren har som uppgift är att bedriva verksamheten för att uppnå dessa mål och krav.

Initialt behöver staten också vara beredd att ta ett stort mått av verksamhetsansvar vilket innebär ett ansvar att utföra hälso- och sjukvård till patienter och invånarna. Verksamhetsansvaret är ett ansvar som den som har tillhandahållaransvaret kan välja att antingen behålla själv och bedriva vården i egen regi eller lägga ut på exempelvis privata vårdgivare. Om det inte är möjligt att lägga ut verksamhetsansvaret måste den som har tillhandahållaransvaret också själv ta verksamhetsansvaret. Med detta ansvar följer ett stort ansvar för kvalitet, patientsäkerhet och ett ansvar för att säkerställa tillgång till nödvändiga fysiska och humana resurser som behövs för vårdens utförande, till exempel personal och utrustning, med undantag för de resurser och funktioner som man valt att centralisera till systemnivån. En central del av verksamhetsansvaret utgörs också av arbetsgivaransvaret. Med arbetsgivaransvaret följer ett ansvar att sörja för en god arbetsmiljö och för personalens kompetensutveckling.

Statliga myndigheter med tillhandahållaransvar för hälso- och sjukvård finns i flera länder. I exempelvis England och Skottland är det respektive nationell regering som har det övergripande ansvaret för att organisera och tillhandahålla hälso- och sjukvård till invånarna. I varje land finns därutöver olika regionala funktioner som har i uppgift att planera och tillhandahålla vården, enligt riktlinjer fastställda i nationella planer.[10] Ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården i den betydelse som används här är således inget unikt i en europeisk kontext.

[10] European Observatory on Health systems and Policies (2022), *United Kingdom – Health system summary*.

Arbetsgivaransvaret

Arbetsgivaransvaret ryms som beskrivits tidigare i rapporten inom verksamhetsansvaret. Staten blir i detta scenario ansvarig arbetsgivare för den hälso- och sjukvårdpersonal som tillhandahåller och utför vård i statlig regi, men inte för personal som arbetar hos upphandlade privata aktörer. Det är en sannolik följd av att tillhandahållaransvaret för vården övergår till staten att också verksamhetsansvaret följer med, åtminstone inledningsvis. Det är också möjligt men inte sannolikt att staten som huvudman via avtalssamverkan lägger ut verksamhetsansvaret (inklusive arbetsgivaransvaret) till regioner, som då blir arbetsgivare.

Det arbetsrättsliga området består av ett stort antal lagar som reglerar anställnings- och arbetsvillkor samt förhållandet mellan arbetsmarknadens parter. Som en följd av det svenska arbetsrättsliga systemet bestäms arbetstagarnas villkor i stor utsträckning i kollektivavtal som tecknas mellan arbetsgivare och arbetstagarorganisationer. Inom arbetsrätten finns också ett regelverk om arbetsmiljörätt som syftar till att skydda arbetstagarnas liv och hälsa, samt bestämmelser om exempelvis arbetstid och diskriminering. Arbetsgivaren är enligt regelverket bland annat skyldig att se till att arbetet kan utföras utan risk för ohälsa eller olycksfall.

I dag är Polismyndigheten Sveriges största myndighet – sett till antalet anställda – med närmare 33 000 anställda (årsarbetskrafter). Skulle tillhandahållaransvaret för all hälso- och sjukvård som regionerna är huvudmän för i dag åläggas en statlig myndighet skulle myndigheten i särklass bli landets största arbetsgivare med cirka 300 000 anställda. Inom regionerna fanns i november 2022 ungefär 200 000 anställningar inom hälso- och sjukvården och närmare 15 000 anställningar inom rehabilitering och förebyggande arbete. Till detta tillkommer närmare 60 000 anställningar inom ledning, utveckling och stöd och närmare 20 000 inom teknik och service.[11]

Sett till de yrkesgrupper som i dag är anställda inom regionernas hälso- och sjukvård skulle staten, om staten också är vårdgivare, bland annat få arbetsgivaransvar för närmare 23 000 läkare med specialistkompetens, drygt 16 000 läkare utan specialistkompetens, drygt 74 000 sjuksköterskor och drygt 63 500 undersköterskor.

[11] Sveriges Kommuner och Regioner (2024), Antal anställningar, faktiska årsarbetare, sysselsatta och helt lediga efter personalgrupp i regioner nov 2022. Information på webben.

Detta är beräknat på antal anställningar. Det kan vara så att en person har flera anställningar vilket innebär att siffrorna kan vara något lägre, sekretariatet har inte funnit uppgifter om hur många av de uppräknade anställningarna i statistiken som rör delade anställningar. Skulle staten välja att upphandla större eller mindre del av utförandet av privata vårdgivare förändras storleken på det statliga arbetsgivaransvaret. Hur organiseringen och fördelningen av arbetsgivaransvaret mer konkret ska se ut är en omfattande fråga som i valda delar behöver utredas i särskild ordning. De frågor som behöver belysas särskilt i en separat utredning rör bland annat lönebildning, pensionsavtal och kollektivavtal.

Myndighetsorganisation

Ett statligt huvudmannaskap måste omsättas i en ny statlig myndighetsorganisation för tillhandahållande av hälso- och sjukvård. Det finns ett flertal varianter både av hur den statliga myndighetsorganisationen kan vara organiserad samt hur denna organisation kan styras.[12] Inom ramen för utredningsarbetet har tre varianter av en sådan organisation diskuterats:

- En statlig myndighet per region.
- En statlig myndighet per sjukvårdsregion (samverkansregion).
- En statlig enmyndighet för hela landet.

En statlig myndighet per region

En för svensk samtida förvaltningspolitisk kontext ovanlig, men ändå teoretiskt möjlig, variant är att det bildas en statlig myndighet med ansvar för att tillhandahålla hälso- och sjukvård i varje region. Denna struktur skulle kunna följa länsstyrelsernas geografiska indelning, vars generella uppdrag är att vara regeringens företrädare i länen. Det skulle innebära inrättande av 21 statliga myndigheter med samma geografiska indelning som nuvarande huvudmän (regio-

[12] I detta scenario har vissa avgränsningar gjorts, vilket innebär att det inte närmare analyseras om den statliga vården ska bedrivas i bolagsform eller om finansieringen ska vara försäkringsbaserad.

nerna) har i dag. Varje regional huvudman skulle då ersättas av en statlig men inom samma geografiska område som i dag.

En sådan reform skulle på flera sätt bryta mönstret mot de senaste 20 årens förvaltningspolitiska inriktning av statsförvaltningen. En sådan förvaltningsmässig struktur skulle troligen inte avlägsna de hinder som framkommit i utredningsarbetet för att uppnå de uttalade målen med uppdraget. Detta alternativ har därför inte undersökts närmare.

En statlig myndighet per sjukvårdsregion (samverkansregion)

Vid ett helt statligt ansvar att tillhandahålla hälso- och sjukvård skulle en annan variant kunna vara att samla regionernas inklusive sjukvårdsregionernas verksamhet och ansvar inom ramen för sex statliga myndigheter. Dessa myndigheters geografiska områden skulle då motsvara dagens sjukvårdsregionala geografi.

I sammanhanget bör framhållas att statsförvaltningen under senare år i allt större utsträckning kommit att koncentreras till den samverkansregionala indelningen. Det gäller exempelvis organisering av statliga myndigheters regionala indelning enligt förordning 2022:593, men också indelningen i civilområden och särskilt utpekade ansvar för vissa länsstyrelser. Civilområdena sammanfaller i stort geografiskt med samverkansregionerna (sjukvårdsregion är en annan benämning på samma administrativa indelning). Undantaget är region Halland som är delad mellan södra och västra sjukvårdsregionen, men ingår i västra civilområdet. Även diskussioner om hur statens samverkan med kommunsektorn (kommuner och regioner) kan utvecklas rör sig runt samverkansregionernas geografiska områden.[13]

[13] Utredningen om statens samverkan med kommunsektorn har i sitt betänkande (SOU 2024:43) föreslagit en regionalisering av Socialstyrelsen och utvecklad samverkan mellan stat och regioner genom just samverkansregionerna. Hittills är det bara Arbetsförmedlingen och Statens servicecenter som har en regional organisation enligt indelningsförordningen. Trafikverket och Försvarsmakten har fått i uppdrag av regeringen att beakta och analysera sin regionala organisation i relation till förordningen.

En statlig enmyndighet för hela landet

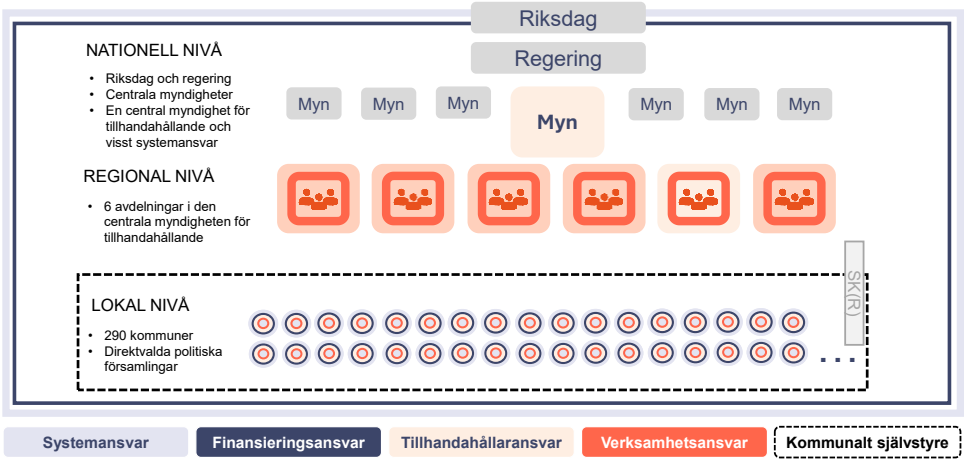
Om staten helt tar över ansvaret för den vård som regionerna ansvarar för i dag kan ett alternativ också vara att tillskapa *en* ansvarig myndighet som är uppbyggd på avdelningar som motsvarar den sjukvårdsregionala indelningen. En sådan enmyndighetslösning inom hälso- och sjukvården skulle delvis påminna om hur hälso- och sjukvården är organiserad i Storbritannien inom ramen för National Health Service (NHS).

NHS brukar beskrivas som den största arbetsgivaren i Europa men NHS är i praktiken inte en enda organisation/myndighet, utan hundratals organisationer i en gemensam struktur som ytterst leds och organiseras av respektive länders regeringar. I till exempel NHS England finns sju regionala team, som ansvarar för alla NHS-organisationer inom sin region. På lokal nivå finns 42 Integrated Care Systems (ICS) som ansvarar för planering och kontraktering med utförare inom sina respektive geografiska områden med ett befolkningsunderlag från cirka 500 000 till 3 miljoner invånare.[14] Motsvarande lokala organisationer benämns Health Boards i Skottland och Wales, samt Health and Social Care Board i Nordirland.[15]

Figur 3.2 ger en förenklad och översiktlig bild av hur en enmyndighetslösning för hälso- och sjukvården i Sverige skulle kunna utformas med sex regionala avdelningar och hur ansvarsfördelningen ser ut i scenariot.

[14] The King's Fund *Integrated care systems explained.* Information på webben.
[15] NHS England, *Structure of the NHS. Information på webben*. Anderson, M. Pitchforth, E. Edwards, N. Alderwick, H. McGuire, A. Mossialos, E. *Health Systems in Transition, Vol. 24 No. 1 2022.*

Figur 3.2 Förenklad illustration över ansvarsfördelningen och myndighetsorganisationen vid ett helt statligt huvudmannaskap.



Förklaring: Staten har ett system- och finansieringsansvar som omfattar hela det nationella systemet. En statlig myndighetsorganisation har tillhandahållaransvaret av vård på den regionala nivån. Cirklarna illustrerar att varje kommun har system-, finansierings-, tillhandahållar- och verksamhetsansvar inom sitt område, som omfattas av den kommunala självstyrelsen.

Ledning av myndigheter med tillhandahållaransvar

Det finns i dag tre olika ledningsformer för svenska statliga myndigheter – styrelse, nämnd och enrådighet. Det som utmärker styrelsemyndigheter är att det är styrelsen som kollektiv som leder myndigheten. I en enrådighetsmyndighet leds verksamheten av en myndighetschef. I nämndmyndigheter utgör nämnden myndighetens högsta ledning.[16]

Den ledningsform som förmodligen bäst skulle passa varianten med en central hälso- och sjukvårdsmyndighet (och för övrig även varianten med de sex regionala statliga hälso- och sjukvårdsmyndigheter) som här beskrivs är styrelseformen. Denna ledningsform är främst lämplig för myndigheter som har komplexa uppdrag, ett stort finansiellt ansvar, vars verksamhet rör flera samhällssektorer, är forskningsintensiv eller kunskapsproducerande eller att myndigheten bedriver affärsliknande verksamhet.[17] Ett flertal av dessa kriterier karaktäriserar hälso- och sjukvårdssystemet, inte minst vad

[16] Statskontoret (2018), *Myndighetsstyrelser i praktiken*.
[17] Regeringskansliet (2016), *Vägledning för statliga myndighetsstyrelser* (Finansdepartementet).

gäller nivån av komplexitet, omfattningen av det finansiella ansvaret samt forskningsintensiteten och kunskapsproduktionen i verksamheten. Enligt Statskontoret stärker styrelseformen förutsättningarna för en mer strategisk intern styrning av myndigheten eftersom den då leds av en samlad kompetens. Det är också vanligare att regeringen låter stora myndigheter ledas av en styrelse än andra myndigheter. Under senare år har flera större myndigheter också ombildats till styrelsemyndigheter.

Enmyndighetsvarianten har grundläggande likheter med hur Polismyndigheten i dag är organiserad. Det finns en central ledning och en regional förvaltningsorganisation med ansvariga chefer samt ett antal nationella funktioner. Polismyndigheten är dock inte en styrelsemyndighet, som skisseras här, utan en enrådsmyndighet där rikspolischefen (motsvarande generaldirektören) leder myndigheten och inför regeringen ensam bär ansvaret för myndighetens verksamhet.

Systemansvaret vid ett helt statligt huvudmannaskap

Staten tar inom ramen för huvudmannaskapet över ansvaret för att utöva den styrning och driva de olika stödfunktioner som i dag finns för hälso- och sjukvård i regionerna. Nationella funktioner som i dag hanteras av regionerna i nationell samverkan och via SKR, överförs också till staten. Detta kan göras på olika sätt. Antingen införlivas de uppgifter som följer av det utökade systemansvaret i den befintliga myndighetsstrukturen eller så genomförs en större myndighetsreform utöver inrättandet av en eller flera myndigheter för att tillhandahålla hälso- och sjukvård.

Sekretariatet menar att den befintliga myndighetsstrukturen behöver ses över i samband med en huvudmannaskapsreform oavsett vilken lösning som väljs för den nya myndighetsorganisationen för att tillhandahålla vård. Exempel på frågor som behöver ingå i en sådan översyn är vilka funktioner och uppgifter som ska ingå i en statlig organisation för tillhandahållande av vård och vilka uppgifter som ska hänföras till andra myndigheter. Inom en sådan översyn ingår att besluta vilka dessa övriga myndigheter ska vara och hur fördelningen av funktioner och uppgifter dem emellan ska utformas och fördelas.

Utöver ett ansvar för tillsyn, uppföljning, utvärdering och statistikproduktion samt ett övergripande ansvar för ansvarsutkrävande ingår i systemansvaret exempelvis utfärdande av föreskrifter, allmänna råd och kunskapsstöd. Som diskuterades tidigare ingår i systemansvaret även ansvar för kritisk infrastruktur, försörjningsberedskap, samt fysiska och humana resurser för verksamheten, till exempel personal, teknisk och medicinsk utrustning, kunskap, information och läkemedel.

Regeringskansliet och berörda departement

Statens styrning av den hälso- och sjukvård som regionerna ansvarar för i dag skulle dels bestå av den strategiska styrning som hör till system- och finansieringsansvaren, dels den mer operativa styrning som följer av tillhandahållaransvaret. Oavsett hur myndighetsorganisationen utformas och organiseras ställer scenariot för ett helt statligt huvudmannaskap helt andra och högre krav än i dag på Regeringskansliet och flera berörda departement när det gäller kapacitet och förmåga till styrning av hälso- och sjukvården.

De ökade kraven på Regeringskansliet till följd av huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården gäller särskilt Socialdepartementet men också exempelvis Finansdepartementet, Utbildningsdepartementet och Försvarsdepartementet. Motsvarande utskott i riksdagen berörs också av de ökade kraven på styrning och genom att den politiska styrningen av hälso- och sjukvården samlas i riksdagen.

Det kan påpekas att Regeringskansliet inte har erfarenhet av att strategiskt leda och ytterst ha operativt ansvar för en verksamhet av den storlek som här är vid handen. Under utredningsarbetet har idén framförts om att det kan finnas behov av att tillkalla en beredning för hälso- och sjukvården likt den försvarsberedning[18] som finns på försvarsområdet, om staten skulle göras till huvudman för hälso- och sjukvården. Denna skulle då syfta till att skapa förutsättningar för en långsiktig och över partigränserna stabil grund för hälso- och sjukvårdens styrning och utveckling.

[18] Försvarsberedningen utgör ett forum för konsultationer mellan regeringen och representanter för de politiska partierna i riksdagen. Strävan är att nå en så bred enighet som möjligt om hur Sveriges försvars- och säkerhetspolitik ska utformas. Med utgångspunkt i bland annat Försvarsberedningens rapporter utformar regeringen sina förslag till riksdagen. Regeringen (2024), *Försvarsberedningen*, information på regeringens hemsida.

Representation av patienter och anhöriga

Staten, regioner och kommuner behöver utveckla effektiva former för samverkan och samarbete runt patienter. Nya former för samverkan behöver också utvecklas inom staten, särskilt mellan de myndigheter som har uppgifter som berör hälso- och sjukvård men också mellan dessa myndigheter och departement inom Regeringskansliet.

Patientens inflytande över och delaktighet i sin egen vård är en grundläggande fråga, men det är också viktigt att patienter och anhöriga har inflytande på hur hälso- och sjukvården som system fungerar. I den statliga myndighetsorganisationen behövs därför en struktur för patient- och anhöriginflytande. En möjlig struktur för ett sådant inflytande är inrättandet av patient- och anhörigråd på olika nivåer i den statliga myndighetsorganisationen. Ett ökat inslag av reellt patientinflytande inom ramen för ett statligt system kräver dock ett utvecklingsarbete som går utöver själva huvudmannaskapsreformen. Detta utvecklingsarbete bör då utgå från vad patienter, anhöriga och patientföreträdare själva formulerar för behov av inflytande och processer för att möjliggöra detta. Det bör också finnas patientnämnder inom ramen för den statliga organisationen med uppgift att stödja och hjälpa patienter och deras närstående att framföra klagomål till vårdgivare samt hjälpa dem med information för att tillvarata sina intressen i hälso- och sjukvården.

Utöver formella strukturer för samverkan är det också viktigt att det i ett hälso- och sjukvårdssystem finns metoder och processer för att fånga in erfarenheter från patienter som inte är organiserade i föreningar. Detta kräver ett systematiskt arbete med att fånga in patienters kunskap och erfarenheter och omsätta detta i utveckling på flera olika nivåer inom den statliga organisationen.

Systemtillsyn

Vid ett statligt huvudmannaskap behövs en myndighetsfunktion som har i uppdrag att granska styrningen av hälso- och sjukvården. Detta kan beskrivas som systemtillsyn. Eftersom staten i scenariot är ansvarig för att såväl styra, tillhandahålla och finansiera hälso- och sjukvården är det angeläget att de roller som här beskrivs och som också tillfaller staten är tydliga och ibland åtskilda.

Det kan finnas skäl att stärka granskningen av regeringens styrning av hälso- och sjukvården vid ett statligt huvudmannaskap för all hälso- och sjukvård. Riksrevisionen är enligt 13 kap. 7 § regeringsformen (RF) en myndighet under riksdagen med uppgift att granska den verksamhet som bedrivs av staten och har således redan i dag i uppgift att granska statens styrning hälso- och sjukvården.

Verksamhetstillsyn

Tillsyn är redan i dag en del av statens systemansvar för hälso- och sjukvården och utgör också en styrningsfunktion. Med ett statligt ansvar för att tillhandahålla vård kommer staten att ansvara för verksamhetstillsyn av hälso- och sjukvård som bedrivs i statlig regi. Att en statlig aktör utövar tillsyn över andra statliga aktörers verksamhet är i sig inte något nytt eller principiellt problematiskt, utan något som görs redan i dag. Inspektionen för vård om omsorg (IVO) tillsynar exempelvis verksamheten vid statliga myndigheter som Statens institutionsstyrelse (SiS) och Kriminalvården. Som nämnts tidigare bör denna uppgift däremot rimligen åläggas en nationell statlig myndighet som inte har ansvar att tillhandahålla vård, i syfte att separera ansvaret för dessa uppgifter.

En grundläggande tanke med tillsyn är att den ska bidra till att de övergripande målen med den tillsynade verksamheten uppnås. Detta oavsett hur tillsynsmyndighetens uppdrag formuleras. Regeringen har valt olika sätt att organisera tillsynen för olika verksamheter. I vissa fall har en myndighet getts ansvar för såväl tillsyn som vissa främjandeuppgifter, till exempel bidragsgivning, som normering. Socialstyrelsen var tidigare exempel på en sådan myndighet. I andra fall omfattar tillsynsmyndighetens uppdrag både tillsyn och tillståndsgivning. IVO är ett exempel på en sådan myndighet.

Syftet med tillsynen i scenariot där staten har ett ansvar att tillhandahålla vård är att granska att den vård som ges är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter, inklusive att patienters rätt till självbestämmande och integritet skyddas. Ansvaret för tillsynen är således en viktig del av statens systemansvar för hälso- och sjukvården.

EU-rättsakter styr också på olika sätt den svenska tillsynen. EU:s sekundärrätt kan inom specifika områden ställa krav på en

fungerande nationell kontroll, bland annat i fråga om tillsynsmyndigheters oberoende. Hälso- och sjukvård är dock i huvudsak en nationell befogenhet och medlemsstaterna finansierar, förvaltar och organiserar sina egna hälso- och sjukvårdssystem. Det är därför osäkert om EU-rättens krav på en fungerande nationell kontroll kan behöva beaktas i utformningen av en ny statlig tillsynsorganisation utifrån scenariot där staten också blir huvudman för den hälso- och sjukvård som regionerna är huvudmän för i dag.

Kunskapsstyrning

Kunskapsstyrningen är en central komponent i systemansvaret för hälso- och sjukvården. Det är också ett område där både staten och regionerna i dag har olika ansvar och roller. Rekommendationer och standards tas i dag fram både inom regionernas gemensamma nationella system för kunskapsstyrning (exempelvis standardiserade vårdförlopp) och inom ramen för statliga myndigheters verksamhet som Socialstyrelsen (exempelvis nationella riktlinjer).

Med ett statligt huvudmannaskap samlas ansvaret för kunskapsstyrningen i staten. Detta innebär att staten tar över det nationella systemet för kunskapsstyrning, vilket i dag bland annat omfattar de 26 nationella programområdena (NPO), nationella samverkansgrupper (NSG), de sjukvårdsregionala programområdena (RPO) samt Rådet för nya terapier (NT-rådet).

För att möjliggöra att kunskapsutvecklingen fortsatt kan bedrivas med utgångspunkt i att både ta fram nationella kunskapsunderlag och att omsätta dessa i verksamheterna kan utgångspunkten vara att dessa strukturer i så stor utsträckning som möjligt ska kunna bevaras inom ramen för ett statligt huvudmannaskap. Behovet av att ta fram och tillämpa nationella kunskapsunderlag och beslutsstöd kommer att finnas även inom hälso- och sjukvården i en statlig tillhandahållarorganisation. Kunskapsstyrningen behöver dock anpassas utifrån strukturen inom en statlig myndighetsorganisation.

Uppföljning, utvärdering och analys

Det behövs funktioner för att följa upp, analysera och granska hälso- och sjukvårdens utveckling i förhållande till de beslutade målen för vården. Dessa funktioner utgör också en form av ansvarsutkrävande, av hur aktörerna som tillhandahåller hälso- och sjukvård lever upp till mål i lagstiftning.

Staten har i redan i dag ett omfattande ansvar för uppföljning och utvärdering utifrån lagstiftning om register, dokumentation och officiell statistik. I dag finns delar av detta ansvar för uppföljning, analys och granskning i uppdragen för ett flertal statliga myndigheter, till exempel Socialstyrelsen, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Statskontoret, Folkhälsomyndigheten och Läkemedelsverket. Det är möjligt att befintliga myndigheter fortsatt har kvar sina ansvar eller också inordnas detta ansvar i en ny myndighetsstruktur inom ramen för det statliga huvudmannaskapet utifrån den ovan nämnda myndighetsöversynen som behöver göras.

Även inom SKR bedrivs uppföljning och analys i regionernas regi. Vid ett statligt huvudmannaskap för hela hälso- och sjukvården skulle både de befintliga statliga uppgifterna och de uppgifter som regionerna i dag sköter i fråga om uppföljning och utvärdering, enskilt och via SKR, samlas hos staten.

När staten får det samlade ansvaret för uppföljning, utvärdering och granskning av hälso- och sjukvården aktualiseras ett behov av en översyn av området, både innehållsligt och organisatoriskt. En rimlig utgångspunkt är att utvärdering av tillhandahållarorganisationens utförande, prestationer och måluppfyllelse bör ske med ett visst avstånd från genomförandet. Därför bör utvärderingsfunktioner finnas i myndigheter som är fristående från utförarorganisationen inom det statliga huvudmannaskapet. Uppföljning för att kunna utveckla och förbättra verksamheten behöver dock göras systematiskt och kontinuerligt även inom myndighetsorganisationen för tillhandahållande av hälso- och sjukvård. Det innefattar till exempel ansvaret för att följa upp planeringen, organiseringen och dimensioneringen av hälso- och sjukvården så att den svarar mot befolkningens behov.

Forskning, utveckling och utbildning

Stora delar av det ansvar som i dag faller på hälso- och sjukvårdens huvudmän när det gäller forskning, utbildning och fortbildning[19] kan vid ett statligt huvudmannaskap tillfalla den statliga myndighetsorganisationen för tillhandahållande av hälso- och sjukvård. Lärosätenas ansvar för forskning och utbildning förutsätts i scenariot vara oförändrat jämfört med i dag. Detsamma gäller det utbildningsansvar som faller på vårdgivare och de ansvarsbestämmelser som avser utförande av forskning.

Ansvaret för att styra och samordna frågor om forskning, utveckling och utbildning i hälso- och sjukvården blir i detta scenario ett nationellt statligt ansvar. Detta kan beskrivas som att staten jämfört med i dag får ett utökat systemansvar för forsknings-, utvecklings- och utbildningsfrågor i hälso- och sjukvården.

Det finns flera olika möjligheter för hur ett nationellt systemansvar för forskning, utveckling och utbildning kan organiseras. Ett alternativ är att inrätta en särskild nationell funktion för detta, antingen som en egen myndighet eller som en del av en annan/befintlig myndighet.

Den exakta utformningen av en sådan nationell funktion samt dess uppdrag skulle behöva ses över särskilt. Inspiration och lärdomar kan då hämtas dels från andra länder, dels från befintliga utredningsförslag när det gäller nationella strukturer för forskning och utbildningsfrågor i hälso- och sjukvården. I Storbritannien finns till exempel den nationella organisationen National Institute for Health and Care Research (NIHR) som en möjlig förebild för en nationell forskningsfunktion inom hälso- och sjukvården. NIHR finansieras av staten och arbetar i partnerskap med hälso- och sjukvården (NHS), universitet, patientorganisationer och invånare i syfte att främja utvecklingen inom NHS. En nationell forskningsfunktion kan lämpligen också inbegripa en särskild nationell funktion för kliniska prövningar, i syfte att utifrån ett nationellt perspektiv möjliggöra,

[19] Här avses till exempel bestämmelser i HSL om regionernas ansvar att medverka i finansiering, planering och genomförande av forskning, samverkan med lärosäten samt ansvaret för att säkerställa utbildningsplatser för läkares specialist- och bastjänstgöring i en utsträckning som motsvarar det framtida behovet.

stödja och främja fler kliniska prövningar i den svenska hälso- och sjukvården.[20]

Sammanfattningsvis innebär ett statligt huvudmannaskap att de frågor relaterat till forskning, utveckling och utbildning som bedöms lämpliga att hantera ur ett nationellt perspektiv kan centraliseras. Vilken ambitionsnivå och form som väljs kommer dock behöva preciseras och analyseras närmare inför ett eventuellt genomförande av ett statligt huvudmannaskap. Några frågor som behöver adresseras inför ett genomförande av ett statligt huvudmannaskap är till exempel hur samverkan mellan lärosäten och sjukvård ska organiseras och hur befintliga lösningar, som till exempel ALF-avtalen och förenade anställningar mellan sjukvård och universitet, ska hanteras vid övergången till ett statligt huvudmannaskap.

En annan fråga som behöver adresseras är hur den regionala strukturen för forskning, utveckling och utbildning ska se ut i den statliga organisationen. Det finns i dag flera befintliga regionala strukturer och miljöer för forskning, utveckling och utbildning som vid ett statligt huvudmannaskap skulle behöva omhändertas inom ramen för den statliga organisationen. För att möjliggöra att forsknings- och utvecklingsarbete fortsatt kan bedrivas med ett verksamhetsnära samt lokalt och regionalt perspektiv kan utgångspunkten vara att dessa strukturer i så stor utsträckning som möjligt ska kunna bevaras inom ramen för ett statligt huvudmannaskap. En annan möjlighet är att vissa befintliga organisationer som i dag arbetar med ett regionalt perspektiv kan ges ett nationellt uppdrag i frågor där de besitter specialiserad kompetens.

Finansieringsansvaret vid ett helt statligt huvudmannaskap

Med ett helt statligt huvudmannaskap övergår finansieringsansvaret för hälso- och sjukvården helt från regionerna till staten. Det är också ett ansvar som i formell mening överförs direkt till staten vid en huvudmannaskapsreform och som staten därmed initialt behöver prioritera. Från att som i dag finansiera omkring 30 procent av hälso-

[20] Förslag på hur förutsättningarna för kliniska prövningar kan stärkas lämnades i departementspromemorian *Förslag på åtgärder för att skapa bättre förutsättningar för kliniska prövningar – för en bättre välfärd och en starkare life science-sektor* (DS 2023:8). Förslag lämnas bland annat om att inrätta ett partnerskap mellan hälso- och sjukvårdens sex samverkansregioner och industriföreträdare (SWE-trial) som stödjs av ett statligt kansli.

och sjukvårdens kostnader (inklusive läkemedelsförmånen) står staten i detta scenario för 100 procent av finansieringen genom att finansieringsansvaret samlas där. I scenariot har kommunerna kvar sitt finansieringsansvar som i dag.

Denna finansiella reformering förutsätter någon form av skatteväxling från regioner till stat och att det utarbetas en ny modell för fördelning av ekonomiska resurser till hälso- och sjukvården, genom den statliga myndighetsorganisation som beskrivits på andra ställen i denna rapport.

Vidare kan möjligen nya skattebaser för statlig beskattning diskuteras och det behövs nya och nationella former för patientavgifter. Det är möjligt att införa en ny särskild statlig platt eller progressiv sjukvårdsskatt men det finns också andra tänkbara alternativ. Finansieringen av vården liknar i det här scenariot de sätt som vården finansieras på i andra länder i dag, exempelvis Danmark, Norge och Finland, där regionerna saknar beskattningsrätt och där hela eller övervägande delar av hälso- och sjukvården finansieras av medel som tas in genom olika former av statliga skatter och sedan fördelas ut till regionerna med hjälp av resursfördelningsmodeller.

I Norge är hälso- och sjukvården i huvudsak finansierad genom progressiv beskattning av förvärvsinkomster. Lite förenklat kan man säga att statliga skatter finansierar huvuddelen av den specialiserade vården och kommunalskatter huvuddelen av primärvården.[21] Även i Danmark finansieras hälso- och sjukvårdssystemet främst genom beskattning av förvärvsinkomster, men det är staten som ansvarar för all beskattning och fördelning av medel till vården efter dialog med danska motsvarigheten till SKR.[22]

Det är tänkbart att de svenska regionerna kan ha kvar sin beskattningsrätt för sina övriga lagstadgade åtaganden som kvarstår utifrån scenariot, det vill säga tandvård, kollektivtrafik, kulturfrågor och regionala utvecklingsfrågor. Det skulle dock innebära att den regionala beskattningen avser verksamheter som i dag motsvarar i genomsnitt tolv procent av regionernas totala kostnader. Regionernas totala intäkter skulle därmed minska med nästan 90 procent om staten blir huvudman, men samtidigt skulle även regioner-

[21] European Observatory on Health Systems and Policies (2022), *Norway – Health system summary*.
[22] European Observatory on Health Systems and Policies, OECD, *State of Health in the EU Denmark – Country Health Profile 2023*.

nas kostnader minska om ansvaret för hälso- och sjukvården flyttas till staten.

Med finansiell styrning från staten sätts de ekonomiska ramarna för verksamhetens. Dessa utgörs bland annat av anslagstilldelning till den statliga myndighetsorganisationen och restriktioner för avgiftsbelagd verksamhet.

Hälso- och sjukvårdens finansiering inlemmas i statsbudgeten

Alla frågor av ekonomisk karaktär i staten hanteras inom ramen för statsbudgeten, budgetprocessen och det finanspolitiska ramverket. Det enda undantaget är pensionsfrågan. Det är svårt att se några skäl till att hälso- och sjukvården under ett statligt huvudmannaskap skulle hanteras på något annat sätt än övriga statliga frågor och utgiftsområden. Sekretariatet gör därför antagandet att hälso- och sjukvården skulle ingå som ett eller flera utgiftsområden i statsbudgeten och till följd av det prioriteras mot alla andra frågor och utgiftsområden som återfinns där. Styrningen av myndigheterna inom hälso- och sjukvårdsområdet skulle ske via ramanslag, instruktioner och regleringsbrev.

Det kommunala utjämningssystemet för regioner och kommuner påverkas av scenariot. Omfördelningen av ekonomiska resurser för hälso- och sjukvården mellan regioner genom det kommunala utjämningssystemet försvinner i scenariot och ersätts av en statlig fördelning av ekonomiska resurser över landet. Frågor som rör finansiering och resursfördelning är viktiga och komplicerade med potentiellt stora effekter. Sådana grundläggande frågor behöver därför analyseras närmare vid ett beslut om statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården.

En nationell resursfördelningsmodell behöver utformas och implementeras

Inom ramen för ett statligt huvudmannaskap behöver en nationell resursfördelningsmodell tas fram som säkerställer en jämlik resursfördelning i ett hälso- och sjukvårdssystem med god kostnadskontroll. Både formerna för framtagandet och implementering samt

modellens innehåll är ytterst en fråga för den nationella politiken att fatta beslut om.

Staten som huvudman för hälso- och sjukvården behöver ha både förmåga och kapacitet att styra hälso- och sjukvården ekonomiskt och utarbeta nya sätt för att hämta in och fördela ut ekonomiska resurser över landet. Resursfördelningen i ett statligt huvudmannaskap kommer främst att ske inom och genom den statliga myndighetsorganisationen.

Hälso- och sjukvården är en sådan verksamhet som motiverar att även om tilldelningen av medel sker i form av anslag till en statlig myndighet finns det behov av en statlig resursfördelningsmodell som ersätter nuvarande utjämningssystem i de delar som avser hälso- och sjukvård. Med andra ord kvarstår behovet av att utjämna skillnader och skapa likvärdiga ekonomiska förutsättningar i olika delar av landet. Detta genom att inkludera olika former av strukturella faktorer som speglar olika förutsättningar och olika sätt att främja ökad jämlikhet givet befolkningens sammansättning lokalt och regionalt. Det finns många tänkbara sätt att fördela resurser och många möjliga modeller för att göra det. Syftet med en sådan modell, utifrån målen med reformen, är att fördela resurserna så att skillnader i hälso- och sjukvårdens ekonomiska förutsättningar i olika delar landet utjämnas mer än vad som sker inom dagens utjämningssystem. En resursfördelningsmodell bör vidare vara transparent, inte alltför komplicerad och uppfattas som legitim av invånarna. Ett statligt ansvar för att tillhandahålla och finansiera vård innebär att det också behöver utarbetas en nationell process för hantering av frågor om vårdval och ersättningsmodeller för detta.

Hälso- och sjukvården inklusive dess resursfördelning ska enligt kommitténs direktiv även fortsatt styras utifrån den etiska plattformen och riksdagens beslutade prioriteringsprinciper. Det anses grundläggande att en patients behov av sjukvård, inte betalningsförmåga eller social status, ska avgöra vilken insats vården ska erbjuda. I 3 kap. 1 § HSL anges att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen och i andra stycket i samma paragraf stadgas att ”*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.*”

Den så kallade etiska plattformen innehåller tre principer som riksdagen har beslutat om.[23] Människovärdesprincipen innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Detta anses vara den viktigaste principen inom hela hälso- och sjukvården. Behovs- och solidaritetsprincipen innebär att resurserna ska fördelas efter behov. Mer resurser ska ges till de områden, verksamheter och individer där behoven är som störst.

Till dessa principer kommer också kostnadseffektivitetsprincipen som innebär att en rimlig relation mellan kostnad och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, bör eftersträvas. På individnivå bör principen endast tillämpas vid jämförelse av metoder för behandling av samma sjukdom. Kostnadseffektivitetsprincipen får aldrig innebära att de andra, hierarkiskt överordnade, principerna eftersätts. Svåra sjukdomar och väsentliga livskvalitetsförsämringar går för lindrigare, även om vården av de svåra tillstånden kostar mer. Av 4 kap. 1 § HSL anges att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Nationella riktlinjer från Socialstyrelsen är tänkta att fungera som underlag för beslutsfattare (till exempel politiker och verksamhetschefer) som fattar beslut om resursfördelning, organisation och kompetensförhöjning. Riktlinjerna är dock inte bindande.

Den etiska plattformen ska ligga till grund för alla beslut om prioriteringar inom hälso- och sjukvården, såväl på klinisk nivå som på politisk/administrativ nivå. Tanken är att de prioriteringar som styr tillgången till vård liksom de prioriteringar som sker mellan patienter och grupper/verksamheter måste uppfattas som rimliga och rättfärdiga av flertalet i befolkningen. Denna demokratiska förankring anses central för att kunna vidmakthålla förtroendet för vården. Därför anses det också viktigt att de bakomliggande skälen till och principerna för prioriteringar redovisas öppet.

I kravet på att vårdens resurser ska fördelas efter behov ligger ett krav på jämlikhet. Socialstyrelsen konstaterar att grundförutsättningar som brukar nämnas för att utifrån ett systemperspektiv kunna analysera om hälso- och vården är jämlik är kunskap om hur

[23] SOU 1995:5, *Vårdens svåra val*, prop. 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:185. Jfr. Ds 2022:15, *Regler om privata sjukvårdsförsäkringar inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården*.

den finansieras, hur resurserna fördelas och vilka ersättningsformer som används samt vilket resultat som uppnås.[24] Likaså mekanismer för reglering och styrning och vad som prioriteras. Centralt är också hur den organiseras, vilket utbud av hälso- och sjukvård som tillhandahålls och dess tillgänglighet för alla. Dessutom att det finns system för uppföljning, utvärdering och analys av befolkningens hälsa, hälso- och sjukvårdens verksamheter och resultat. En analys av detta slag är central för att kunna ta ställning till vilka åtgärder och insatser som krävs för en vård på lika villkor i befolkningen.

Utformandet och införandet av en resursfördelningsmodell behöver utredas i särskild ordning. Analyser bör bland annat göras av hur en sådan modell inom ramen för anslag till en myndighet förhåller sig till det kommunala utjämningssystemet och skattesystemet samt hur det påverkar olika utförare. Eftersom regionernas ersättning till privata utförare ser olika ut över landet, skulle ett system där staten tar över ansvaret för finansieringen kräva förändringar även i denna del.

3.3 Scenarier för delvis statligt huvudmannaskap – ansvarsfördelning och organisation

De varianter av ett delvis statligt huvudmannaskap som Vårdansvarskommittén prövar är som nämndes inledningsvis:

1. Statligt huvudmannaskap för specialiserad hälso- och sjukvård, i fyra varianter:
   - Statligt huvudmannaskap för all specialiserad hälso- och sjukvård.
   - Statligt huvudmannaskap för universitetssjukvård.
   - Statligt huvudmannaskap för universitetssjukhus.
   - Statligt huvudmannaskap för nationell högspecialiserad vård.
2. Statligt huvudmannaskap för primärvård.
3. Statligt huvudmannaskap för rättspsykiatrisk vård.
4. Statligt huvudmannaskap för vaccinationer och screening.

[24] Socialstyrelsen (2019), *Arbetssätt för jämlik vård – Redovisning av metodutvecklingsprojekt på Socialstyrelsen*.

5. Statligt huvudmannaskap för luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter.

I respektive scenario övertar staten huvudmannaskapet för den hälso- och sjukvård som regionerna är huvudmän för i dag och som omfattas av respektive scenario. Parallellt med de förändringar som sker inom den del staten tar över ansvaret för gäller nuvarande ordning i övriga delar av hälso- och sjukvården med regionalt huvudmannaskap.

En gemensam nämnare för de scenarier som skisseras i detta avsnitt, med undantag för specialiserad hälso- och sjukvård och primärvård, är att de omfattar mindre delar av hälso- och sjukvårdssystemet. Samtliga scenarier innebär dock att staten fullt ut får systemansvar, finansieringsansvar och tillhandahållaransvar för de specifika vårdområden respektive scenario omfattar. Utförandet av hälso- och sjukvård kan precis som i dag ske i offentlig regi eller upphandlas av privata vårdgivare. För den hälso- och sjukvård som bedrivs i offentlig regi skulle staten – i likhet med regionerna i nuvarande ordning – ha såväl tillhandahållaransvar som verksamhetsansvar. Kommunerna har kvar sitt nuvarande ansvar för olika former av hälso- och sjukvård. Regionerna har i scenariot kvar sitt nuvarande ansvar för den vård och tandvård som inte omfattas av de aktuella scenarierna samt för kollektivtrafik, kulturfrågor och regionala utvecklingsfrågor.

Myndighetsorganisation

Även ett delvis statligt huvudmannaskap måste omsättas i en statlig organisation för tillhandahållande av vård. Vad gäller de scenarier där staten tar över ansvaret för större områden som den specialiserade vården eller primärvården tillämpas den statliga myndighetsorganisation som beskrevs i tidigare avsnitt.

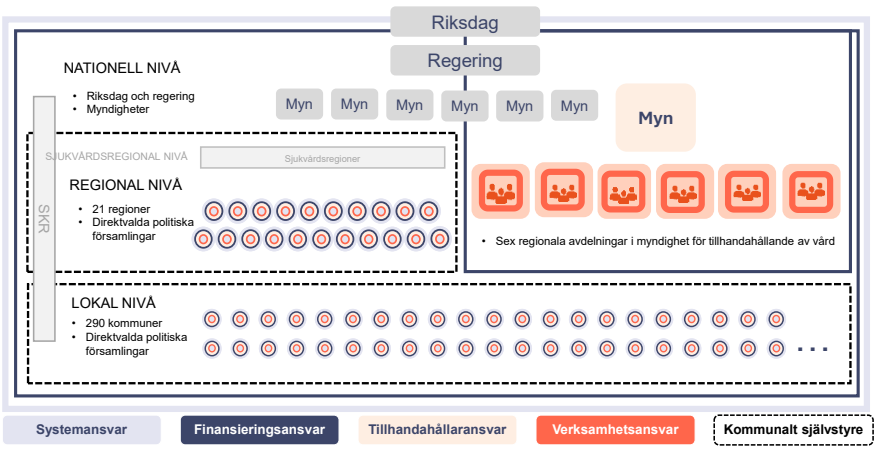
I figur 3.3 illustreras förenklat hur system-, finansierings- och verksamhetsansvaren fördelas mellan staten, regionerna och kommunerna vid ett statligt huvudmannaskap för den specialiserade vården respektive primärvården. Att staten tar över huvudmannaskapet för dessa två områden är att betrakta som mindre reformer än ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården, men

aktualiserar flera av de principiella frågor som aktualiseras vid ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården och som diskuteras i avsnittet ovan.

För övriga scenarier behövs också någon form av statlig organisation för tillhandahållande av den vård som omfattas av huvudmannaskapet. Strukturen för dessa organisationer skisseras inte närmare i denna rapport. För flera av de delvis statliga scenarierna aktualiseras frågor om gränsdragning till annan hälso- och sjukvårdsverksamhet. Detta gäller bland annat vilken vårdinfrastruktur och vilka medarbetare som ska föras över till den statliga hälso- och sjukvården.

När det gäller organisatoriska lösningar i övrigt väcker ett delvis statligt huvudmannaskap flera frågor kring ansvaret för systemövergripande och gemensamma funktioner. Om utgångspunkten är att huvudmannen ska ta hela system-, finansierings- och tillhandahållaransvaret för den verksamhet som scenariot avser så innebär det att det i många avseenden behöver utvecklas parallella strukturer.

Figur 3.3 Förenklad illustration över ansvarsfördelning och möjlig myndighetsorganisation vid ett delvis statligt huvudmannaskap för all specialiserad hälso- och sjukvård eller för primärvården



Förklaring: Staten har ett system- och finansieringsansvar som omfattar hela det nationella systemet. En statlig myndighetsorganisation har tillhandahållaransvaret av specialiserad vård alternativt primärvård på den regionala nivån. Cirklarna illustrerar att varje kommun och region har system-, finansierings-, tillhandahållar- och verksamhetsansvar inom sitt område, som omfattas av den kommunala självstyrelsen. För regionerna omfattar det övrig vård som inte är den specialiserade vården eller primärvården.

Statligt huvudmannaskap för specialiserad hälso- och sjukvård

I detta avsnitt behandlas scenariot med dess fyra varianter, där staten tar över huvudmannaskapet för hela eller delar av den specialiserade hälso- och sjukvården. Varianterna är:

- Statligt huvudmannaskap för all specialiserad hälso- och sjukvård.
- Statligt huvudmannaskap för universitetssjukvården.
- Statligt huvudmannaskap för universitetssjukhusen.
- Statligt huvudmannaskap för nationell högspecialiserad vård.

Avsnittet inleds med en kort beskrivning av det scenario där staten är huvudman för all specialiserad hälso- och sjukvård och där regioner och kommuner är ansvariga för all övrig hälso- och sjukvård. Inom den specialiserade hälso- och sjukvården ryms flera olika typer av vård av olika omfattning och av olika karaktär. Följande avsnitt belyser specialiserad vård på en mer övergripande nivå. I analysen och bedömningen av scenariot har vissa avgränsningar gjorts när det gäller konsekvenser och genomförande. Det handlar till exempel om den specialiserade vården i form av psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård som inte behandlas här, eftersom det är specialreglerad vård. Däremot behandlas rättspsykiatrisk vård och prehospital akutsjukvård närmare på andra ställen i den här underlagsrapporten eftersom de utgör två scenarier för delvis statligt huvudmannaskap.

Ett statligt huvudmannaskap för hela eller delar av den specialiserade vården skapar andra förutsättningar för att utarbeta nationella principer och villkor för alla former av utförare samt för nationella upphandlingar av exempelvis olika former av utrustning eller rekvisitionsläkemedel. I scenariot för all specialiserad vård kan en statlig myndighetsorganisation liknande den som skisserats för det helt statliga huvudmannaskapet tillämpas. När det gäller de mera begränsade scenarierna med statligt huvudmannaskap för universitetssjukvård, universitetssjukhus eller nationell högspecialiserad behövs en förändrad myndighetsorganisation som svarar mot dessa delas av vården.

Beskrivning av scenariot

Med *specialiserad vård* avses enligt Socialstyrelsens rekommenderade definition hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård.[25] Det innebär att specialiserad vård omfattar ett flera olika vårdformer.

Beskrivningarna nedan behandlar främst nationell högspecialiserad vård, specialiserad vård vid de sju universitetssjukhusen, universitetssjukvården, vården vid de 66 akutsjukhusen samt övrig öppen specialiserad somatisk och psykiatrisk vård som i dag bedrivs av såväl regionerna själva som av upphandlade privata vårdgivare.

Statligt huvudmannaskap för all specialiserad hälso- och sjukvård

Staten övertar i den första och mest omfattande varianten av scenariot systemansvaret, tillhandahållaransvaret och finansieringsansvaret för all specialiserad vård från regionerna. Enligt Nationella planeringsstödet från Socialstyrelsen arbetar cirka 100 000 legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i den specialiserade vården.[26] Den specialiserade vården utgör en större del av regionernas nuvarande ansvar för hälso- och sjukvården, där kostnaderna för specialiserad vård uppgår till drygt hälften (54 procent år 2024) av regionernas kostnader för hälso- och sjukvård.[27]

Systemansvaret

Vid ett statligt huvudmannaskap för all specialiserad vård utökas statens systemansvar. Mer konkret flyttas regionernas nuvarande systemansvar för all specialiserad vård till staten. Precis som i scenariot helt statligt huvudmannaskap ställer detta scenario mer omfattande krav än i dag på regeringen och Regeringskansliet när det gäller kapacitet och förmåga till systemstyrning.

Staten behöver som huvudman bygga upp och driva strukturer för effektiv samverkan. Inom den specialiserade vården finns i dag

[25] Socialstyrelsens termbank via myndighetens hemsida.
[26] Socialstyrelsen (2023), *Nationell översikt över tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, Nationella planeringsstödet 2024*, delrapport 1 av 3, s. 18 f.
[27] Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Sektorn i siffror 2024*, via SKR:s hemsida.

en alltmer utvecklad samverkan mellan sjukhus och, mellan sjukhus i olika regioner, till exempel när det gäller regionalt och nationellt nivåstrukturerad vård. Den offentligt drivna vården samverkar även med upphandlade privata specialiserade vårdgivare. Det finns samverkan med primärvård när det gäller till exempel standardiserade vårdförlopp, och med både primärvård och kommuner i samband med utskrivning av patienter. Samverkan ser i dag olika ut över landet men gemensamt är att samverkan mellan regioner geografiskt ofta är orienterad mot de sex sjukvårdsregionerna.

Om staten är ansvarig för att tillhandahålla specialiserad hälso- och sjukvård nationellt är det svårt att tänka sig ett bibehållet regionalt ansvar för kunskapsstyrningen av denna vård. Kunskapsstyrningen blir därför ett ansvar för staten och därmed en del av uppgifterna för en eller flera statliga myndigheter. Det innebär att staten behöver utarbeta former för samarbete och samverkan med de 21 regionerna när det gäller primärvård och även med de 290 kommunerna.

I scenariot införs ytterligare en huvudman i hälso- och sjukvårdssystemet, vilket innebär utökade behov av samverkan. Staten, regioner och kommuner behöver utveckla effektiva former för samverkan och samarbete runt patienter. Samverkan som motsvarar dagens god och nära vård behöver ske nära involverade aktörer, vilket talar för att de sex sjukvårdsregionerna behöver kompletteras med ytterligare administrativ nivå. Nya former för samverkan behöver också utvecklas *inom* staten, särskilt mellan de myndigheter som har uppgifter som berör hälso- och sjukvård men också mellan dessa myndigheter och departement inom Regeringskansliet.

Många regioner har i dag minst ett vårdval inom den specialiserade hälso- och sjukvården. Regioner upphandlar även specialiserad verksamhet enligt LOU, till exempel för att klara vårdgarantier. Inom upphandlad specialiserad verksamhet är prestationsbaserad ersättning en vanlig ersättningsform. Ett statligt ansvar för specialiserad vård innebär att det behöver utarbetas en nationell process för hantering av frågor om vårdval och ersättningsmodeller för specialiserad vård. Dessa frågor har en utpräglat politisk karaktär och skulle sannolikt vara ett ansvar för en politisk församling. Utifrån scenariot kommer det vara riksdagen. Hanteringen av vårdval inom den specialiserade vården är sannolikt en större utmaning än inom primärvården eftersom skillnaden i förekomst mellan främst region Stockholm och övriga regioner i dag är påtaglig.

Tillhandahållaransvaret

Staten ansvarar i scenariot för att all specialiserad vård tillhandahålls (erbjuds) till invånarna i hela landet. Staten övertar tillhandahållaransvaret från regionerna och detta ansvar omsätts i praktiken av en myndighetsorganisation.

Myndighetsorganisationen kan tillhandahålla vård i egen regi vilket innebär att staten både är vårdgivare och arbetsgivare. Skulle myndighetsorganisationen utföra hela den specialiserade vården i egen regi omfattas omkring 100 000 legitimerade anställda inom specialiserad vård. Men precis som i dag finns möjligheten för staten att genom myndighetsorganisationen delegera verksamhetsansvaret för specialiserad vård till andra, exempelvis privata vårdgivare. Hur styrning och organisering utformas påverkar vilka variationer som kommer finnas över landet när det gäller omfattning och former för privata aktörer som vårdgivare.

Finansieringsansvaret

I den här varianten är det staten som har finansieringsansvaret för all specialiserad vård medan regioner och kommuner har det för övrig vård. Utgångspunkten är att finansieringen som i dag sker genom någon form av beskattning av invånarna, men då via staten, och till en mindre del genom patientavgifter. I scenariot kommer tre huvudmän i stället för två att ta ut proportionell inkomstskatt av invånarna för ansvaret att tillhandahålla hälso- och sjukvård.

På aggregerad nivå står specialiserad vård i dag för drygt hälften av regionernas totala hälso- och sjukvårdskostnader, men det varierar mellan regionerna. De totala kostnaderna för specialiserad vård uppgick 2023 till i storleksordningen 230 miljarder kronor[28] och denna kostnad belastar i scenariot staten. Statsbudgeten utökas därmed med i storleksordningen 17 procent medan regionernas budgetar minskar till ungefär hälften av i dag.[29] I likhet med scenariot helt statligt huvudmannaskap behöver frågor om finansiering, skatte-

[28] Uppgifter från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Sektorn i siffror*, via SKR:s hemsida. Sekretariatets uträkning baserat på uppgifter om regionernas kostnader för hälso- och sjukvård.
[29] Sekretariatets uträkning baserat på kostnaderna för specialiserad vård relaterat till prop. 2024/25:1, *Budgetpropositionen för 2025*.

växling, skattebaser, resursfördelning och påverkan på utjämningssystemet utredas i särskild ordning.

I den specialiserade hälso- och sjukvården är anslagsfinansiering den dominerande ersättningsprincipen i den verksamhet som drivs i egen regi. Vissa regioner använder i viss utsträckning målrelaterad ersättning men trenden är att detta används allt mindre och av allt färre regioner. Med ett statligt huvudmannaskap är det, som tidigare nämnts, sannolikt staten (riksdagen) som behöver besluta om och ansvara för förutsättningar och former för ersättning till specialiserad vård.

Statligt huvudmannaskap för universitetssjukvården

En variant av scenariot är att staten är huvudman för all universitetssjukvård. Regionerna och kommunerna är som i dag huvudmän för all övrig hälso- och sjukvård. Enligt den nationella styrgruppen för ALF[30] syftar universitetssjukvården i dag på ”den del av hälso- och sjukvården som utformas med särskild hänsyn tagen till forskningens och utbildningens behov”.[31] I ALF-avtalet som reglerar statens ersättning för regionernas åtagande att medverka i utbildning av läkare och klinisk forskning beskrivs universitetssjukvården ytterligare. I avtalet anges att ”…universitetssjukvårdens kärnverksamheter ska, jämte hälso- och sjukvård, vara klinisk forskning och utbildning liksom kunskapstillämpning och kunskapsspridning för hälso- och sjukvårdens utveckling.[32] Universitetssjukvården ska enligt aktuellt avtal:

– fortlöpande bedriva forskning av hög nationell och internationell kvalitet,
– bedriva utbildning av hög kvalitet,
– följa den internationella utvecklingen inom medicinsk forskning, utbildning och hälso- och sjukvård,

[30] ALF står för Avtal om Läkarutbildning och Forskning.
[31] Socialstyrelsen (2018), *Definition av universitetssjukvård, Underlag beslutat av den nationella styrgruppen för ALF.*
[32] Vetenskapsrådet (2024), *Klinisk forskning i ALF-regionerna*. Uppdaterad 6 mars 2024. Hämtat: 2025-04-15

– bidra till en evidensbaserad hälso- och sjukvård genom att överföra egna och andras forskningsresultat till praktisk vård och fortlöpande utvärdera etablerade och nya metoder,
– förmedla resultatet av sin verksamhet till övriga delar av hälso- och sjukvården, och
– samverka med näringslivet och patientorganisationer.

Skrivningarna i ALF-avtalet är inte så precisa att det är möjligt att tydliggöra exakt vilka verksamheter som ingår i det här scenariot och universitetssjukvård är inte heller en egen vårdform. Därtill kommer att universitetssjukvård finns även i primärvården. Den här varianten av scenariot berör därmed i princip alla scenarier och delar av vården, åtminstone i de sju regioner där det finns en medicinsk fakultet vid universitetet. Majoriteten av regionerna berörs därmed inte.

Systemansvaret

Vid ett statligt huvudmannaskap för universitetssjukvården utökas statens systemansvar. Mer konkret flyttas regionernas nuvarande systemansvar för denna vård till staten. I detta systemansvar ingår då att fullt ut styra och skapa förutsättningar för klinisk forskning och utbildning liksom kunskapstillämpning och kunskapsspridning för hälso- och sjukvårdens utveckling. Den avtalsform som nu används för att reglera statens och regionernas åtaganden för universitetssjukvården behöver troligen ersättas med en annan form av styrning. Staten som huvudman för universitetssjukvården blir en central part i den regionala nivåstruktureringen och därmed stora delar av den specialiserade vården.

Tillhandahållaransvaret

Det kommer att krävas någon form av statlig myndighetsorganisation eller myndighetsfunktion för att staten ska kunna ta tillhandahållaransvar för universitetssjukvården. Hur en sådan närmare ska utformas har inte undersökts inom ramen för analysen. Det har däremot konstaterats att det generellt sett är svårt att se hur ett

statligt tillhandahållaransvar för universitetssjukvård ska kunna organiseras på ett effektivt sätt för hälso- och sjukvård som bedrivs integrerat med övrig vård.

Finansieringsansvaret

Universitetssjukvården utgör i dag en betydande del av regionernas nuvarande budgetar. Det är dock oklart exakt hur stor del av regionernas nuvarande budgetar som går till universitetssjukvård eftersom den ekonomiska redovisningen inte klargör detta. Det förefaller dock troligt att ett statligt ansvar för universitetssjukvården får liknande konsekvenser och medför behov av liknande åtgärder som i föregående variant all specialiserad vård. Det indikerar stora förändringar av finansieringen och behov av skatteväxling.

Statligt huvudmannaskap för universitetssjukhusen

En i utredningsunderlaget ofta framlyft variant är att staten är huvudman enbart för de sju universitetssjukhusen. Regionerna och kommunerna är som i dag huvudmän för all övrig hälso- och sjukvård. Den här varianten omfattar utöver forskning och regionvård vid universitetssjukhusen även övrig vård som dessa sjukhus bedriver. Precis som i föregående variant är det dock inte möjligt att beskriva exakt vilka verksamheter som avses eftersom det inte finns någon fastställd och enhetlig definition av vad ett *universitetssjukhus* är eller vilken hälso- och sjukvård som ska finnas på de sju universitetssjukhus som finns i Sverige jämfört med utbudet på de övriga 66 akutsjukhusen.

Systemansvaret

Universitetssjukhusen fungerar i dag på olika sätt och har olika roller i sina respektive regioner. Karolinska Institutet (KI) är till exempel det mest specialiserade universitetssjukhuset och bedriver tillsammans med Skånes Universitetssjukhus (SUS) och Sahlgrenska även merparten av den nationella högspecialiserade vården.

Ett statligt systemansvar för universitetssjukhusen innebär att staten ska styra och ansvara för systemövergripande funktioner för all hälso- och sjukvård som bedrivs vid dessa sjukhus. Staten som huvudman för universitetssjukhusen blir en central part i den regionala nivåstruktureringen och därmed stora delar av den specialiserade vården.

Tillhandahållaransvaret

Det kommer att krävas någon form av statlig myndighetsorganisation eller myndighetsfunktion för att staten ska kunna ta tillhandahållaransvar för universitetssjukhusen. Hur en sådan närmare ska utformas har inte undersökts inom ramen för analysen.

Det har däremot konstaterats att det generellt sett är svårt att se hur ett statligt tillhandahållaransvar för universitetssjukhusen ska kunna organiseras på ett effektivt sätt för hälso- och sjukvård som bedrivs integrerat med övrig vård. För universitetssjukhusens del handlar det exempelvis om att det vid universitetssjukhusen bedrivs olika typer av vård. Vid vissa universitetssjukhus bedrivs i dag i princip enbart högspecialiserad vård medan det vid andra universitetssjukhus bedrivs även annan typ vård. Universitetssjukhusen har alltså olika roller i de olika regionala systemen. Om staten tar tillhandahållaransvar för universitetssjukhusen behöver frågor om exempelvis regional nivåstrukturering hanteras i samverkan med regionerna.

Ett statligt tillhandahållaransvar innebär att staten blir vårdgivare och arbetsgivare och den personal som arbetar på universitetssjukhusen blir statligt anställda. Enligt Socialstyrelsen arbetar i dag omkring 37 500 legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal vid universitetssjukhusen.[33]

[33] Socialstyrelsen (2023), *Nationell översikt över tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal*, *Nationella planeringsstödet 2024* – delrapport 1 av 3, s. 18 f.

Finansieringsansvaret

Universitetssjukhusen och kostnaderna för dem utgör en betydande del av regionernas nuvarande budgetar. Ett statligt ansvar för dessa sjukhus innebär därmed behov av förändringar av finansieringen, i likhet med övriga delvisa scenarier.

Nationell högspecialiserad vård

En sista och minst omfattande variant av scenariot är att staten övertar huvudmannaskapet enbart för den nationella högspecialiserade vården och att regioner och kommuner är huvudmän för all övrig hälso- och sjukvård som i dag.

Nationell högspecialiserad vård (NHV) definieras i HSL (2 kap. 7 § och 7 kap. 5 §) som offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter, men inte till varje sjukvårdsregion, för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas. Det görs också för att kunna uppnå ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser. För att bedöma om en åtgärd ska utgöra nationell högspecialiserad vård anger lagen att hänsyn särskilt ska tas till om vården är komplex eller sällan förekommande. Särskild hänsyn ska också tas till om vården kräver en viss volym, multidisciplinär kompetens eller stora investeringar eller medför höga kostnader.

Enligt Socialstyrelsen omfattade NHV år 7 503 patienter år 2023 och verksamheten bedrivs i sju regioner (vid universitetssjukhusen) inom 40 tillståndsområden med sammanlagt 97 tillstånd. Av de 97 tillstånden har universitetssjukhusen i de tre stora regionerna Skåne, Stockholm och Västra Götaland 77 stycken. Flest patienter finns inom tillstånden för endometrioskirurgi och neuromuskulära sjukdomar. Både antalet tillstånd och antalet patienter har ökat. Under 2019 fanns det till exempel 27 tillstånd och NHV omfattade 1 856 patienter. Socialstyrelsen ansvarar för årliga och fördjupade uppföljningar av tillstånden.[34]

[34] Uppgifterna kommer från Socialstyrelsens uppföljning av nationell högspecialiserad vård och avser år 2023, på myndighetens hemsida.

Systemansvaret

Staten som huvudman för den nationella högspecialiserade vården får ett systemansvar som i vissa delar är relativt likt det ansvar som staten har i dag. Med ett statligt huvudmannaskap för den nationella högspecialiserade väcks dock frågor om hur ansvaret för olika systemövergripande funktioner ska fördelas mellan staten och regionerna. Det kan handla om exempelvis ansvaret för digital infrastruktur, utrustning, kompetensförsörjning och läkemedel inom den nationella högspecialiserade vården.

Vidare kommer processen med att staten i dag ger tillstånd till regioner att bedriva nationell högspecialiserad vård att behöva omarbetas, eftersom staten som huvudman sannolikt inte kommer ge tillstånd till en statlig verksamhet.

Tillhandahållaransvaret

Det kommer att krävas någon form av statlig myndighetsorganisation eller myndighetsfunktion för att staten ska kunna ta tillhandahållaransvar för den nationella högspecialiserade vården. Hur en sådan närmare ska utformas har inte undersökts inom ramen för analysen. Det har däremot konstaterats att det generellt sett är svårt att se hur ett statligt tillhandahållaransvar ska kunna organiseras på ett effektivt sätt för hälso- och sjukvård som bedrivs integrerat med övrig vård. Staten har genom Socialstyrelsen redan i dag ett ansvar för den nationella högspecialiserade vården, en struktur och en process finns alltså att bygga vidare på.[35] Ett statligt tillhandahållaransvar skulle medföra ett behov av att avgränsa denna typ av vård från annan typ av vård. Utan att ha fördjupat analysen i denna del kan det konstateras att detta skulle vara förenat med stora svårigheter.

[35] NHV drivs enligt en process med följande delar; första beredningsgruppen (B1) bestående av 3–4 systemexperter samt representant från det nationella programområdet akut vårdbedömningsgrupp, en av regionerna utsedd andra beredningsgrupp (B2), en beslutande nämnd och ett regelverk som styr processen och grupperna.

Finansieringsansvaret

Staten övertar ansvaret från regionerna att finansiera nationell högspecialiserad vård. Det innebär att nuvarande process för nationell högspecialiserad vård behöver kompletteras med funktioner för nationell finansiering och modeller, processer etc. för att fördela ut ekonomiska resurser från staten till de olika regionala eller statliga enheterna i landet som har tillstånden.

Statligt huvudmannaskap för primärvården

Staten är i det här scenariot huvudman för den primärvård som regionerna i dag ansvarar för. Regionerna och kommunerna är huvudmän för all övrig hälso- och sjukvård som i dag. Med utgångspunkt i de avgränsningar som regeringen angett i direktivet prövas inte ett förändrat huvudmannaskap för den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för i dag.

Beskrivning av scenariot

Primärvården är svår att definiera och beskriva på ett enkelt sätt. Den omfattar två huvudmän (regioner och kommuner) och ett brett spann av tjänster som utförs av både offentliga och privata vårdgivare. Primärvårdens uppdrag varierar dessutom mellan olika regioner, och former för samverkan beror på hur avtal skrivits och utvecklats med kommuner, vilket ytterligare bidrar till dess komplexitet.[36] Primärvården har varit i fokus för många stora utredningar och förändringar under de senaste decennierna. I dag kännetecknas primärvården av en mångfald av aktörer. Samverkan mellan dessa och även med andra delar i hälso- och sjukvårdsystemet är en viktig del i primärvårdens uppdrag. Primärvården är första linjens vård och tar emot patienter utan krav på remiss från annan vårdinstans, gör en bedömning av symtomen, ställer diagnos och remitterar vid behov patienten till annan vårdgivare.[37] Primärvården har också en viktig roll i det förebyggande arbetet.

[36] Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Primärvård i Sverige Uppdrag, organisation, kontinuitet och prioriteringar.*
[37] Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Primärvård i Sverige Uppdrag, organisation, kontinuitet och prioriteringar.*

Primärvård definieras i HSL som 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. De verksamheter som tydligast utgör del av primärvården är hälso- och vårdcentraler, husläkarmottagningar, kommunal hälso- och sjukvård i särskilt boende samt kommunal (eller primärvårdsansluten) hemsjukvård. Även barnavårds- och mödravårdscentraler (BVC/MVC) räknas traditionellt till primärvården. I scenariot utvidgas inte primärvårdsuppdraget utan staten och kommunernas ansvar när det gäller primärvård skulle vara det som i dag anges i HSL. Ansvaret tillsammans med kommunerna skulle omfatta att:

– tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,
– se till att vården är lätt tillgänglig,
– tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
– tillhandahålla rehabiliterande insatser utifrån 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.

Att staten tar över regionernas primärvårdsansvar innefattar utöver det finansiella ansvaret även ett ansvar för systemstyrning och för att verksamheten finns och erbjuds patienterna. Staten skulle komma att ansvara för ungefär 63 procent av primärvården och kommunerna för resten, sett till dagens fördelning.[38] I primärvården (kommunal och regional) arbetade år 2024 omkring 9 600 läkare och 15 640 sjuksköterskor. Av läkarna arbetade 5 260 i den regionala primärvården och 3 430 hos privata utförare. Av läkarna i den regionala

[38] Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Primärvård – en vårdnivå.* Information på hemsidan.

primärvården var 3 310 specialistläkare.[39] En stor del av dessa får i scenariot staten som arbetsgivare.

Majoriteten av alla vårdkontakter i hälso- och sjukvården sker i primärvården och stor del av dessa är hos annan personal än läkare. Primärvården i regionerna svarar för ett mycket stort antal vårdkontakter med befolkningen. För år 2022 genomfördes närmare 38 miljoner besök inom primärvården, varav drygt 11 miljoner avsåg allmänläkarbesök.[40] Inom primärvården innebär ett statligt tillhandahållaransvar således en omfattande förändring som berör stora personal- och patientgrupper.

Omställningen till en god och nära vård har pågått sedan 2018, då regeringen tog initiativ för att ställa om vården. med fokus på att primärvården ska bli det tydliga navet och första linjen i vården. Under åren 2019–2024 har regeringen betalat ut cirka 31,5 miljarder kronor för ändamålet till regioner, kommuner och SKR.[41] Även om omställningen inte uppnåtts helt med regionerna som huvudmän finns en uppslutning bakom behovet av omställningen bland vårdens aktörer.[42] Det finns fog att anta att primärvården framledes kommer att utgöra en större andel av den totala hälso- och sjukvården framgent, sett till finansiering, personal och patienter.

Systemansvaret

I detta scenario övertar staten regionernas ansvar för styrning, organisering, prioritering och planering av primärvården. Kommunernas ansvar för primärvården förblir oförändrat. Det blir tre huvudmän i hälso- och sjukvårdssystemet systemet totalt sett. När det gäller styrning av primärvården är utformning av vårdval och ersättningssystem en central fråga. År 2010 förändrades HSL så att det blev obligatoriskt för de dåvarande landstingen att organisera primärvården i enlighet med lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV. Primärvården är alltså redan i dag i delar statligt styrd genom

[39] Socialstyrelsen (2025), Tillgång *på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvårdspersonal – Sammanställning och analys av tillgången på den legitimerade personalen 2024, Nationella planeringsstödet 2025 – Delrapport 2*.
[40] Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Primärvård i Sverige Uppdrag, organisation, kontinuitet och prioriteringar*, s. 17.
[41] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2025), *Omtag för omställning – Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: slutrapport*.
[42] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023), *Ordnat för omställning? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport.*

lagstiftning om ett gemensamt primärvårdsuppdrag och organisering i vårdvalssystem. I den regionala primärvården bedrivs vården framför allt inom ramen för olika vårdval enligt LOV. Majoriteten av regionerna samlar primärvårdsuppdraget inom ett och samma vårdval som utgår från vårdcentraler eller hälsocentraler. Den närmare ansvarsfördelningen när det gäller etableringssystem och ersättningsmodeller i primärvården vid ett statligt tillhandahållaransvar behöver utredas vidare.

Fördelningen av ansvar mellan staten och kommunerna kan i princip vara som denna uppdelning är i dag mellan regioner och kommuner. Gemensamt för samtliga scenarier där staten får ett tillhandahållandeansvar för delar av vården är att ytterligare en huvudman tillförs systemet. Således är det inte bara samverkan mellan stat och kommun som behöver utvecklas utan mellan samtliga aktörer (regioner, kommuner och stat) och mellan alla vårdnivåer i systemet. Samverkan behöver också fungera effektivt inom staten, särskilt mellan de myndigheter som har uppgifter inom hälso- och sjukvård. Ett av målen med omställningen till en god och nära vård är att vården ska vara organiserad utifrån invånarens behov och förutsättningar. Detta förutsätter både samverkan inom hälso- och sjukvårdsystemet och med kommunernas berörda verksamheter.

Tillhandahållaransvaret

Om staten skulle ansvara för att tillhandahålla och finansiera större delen av primärvården behövs troligen en omfattande statlig myndighetsorganisation. Eftersom staten behöver samverka med 290 kommuner inom verksamhetsområdena hemsjukvård, primärvård och socialtjänst, med de 21 regionernas samlade kvarvarande vårdområden och med ett stort antal privata vård- och omsorgsgivare är det rimligt att använda den myndighetsstruktur som beskrevs i det helstatliga scenariot bestående av sex myndigheter eller sex avdelningar inom en myndighet för tillhandahållande av vård. År 2021 bildades i Danmark så kallade sundhetskluster runt akutsjukhusen för att skapa en plattform för dialog om koordinering. Plattformen kan sägas vara en struktur för att möta behov just behovet av samverkan mellan den specialiserade vården och primärvården.

Principiellt behöver staten inte utföra primärvård i egen regi. Det är fullt möjligt för staten att delegera utförandet till andra aktörer som i dag. Regionalt bedrivs cirka 45 procent av primärvården i privat regi och under 2022 betalade regionerna 23 miljarder kronor till privata vårdgivare för utförande av primärvård. [43]

Finansieringsansvaret

Staten har i scenariot finansieringsansvar för den del av primärvården som faller under det statliga tillhandahållaransvaret. Primärvården står i dag för cirka 20 procent av regionernas samlade kostnader för hälso- och sjukvård.[44] Denna kostnad belastar i scenariot staten och en skatteväxling behöver således göras. Formerna för den behöver utredas. Det behöver också utredas hur den nya beskattning som staten behöver införa kan utformas, hur denna del av hälso- och sjukvårdskostnaderna kan inordnas i den statliga budgetprocessen samt hur och på vilka sätt staten kan fördela resurser till primärvården över landet. Vidare innebär scenariot förändringar av det kommunalekonomiska utjämningssystemet, särskilt för de delar som berör regionerna.

En utveckling av nya former av ersättningsprinciper genomfördes samtidigt och som en konsekvens av det fria vårdvalet 2010. LOV reglerar hur regionen ska gå till väga om man vill konkurrensutsätta sin verksamhet genom att överlåta valet av utförare av viss vård till patienten. Ytterligare vägledning om hur ersättning och villkor ska utformas i ett sjukvårdssystem med en blandning av offentliga och privata utförare finns i lagens förarbeten.

Samtliga regioner i Sverige tillämpar någon form av kombination av fast och rörlig ersättning i sina vårdval i primärvården. Vanliga delar i ersättningsmodellerna är kapitationsersättning med ersättning för listade personer, ersättning kopplat till besök eller åtgärd, resultatbaserad ersättning baserad på utvalda indikatorer som återspeglar uppnått resultat, täckningsgrad på primärvårdskonsumtion

[43] Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Primärvård – en vårdnivå.* Information på hemsidan.
[44] Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Primärvård i Sverige Uppdrag, organisation, kontinuitet och prioriteringar*, s. 6.

samt ersättning baserad på ett i något avseende ogynnsamt geografiskt läge.[45]

Inom ramen för ett statligt huvudmannaskap kan beslut om vårdvalen, precis som i dag, fattas på politisk nivå, fast då i riksdagen i stället för i 21 regionfullmäktige. Dessa frågor har en utpräglat politisk karaktär och bör därför även fortsatt vara ett ansvar för en politisk församling. Utifrån scenariot kommer det vara riksdagen. En viktig fråga kommer vara hur primärvården kan utvecklas med fokus på en större enhetlighet när det gäller exempelvis uppdragets omfattning och ersättningar.

Statligt huvudmannaskap för rättspsykiatrisk vård

Staten är i det här scenariot huvudman för den rättspsykiatriska vården. Regionerna och kommunerna är huvudmän för all övrig hälso- och sjukvård som finns i dag.

Beskrivning av scenariot

Rättspsykiatrisk vård är en speciell form av hälso- och sjukvård, främst eftersom det inte är individen själv som väljer att bli patient. I stället initieras vården av att en person begår en brottslig handling och överlämnas till rättspsykiatrisk vård som en påföljd efter beslut av allmän domstol. För att en person ska kunna dömas till rättspsykiatrisk vård krävs att personen har en allvarlig psykisk störning[46] och att det med hänsyn till personens psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat att personen är intagen för psykiatrisk tvångsvård. Dessutom krävs att påföljden för de brott personen har begått inte kan stanna vid böter (31 kap. 3 § brottsbalken). Rättspsykiatrisk vård är inte en tidsbestämd påföljd utan vårdtiden påverkas av en rad faktorer och varierar mellan individer.

[45] Sveriges Kommuner och Regioner (2022), *Ersättningsmodeller i primärvården. Delrapport 1 – en nulägesbeskrivning av ersättningsmodeller och andra ekonomiska villkor inom svensk primärvård 2021*.

[46] Allvarlig psykisk störning är inte en diagnos utan ett rättsligt begrepp. Allvarlig psykisk störning utgörs främst av tillstånd av psykotisk karaktär, det vill säga tillstånd med störd verklighetsvärdering. Även icke-psykotiska tillstånd kan utgöra en allvarlig psykisk störning i de fall då störningen är av så uttalad grad att den påverkar verklighetsvärderingen. I förarbetena till lagstiftningen finns en redogörelse för vilka tillstånd som bör räknas till begreppet, se prop. 1990/91:58, *om psykiatrisk tvångsvård, m.m.*, s. 86.

Föreskrifter om den rättspsykiatriska vården finns i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV. LRV gäller, vid sidan av den som döms till rättspsykiatrisk vård som påföljd, även vissa andra personkategorier så som den som är anhållen, häktad eller intagen i kriminalvårdsanstalt och den som är dömd till sluten ungdomsvård. Dessa grupper av patienter är ofta i behov av kortvarig psykiatrisk vård. Lagen gäller även den som är intagen för rättspsykiatrisk undersökning. (1 § andra stycket LRV).

Ett beslut om rättspsykiatrisk vård i allmän domstol kan förenas med beslut om särskild utskrivningsprövning. Vid överlämnande till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning har rätten bedömt att det utöver förekomst av en allvarlig psykisk störning även föreligger risk för att den enskilde till följd av störningen återfaller i brottslighet av allvarligt slag (31 kap. 3 § andra stycket brottsbalken). Frågan om vårdens upphörande (utskrivning) blir då föremål för förvaltningsrättens prövning. Det är då både vårdbehovet och risken för återfall som styr när vården ska upphöra. Hänsyn tas alltså inte enbart till vårdbehovet utan även samhällsskyddet, och åklagaren i brottmålet ska ges möjlighet att yttra sig i förvaltningsrätten. Förvaltningsrätten tar även ställning till friförmåner som permissioner och frigång efter ansökan från chefsöverläkaren vid den avdelning där den intagne vårdas eller patienten själv. Vid rättspsykiatrisk vård utan beslut om särskild utskrivningsprövning är det i normalfallet chefsöverläkaren som fattar beslut om utskrivning. Det är då enbart vårdbehovet avgör hur länge vården ska pågå.

Den rättspsykiatriska vården ges inledningsvis i sluten form på särskilda sjukvårdsinrättningar och innebär vård på sjukhus dygnet runt. Vårdavdelningarna är av tre olika säkerhetsklasser, klass 1–3. Den slutna rättspsykiatriska vården kan senare under vårdtiden övergå i öppen rättspsykiatrisk vård. Patienten kan då bo utanför vårdinrättningen, antingen i eget boende eller i någon form av anpassat boende. Vården förenas med särskilda villkor som den enskilde måste förhålla sig till, så som villkor om att ta viss medicinering, underkasta sig drogtester och ha fortlöpande kontakt med rättspsykiatrisk öppenvårdsmottagning.

Det är regionerna som ansvarar för och driver den rättspsykiatriska vården. I dag bereds ungefär 2 000 patienter sluten rättspsy-

kiatrisk vård och 1 200 patienter öppen rättspsykiatrisk vård.[47] Verksamheten bedrevs vid cirka 26 enheter.[48] De regioner som inte har en egen avdelning för rättspsykiatrisk vård kan köpa plats hos en annan region. Rättspsykiatrin är en liten del av specialistpsykiatrin och berör en förhållandevis liten andel av patienterna.[49]

SKR har i rapporter visat på ett ökat behov av rättspsykiatrisk vård och som en följd av detta ökade kostnader för regionerna. Antalet individer inom den slutna rättspsykiatriska vården har ökat med 25 procent sedan år 2014. Nuläget inom rättspsykiatrin i Sverige kan enligt SKR beskrivas som mycket besvärligt med hög beläggning och vårdplatsbrist och förutsättningarna för att bedriva en högt specialiserad rättspsykiatrisk vård varierar mellan regionerna. Det är ett stort inflöde av patienter samtidigt som det är svårt att slussa ut patienterna till öppen rättspsykiatrisk vård på grund av bristande tillgång till sociala stödinsatser som till exempel boende. Brist på lokaler och personal beskrivs begränsa möjligheten att utöka kapaciteten.[50]

Rättspsykiatrisk vård ges på en sjukvårdsinrättning som drivs av en region (6 § LRV). Intagning för rättspsykiatrisk vård får alltså inte ske vid en privat institution. Det finns dock inget som hindrar att rättspsykiatrisk vård ges vid samma inrättning som vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT. Det förekommer också att rättspsykiatrin har möjlighet att använda platser inom vuxenpsykiatrin.[51] Vidare förekommer att särskilt vårdkrävande patienter som vårdas med stöd av LPT placeras inom rättspsykiatrin. Att denna patientgrupp vårdas inom rättspsykiatrin är något som återkommande har kritiserats.[52]

Sekretariatet har inte gjort någon kartläggning av i vilken utsträckning LRV bedrivs samordnat med annan psykiatrisk vård. Även om verksamheter är separerade och drivs i olika lokaler med olika verksamhetschefer kan det inte uteslutas att personal delar

[47] Siffrorna är dock förenade med betydande osäkerhet, se Sveriges Kommuner och Regioner (2025), SKR:s beräkningar sammanställda i *Fördjupad nationell lägesbild av behov och kapacitet inom rättspsykiatrin (arbetsmaterial)*, 7 mars 2025.
[48] Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister, RättspsyK (2023), *Årsrapport 2023*.
[49] Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Psykiatrin i siffror – Kartläggning av rättspsykiatrin 2023*.
[50] Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Psykiatrin i siffror-Kartläggning av rättspsykiatrin 2023* samt SKR:s beräkningar sammanställda i *Fördjupad nationell lägesbild av behov och kapacitet inom rättspsykiatrin (arbetsmaterial)*, 7 mars 2025.
[51] Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Psykiatrin i siffror Kartläggning av rättspsykiatrin 2023*.
[52] SOU 2022:40, *God tvångsvård – trygghet, säkerhet och rättssäkerhet i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård*, s. 20.

sina tjänster och på så sätt kan bemanna både den rättspsykiatriska vården och andra psykiatriska slutenvårdsvårdsformer. På motsvarande sätt kan den öppna rättspsykiatriska vården ske samordnat med öppen tvångsvård enligt LPT eller frivillig öppen psykiatrisk vård. Hur det förhåller sig kan få betydelse för hur ett statligt övertagande ska gå till och vilka synergiförluster som då uppstår.

Patienter inom den rättspsykiatriska vården har ofta ett omfattande behov av vård och stöd, även efter utskrivning från tvångsvården, bland annat på grund av en hög samsjuklighet med beroendesjukdomar. Det är därför av avgörande vikt att det finns ett fungerande samarbete med kommunernas socialtjänst. Utan sådan kontakt kan det vara svårt att skriva ut en patient från den rättspsykiatriska vården. Samverkan med kommunernas socialtjänst beskrivs fungera varierande. Svårigheter som nämns är att handläggningstiderna hos kommunerna är långa och att man ibland kan ha olika bild av patientens behov.[53] Om patienten inte får nödvändigt stöd från socialtjänsten, exempelvis i form av anpassat boende, kan utskrivningen från den slutna rättspsykiatriska vården försenas och vårdtiden förlängas. Vikten av samverkan kring patienterna mellan den rättspsykiatriska vården och allmänpsykiatrin är också avgörande.

Staten tar i detta scenario över systemansvaret, finansieringsansvaret och tillhandahållaransvaret för den rättspsykiatriska vård som bedrivs av regionerna.

Systemansvaret

Staten har redan i dag ett relativt omfattande systemansvar genom den lagstiftning som finns på området och de särskilda uppdrag och ansvar som vilar på statliga myndigheter. Socialstyrelsen har föreskriftsrätt och beslutar om de föreskrifter som behövs för verkställigheten av LRV samt om säkerhetsanpassning och säkerhetsklassificering vid sjukvårdsinrättningar.[54] Socialstyrelsen har också ett kunskapsstyrande uppdrag och har för närvarande i uppdrag att

[53] Socialstyrelsen (2023), *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård – Kartläggning och utvecklingsförslag*, s. 41 f.
[54] Se 19 § förordning (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

genomföra insatser för att stärka och utveckla den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården.[55]

Inspektionen för vård och omsorg utövar tillsyn över säkerheten (7 kap. 7 § patientsäkerhetslagen (2010:659)). Staten styr dessutom genom lagstiftning och genom beslut från de statliga allmänna domstolarna indirekt antalet intagna inom den rättspsykiatriska vården. Staten styr också, genom de allmänna förvaltningsdomstolarna, utskrivningen från vården för de om vårdas med särskild utskrivningsprövning, SUP.

Statens systemansvar utökas i scenariot framför allt för den strategiska styrningen, planeringen och ledningen av den rättspsykiatriska vården och ansvaret för systemövergripande funktioner och resurser. Detta innefattar viss strategisk styrning av verksamheten, så som var i landet det lämpligen kan finnas verksamheter för rättspsykiatrisk vård och inom vilka säkerhetsklasser. Staten kan också utforma policy för kompetens- och kvalitetsutveckling inom verksamheterna.

Tillhandahållaransvar

Staten får med detta scenario hela ansvaret att planera, organisera och dimensionera den rättspsykiatriska vården. Att det finns tillräckligt många platser i den rättspsykiatriska vården i rätt säkerhetsklasser blir i detta scenario en del av det statliga tillhandahållaransvaret. Rättspsykiatrisk vård är en frihetsberövande påföljd och utförandet av vården lämnas inte över till privata utförare.

Rättspsykiatrisk vård är en relativt liten verksamhet sett till antal patienter och torde därmed inte kräva en omfattande myndighetsorganisation, utan i likhet med vissa andra delvis-scenarier kunna ledas och styras av en funktion eller avdelning på en statlig myndighet.

[55] Regeringsbeslut den 16 maj 2024 *Uppdrag att genomföra insatser för att stärka och utveckla den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården* S2019/01522, S2021/02640, S2024/01004 (delvis).

Finansieringsansvaret

Staten övertar i detta scenario hela ansvaret för att inhämta och fördela resurser för den rättspsykiatriska vården. Nyligen sammanställda uppgifter från SKR visar på att den totala kostnaden för den rättspsykiatriska vården uppgår till cirka 3,5 miljarder kronor.[56] Detta är en kostnad som i scenariot kommer att belasta statsbudgeten.

Statligt huvudmannaskap för vaccinationer och screening

Staten är i det här scenariot huvudman för de hälsofrämjande och förebyggande insatserna vaccinationer och screening. Regionerna och kommunerna är huvudmän för all övrig hälso- och sjukvård som finns i dag.

Beskrivning av scenariot

Detta scenario kan bli mer eller mindre omfattande beroende på vilka typer av tjänster och verksamheter som inkluderas. Hälsofrämjande och förebyggande insatser kan definieras olika och omfatta fler samhällssektorer än hälso- och sjukvården. Folkhälsopolitiken består av åtta målområden, där hälso- och sjukvården är ett.[57] Eftersom kommitténs uppdrag är fokuserat på huvudmannaskap för hälso- och sjukvården är detta scenario uppbyggt kring hälsofrämjande insatser som utförs av hälso- och sjukvården i dag, eller nya former av insatser som skulle komplettera regionernas arbete inom ramen för hälso- och sjukvårdens uppdrag.

Enligt HSL ska hälso- och sjukvården arbeta för att förebygga ohälsa (3 kap. 2 §). Detta definieras inte närmare än att primärvården ska tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar (13 a kap. HSL).

Enligt WHO bestäms folkhälsan av en mängd faktorer som ligger utanför hälso- och sjukvårdens kontroll, hälso- och sjukvårdssektorn behöver däremot samarbeta med andra sektorer för att bidra till ett effektivt arbete för bättre hälsa.[58] Enligt nätverket Hälso-

[56] SKR (2015), *Fördjupad nationell lägesbild av behov och kapacitet i rättspsykiatrin*.
[57] Folkhälsomyndighetens hemsida *Vem gör vad inom folkhälsoområdet.*
[58] WHO, *Promoting health through good governance.*

främjande hälso- och sjukvård bör hälso- och sjukvården ”…utöver evidensbaserad medicinsk behandling av sjukdom också utveckla insatser för att förebygga sjukdom och stärka patienternas självupplevda hälsa. Det innebär att ”riva sjukhusets väggar”, att hälso- och sjukvården aktivt deltar i folkhälsoarbetet ute i samhället”.[59]

Hur regionerna arbetar med sektorsövergripande folkhälsofrågor och förebyggande insatser i hälso- och sjukvården ser i dag olika ut. Några exempel på regionernas mer patient- och befolkningsnära folkhälsoarbete är att hälso- och sjukvården stödjer patienter att förändra ohälsosamma levnadsvanor, som riskbruk av alkohol, tobaksbruk, ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet. Regionerna ansvarar också för barn- och mödrahälsovården som båda har uttalade hälsofrämjande perspektiv och drivs på lokal nivå. Dessutom driver regionerna ungdomsmottagningar och arbetar aktivt med frågor som rör sexuell och reproduktiv hälsa.[60]

En utmaning med att tydligt dela upp ansvaret för det preventiva arbetet är att många insatser som görs av regionerna är integrerade i den kliniska verksamheten, på olika sätt. Hälsofrämjande samtal kan exempelvis äga rum i ett patientmöte där det finns flera syften med besöket. Mot denna bakgrund fokuseras detta scenario på verksamheter där ett statligt ansvar sannolikt har bäst förutsättningar att komplettera regionernas och kommunernas ansvar. Insatserna behöver därmed vara någorlunda standardiserbara och möjliga att avgränsa från andra delar i en vårdkedja. Det bör även vara insatser där det går att uppnå stordriftsfördelar som är svårt att uppnå av enskilda regioner eller där ett statligt huvudmannaskap kan skapa förutsättningar för bättre planering och samverkan i ett nationellt perspektiv.

Två sådana områden kan vara screening och vaccinationer. Dessa insatser riktar sig till stora befolkningsgrupper och utförs redan till stor del utan att personen i fråga behöver uppsöka hälso- och sjukvården på en vårdcentral eller sjukhus, exempelvis skolvaccinationer och screening mot livmoderhalscancer som nu kan genomföras hemmavid i vissa regioner. Samtidigt så är det vissa vaccinationer som genomförs i en sammanhållen vårdkedja som exempelvis barnvaccinationerna som ges på BVC.

[59] Det svenska nätverket för Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS).
[60] Folkhälsomyndighetens hemsida *Vem gör vad inom folkhälsoområdet*.

Vaccinationer förebygger smittsamma sjukdomar. Näst efter rent vatten, är vaccinationer det som mest effektivt bidrar till folkhälsan i världen.[61] Vaccinationer brukar räknas som primärprevention eftersom det är en insats avsedd att förhindra uppkomst av sjukdom och skador.[62]

Med *screening* avses en systematisk undersökning av en del av befolkningen för att identifiera personer med ett tillstånd som innebär en hög risk för framtida ohälsa. Syftet är att upptäcka hälsotillstånd som kan få allvarliga eller omfattande konsekvenser.[63] Screening brukar räknas som sekundärprevention eftersom det är en insats avsedd att förhindra utveckling av sjukdom.[64]

Systemansvaret

Staten har redan i dag ett ansvar som kompletterar eller stödjer regionernas (och även kommunernas) ansvar för hälsofrämjande insatser. Folkhälsomyndigheten är en statlig myndighet med ett nationellt ansvar för folkhälsofrågor. Folkhälsomyndigheten ska utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot genom att bland annat utvärdera folkhälsoinsatser och sprida kunskap.[65] Folkhälsomyndigheten fick i mars 2024 i uppdrag att via en utvald aktör inrätta en nationell stödlinje med syfte att professionellt och anonymt erbjuda samtalsstöd till personer med psykisk ohälsa och suicidalitet samt till anhöriga och närstående.[66] Även Socialstyrelsens arbete

[61] Folkhälsomyndigheten. *Vaccinationer är viktigt för att må bra.* Hämtad 2024-04-26: https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/.
[62] Primärprevention kan vara individinriktad, gruppinriktad (gentemot grupper i befolkningen) eller strukturinriktad (gentemot samhällsstrukturer). Exempel på individinriktad primärprevention är att hjälpa en individ att sluta röka innan tobaksrelaterad sjukdom har uppkommit. Exempel på gruppinriktad primärprevention är gruppundervisning för att få människor att sluta röka innan tobaksrelaterad sjukdom har uppkommit. Exempel på strukturinriktad primärprevention är lagstiftat förbud mot tobaksrökning på allmänna platser, att skapa säkra lekplatser för barn och öppna fritidsverksamheter för ungdomar.
[63] Socialstyrelsen (2019) *Om nationella screeningprogam*.
[64] Sekundärprevention kan vara individinriktad eller gruppinriktad (gentemot grupper i befolkningen). Exempel på sekundärprevention som syftar till att förhindra att latent sjukdomstillstånd utvecklas till kliniskt fastställd sjukdom är utredning och/eller behandling av förändringar som upptäckts vid mammografi och gynekologisk cellprovskontroll. Exempel på sekundärprevention som syftar till att förhindra återinsjuknande i tidigare genomliden sjukdom är rökslutarstöd till individ som har haft hjärtinfarkt Socialstyrelsen. Socialstyrelsens termbank.
[65] Folkhälsomyndigheten (2023), *Folkhälsomyndighetens uppdrag*.
[66] Socialdepartementet (2024), *Ny nationell stödlinje för psykisk hälsa och suicidprevention.*

med exempelvis nationella riktlinjer om ohälsosamma levnadsvanor bidrar till att förebygga sjukdomar relaterade till riskfaktorer som rökning, övervikt och överdriven alkoholkonsumtion.[67]

När det gäller vaccinationer har också staten i dag ett systemansvar. De nationella vaccinationsprogrammen (som i dag omfattar 12 smittsamma sjukdomar) beslutas av regeringen efter förslag från Folkhälsomyndigheten. Det är obligatoriskt för regionerna, kommunerna och annan huvudman för elevhälsan att erbjuda dessa vacciner kostnadsfritt för den enskilde. Utöver de nationella vaccinationsprogrammen kan regionerna själva besluta vilka vaccinationer som ska erbjudas och om eventuell avgift. Folkhälsomyndigheten utfärdar rekommendationer om vaccinationer men de är inte bindande. Vissa av dessa rekommendationer riktar sig till sjukvårdshuvudmännen, vissa till individen och andra till hälso- och sjukvårdspersonal.[68]

Socialstyrelsen har i dag uppdrag att ta fram rekommendationer om nationella screeningprogram. Det är dock upp till varje region att bestämma om och när ett screeningprogram ska startas. Socialstyrelsen har för elva sjukdomar lämnat rekommendationer om screening. Av dessa är det två områden där Socialstyrelsen skrivit att regionerna ska erbjuda screening och fyra områden där regionerna bör erbjuda screening.[69]

Statens systemansvar utökas i scenariot och övertar ansvar för beslut om och uppföljning av samtliga, eller i vart fall en övervägande del av det allmännas insatser inom vaccinations- och screeningområdet.

Tillhandahållaransvaret

Staten ansvarar i scenariot för att screening och vaccinationer erbjuds till invånarna i landet. Ansvaret skulle omfatta flera steg av processen, allt från informationskampanjer till befolkningen, upphandlingar av nödvändig utrustning och liknande och analys av prover. Detta kan bedrivas i egen regi och då är staten också vårdgivare och arbetsgivare för de anställda som skulle arbeta med detta.

[67] Socialstyrelsen (2024), *Främja hälsa och förebygga ohälsa*.
[68] SOU 2024:2 *Ett samordnat vaccinationsarbete– för effektivare hantering av kommande vacciner.*
[69] Socialstyrelsen (2019), *Nationella screeningprogram.*

Hur många anställda det skulle röra sig om beror på omfattningen av insatserna.

Det är inte sannolikt att ett statligt huvudmannaskap för vaccinationer och screening kräver en egen myndighetsorganisation, men frågorna behöver vara ett ansvar för funktioner och avdelningar på en eller flera statliga myndigheter. Staten kan delegera verksamhetsansvaret (utförandet) till privata utförare.

Finansieringsansvaret

Staten som huvudman ansvarar för att finansiera vaccinationer och screening. Vilka kostnader det skulle innebära för staten att ta över finansieringsansvaret för dessa hälsofrämjande och förebyggande insatser inom hälso- och sjukvården beror på hur omfattande dessa insatser är och hur ansvaret avgränsas.

År 2021 stod förebyggande vård för fem procent av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna i Sverige. Det motsvarar 30 miljarder kronor. Kostnaderna för förebyggande vård ökade med 52 procent mellan år 2020 och 2021, detta berodde bland annat på smittskyddsarbete under covid-19-pandemin.[70]

Nationella vaccinationsprogram finansieras i dag med offentliga medel ur statsbudgeten. De nationellt rekommenderade vaccinationerna kan finansieras såväl av regionen (helt eller delvis) som av individen.[71]

Inför framtagande av rekommendationer om screening har Socialstyrelsen genomfört hälsoekonomiska analyser av respektive rekommendation. En del av dessa genomfördes för flera år sedan och det är inte säkert att de speglar hur programmens kostnader ser ut i dag, men de kan användas som räkneexempel. Det finns också räkneexempel gällande kostnader för vaccinationer i SOU 2024:2.

Utöver kostnaden för själva vaccinet tillkommer även kostnader för genomförandet av vaccinationen. I detta ingår till exempel informationsinsatser, kallelser, hantering av hälsodeklaration, samtycke från vårdnadshavare i de fall detta är nödvändigt, analys av

[70] Data över hälso- och sjukvårdskostnaderna har viss eftersläpning, därav att uppgifter från 2021 redovisas. Socialstyrelsen (2024), *Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård.* Lägesrapport 2024.
[71] SOU 2024:2 *Ett samordnat vaccinationsarbete – för effektivare hantering av kommande vacciner.*

prover och journalföring, beställning av vaccin, lagerhållning och distribution, ordination samt att säkerställa registrering i nationella vaccinationsregistret.[72] Flera av dessa moment skulle gälla för screening också.

Statligt huvudmannaskap för luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter

Staten är i scenariot huvudman för luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter i hela landet. Regionerna och kommunerna är som i dag huvudmän för all övrig hälso- och sjukvård. Scenariot innebär att staten har övertagit ansvaret att tillhandahålla och finansiera luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter från regionerna.

Beskrivning av scenariot

Prehospital akutsjukvård definieras i Socialstyrelsens termbank som ”…omedelbara medicinska insatser som utförs utanför vårdenhet av hälso- och sjukvårdspersonal.”. Ytterligare en definition av begreppet finns i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård m.m. Där definieras begreppet som ”…omedelbara medicinska åtgärder som vidtas av hälso- och sjukvårdspersonal utanför sjukhus”. Central för den prehospitala akutsjukvården är ambulanssjukvården.[73]

Enligt Socialstyrelsens kartläggning upplevs den prehospitala akutsjukvården av många som arbetar i den som att vården saknar integrering i vårdkedjor samt ambulanssjukvården ibland fyller ut mellanrum när andra vårdformer, vårdgivare och kontaktvägar av olika skäl inte är tillgängliga för patienten. Det är svårt att få en bild av omfattningen av den prehospitala akutsjukvården, eftersom sam-

[72] Vacciner till det allmänna vaccinationsprogrammet för barn samt till det särskilda vaccinationsprogrammet mot pneumokocker upphandlas samlat av Adda, som ägs av SKR samt majoriteten av Sveriges kommuner. Adda uppger att den totala kostanden för samtliga vacciner till hela barnvaccinationsprogrammet under 2022 uppgick till 355 miljoner kronor. På s. 267 och 268 i SOU 2024:2 finns fler räkneexempel på kostnader för vissa vaccinationer. SOU 2024:2, *Ett samordnat vaccinationsarbete – för effektivare hantering av kommande vacciner.*

[73] Socialstyrelsen (2023), *Sveriges prehospitala akutsjukvård – nulägesbild, bedömning och utvecklingsförslag.*

manställda uppgifter om antal stationer, fordon och liknande är hemliga med hänvisning till rikets säkerhet. Det saknas också särredovisning av antal anställda, eftersom de räknas in i antalet anställda i specialiserad hälso- och sjukvård. Ett mått på verksamhetens omfattning är dock att det under 2021 utfördes totalt 1 342 441 ambulansuppdrag (prio 1–3) i landet.

Prehospital akutsjukvård är specialiserad vård som är organiserad olika över landet och hanteras olika i regionernas arbete med nivåstrukturering. I den meningen liknar scenariot övriga scenarier om specialiserad vård ovan. Områden i den prehospitala akutsjukvården som kan vara mer lämpade att hantera på nationell nivå genom ett utökat statligt ansvar är luftburen ambulanssjukvård (både intensiv- och sjukvårdstransporter) och luftburna sjuktransporter).

Den luftburna ambulanssjukvården utgörs i huvudsak av ambulanshelikopter och ambulansflyg. Kombinationen hög medicinsk kompetens, snabb insatstid och transport till rätt vårdnivå gör att detta är en samhällskritisk resurs med stort värde, både vid olyckor i vardagen och vid allvarligare händelser och katastrofer samt vid transporter mellan vårdinrättningar. Vanligen är luftburen ambulanssjukvård bemannad av läkare men en del regioner väljer att ta med läkare i ambulanshelikopter/flygplan bara vid behov.[74]

En annan men relaterad fråga gäller sjuktransporter. Det är inte ovanligt att samma fordon som används i prehospital akutsjukvård även används till olika former av sjuktransporter, till exempel för transport av patienter mellan sjukhus och andra vårdinrättningar. Enligt HSL (7 kap. 6 §) är regionerna i dag ansvariga för att det

> … inom regionen finns en ändamålsenlig organisation för att till och från vårdinrättning eller läkare transportera personer vars tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet.

Kommunalförbundet Svensk Luftambulans (SLA) bedriver sedan 2014 ambulanshelikopterverksamhet för de fyra regionerna Värmland, Dalarna, Västerbotten och Norrbotten. Helikoptrarna har likheter med vägburna ambulanser och kan ge prehospital akutsjukvård till skadade och sjuka direkt på plats. De är bemannande med

[74] Socialstyrelsen (2023), *Sveriges prehospitala akutsjukvård – nulägesbild, bedömning och utvecklingsförslag*.

narkosläkare och sjuksköterska som förutom vård på plats även kan ge vård under transport. Helikoptrarna gör också intensivvårdstransporter av patienter mellan vårdinrättningar såväl inom som utom de regioner som är medlemmar i SLA. I dag finns nio luftambulansbaser i Sverige. Sex av dem ligger i regioner som är medlemmar i SLA. Till det kommer tre baser som upphandlats direkt av respektive region. Resterande 12 regioner har i dag ingen tillgång till ambulanshelikopter.[75]

Kommunalförbundet Svenskt Ambulansflyg (KSA) bildades 2016 och utför ambulansflyguppdrag med sex flygplan nationellt och internationellt för samtliga 21 regioner. Verksamheten har tillgång till beredskapsbaser i Umeå, Stockholm/Arlanda och Göteborg/Landvetter. Beställningar på flygtransporter från regionerna samt prioritering och koordinering av uppdrag sköts av kommunalförbundets flygkoordineringscentral (FKC) i Umeå.[76]

En central aktör inom området är SOS Alarm Sverige AB som ägs till hälften av SKR och till hälften av staten. Parterna finansierar gemensamt SOS Alarms verksamhet. Styrelsen består av nio ledamöter varav fyra utses av staten och fyra av SKR Företag AB. Den nionde ledamoten som också är styrelseordförande utses av ägarna gemensamt.[77]

Systemansvaret

Scenariot innebär ett utökat statligt systemansvar vilket kan skapa förutsättningar för ökad nationell styrning, planering och resursfördelning av de luftburna transporterna samt styrning av upphandlingsförfarandet för helikoptrar och flygplan. Staten övertar i scenariot ansvaret från SLA och KSA samt övertar SKR:s del av ägandet i SOS Alarm AB (den andra hälften ägs redan av staten).[78]

Det förefaller inte vara nödvändigt med en ny och omfattande statlig myndighetsorganisation i det här scenariot, eftersom det handlar om en relativt sett liten del av hälso- och sjukvårdssystemet. Det behövs dock, precis som i scenariot om NHV, etableras

[75] Socialstyrelsen (2023), *Sveriges prehospitala akutsjukvård – nulägesbild, bedömning och utvecklingsförslag*.
[76] Socialstyrelsen (2023), *Sveriges prehospitala akutsjukvård – nulägesbild, bedömning och utvecklingsförslag*.
[77] SOS Alarm Sverige AB, *Årsredovisning 2023*.
[78] SOS Alarm Sverige AB, *Årsredovisning 2023*, s. 44.

någon form av systemansvarig och upphandlingsansvarig funktion placerad på en statlig myndighet och det behöver utarbetas former för finansiering och fördelning av resurser. Det är tänkbart att den nationella funktionen omfattar det som i dag är ett ansvar för SOS Alarm men också ett statligt system-, tillhandahållar- och finansieringsansvar för luftburna sjuktransporter.

Oavsett organisering behöver staten genom berörda myndigheter utveckla samarbeten med regioner och även med offentliga eller offentligt upphandlade privata vårdgivare inom området. Det kan tänkas att ett statligt systemansvar för luftburen ambulanssjukvård också skapar bättre förutsättningar för internationell samverkan, exempelvis med Danmark, Norge och Finland, genom att det skapas andra förutsättningar för en nationell samsyn i Sverige.

Tillhandahållaransvaret

Ett statligt tillhandahållaransvar för luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter innebär en ny uppgift för staten.

Scenariot kan skapa förutsättningar för att både upphandla och samordna luftburna sjuktransporter på andra sätt än i dag. Det inbegriper logistik, att utnyttja befintlig kapacitet optimalt inom större sjukvårdsregionala områden eller nationellt.

Det här scenariot är inte omfattande och torde därför kunna styras och hanteras genom en funktion eller avdelning på en statlig myndighet. Dessa nya organisatoriska förutsättningar skapar andra förutsättningar för att kravställa, upphandla, prioritera och fördela helikoptrar och flygplan samt deras utrustning och fastigheter/baser över landet.

Precis som i övriga scenarier kan staten delegera verksamhetsansvaret till regioner eller upphandla privata utförare. Det kan därmed vara statligt anställd personal, regionalt anställd personal eller personal från privata utförare som bemannar helikoptrar och flygplan. Oavsett behöver nya former för samverkan utvecklas och etableras mellan staten och övriga aktörer på området.

Finansieringsansvaret

Staten övertar i scenariot ansvaret för att inhämta och sedan fördela ut ekonomiska resurser från regionerna, enligt en ny och nationell modell. Detta sker genom en form av statlig beskattning, men utifrån vilka skattebaser och på vilka sätt återstår att utreda närmare. Vidare måste en skatteväxling genomföras. Scenariot kan därigenom skapa förutsättningar för staten som huvudman att kompensera för olika förutsättningar runt om i landet, genom fördelning av resurser (ekonomiska och personella men också flygplan och helikoptrar.) för att därigenom säkerställa en mer jämlik tillgång över landet.

Statens finansieringsansvar innebär sannolikt också att staten övertar kostnader från regioner men också från SLA, KSA och SKR (i SOS Alarm AB). Vidare kommer uppgifter /funktioner vid en eller flera statliga myndigheter att utökas. Detta skulle utöka statsbudgeten men samtidigt minska budgeten i motsvarande omfattning hos ovan nämnda aktörer. Vilka budgetförändringar som skulle bli konsekvensen är dock svårt att avgöra. Skälet till att det är att det saknas särredovisning av vad prehospital akutsjukvård kostar i dag, eftersom verksamheten räknas in i kostnaderna för specialiserad vård vilket i sin tur görs och redovisas på olika sätt i olika regioner. Det är inte heller klart vad luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter exakt kostar i dag.

Kommunalförbundet Svensk Luftambulans (KSA) anger i sin årsredovisning att kommunalförbundets verksamhet 2023 hade nettokostnader på 366 miljoner kronor (inklusive drygt 26 miljoner kronor i avskrivningar).[79] Kommunalförbundet Svensk Luftambulans (SLA) redovisar i sin årsredovisning att verksamheten hade nettokostnader på 214 miljoner kronor (inklusive drygt 22 miljoner kronor i avskrivningar).[80] SOS Alarm ägs till 50 procent av staten och till 50 procent av SKR Företag AB. Staten och SKR finansierar också gemensamt SOS Alarm och där behöver formerna för överförande av ansvaret till enbart staten utredas närmare. Kostnaderna för SOS Alarm uppgick 2023 till 1,55 miljarder kronor.[81] Kostnaderna för att driva de nämnda verksamheterna summerar således till drygt 2,1 miljarder kronor 2023.

[79] Svenskt Ambulansflyg, *Årsredovisning 2023*, s. 39.
[80] Svensk Luftambulans, *Årsredovisning 2023*, s. 28.
[81] SOS Alarm Sverige AB, *Årsredovisning 2023*, s. 40.

4 Underlag och lärdomar från forskning, andra länder och andra samhällssektorer

Enligt direktivet ska Vårdansvarskommittén beakta och dra lärdom av hälso- och sjukvårdsreformer som har genomförts i andra länder, till exempel de nordiska länderna samt statliga centraliseringsprocesser i Sverige inom andra offentliga verksamhetsområden.

I detta kapitel redogörs för underlag för att identifiera sådana erfarenheter och lärdomar vilka kan ligga till grund för analyser av både genomförandet och konsekvenser av ett statligt huvudmannaskap på kort och lång sikt. Inledningsvis presenteras också kortfattat det underlag som inhämtats i form av forskning och rapporter som behandlar för- och nackdelar med och konsekvenser av centralisering och decentralisering, generellt och specifikt i hälso- och sjukvårdssystem.

4.1 Centralisering och decentralisering

Ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården skulle innebära att det sker en centralisering i flera olika dimensioner; styrningen, finansieringen, förvaltningsorganisationen och hanteringen av vissa särskilda funktioner och frågor. Ett underlag för att analysera konsekvenserna av ett förändrat huvudmannaskap är därför kunskap om vilka värden, effekter och konsekvenser som kan kopplas till centralisering respektive decentralisering. I detta avsnitt sammanfattas resultat från en genomgång av ett antal forskningsartiklar och rapporter som belyser denna fråga.

Det bör påpekas att de artiklar och rapporter som ligger till grund för avsnittet i huvudsak har fokus på decentralisering. En förklar-

ing till det kan vara att decentralisering har varit den dominerande riktningen i många länders förvaltningspolitiska utveckling under en längre tid. Resonemang om tänkbara effekter av en centralisering förs därför till stor del i motsats till decentraliseringens effekter och konsekvenser. Allt annat lika så kan en negativ effekt som kommer av decentralisering förstås som en positiv effekt av centralisering.

Först redogörs för underlag med fokus på generella effekter och konsekvenser av decentralisering, därefter för underlag som behandlar hälso- och sjukvården.

Allmänt om decentralisering och centralisering

Med decentralisering avses här skiftandet av makt och ansvar från högre till lägre nivåer i samhällsorganisationen, till exempel från nationell till regional eller lokal nivå. Centralisering avser den motsatta rörelsen – skiftande av makt och ansvar över ett område från regional eller lokal nivå till nationell nivå.

Under de senaste decennierna har det i många länder pågått en riktning mot decentralisering, i meningen att makt och ansvar över politikområden har flyttats från nationell till lokal nivå.[1] Denna utveckling har förklarats med såväl megatrender (till exempel informationsrevolutionen, digitaliseringen, globaliseringen och urbaniseringen) som politiska och ekonomiska faktorer och syftat till att till exempel öka effektiviteten och kvaliteten i offentlig service eller öka regional och lokal produktivitet och tillväxt.[2] Den bredare decentraliseringstrend som beskrivs här avser inte specifikt hälso- och sjukvårdssystem, utan syftar på en bredare trend i samhällsutvecklingen. Även i den svenska hälso- och sjukvården har dock decentralisering på flera sätt varit en dominerande utvecklingslinje under andra halvan av 1900-talet, samtidigt som det under de senaste decennierna också funnits vissa tendenser till återcentralisering.[3]

Såväl centralisering som decentralisering kan ta sig olika uttryck, avse olika typer av ansvar och vara olika omfattande eller uttalade.

[1] OECD (2019), *Making decentralisation work: a handbook for policymakers*; De Vries, M.S. (2000), *The rise and fall of decentralization: A comparative analysis of arguments and practices in European countries.* European Journal of Political Research, 38(2), 193–224.
[2] OECD (2019), *Making decentralisation work: a handbook for policymakers*.
[3] Fredriksson, M. (2008), *Between Equity and Local Autonomy. A governance dilemma in Swedish Healthcare.*

Oavsett graden av centralisering eller decentralisering är det möjligt att utforma lagstiftning och andra styrsystem så att den driver i antingen enhetlig eller diversifierande riktning.[4] Med andra ord kan både centraliserade och decentraliserade system styras på flera olika, och delvis överlappande, sätt.

Samtidigt pekar flera underlag på behovet av att decentralisering sker med en medvetenhet om att olika typer av ansvar kan behöva hänga ihop för att fördelarna med respektive modell ska vara möjliga att realisera. Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD, skiljer till exempel på politisk, administrativ och finansiell decentralisering. Graden av decentralisering beror på i vilken utsträckning den politiska, administrativa och finansiella makten har överförts till lägre styrnivåer. OECD påpekar samtidigt att de tre hänger ihop – decentralisering av finansiering bör inte ske utan att också politisk och administrativ decentralisering sker. Politisk och administrativ decentralisering utan finansiell decentralisering beskrivs av OECD som meningslös.[5] Även forskaren Åsa Hansson beskriver i sin underlagsrapport till kommittén behovet av att decentralisering och centralisering sker med en medvetenhet om hur olika ansvar bör hänga ihop. Hansson lyfter till exempel att många av fördelarna med decentralisering går förlorade när finansieringen inte är på samma vertikala fiskala nivå som tillhandahållandet av hälso- och sjukvård.[6]

Generella för- och nackdelar med centralisering och decentralisering

En övergripande slutsats utifrån de underlag som sekretariatet tagit del av är att det saknas enkla svar eller någon strikt vetenskaplig evidens i fråga om faktiska effekter av, eller för- och nackdelar med centralisering och decentralisering i allmänhet. I en artikel argumenterar författaren De Vries till exempel för att de teoretiska argumen-

[4] Se avsnitt i denna rapport om hälso- och sjukvårdsjuridiken.
[5] OECD (2019), *Making decentralisation work: a handbook for policymakers.*
[6] Hansson, Å. (2024), *Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård*, Lunds universitet och Ratio. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén.

ten inte är övertygande för vare sig decentralisering eller centralisering när det gäller effektivitet eller kvalitet i generell mening.[7]

OECD har i en senare rapport påpekat att decentralisering inte är bra eller dåligt i sig självt, utan att det är sättet som decentraliserade system designas och implementeras som avgör resultaten. Fördelarna beskrivs bero på hur systemet som helhet fungerar, till exempel i fråga om kapaciteten på den lokala och regionala styrande nivån, ramar och villkor samt ansvarighet för det lokala beslutsfattandet.[8] OECD pekar också på att decentralisering har kopplats ihop med effektivitet i den offentliga sektorn, demokratisering och politisk stabilitet. Vidare lyfts att det finns en korrelation mellan graden av decentralisering och ekonomisk aktivitet, mätt utifrån faktorer som BNP, offentliga investeringar och utbildning. Att faktorer som till exempel BNP och storleken på offentliga investeringar korrelerar med högre grad av decentralisering innebär dock inte nödvändigtvis att det är graden av decentralisering som utgör orsaken till dessa utfall.[9]

En vanlig beskrivning är att fördelarna med decentralisering i stort sett motsvarar nackdelarna med centralisering och tvärtom. Forskaren De Vries menade att detta på övergripande nivå tycks stämma, men pekade också på att skiften mellan de två modellerna har motiverats med samma typ av argument oavsett om det rör sig om en centralisering eller en decentralisering. Exempelvis har argumentet ökad effektivitet använts för såväl decentralisering som centralisering.[10]

För- och nackdelar med decentralisering enligt OECD

Oavsett kunskapsläget gällande de faktiska utfallen av mer eller mindre centraliserade system så visar de genomgångna underlagen att decentralisering och centralisering ofta anses främja olika värden. OECD beskriver till exempel i sin rapport att decentralisering i teorin är tänkt att addera ett nedifrån och upp- och samverkans-

[7] De Vries, M. S. (2000), *The rise and fall of decentralization: A comparative analysis of arguments and practices in European countries.* European Journal of Political Research, 38(2), 193–224.
[8] OECD (2019), *Making decentralisation work: a handbook for policymakers.*
[9] OECD (2019), *Making decentralisation work: a handbook for policymakers.*
[10] De Vries, M. S. (2000), *The rise and fall of decentralization: A comparative analysis of arguments and practices in European countries.* European Journal of Political Research, 38(2), 193–224.

perspektiv i styrningen, till skillnad från hierarkisk styrning och betoning på vertikala relationer. Andra värden som ofta kopplas till decentralisering är demokratiska värden som transparens, ansvarighet, medborgerligt inflytande, lokal demokratisk kontroll och subsidiaritet.[11]

De politiska arenorna blir fler i ett decentraliserat system, vilket också gör att det skapas fler ytor för invånarna att uttrycka sina preferenser och rikta klagomål direkt mot beslutsfattare. Decentralisering kan på så vis stärka invånarnas deltagande i styrningen. Möjligheten till variationer ger också utrymme för experimenterande och policyinnovationer, vilket kan stärka kvalitet och effektivitet i de offentliga tjänsterna. Innovation främjas mest om de lokala aktörerna också ansvarar för finansieringen, enligt OECD.[12]

Det finns också kvalitet- och effektivitetsargument för decentralisering. Ett vanligt förekommande argument är till exempel att det medför ökad kunskap om och känslighet för lokala problem och behov hos beslutsfattare, vilket i sin tur kan leda till ökad kvalitet och effektivitet i de offentliga tjänsterna. Värden som flexibilitet, innovation och lärande genom mångfald och variation kopplas också ihop med decentralisering.[13]

Ett annat effektivitetsargument för decentralisering fokuserar på att centrala organisationer i kombination med komplexa frågor kan leda till en omfattande styrning och växande central byråkrati för att möjliggöra kontroll av den komplexa verksamheten.[14] Detta följer av att komplexiteten kan leda till en ”beslutsöverlastning” på den centrala nivån, vilket leder till att det adderas fler politiker, fler tjänstemän, experter med mera för att hantera komplexiteten. Det är denna typ av processer som medför att centralisering kan resultera i överreglering.[15]

Det är också kostsamt och tidskrävande för en central aktör att skaffa sig samma kunskap och förståelse för de lokala omständigheterna och behoven som lokala beslutsfattare har.[16] Ett effektivi-

[11] OECD (2019), *Making decentralisation work: a handbook for policymakers.*
[12] OECD (2019), *Making decentralisation work: a handbook for policymakers.*
[13] De Vries, M. S. (2000), *The rise and fall of decentralization: A comparative analysis of arguments and practices in European countries.*
[14] De Vries, M. S. (2000), *The rise and fall of decentralization: A comparative analysis of arguments and practices in European countries.*
[15] Fredriksson, M. (2024), *För- och nackdelar med förstatligande av hälso- och sjukvården. Centralisering och decentralisering: den organisatoriska pendeln*. Keynote-presentation, Uppsala universitet den 20 mars 2024.
[16] OECD (2019), *Making decentralisation work: a handbook for policymakers.*

tetsargument för decentralisering är med andra ord att det är ett sätt att komma till rätta med eller undvika den ineffektivitet och ”beslutsöverlastning” som kan uppstå i centralstyrda sektorer och organisationer.

Argumenten för centralisering är, som det beskrevs ovan, ofta en spegling av decentraliseringens baksidor. Det finns samtidigt också specifika effektivitets- som kvalitetsargument även för centralisering. Ökad jämlikhet och likvärdighet ses ofta som en möjlighet med centralisering samtidigt som minskad jämlikhet och likvärdighet ses som en risk med decentralisering. Stora skillnader i hälsoutfall kan enligt OECD till exempel bli en konsekvens av att decentraliseringen inte i tillräcklig utsträckning kombineras med central styrning och mekanismer för att utjämna resurser och ekonomiska förutsättningar. Balansen mellan lokal autonomi och nationell samordning har beskrivits som en generell utmaning vid decentralisering, särskilt när det gäller tjänster som hälso- och sjukvård och utbildning, som har en omfördelande karaktär.[17]

Ett argument mot decentralisering – och därmed för centralisering – är att decentraliseringen kan leda till problem med att hitta det mest effektiva sättet att nyttja de samlade resurserna och arbeta för det gemensamma bästa. I publikationerna som sekretariatet tagit del av beskrivs också problem med att hantera så kallade ”externa effekter” eller ”friåkning” med vilket det, förenklat, avses situationer där en aktörs rationella beslut utifrån det egna intresset eller perspektivet leder till negativa effekter för helheten eller bidrar till ineffektivitet.[18] Effektivitets- och hållbarhetsproblem kan alltså uppstå när många olika aktörer agerar utifrån sitt specifika och avgränsade uppdrag oaktat om detta påverkar andra aktörer negativt, leder till ett orättvisor eller medför en suboptimal användning av gemensamma resurser. Ett argument för centralisering är därmed att en politisk nivå eller en central myndighet kan fatta beslut om fördelning och nyttjande av resurser som minskar problem med friåkning och externa effekter.

En utmaning med decentralisering är att de lokala eller regionala organen måste ha tillräcklig politisk, administrativ och ekonomisk kapacitet för att fördelarna med decentralisering ska kunna uppnås.

[17] OECD (2019), *Making decentralisation work: a handbook for policymakers.*
[18] De Vries, M. S. (2000), *The rise and fall of decentralization: A comparative analysis of arguments and practices in European countries*, Åsa Hansson (2024), *Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård.*

Om den ekonomiska kapaciteten brister finns det till exempel en risk att decentraliseringen förstärker skillnader mellan olika delar av landet och leder till brister i likvärdighet och servicekvalitet. Bristande kapacitet för att hantera komplexa frågor som planering, upphandling, investeringar i infrastruktur, uppföljning och granskning m.m. är en utmaning i decentraliserade system.[19] Den professionella kvaliteten, i meningen adekvat utbildning, erfarenhet och kompetens hos tjänstemän i de lokala och regionala organisationerna, beskrivs också som en nyckelfaktor för att decentralisering ska kunna ge positiva utfall.[20] Ett argument för centralisering kan därmed vara att det möjliggör specialisering samt högre kvalitet och kompetens i styrning och tillhandahållande.

En vanlig utmaning för lokala och regionala organ är enligt OECD att det kan uppstå ett glapp mellan å ena sidan förväntningar och ansvarsområden och å andra sidan ekonomiska och personella resurser. Ett stort beroende av ekonomiskt stöd från den centrala styrande nivån, det vill säga en begränsad grad av lokal eller regional ekonomisk autonomi, kan minska incitamenten för ett ansvarsfullt ekonomiskt beteende. Ytterligare en risk och nackdel med decentralisering är att det kan leda till bristande möjligheter att utnyttja stordriftsfördelar och att suboptimering sker till följd av att verksamheter bedrivs i mindre skala än vad som vore mest effektivt. Denna risk beskrivs vara störst om det saknas möjligheter till samarbete mellan de lokala aktörerna. Risken kan också minskas genom att ansvaret för att inhämta och fördela resurser hålls samman.[21]

Ytterligare en nackdel och risk med decentralisering, enligt OECD:s analys, är att det kan leda till en mer otydlig ansvarsfördelning, med överlappande och otydliga gränser mellan olika aktörers ansvar. Problemet kan bli särskilt framträdande när det finns flera nivåer och en större mängd ansvariga aktörer. Det har beskrivits som svårt att helt undvika oklarheter i fråga om var gränserna går mellan olika aktörers ansvar i starkt decentraliserade system.[22]

I tabell 4.1 sammanfattas de generella fördelar och nackdelar eller utmaningar som OECD identifierat gällande decentralisering.

[19] OECD (2019), *Making decentralisation work: a handbook for policymakers.*
[20] OECD (2019), *Making decentralisation work: a handbook for policymakers.*
[21] OECD (2019), *Making decentralisation work: a handbook for policymakers.*
[22] OECD (2019), *Making decentralisation work: a handbook for policymakers.*

Tabell 4.1 För- och nackdelar med decentralisering enligt OECD

Fördelar med decentralisering	Nackdelar och utmaningar med decentralisering
Ekonomiska och administrativa effekter	
Allokativ effektivitet: tjänsters utformning och fördelning anpassas efter lokal efterfrågan (behov).	**Övervältring:** med många små enheter kan problem med externa effekter uppstå. För att lösa detta kan det behöva utvecklas komplexa system för utjämning med mera.
Effektivitet i serviceproduktionen: beslutsfattare på lokal och regional nivå har bättre kunskap om lokala behov och förutsättningar vilket möjliggör kostnadseffektivt tillhandahållande.	**Skalineffektivitet:** Om samarbete och samverkan brister kan verksamheter bedrivas i för liten skala med bristande effektivitet som resultat.
Kvalitet och tillgänglighet: konkurrens och jämförelser mellan decentraliserade enheter motiverar lokalt valda beslutsfattare att fokusera på hög kvalitet till rimliga kostnader.	**Överlappande ansvarsförhållanden**: om uppgifter och ansvar inte fördelas tydligt kan administrativa kostnader och slöseri uppstå som en följd av dubbelarbete.
Innovation och experiment: fler aktörer i kombination med lokal autonomi understödjer lokala försöksverksamheter och främjar policyinnovation.	**Kapacitetsbrister:** Tillräckliga humana resurser och teknisk kapacitet är en förutsättning för framgångsrik decentralisering. Brister i kapacitet kan vara en risk för likvärdigheten.
Ekonomiskt ansvarstagande: egen beskattningsrätt och hög självfinansieringsgrad minskar risker för högre utgifter än motiverat.	**Destruktiv konkurrens:** Hård konkurrens mellan regionala enheter om skattekraften kan leda till negativ ”race to the bottom” – konkurrens som får en negativ effekt på tjänstekvalitet.
Ekonomisk tillväxt: konkurrens mellan decentraliserade enheter och lokalt ansvarsutkrävande ger bättre servicenivåer, vilket kan bidra till tillväxt och välfärd.	**Makroekonomisk instabilitet:** Bristande stabilitet i offentliga finanser kan uppstå om lokala och regionala aktörer kan bygga upp skulder och ”räddas” av den centrala nivån.
Effektiv resursinhämtning: lokala resurser kan mobiliseras när det finns lokal beskattningsrätt	**Skillnader i serviceutbud och kvalitet**. Utan effektiv policy för att stärka kapaciteten i ekonomiskt svagare regioner kan fördelarna med decentralisering bli förbehållna för främst ekonomiskt starka och utvecklade regioner.
Regional utjämning: decentralisering kan hjälpa eftersläpande regioner att komma i kapp.	
Politiska effekter	
Ansvarighet: att förlägga makten lokalt skapar incitament för att leverera för lokalbefolkningen. Invånare kan rösta med fötterna (exit) eller uttrycka preferenser via allmänna val (voice).	**Risk att lokala eller centrala eliter tar över:** Särskilt i låginkomstländer kan lokala enheter vara mer utsatta för att övertas av lokala eliter, vilket kan leda till korruption. I länder med svag demokrati kan lokala enheter vara utsatta för förtryck och press från den centrala nivån.
Deltagande: Demokratiska fördelar genom att decentralisering skapar fler politiska arenor och fler möjligheter för lokala politiker. Invånare ges fler möjligheter att uttrycka sina åsikter vilket kan stärka deltagande i beslutsfattande.	**Lågt politiskt deltagande:** Om lokala och regionala aktörer saknar reell makt, till exempel beskattningsrätt, kan det politiska deltagande bli lågt.
Fördelar för minoriteter: decentralisering kan understödja minoriteters deltagande, status och position.	**Bristande solidaritet/legitimitet**: om tillräckliga kompensatoriska system inte utvecklas kan skillnader och orättvisor försämra relationer mellan regioner och öka de politiska spänningarna.
Minskad risk för korruption: de mindre enheterna och konkurrensen mellan områden kan göra fördelssökande och lobbying mindre intressant.	**Låg utvecklingstakt/stagnation:** Om decentraliseringen innebär att det blir fler som kan lägga ”veto” i viktiga beslut kan utvecklingstakten minska.

Källa: OECD (2019) Making decentralisation work: a handbook for policymakers. Egen översättning och anpassning.
Kommentar: Tabellen baseras på forskning inom från många olika länder och kontexter. Det bör därför beaktas att överförbarheten till den svenska hälso- och sjukvårdskontexten kan variera.

Hänsyn behöver tas till verksamhetens specifika karaktär och kontext

De faktiska effekterna av decentralisering respektive centralisering skiljer sig troligen åt mellan policyområden.[23] En slutsats utifrån detta är att det inte finns en optimal lösning eller nivå i fråga om centralisering och decentralisering som kan tillämpas på alla olika typer av verksamheter eller policyområden. Hänsyn kan behöva tas till kostnaderna för olika institutionella arrangemang, vilket till exempel avser kostnader för övervakning och implementering, kostnader i form av konsekvenser och även omställningskostnader.[24] Dessa kostnader skiljer sig åt mellan policyområden.

För att avgöra om en verksamhet bäst hanteras i en decentraliserad eller central struktur kan hänsyn till exempel tas till om det finns möjliga stordriftsfördelar att nyttja och till förekomsten av externa effekter. En vanlig beskrivning är att centralisering kan vara att föredra när det finns stordriftsfördelar och i verksamheter där kunskapen är tydlig och det finns fördelar med att den bedrivs på samma sätt, det vill säga verksamheter som är lätta att standardisera och skala upp.

Decentraliserat beslutsfattande passar motsatt för verksamheter som är oförutsägbara och behöver lokal anpassning och när utförandet har människor i fokus. En annan faktor att ta hänsyn till är att den teknologiska utvecklingen över tid kan förändra vilken nivå som är optimal för hantering av en viss fråga eller verksamhet. Detta eftersom kostnaderna för nödvändig teknologi är avgörande för om det finns stordriftsfördelar.[25]

[23] Fredriksson, M. (2024), *För- och nackdelar med förstatligande av hälso- och sjukvården. Centralisering och decentralisering: den organisatoriska pendeln*. Keynote-presentation, Uppsala universitet den 20 mars 2024; De Vries, M. S. (2000), *The rise and fall of decentralization: A comparative analysis of arguments and practices in European countries*.
[24] De Vries, M. S. (2000), *The rise and fall of decentralization: A comparative analysis of arguments and practices in European countries*.
[25] Fredriksson, M. (2024), *För- och nackdelar med förstatligande av hälso- och sjukvården. Centralisering och decentralisering: den organisatoriska pendeln*. Keynote-presentation, Uppsala universitet 20 mars 2024; De Vries, M. S. (2000), *The rise and fall of decentralization: A comparative analysis of arguments and practices in European countries*.

Konsekvenser av decentralisering inom hälso- och sjukvårdssystem

De underlag som hittills refererats avser generella effekter av decentralisering och centralisering. I detta avsnitt redogörs för resultaten av vissa studier gällande betydelsen av decentralisering för hälso- och sjukvårdssystem. Beskrivningen baseras i huvudsak på en metaöversikt från 2023, i vilken Sapkota et.al sammanställde resultaten från nio systematiska översikter som behandlade delvis olika frågor relaterade till effekter av decentralisering på hälso- och sjukvårdssystem.[26]

I översikten sammanställde författarna resultaten utifrån WHO:s sex så kallade byggstenar i hälso- och sjukvårdssystem; styrning och ledning, finansiering, hälso- och sjukvårdsleveransen (service delivery), humana resurser, medicinska produkter och teknologi samt informationssystem.[27]

Studierna som inkluderats i översikterna har fokus på decentraliseringens konsekvenser i olika kontexter. En hel del studier avser till exempel decentralisering i låg- och medelinkomstländer, vilket innebär att det kan finnas begränsad överförbarhet till en svensk kontext.

En övergripande observation i metaöversikten från Sapkota et al. är att evidensen över lag inte är övertygande gällande decentraliseringens konsekvenser och effekter i hälso- och sjukvårdssystem. Författarna menar dock att resultaten antyder att decentraliseringens effekter på hälso- och sjukvårdens styrning, ledning och finansiering är särskilt avgörande för vilka effekter som uppstår i övrigt och för systemet som helhet. Samtidigt lyfter författarna att det är svårt att bedöma den närmare relationen mellan å ena sidan decentraliseringens effekter på styrning, ledning och finansiering och å andra sidan hälso- och sjukvårdens resultat, effekter och förutsättningar i övrigt. Att den tillgängliga litteraturen är tvetydig när

[26] Sapkota S, et al. (2023), *The impact of decentralisation on health systems: a systematic review of reviews*. BMJ Global Health 2012;8:e013317. Doi: 10.1136/bmjgh-2023-013317.
[27] Se till exempel WHO (2022), *Health system performance assessment. A framework for policy analysis,* Irene Papanicolas, Dheepa Rajan, Marina Karanikolos, Agnes Soucat, Josep Figueras, editors. Health Policy Series, No. 57.

det gäller decentraliseringens mer konkreta effekter i hälso- och sjukvårdssystem har påpekats även i andra forskningspublikationer.[28]

Både för- och nackdelar ur ett styrnings- och ledningsperspektiv

Gällande styrning och ledning visar metaöversikten från Sapkota et.al. på flera typer av konsekvenser av decentralisering. Flera av översikterna indikerar till exempel ökade korruptionsrisker efter decentraliseringsreformer. I en av översikterna noteras inget signifikant samband mellan decentralisering och korruption, men i övriga beskrivs risker och utmaningar kring ökad politisk inblandning i rekrytering av hälso- och sjukvårdspersonal, lokala myndigheters påverkan på beslutsfattande, politisk påverkan/politiska trakasserier av tjänstemän, ökad förekomst av nepotism och lägre grad av transparens gällande budgetering och utgifter.[29] I OECD:s genomgång konstateras att riskerna för ökad korruption i samband med decentralisering främst gäller låginkomstländer, vilket tycks gälla även för studierna som inkluderades i Sapkotas översikt.

Ett annat resultat gällande styrning och ledning är att decentralisering i praktiken inte nödvändigtvis ökar handlingsutrymmet för lokala aktörer. Det finns en stor variation när det gäller vilka frihetsgrader lokala aktörer har och i vilken utsträckning de kan påverka hälso- och sjukvården. När reell beslutsmakt decentraliserats visar översikterna samtidigt att det kopplats till problem med att inte kunna nyttja skalfördelar och koordinera resursanvändning mellan olika lokala eller regionala enheter. En annan konsekvens av decentralisering som beskrivs i forskningen är att den leder till att de hierarkiska relationerna blir ”utspädda” och ett ökat inslag av ömsesidigt ansvar mellan olika styrande nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet. Sapkota et.al. menar att detta kan vara såväl positivt som negativt. Det ömsesidiga ansvaret kan utgöra en slags back-up mekanism, på så vis att en styrande nivå kan adressera problem som den andra inte kan. Samtidigt visar översikterna också att denna fördel i

[28] Saltman.R., Bankauskaite,V., Vrangbæk, K. (2007) *Decentralization in Health Care – Strategies and outcomes.* European Observatory on Health Systems and Policies Series, Edited by Josep Figueras, Martin McKee, Elias Mossialos and Richard B. Saltman.
[29] Sapkota S, et al. (2023), *The impact of decentralisation on health systems: a systematic review of reviews.*

praktiken inte alltid uppstår, till följd av koordineringsproblem mellan den centrala och den lokala eller regionala nivån.[30]

OECD skriver i sin rapport om decentralisering från 2019 att problemen med oklar ansvarsfördelning är tydligast vid decentralisering av vissa särskilda frågor och nämner hälso- och sjukvård som ett exempel. Hälso- och sjukvårdssystem verkar generellt ofta lida stort av oklara ansvarsförhållanden, dubbelarbete, kostnadsöverföring och skalineffektivitet (scale inefficiency), enligt OECD.[31]

En positiv effekt av decentralisering, som beskrivs i alla de inkluderade studierna, var ett ökat lokalt deltagande, till exempel gällande smittskyddsarbete, planering och förbättrings- och utvecklingsarbete. Informationsutbyten mellan lokala aktörer, till exempel inom civilsamhället, sker också i högre utsträckning i decentraliserade kontexter.[32]

Decentraliserad finansiering kan få olika konsekvenser beroende på kontext

Gällande byggstenen finansiering konstaterar författarna till metaöversikten att studier visar att decentralisering kan påverka till exempel kontroll över resursallokering, budgetprocesser och användningen av tillgängliga resurser. Studierna visar på blandade konkreta resultat och det varierar mellan både studier och översikter vilka mått och variabler som används för att bedöma konsekvenserna.

När det gäller finansiell jämlikhet har både positiva och negativa resultat beskrivits i forskning. Även gällande denna byggsten beskrivs resultaten av decentralisering som kontextberoende. Decentralisering kan alltså båda stärka och försvaga den finansiella jämlikheten mellan områden, beroende på andra faktorer i systemets utformning än själva decentraliseringen.

Decentralisering har också kopplats till positiva utfall i form av ökade totala utgifter för hälso- och sjukvård, minskade kostnader för individer, effektivare resursfördelning och positiv utveckling i regioner som före decentraliseringen varit marginaliserade. Negativa konsekvenser av decentralisering har till exempel beskrivits i form

[30] Sapkota S, et al. (2023), *The impact of decentralisation on health systems: a systematic review of reviews.*
[31] OECD (2019), *Making decentralisation work: a handbook for policymakers*.
[32] Sapkota S, et al. (2023), *The impact of decentralisation on health systems: a systematic review of reviews.*

av svagare budgetprocesser och mindre transparent resursfördelning, svag finansiell kapacitet för investeringar, ett beroende av den centrala nivån, lägre resurstilldelning till primärvård, brister och svårigheter med överföring av resurser från central nivå och olika typer av resursbrister i förhållande till behoven.[33] Notera återigen att resultaten kan vara olika relevanta i olika länder och kontexter.

Blandade resultat och stort kontextberoende av hälso- och sjukvårdens kvalitet och resultat

Gällande hälso- och sjukvårdens leverans, produktion och kvalitet (byggstenen *service delivery*) är resultaten blandade både mellan översikter och mellan studierna som de bygger på för samma eller liknande indikatorer. Författarna till metaöversikten konstaterar att de konkreta resultaten i fråga om hälso- och sjukvårdstjänsterna påverkas av kontextuella faktorer. Några särskilt viktiga kontextuella faktorer är finansiella och socioekonomiska faktorer samt den förda hälso- och sjukvårdspolicyn.

Metaöversikten visar att positiva resultat efter decentralisering till exempel har beskrivits vad det gäller nyttjande av vård och behandling, tillgänglighet och infrastrukturutveckling som bidragit till bättre resultat av hälso- och sjukvården. Decentralisering har också kopplats till expansion och utbyggnad av hälso- och sjukvård, minskade avstånd till vård och olika typer av kvalitetsförbättringar.[34]

Negativa resultat till följd av decentralisering har till exempel beskrivits i form en mer ojämlik vård till rika områdens fördel, förstärkning av redan existerande ojämlikheter i hälsoutfall, lägre servicenivåer inom mödrahälsovård och äldrevård samt negativ påverkan på kvalitet och prestationer inom olika mer specifika områden. Två studier med fokus på jämlik vård beskriver att förutsättningarna för goda sjukvårdsresultat i decentraliserade kontexter generellt är bättre för rikare områden. Samtidigt finns det också studier som visat på ett samband mellan decentraliserad finansiering och minskad spädbarnsdödlighet i mindre resursstarka områden, vilket enligt författarna understryker betydelsen av kontextuella faktorer för att

[33] Sapkota S, et al. (2023), *The impact of decentralisation on health systems: a systematic review of reviews.*
[34] Sapkota S, et al. (2023), *The impact of decentralisation on health systems: a systematic review of reviews.*

avgöra decentraliseringens konsekvenser för hälso- och sjukvårdens resultat och kvalitet.[35]

Både positiva och negativa utfall för kompetensförsörjningen

Gällande humana resurser (kompetensförsörjning) konstaterade Sapkota et.al att olika studier visade på olika resultat. Exempel på positiva resultat av decentralisering som rapporterats i forskning är stärkta förutsättningar att rekrytera och behålla lågutbildad arbetskraft som kan rekryteras lokalt, ökad personaltäthet i förhållande till befolkningen, minskad frånvaro och högre genomsnittslöner.

Trots dessa exempel på positiva resultat redovisar de flesta översikter negativa konsekvenser, till exempel en minskning av hälso- och sjukvårdspersonal på lokal eller regional nivå efter decentraliseringen, problem med felfördelning av kompetens och lägre kompetens hos personalen. Andra negativa konsekvenser som redovisas är brist på personal och utmaningar med att rekrytera och behålla högutbildad arbetskraft, särskilt i resurssvaga områden.

I flera studier har kompetensförsörjning beskrivits som en utmaning för lokala och regionala aktörer. Redan existerande ojämlikheter mellan till exempel glesbygdsområden och tätbefolkade områden när det gäller tillgången till kompetens kan förvärras av decentralisering, där rikare och urbana områden kan ha fördelar gentemot andra.[36]

Negativ påverkan på teknologi, IT och medicinska produkter men svårt med överförbarheten av resultaten

Gällande medicinska produkter och teknologi beskrevs genomgående negativa konsekvenser av decentralisering i de översikter som Sapkota et.al sammanställde. Sex studier hade undersökt konsekvenser för denna aspekt av hälso- och sjukvårdssystemet, bland annat med fokus på tillgång, tillgänglighet, användning och priser i decentraliserade kontexter eller som en konsekvens av decentralisering. De negativa konsekvenser och resultat som beskrivs i studi-

[35] Sapkota S, et al. (2023), *The impact of decentralisation on health systems: a systematic review of reviews.*
[36] Sapkota S, et al. (2023), *The impact of decentralisation on health systems: a systematic review of reviews.*

erna handlar till exempel om läkemedelsbrister, finansiering och upphandling av läkemedel, brist på specialiserad personal för medicinsk utrustning, brister och underanvändning av medicinsk teknologi och läkemedelsbrister under pandemier. Det kan noteras att resultaten av decentralisering gällande läkemedel och teknologi i huvudsak bygger på översikter med fokus på konsekvenser av decentralisering i Indonesien, Kenya respektive låg- och medelinkomstländer generellt, vilket kan innebära en begränsad överförbarhet till hälso- och sjukvårdssystem i andra kontexter.

Gällande byggstenen ”informationssystem” identifierade författarna få studier som beskriver konsekvenser av decentralisering.

Argument för centralisering respektive decentralisering av hälso- och sjukvården

I en underlagsrapport till kommittén redogör forskaren Åsa Hansson för argument gällande centralisering och decentralisering av ansvaret för hälso- och sjukvård.

Argumenten för decentralisering av offentlig välfärd som Hansson beskriver liknar de fördelar med decentralisering som beskrivits i föregående avsnitt. Det handlar till exempel om att decentralisering är tänkt att underlätta att skräddarsy utbud efter lokala behov och preferenser, att kunskap och kännedom om behov är större på lokal nivå, att decentralisering bidrar med inslag av konkurrens i systemet vilket är tänkt att stärka effektiviteten, att decentralisering ger ett ökat politiskt ansvarstagande samt att decentralisering ökar möjligheterna till innovation och att pröva olika lösningar som sedan kan utvärderas och skalas upp. Hansson beskriver också att det kan finnas vissa administrativa fördelar med decentralisering, genom att det skapas storleksmässigt hanterbara enheter. Hansson diskuterar i rapporten att det går att ifrågasätta giltigheten i dessa argument i fråga om svensk hälso- och sjukvård. Till exempel diskuteras hur stora skillnader i preferenser det egentligen finns mellan olika delar av landet när det kommer till hälso- och sjukvård och hur giltigt argumentet om lokal anpassning är när hälso- och sjukvården enligt lag ska vara likvärdig.[37]

[37] Åsa Hansson (2024), *Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård*. Lunds universitet och Ratio. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén.

I fråga om centralisering framhålls bland annat att ett starkt argument för att centralisera offentlig välfärd är att det innebär bättre riskspridning. Om hälsorisker drabbar olika delar av landet asymmetriskt i tid men symmetriskt över tiden talar det för att en centralisering skulle sprida riskerna och därmed minska kostnaderna. Exempelvis om risken att drabbas av hjärtinfarkt ett år är högre i norra Sverige än i södra Sverige och att det året efter kan vara det omvända finns det en poäng att sprida riskerna och centralisera. Om riskerna för att drabbas av alla typer av ohälsa är de samma över landet försvinner poängen med att centralisera för att sprida ut riskerna på fler.[38]

När det gäller stordriftsfördelar konstaterar Hansson att de ser olika ut för olika typer av hälso- och sjukvård. Avancerad specialiserad vård som kräver dyr utrustning och hög kompetens har större stordriftsfördelar än exempelvis rutinmässiga vaccinationer inom primärvården. Hansson menar att detta talar för att avancerad specialiserad vård inte bör tillhandahållas på varje sjukhus utan på ett mindre antal ställen. Mot stordriftsfördelarna ska möjligheterna att skräddarsy efter preferenser samt tillgänglighet ställas. Hansson lyfter också att det kan finnas stordriftsfördelar inom beskattningskompetens och administration som talar för centralisering.

I underlagsrapporten påpekas också att det finns politisk-ekonomiska argument som talar för en centralisering av hälso- och sjukvården. Det kan till exempel handla om att regionala politiker saknar viljan att flytta sjukhus eller vård från regionen. I ett centralt system kan det därför vara lättare att göra omorganiseringar av hälso- och sjukvården för att anpassa till de förändringar i behov och teknik som kan uppstå.[39]

Förutsättningar för prioriteringar utifrån befolkningens behov

En avgörande fråga i förhållande till frågan om huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården är vilken politisk nivå som är bäst lämpad för att säkerställa att befolkningens behov av hälso- och sjukvård

[38] Hansson, Å. (2024), *Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård*, Lunds universitet och Ratio. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén.
[39] Hansson, Å. (2024), *Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård*, Lunds universitet och Ratio. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén.

tillgodoses med de tillgängliga resurserna och på vilken nivå det är mest lämpligt att så kallade horisontella prioriteringar sker. Ett av de huvudsakliga argumenten för ett decentraliserat politiskt ansvar för hälso- och sjukvården bygger på att det finns geografiska skillnader i invånarnas preferenser, behov och efterfrågan på vård och att de regionalt förtroendevalda är bättre än nationellt förtroendevalda på att förstå och tillmötesgå detta hos befolkningen i regionen. I teorin bör alltså en geografisk närhet till väljarkåren och patientgrupper skapa en större förståelse för dess förutsättningar och behov. Sekretariatet har inte funnit några studier som beskriver, jämför och utvärderar processerna och arbetssätten för hur beslutsfattare i alla regioner i Sverige undersöker och möter befolkningens behov i dag.

Det har över tid skett en utveckling av arbetet med vertikala prioriteringar, det vill säga prioriteringar inom ett visst diagnosområde eller inom ett visst verksamhetsområde. Arbetet med horisontella prioriteringar, det vill säga omfördelning av resurser för att möta vård efter behov mellan olika diagnos- eller verksamhetsområden, kan dock bli mer systematiskt än i dag.[40] Det gäller både regionernas styrning och de statliga styrmedlen. Information som ska vägleda beslutsfattare om var de största behoven finns, och i vilken grad de redan tillgodoses, saknas ofta.[41]

Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet har tillsammans med regionföreträdare tagit fram en modell för horisontella prioriteringar som publicerades 2023. Arbetsmodellen inkluderar de steg som behövs för att kunna prioritera och fördela resurser i en behovsstyrd hälso- och sjukvård för god och jämlik hälsa i hela befolkningen. Några av de förutsättningar som nämns för att prioriterings- och fördelningsarbetet ska vara framgångsrikt är behovsanalyser både avseende stora grupper och specifika tillstånd, en god dialog mellan förtroendevalda, tjänstepersoner och vårdprofession samt en gemensam förståelse för vad som ska uppnås med prioriteringarna.[42]

Vissa skillnader mellan regionerna, såsom avstånd till vårdinrättningar eller tillgång till personal, kan innebära att vårdprocesser

[40] Prioriteringscentrum (2023), *Förslag till modell för horisontell prioritering inom hälso- och sjukvård. Rapport från Nationell expertgrupp för horisontella prioriteringar*, rapport 2023:2 i Prioriteringscentrums rapportserie.
[41] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020), *Styra mot horisonten. Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar*.
[42] Prioriteringscentrum (2023), *Förslag till modell för horisontell prioritering inom hälso- och sjukvård,* rapport från Nationell expertgrupp för horisontella prioriteringar.

behöver utformas på olika sätt vilket kan leda till olikheter regionerna emellan gällande utbud. Patienters individuella förutsättningar kan också innebära att behandlingen av en viss sjukdom kan behöva anpassas i olika individuella fall. Men det finns i dag, med några få undantag, inte sjukdomar som konsekvent över tid existerar, och drabbar en större del av befolkningen, i enbart en eller några regioner i Sverige.

4.2 Lärdomar från andra länder

I detta avsnitt presenteras övergripande hälso- och sjukvårdssystem i andra länder med särskilt fokus på Sveriges nordiska grannländer och de reformer som genomförts i dessa länder under 2000-talet. Kort beskrivs också hälso- och sjukvårdssystemen i Storbritannien och i Alaska. Storbritannien har valts som referens för det stora statliga inslaget av tillhandahållande av vård till befolkningen och Alaska som förebild för omställningen till god och nära vård.

Under 2000-talet genomfördes genomgripande strukturreformer av hälso- och sjukvårdssystemen i Norge (2002) och Danmark (2007), samt en primärvårdsreform i Norge (2001). I januari 2023 genomfördes även en omfattande reform i Finland. I alla tre länderna har ansvaret för hälso- och sjukvården centraliserats och staten har tagit ett större ansvar.

I stora drag var det liknande utmaningar som ledde till strukturreformerna i Norge, Danmark och Finland: brister i tillgängligheten till vård, i vårdens kvalitet och i den geografiska jämlikheten. I samtliga fall ville man också få bättre kostnadskontroll och ett mer effektivt sjukvårdssystem. Målen med reformerna var också ungefär desamma: ökad tillgänglighet, jämlikhet och kvalitet för patienterna. Mål har också funnits om ökad produktivitet och effektivitet samt bättre kostnadskontroll.

Danmark[43]

Strukturreformen 2007 innebar en konsolidering till fem nya regioner utan beskattningsrätt (600 000 – 1,8 miljoner invånare) med ansvar för sjukhusvård, samt 98 kommuner med ansvar för långtidsvård för äldre och förebyggande insatser. Den tidigare strukturen omfattade 13 amter och 271 kommuner.

Reformen innebar att staten tog över övergripande politiskt ansvar och finansieringsansvaret från amterna. Behovet av strukturella förändringar hade diskuterats under många år och i flera tidigare utredningar. Själva genomförandet år 2007 gick snabbt, uppbackat av de största partierna och med en tydlig politisk ledare (Lars Løkke Rasmussen).

Reformen fokuserade inte enbart på hälso- och sjukvården. Den genomsnittliga kommunstorleken ökade från 19 000 till 55 000 invånare. Efter reformen har alla kommuner utom fyra minst 20 000 invånare. Kommunerna fick nya uppgifter på vårdområdet, bland annat förebyggande insatser och (delvis) finansieringsansvar för sluten vård. Finansieringsansvaret tillkom för att ge kommunerna ekonomiska incitament att tillhandahålla god äldrevård inklusive förebyggande insatser. Villkoren ändrades år 2016 (differentierad ersättning utifrån ålder) i syfte att ytterligare stärka kommunernas incitament att investera i bättre kommunal vård till äldre.

Reformen 2007 hade tydligt fokus på förändringar och modernisering inom sjukhussektorn. Övergripande målsättningar var förbättringar när det gäller tillgänglighet och kvalitet men även jämlikhet och förebyggande insatser. Staten blev ansvarig för långsiktig planering, övergripande mål och prioriteringar, inriktningen vid olika sjukhus etc. Staten ska också godkänna regionala planer och avtal mellan regioner och kommuner.

Regionerna leds av en folkvald styrelse (regionråd) med 41 ledamöter, som i sin tur väljer en ordförande (regionsrådsförman). Val till regionråden liksom till kommunerna hålls vart fjärde år (alltid tredje tisdagen i november) och är separerat från val till folketinget. Nästa val till regioner och kommuner hålls november 2025.[44] Ut-

[43] Om inte annan källa anges är avsnittet om Danmark baserat på European Observatory on Health systems and Policies rapport om Danmark 2024: Birk HO, Vrangbæk K, Rudkjøbing A, Krasnik A, Eriksen A, Richardson E, Smith Jervelund S. *Denmark: Health system review. Health Systems in Transition*, 2024; 26(1): i–152.

[44] Indenrigs- och sundhedsministeriet (2024), *Kommunale og regionale valg*.

över sjukhusvården har regioner även vissa uppgifter inom det sociala området och regional utveckling. Regionerna har ingen beskattningsrätt utan finansieras med statliga medel.

Sett till statens styrning mera generellt är den högsta chefen för varje departement en minister; det finns inga politiska statssekreterare. Ministern är ensam ansvarig för beslut inom sitt område och kan direkt styra departement och myndigheter (ministerstyre), vilket står i skarp kontrast till rättsliga ramar för förvaltningen i Sverige.[45] En generell trend i dansk förvaltning är dock att beslut och ansvar flyttats över från departement till myndigheter, vilket inom hälso- och sjukvården främst berört Sundhetsstyrelsen.[46] En central planering av sjukhusspecialiteter och akuta funktioner respektive stramare styrning av ekonomi och kvalitet och administrativa rationaliseringar har också realiserats. Åren 2007–2016 innebar en centralisering från 40 till 21 akutsjukhus. Flera sjukhus som tidigare var akutsjukhus bedriver enbart elektiv vård eller har lagts ned. Antalet totala sjukhusenheter har under perioden 2007–2016 gått från 82 till 68 ”lokationer”. Moderniseringen av sjukhussektorn har också medfört investeringar i nya byggnader, inklusive uppbyggnad av sex nya regionala ”supersjukhus”. Det första ”super-sjukhuset” öppnade 2021 och det sista kommer enligt Sundhetsministeriet att öppnas 2025.

Reformernas resultat

Sett till utveckling av vårdkvalitet finns samma övergripande positiva trender i Danmark som i Sverige. Särskilda satsningar har gjorts på cancervården som tidigare uppvisade sämre resultat än övriga nordiska länder. Bland annat infördes ”pakkeforlopp” som senare också inspirerat införande av standardiserade vårdförlopp i svensk cancervård.

En skillnad jämfört med Sverige är att produktiviteten inom sjukhussektorn enligt de uppföljningar som gjorts ökat kontinuerligt i Danmark. Mellan år 2003 och 2018 var den genomsnittliga årliga produktivitetsökningen 2,2 procent.[47] Detta har också lett till minskade väntetider fram till covid-19-pandemin. En förklaring

[45] Wenander, H. (2016), *Rättsliga ramar för styrning av förvaltningen i Danmark och Sverige.* Nordisk administrativ tidskrift, 93(1), 57–74.
[46] Utrikespolitiska institutet (2024), *Danmark – inrikespolitik och författning*.
[47] Sundhedstrukturkommissionen (2024), *Sundhedstrukturkommissionens baggrunsrapport.*

som lyfts fram bakom utvecklingen är krav på produktivitetsökningar med 2 procent årligen för att regionerna ska erhålla en rörlig statlig incitamentsersättning (motsvarande upp till 5 procent utöver ramanslaget). Detta krav infördes redan 2002, det vill säga före strukturreformen (dock med krav på 1,5 procents ökning mellan 2002–2007).

Danmark har också en vårdgaranti med mera strikt tillämpning än motsvarande i Sverige. Den striktare tillämpningen avser både kortare väntetider (30 dagar till diagnos respektive behandling) och krav på att erbjuda behandling vid annat sjukhus om vårdgarantin inte följs av hemregionen. Det ska också noteras att medan regionerna ersatts i huvudsak med anslag från staten, har sjukhusen fram till 2019 ersatts med en kombination av DRG-baserad ersättning och anslag.

Produktivitetskravet har kritiserats, bland annat för att skapa en alltför stressig arbetsmiljö och missgynna innovationer i till exempel digital vård. Det aktivitetsbaserade produktivitetskravet avskaffades därför 2019 och ersattes av en ny överenskommelse mellan regioner och staten (bland annat kopplat till omställning från sjukhusvård, onödiga återinskrivningar och övergång till digital vård). Ersättningen från regioner till sjukhus baseras till större del på anslag. Ramanslaget från staten tillämpas fortsatt strikt och är en ”hård” budgetrestriktion enligt lag. Medfinansieringen från kommuner är fortsatt aktivitetsbaserad och uppgår till knappt 20 procent av regionernas ersättning. Staten följer också vårdens prestationer. Från och med 2019 har produktiviteten vid sjukhusen sjunkit enligt en rapport från Indenrigs- og Sundhedsministeriet år 2023. Jämförelse med tidigare perioder försvåras av övergången från aktivitets- till mera fasta anslag och av covid-19-pandemin.

Sekretariatet har inte funnit någon studie om hur strukturreformen 2007 påverkat jämlik vård. Det finns en debatt om upplevda ojämlikheter när det gäller den statliga resursfördelningens hänsyn till socioekonomiska faktorer,[48] där till exempel Region Hovedstaden utpekas som ”vinnare” medan andra regioner inte kompenseras tillräckligt utifrån behoven. Beslut har nu tagits att Region Hovedstaden

[48] Altinget DK (2022), *Sundhedsøkonomer: Den økonomiske omfordeling mellem regionerne er dybt usolidarisk.*

och Region Själland, som tidigare var två separata regioner, slås ihop till en stor region – Region Östdanmark.[49]

Strukturreformen 2007 fokuserade på utvecklingen inom sjukhussektorn, men i ökad utsträckning har vården utanför sjukhusen sedan varit i fokus. Sedan lång tid är allmänläkare i Danmark organiserade som privatpraktiker med listningssystem (”almen praksis”). En stor del av den öppna specialistvården drivs av privatpraktiserande specialistläkare. Både befolkningen och vårdgivarna själva har varit nöjda med denna ordning. Det finns dock betydande utmaningar när det gäller kompetensförsörjningen. Sedan lång tid finns en trend med att praktiserande allmänläkare går samman i mindre grupper, inte minst utifrån arbetsmiljöargument. Andra upplevda problem avser samverkan mellan olika delar av vården, inte minst mellan sjukhus, kommunal vård och allmänläkare.

Staten har tagit initiativ till flera åtgärder för att förbättra samverkan i den nära vården. År 2018 beviljade staten medel för att finansiera hälsocentraler med gemensam lokalisering av allmänläkare och kommunal vård. År 2021 bildades så kallade sundhetskluster runt akutsjukhusen för att skapa plattform/forum för dialog om bättre koordinering och förebyggande insatser med primärvård och kommuner. År 2022 introducerades ett större reformpaket (4 miljarder danska kronor) för uppbyggnad av ”lokala sjukhus”, investeringar i kommunal vård och ökning av antalet utbildningsplatser för nya allmänläkare. År 2023 tillsatte regeringen en Sundhetsstrukturkommission med uppdrag att ge förslag på hur vårdens utmaningar kan mötas, särskilt hur samverkan mellan sjukhusens specialiserade vård och den nära vården (kommunal vård och almen praksis) kan förbättras.

I en huvudrapport från Sundhetsstrukturkommissionen i juni 2024[50] konstateras att hälso- och sjukvården i Danmark fungerar förhållandevis väl och har uppvisat en positiv utveckling på många områden. Det finns dock utmaningar. De tre mest centrala utmaningarna för hälso- och sjukvården enligt kommissionens rapport är osammanhängande vårdförlopp, obalans mellan det primära och sekundära ”sundhetsväsendet” samt geografisk och social ojämlikhet i ”sundhed”. När det gäller geografisk ojämlikhet lyfts särskilt att tillgången på allmänläkare och privat praktiserande specialist-

[49] News Öresund (2024), *Danmark får ny jätteregion – Region Östdanmark.*
[50] Sundhedsstrukturkommissionen (2024), *Hovedrapport*.

läkare är sämre i områden där behoven är störst. I rapporten lyfts en rad förslag för att utveckla det som vi i Sverige kallar ”Nära vård”. Bland förslagen återfinns bland annat en utbyggnad av primärvården med fler allmänläkare och att sättet att organisera mottagningar bättre anpassas till lokala förutsättningar. Bland annat nämns offentligt drivna mottagningar med anställda läkare som en möjlighet. Möjligheten att styra och omfördela kompetensen efter behov bör enligt rapporten förbättras. Andra förslag är framtagande av en nationell plan och resursfördelning som skapar bättre balans, dels mellan regioner, dels mellan primär och sekundär vård. Rapporten diskuterar även alternativa förvaltningsmodeller som alternativ till nuvarande fem regioner.

Norge[51]

Sjukhusreformen 2002 innebar att övergripande politiskt ansvar och finansieringsansvaret för sjukhusen överfördes från 19 fylken (regioner) till staten. Kvar hos fylken blev ansvar för tandvården. Val till fylken sker fortsatt vart fjärde år, tillsammans med val till kommuner med separerat från val till Stortinget.

I samband med reformen 2002 bildades fem (numera fyra) statliga regionala helseforetak (hälsoföretag), som ägs och styrs direkt av departementet med stöd av myndigheter, inte minst helsedirektoratet.[52] Regionerna äger i sin tur sjukhusen. Sjukhusen finansieras renodlat från staten, genom en kombination av anslag och aktivitetsbaserad ersättning. Redan före reformen ansvarade staten för delar av sjukhusens finansiering, sedan 1997 (och efter försöksverksamhet) aktivitetsbaserat utifrån DRG.

Reformen 2002 fokuserade på förändringar inom sjukhussektorn. Övergripande målsättningar var förbättringar när det gäller kortare väntetider, bättre medicinsk kvalitet, ökad geografisk likhet i utbudet samt ökad produktivitet och effektivitet. Verksamheten centraliserades i en statlig organisation men samtidigt fanns ambitioner att skapa en tydligare ansvarsfördelning mellan beställare och utförare. Regionala helseforetak fungerar som beställare medan

[51] Om inte annan källa anges är avsnittet om Norge baserat på European Observatory on Health systems and Policies rapport om Norge från 2020: Saunes I S, Karanikolos M, Sagan A. *Norway: Health system review. Health systems in Transition*, 2020; 22(1): i–163.
[52] Helsedirektoratet (2024), *Hva gjør Helsedirektoratet?*

utförarna organiseras som självständiga organisationer, så kallade lokala helseforetak. Både regionala och lokala helseforetaks ansvar regleras enligt särskilda lagar. Numera finns fyra regionala helseforetak, varav Helse Sør-Øst (inklusive Oslo), som tidigare var uppdelat i två regioner, är den klart största, med ansvar för ungefär halva befolkningen och lika stor del av den totala budgeten.[53]

Det finns sammanlagt 28 lokala helseforetak, varav 20 avser sjukhus (9 i Helse Sør-Øst). Flera lokala helseforetak ägs gemensamt av regionerna, till exempel för inköp, IT, sjukhusbyggnationer och luftburna ambulanstransporter. Året före reformen av sjukhussektorn (2001) infördes nationellt fritt val av sjukhus för patienter, vilket utvidgades till att även omfatta privata sjukhus år 2015.

Reformernas resultat

Vårdens kvalitet har liksom i Sverige utvecklats positivt sedan reformen genomfördes. Till skillnad från svensk vård noteras även förbättringar när det gäller sjukhusens produktivitet i flera publicerade studier. Det är dock svårt att helt avgöra vilken betydelse som reformen år 2002 haft för utvecklingen, till exempel eftersom aktivitetsbaserad ersättning respektive fritt val av sjukhus införts parallellt. En studie från 2008 visade dock ett tydligt trendbrott i produktivitetsutvecklingen för sjukhusen år 2002.[54]

Utvärdering av om strukturreformen år 2002 resulterade i en mera jämlik geografisk fördelning av specialistvården har studerats av Nerland SM och Hagen TP.[55] Den huvudsakliga slutsatsen i studien är ”at staten ikke har oppnådd målet om større likhet i tilgangen på spesialisthelsetjenester”. Studien kunde inte dra några slutsatser om problem med ojämlikhet blivit större eller mindre jämfört med före reformen.

Decentralisering till regioner och helseforetak inom den nya statliga organisationen innebar att regioner och sjukhus utvecklats på delvis olika sätt. Balansen mellan offentlig styrning respektive

[53] Regjeringen (2024), *Oversikt over landets helseforetak.*
[54] Kittelsen S, Magnussen J, Anthun K.S, Häkkinen U, Linna M, Medin E, Olsen K.R, Rehnberg C. (2008), *Hospital productivity and the Norwegian ownership reform. A Nordic comparative study.* HERO Working Paper 10/2008, Oslo University.
[55] Nerland, S.M. & Hagen, T.P. (2008), *Forbruk av spesialisthelsetjenester*, pp. 37–70 i Tidsskrift for samfunnsforskning, vol. 49, iss.1.

autonomi för helseforetaken blev tidigt föremål för diskussion, liksom kritik att transparens och demokratiskt inflytande minskat.

Primärvården i Norge är kommunernas finansieringsansvar. Ansvaret inkluderar rehabilitering, fysioterapi, jourläkare och även vårdplatser för pre- och posthospital vård. Kommunerna finansierar även fastleger-systemet, även om villkoren för så kallade fastlagere regleras helt av staten och reformerades 2001. Målsättningen bakom reformen var att fler invånare skulle få tillgång till en egen fast läkare och därigenom förbättrad kontinuitet. Genom det listningssystem som infördes var också i stort sett hela befolkningen listad på fastlegere några år efter reformen, vilket visades i en tidig utvärdering av de första åren med reformen.[56]

Brister i samverkan mellan sjukhus och kommuner har varit ett återkommande tema och resulterade i ny lagstiftning 2012, främst avseende kommuners skyldigheter att ta emot färdigbehandlade patienter. En reformering av antalet kommuner (från 429 till 356) och antalet fylkeskommuner (från 19 till 11, ändrat år 2024 till 15) mellan år 2014–2020 anses ha bidragit positivt till kommuners förmåga att vara mer involverade i utveckling av vården (och även social service) utanför sjukhusen.

I ”Nära vård” sammanhang finns också uppmärksammade samverkansproblem mellan sjukhus och fastlegere när det gäller standardiserade vårdförlopp, och även tilltagande arbetsmiljöproblem och rekryteringsproblem; de senare tas upp i en Läkartidningsartikel.[57] Som svar på brister avseende samverkan och resurser i primärvården har staten initierat pilotstudier utifrån en teambaserad primärvård som mera påminner om svensk praxis.[58]

[56] Norges forskningsråd (2006), *Evaluering av fastlegereformen 2001–2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter.*
[57] Läkartidningen (2023), *Norge uppdaterar till version 2.0 av det populära fastläkarsystemet.*
[58] Se Box 6.1, ”Piloting of primary care teams”, s. 129 i European Observatory on Health systems and Policies rapport om Norge från 2020: Saunes I S, Karanikolos M, Sagan A. *Norway: Health system review. Health systems in Transition*, 2020; 22(1): i–163.

Finland[59]

Från och med 2023 är Finlands hälso- och sjukvårdssystem omstrukturerat så att hälso- och sjukvårdstjänster levereras via 22 självstyrande så kallade välfärdsområden/län (inklusive Helsingfors), som styrs av demokratiskt valda råd och finansieras via statsbudgeten. Antal ledamöter bestäms av välfärdslänen (utifrån mininivå) och varierar mellan som lägst 59 och som högst 89. Val ska ske vart fjärde år på samma tidpunkt som val till kommuner, nästa gång 2025.[60]

Strukturreformen har centraliserat ansvaret av hälso- och sjukvården från kommunal till regional nivå och finansieringen av hälso- och sjukvården har flyttats till nationell nivå.

Det finska hälso- och sjukvårdssystemet presterar relativt väl i en internationell jämförelse.[61] De finska akutsjukhusen har i studier visat sig vara mer produktiva än akutsjukhus i de andra nordiska länderna.[62] Vissa aspekter har också förbättrats över tid, exempelvis åtgärdbar dödlighet, medan andra aspekter kvarstår som utmaningar såsom väntetider och regionala variationer i tillgång till primärvård.[63]

Enligt översikten från European Observatory var anledningen till centraliseringsreformen av finsk hälso- och sjukvård bland annat att kommunerna ansågs vara för små för att effektivt organisera, tillhandahålla och finansiera hälso- och sjukvård. Ett primärt och långvarigt mål med reformen är att minska socioekonomiska och geografiska ojämlikheter, säkerställa kvaliteten på hälso-, social- och, räddningstjänster, förbättra tillgången till vård, särskilt primärvård och att kontrollera kostnaderna.

Eftersom implementeringen av reformen påbörjades först 2023 förväntas vissa justeringar av systemet göras i framtiden. Andra förändringar som har skett under det senaste decenniet har främst varit inriktade på att modifiera befintliga funktioner i hälsosystemet. I synnerhet vidtogs en rad åtgärder för att minska andelen av de offentliga utgifterna för hälsa: några av dessa ledde till minskade ersätt-

[59] Om inte annan källa anges är avsnittet om Finland baserat på European Observatory on Health Systems and Policies rapport om Finland från 2023: *Tynkkynen LK, Keskimaki I, Karanikolos M, Litvinova Y (2023). Finland: Health system summary, 2023*.
[60] Vaalit val (2024). *Välfärdsområden och välfärdsfullmäktige.*
[61] *Tynkkynen LK, Keskimaki I, Karanikolos M, Litvinova Y* (2023), *Finland: Health system summary, 2023*.
[62] Rehnberg, C. (2019). *Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv*, rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, 2019:8.
[63] *Tynkkynen LK, Keskimaki I, Karanikolos M, Litvinova Y* (2023), *Finland: Health system summary, 2023*.

ningsnivåer för läkemedel och ökade användaravgifter. År 2020 låg Finlands hälsoutgifter per capita över EU-genomsnittet och utgjorde 9,6 procent av BNP.[64]

Övergripande lärdomar från centraliseringsreformer i Norden

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys publicerade i september 2024 en rapport med en jämförelse av ovan beskrivna strukturreformer av hälso- och sjukvården i Danmark, Finland och Norge.[65] I samtliga länder har de formulerade målen för reformerna en tydlig koppling till patientperspektivet: ökad tillgänglighet, ökad jämlikhet och olika aspekter av högre kvalitet. Några av målen kan även knytas till systemperspektivet: produktivitet och effektivitet samt kostnadskontroll. Alla dessa mål kan också sammanfattas som effektmål, det vill säga att de kan beskrivas som effekter av reformerna. Reformerna har också innehållit mer förutsättningsskapande mål, alltså medel eller insatser som eventuellt kan bidra till att effektmålen nås. Den övergripande inriktningen har varit att skapa en tydligare och mer hanterbar och effektiv struktur, framför allt i sjukhusvården. I Danmark och Finland har även ett stärkt förebyggande arbete varit ett mål. I den finska reformen var dessutom en stärkt kompetensförsörjning ett viktigt mål som stöd för de förändringar som gjorts.

I rapporten konstateras att reformerna huvudsakligen har medfört en ökad centralisering och ett övergripande statligt ansvar för finansiering och planering och att den långsiktiga utvecklingen i länderna är positiv på flera av de områden som var i fokus för reformerna. Dock understryks att det svårt att koppla utvecklingen till de genomförda reformerna och att länderna har ungefär samma utmaningar i vården efter reformerna som innan dessa genomfördes och att problem som reformerna skulle lösa kvarstår. Exempelvis finns kvarvarande utmaningar med att skapa en jämlik vård för befolkningen i samtliga länder. Det gäller både geografisk och socioekonomisk jämlikhet. Vissa nya utmaningar har också tillkommit,

[64] Tynkkynen LK, Keskimäki I, Karanikolos M, Litvinova Y (2023), *Finland: Health system summary, 2023.*
[65] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Strukturreformer i Norden. Analys av hälso- och sjukvårdsystemen i Norge, Danmark och Finland*, PM 2024:4.

exempelvis problemen med en stabil och långsiktig kompetensförsörjning.

I rapporten framförs att Sverige kan dra flera lärdomar av våra grannländers erfarenheter i diskussionen om framtida strukturreformer. Bedömningen görs att en centraliserad struktur och ett mer nationellt beslutsfattande kan bidra till att öka hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera framtida utmaningar. Det kan handla om att öka effektiviteten genom nivåstrukturering och att samordna beslut om prioriteringar, investeringar och gemensam infrastruktur, till exempel när det gäller digitalisering. Erfarenheterna visar vidare att det är viktigt att ha rimliga förväntningar på en strukturreform och att det behöver vara tydligt vilka problem som en reform ska lösa, vilka målen är och hur de ska följas upp. Som en utgångspunkt är det av vikt att utifrån problembeskrivningen formulera mål som är tydliga, tidsatta, realistiska och uppföljningsbara. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys pekar också på vikten av ett klargörande av vilka mekanismer som ska bidra till måluppfyllelse, till exempel vilka insatser som ska vidtas för att tillgängligheten ska förbättras. Målen för de reformer som beskrivs har varit övergripande och saknat tidsangivelse för önskvärd måluppfyllelse, målen har heller varit tydligt operationaliserade i insatser.

I rapporten anges att prioriteringar, insatser och konsekvenser inte alltid beskrivits på ett tydligt sätt inom ramen för de aktuella ländernas reformer av hälso- och sjukvårdens system. Till exempel har länderna valt olika lösningar för att centralisera planering och beslut om investeringar, vilket har inneburit olika utveckling av sjukhusstruktur och nivåstrukturering. Enligt rapportens analyser hade ett mer programteoretiskt upplägg för reformerna, med en beskrivning av hur utgångsläge, planerade aktiviteter, resurser och mål var sammankopplade och hur det var tänkt att reformerna skulle ge förväntade resultat och effekter, troligen bidragit till att tydliggöra reformernas förändringar och effekter. Även genomförandet av tidiga uppföljningar och utvärderingar, samt förmågan att anpassa styrningen, lyfts fram som viktiga aspekter att planera för inom strukturreformer av detta slag.

I rapporten konstateras att Norge, Danmark, Finland och Sverige har ungefär samma generella utveckling över tid med bättre medicinsk kvalitet, färre vårdplatser, mer öppenvård och långsamt ökande kostnader – oavsett struktur och styrning. Detta beror delvis på

megatrender som påverkar förutsättningarna för alla länders hälso- och sjukvårdssystem oaktat hur ansvaret mellan aktörer är fördelat. Ett exempel som lyfts är de demografiska förändringarna som innebär att befolkningen blir allt äldre. Det leder i sin tur till ökade vårdbehov, brist på personal och minskade skatteintäkter att finansiera vården med. Ett annat exempel som framförs i rapporten är den medicinska och tekniska utvecklingen som skapar nya och allt bättre behandlingsmöjligheter. Utvecklingen bidrar till ökad överlevnad och gradvis högre medelålder i befolkningen och ställer också krav på kompetensutveckling, organisering och finansiering av hälso- och sjukvården.

Samordningen mellan olika aktörer i hälso- och sjukvårdssystemen är och har länge varit en utmaning i alla länderna, liksom i Sverige. Centraliseringen i Norge och Danmark verkar enligt de analyser som görs i rapporten vare sig ha löst eller minskat problemet med samordning. Både norsk och dansk primärvård har också tidigare beskrivits som relativt stark men nu är läget pressat och primärvården har inte utvecklats i samma takt som sjukhusvården. Detta är viktigt att beakta i svensk kontext mot bakgrund av omställningen till ”Nära vård”. Omställningen syftar ju till att göra primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen till navet i den svenska hälso- och sjukvården. I den delen av vården saknas skalfördelar och förmågan till lokal anpassning kan vara viktigare enligt Myndigheten för Vård- och Omsorgsanalys. Att en centraliserad hälso- och sjukvård kan innebära att besluten tas längre bort från verksamheterna, som därmed blir mindre delaktiga i beslutsprocessen, poängteras också.

Alla länderna har problem med bristande samordning mellan olika aktörer och vårdnivåer i hälso- och sjukvårdssystemet. Förbättrad samordning var inte ett uttalat mål för reformerna i Norge och Danmark, men de skulle förbättra den organisatoriska strukturen genom ökad centralisering. Efter reformerna har båda länderna initierat flera andra reformer och justeringar av systemet för att förbättra samordningen, men problemen tycks finnas kvar. Det är en viktig lärdom för Sverige där stärkt samordning är ett av flera mål för till exempel omställningen till en god och nära vård, enligt en av rapportens slutsatser.

Storbritannien[66]

Invånare i Storbritannien har tillgång till en nationell hälso- och sjukvårdstjänst (NHS) finansierad av offentliga medel. Fyra separata hälso- och sjukvårdssystem är ansvariga för att leverera hälso- och sjukvårdstjänster i Storbritannien. Sedan decentraliseringen på 1990-talet har de respektive regeringarna i England, Skottland, Wales och Nordirland varit ansvariga för att organisera och leverera hälso- och sjukvårdstjänster. De lokala regeringarna i Skottland, Wales och Nordirland erhåller en rambudget från Storbritanniens regering, som sedan fördelas utifrån ländernas egna prioriteringar, dock inom ramen för regelverk som omfattar hela Storbritannien. Det finns till exempel en särskild organisation, UK General Medical Council, som för register på alla läkare, främjar professionella standards och bestämmer innehållet i läkarutbildningar inom hela Storbritannien.

Storbritannien har färre läkare och sjuksköterskor, liksom färre sjukhussängar och diagnostisk utrustning, jämfört med de flesta andra höginkomstländer. Dessa brister har ökat hälso- och sjukvårdens sårbarhet för akuta chocker, som covid-19-pandemin. Det har också lett till växande väntetider för planerad vård, med över sex miljoner människor i England på en väntelista år 2022. Andra områden med utvecklingspotential enligt rapporten från European Observatory är samverkan mellan olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet samt med andra sektorer, strategisk planering och hälsoinformationsteknologisystem.[67] I flera andra rapporter och debattartiklar lyfts det också att det i NHS England och Skottland finns stora skillnader i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper[68] och stora folkhälsoproblem som sätter press på hälso- och sjukvårdssystemet.[69]

---

[66] Om inte annan källa anges baseras avsnittet om Storbritannien på en rapport från European Observatory on Health systems and Policies: Anderson M, Pitchforth E, Edwards N, Alderwick H, McGuire A, Mossialos E. *The United Kingdom: Health system review. Health Systems in Transition, 2022*; 24(1): i–192.

[67] Anderson M, Pitchforth E, Edwards N, Alderwick H, McGuire A, Mossialos E. *The United Kingdom: Health system review. Health Systems in Transition, 2022*; 24(1): i–192.

[68] NHS. *NHS Long Term Plan – stronger NHS action on health inequalities*. The King's Fund (2022). *What are health inequalities?* Crawford, M. (2015). *Inequity of access to healthcare is still a problem in the NHS. BMJ* 2015;351:h3761.

[69] SvD – Svenska Dagbladet den 7 april 2024. ”Vår hälsa har gått från skamfläck till skandal”, SvD – Svenska Dagbladet den 29 mars 2024. ”Brittiska kollapsen: vi sviker våra barn”, BBC 27 mars 2024. ”Public satisfaction with NHS at lowest ever level, survey shows.”, The independent den 3 juli 2023. ”The NHS is 'collapsing' – leading medic warns.”

I England är det operationella ansvaret till stor del delegerat till NHS England, en myndighet under Department of Health and Social Care (vissa delar administreras direkt av departementet, till exempel vård till veteraner och fängelser). Den nationella regeringen beslutar årligen om mål och budget och har även tagit fram en långtidsplan för vården i England som omfattar tidsperioden 2019–2029. NHS England ansvarar för löpande planering och styrning och implementering av mål och planer utifrån ett nationellt beställarperspektiv. På lokal nivå finns sedan juli 2022 42 Integrated Care Systems (ICCs) som ansvarar för planering och kontraktering med utförare inom sina respektive geografiska områden, utifrån 5-årsplaner som i sin tur utgår från NHS Long Term Plan. Dessa lokala organisationer är lagreglerade och har direkt ansvar inför sjukvårdsministern, genom NHS England. Resursfördelningen till ICC bestäms utifrån en viktad kapitering (baserat på demografi, kostnadsstruktur, socioekonomi, behov) och revideras löpande av särskild kommitté. ICC har även möjlighet att ta över ansvar för lokal resursfördelning till primärvård, vilket tidigare låg direkt under Department of Health. Mer om utvecklingen mot ”integrated systems” inom NHS England kan man läsa på NHS hemsida.[70]

På samma sätt som i England finns lokala beställarorganisationer med ansvar för planering och kontraktering med utförare i olika geografiska områden i Skottland och Wales (Health Boards) samt Nordirland (Health and Social Boards). Ett uttalat mål i NHS Skottland har varit att välja en delvis annan väg än dem som valts för England. Tidigare har det beskrivits som ett större fokus på ”integration and collaboration” i stället för ”choice and competition”, som lyftes fram inom NHS UK under 1990-talet.[71] I en senare OECD rapport från 2016 görs bedömningen att det är för mycket top-down när det gäller ”governance” England och för lite stöd till motsvarande bottom-up ansats i Skottland.[72]

Sammantaget görs bedömningen att vården i Storbritannien står inför stora utmaningar gällande framför allt finansiering, kompetensförsörjning och tillgänglighet i form av väntetider och avstånd till vård.[73]

[70] NHS. *What are integrated care systems?*
[71] Dagens Nyheter den 15 januari 2020, ”Skottland har gjort eget vägval i sjukvården.”
[72] OECD (2016), *OECD Reviews of Health Care Quality: United Kingdom 2016.*
[73] Anderson M, Pitchforth E, Edwards N, Alderwick H, McGuire A, Mossialos E., *The United Kingdom: Health system review. Health Systems in Transition, 2022*; 24(1): i–192.

Alaska[74]

Southcentral Foundation i Alaska sticker ut i omvärldsspaningen bland internationella hälso- och sjukvårdssystem och har under senare år fått mycket uppmärksamhet från svenska regioner. De har på ett tydligt sätt gjort primärvården till basen för vården. Genom att sätta relationer och kontinuitet i centrum, stöttat av tvärprofessionella team, har de nått toppklass i nationella och internationella jämförelser avseende resurseffektivitet, kvalitet och kundnöjdhet. Southcentral Foundations ”Nuka” vårdsystem är en icke vinstdrivande organisation vars verksamhet riktar sig till sydvästra Alaskas ursprungsbefolkning om 65 000 invånare.

Organisationen, som beskrivs som kundägd och kundstyrd, har 2 000 anställda och en budget på 210 miljoner dollar. Verksamheten består i första hand av primärvård, tandvård, psykosociala stödtjänster, MVC, BVC, hemsjukvård och utbildning. Alternativmedicin (traditional healing) ingår eftersom det förväntas utifrån den lokala kontexten och traditionen. Southcentral Foundation deläger ett sjukhus med cirka 150 vårdplatser.

Hjärtat i organisationen är de integrerade vårdteamen. Det är de som står för den kontinuerliga relationen mellan kundägarna och vården. Navet i det integrerade vårdteamet är ett primärt ansvarigt team med fyra funktioner; läkare, distriktssköterska, en samordnande funktion och en undersköterska. Det är till dessa personer som kundägaren hör av sig direkt med sina frågor och problem. I de integrerade vårdteamen ingår förutom det primära teamet även andra kompetenser såsom beteendevetare, psykologer, apotekare, dietist, barnmorska, psykiatriker och socialarbetare. Dessa kompetenser är samlokaliserade med de primära teamen och samarbetar nära flera primära team. Mödravård och barnhälsovård är också samlokaliserad med de primära vårdteamen.

Det är en central ledningsfråga för Southcentral Foundation att hitta rätt medarbetare, för att kunna bygga långvariga relationer krävs det en låg personalomsättning. Organisationen lägger därför mycket tid och omsorg på rekryteringen. I stället för att bara rekrytera när det finns vakanser, är man proaktiv och rekryterar kontinuerligt oavsett om det finns någon ledig tjänst. De har tillexempel ett program för att tidigt identifiera 14–18 åringar med potential

[74] Detta avsnitt är hämtat från betänkandet SOU 2018:39, *God och nära vård*, s. 491–498.

och ge stöd genom skolan för att sedan kunna vidareutbilda och anställa på sikt.

Inom ramen för utredningen God och nära vård SOU 2018:39 identifierades följande centrala lärdomar från Alaskas sätt att organisera hälso- och sjukvården:

- Utgångspunkt i kundägarnas behov och förutsättningar.
- Stark integrering av hälso- och sjukvård med psykosocial kompetens som en väg att arbeta med de underliggande orsakerna till hälsoproblem.
- Strategiskt och långsiktigt ledarskap med fokus på värde och relationer för att göra så väl personal som kundägare till kulturbärare.
- Förmåga att rekrytera proaktivt och långsiktigt.
- Bygga team och avsätta tid och resurser för att de ska kunna träna och utvecklas tillsammans.
- Skapa en fysisk och digital arbetsmiljö som underlättar teamarbete.

Utredningen konstaterar att det inte fullt ut går att överföra Southcentral Foundations arbete med ursprungsbefolkningen i Alaska till svenska förhållanden, kultur och värderingar, men det finns mycket att lära av deras arbetssätt och goda resultat. Utredningen skriver att det är möjligt att träna för teamarbete i större utsträckning än vad som görs i dag.[75]

4.3 Lärdomar från tidigare centraliseringsprocesser och andra sektorer i Sverige

Enligt direktivet ska Vårdansvarskommittén i arbetet med att analysera och ta fram ett beslutsunderlag om ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap, beakta och dra lärdom av statliga centraliseringsprocesser i Sverige på andra områden.

Sekretariatet har därför gått igenom underlag om tidigare statliga centraliseringsprocesser och ansvarsreformer samt ett urval av rap-

[75] SOU 2018 :39 *God och nära vård – En primärvårdsreform*.

porter och analyser som behandlar styrning och organisation av stora statliga myndigheter och verksamhetsområden. Underlagen inkluderar bland annat bildandet av Polismyndigheten år 2015 och det förändrade huvudmannaskapet för vissa delar av institutionsvården genom bildandet av Statens institutionsstyrelse 1993. Ett viktigt underlag för att identifiera lärdomar har varit Statskontorets analys av de enmyndighetsreformer som genomfördes 1994–2010 (12 stycken, därav till exempel bildandet av Skatteverket och Försäkringskassan).[76] Även tidigare utredningar som behandlat frågor om centralisering av ansvar eller förändrat huvudmannaskap för ett verksamhetsområde har utgjort underlag. I det här avsnittet återges en sammanfattad version av en promemoria som sekretariatet tagit fram för kommitténs räkning när det gäller lärdomar från andra sektorer. Tre typer av lärdomar från andra sektorer har identifierats:

1. Lärdomar om effekter av reformer där ansvar och styrning har centraliserats.
2. Lärdomar om genomförande av stora organisatoriska förändringar.
3. Lärdomar som kan ligga till grund för vägval om styrning och organisation av hälso- och sjukvården vid ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap.

Det bör påpekas att underlaget till lärdomarna baseras på processer och verksamhetsområden som i olika utsträckning skiljer sig från både hälso- och sjukvården och från Vårdansvarskommitténs uppdrag. När det gäller lärdomar från styrning av andra sektorer kan överförbarheten vara olika stor i olika delar. Hälso- och sjukvårdens specifika egenskaper och förutsättningar måste beaktas inför eventuell inspiration av lösningar från andra verksamhetsområden. Lösningar som tillämpats inom andra sektorer kan dock utgöra underlag för resonemang kring sådana frågor.

[76] Statskontoret (2010), *När flera blir en – om nyttan med enmyndigheter*.

Lärdomar om effekter av reformer där ansvar och styrning centraliseras

Tidigare centraliseringsreformer har flera gemensamma nämnare när det gäller skälen till reformen. Mål om stärkt likvärdighet och effektivitet har varit centrala och förändringarna har motiverats med bland annat brister i tillgänglighet, kvalitet, kapacitet och effektivitet. Gemensamt för flera centraliseringsprocesser är också att de genomförts mot bakgrund av en analys av att de befintliga förutsättningarna för styrning mot målen är ett hinder för att åstadkomma de önskade resultaten. Otydligheter i ansvar och brist på helhetsansvar har också varit ett skäl, och mål om ett mer samlat ansvar och stärkt nationell samordning har funnits i flera fall.

Både vad gäller Polisen och Statens institutionsstyrelse (SiS) fanns också målsättningar om att kunna nyttja resurserna mer effektivt och flexibelt ur ett nationellt perspektiv. I SiS fall handlade det om att kunna ha hela landet som ett upptagningsområde och i Polisens fall till exempel om att uppnå högre grad av samordning och nyttja stordriftsfördelar.[77] I fråga om Polisen koncentrerades kompetens i nationella avdelningar för en mer kostnadseffektiv stödverksamhet och organisationsstruktur anpassad för målet om att nå en ökad flexibilitet i hur resurserna kunde fördelas över landet.[78]

Underlaget för att dra slutsatser om långsiktiga effekter av ansvars- och organisationsförändringar är begränsat. Detta beror delvis på att utvärderingar saknas eller genomförts förhållandevis nära inpå reformen, men också på att det finns en ofrånkomlig svårighet med att dra säkra slutsatser om sambanden mellan en strukturs- och styrningsreform och verksamhetens resultatmässiga utveckling.

[77] Dir. 1991:55, *Institutioner inom ungdomsvården och missbrukarvården*, Statskontoret (2018), *Ombildningen till en sammanhållen polismyndighet. Slutrapport.*
[78] Statskontoret (2018), *Ombildningen till en sammanhållen polismyndighet. Slutrapport.*

Statskontorets samlade lärdomar från enmyndighetsreformer och utvärdering av bildandet av en sammanhållen polismyndighet

Statskontoret publicerade år 2010 en rapport med fokus på samlade lärdomar av ett antal enmyndighetsreformer som hade genomförts under perioden 1994–2010.[79] Statskontorets analys innehåller flera lärdomar som bör beaktas inför ett förändrat huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Nedan redogörs kortfattat för ett antal av Statskontorets observationer i den rapporten samt Statskontorets utvärderingsrapporter avseende ombildningen till en sammanhållen polismyndighet.

När det gäller ombildningen till enmyndigheter såg Statskontoret att de mål som handlat om förbättrade förutsättningar för styrning och ledning samt förtydligat ansvar i flera fall uppnåddes. Myndigheten bedömde också att möjligheterna för myndigheterna att omfördela resurser och uppgifter inom organisationen hade förbättrats.[80] I fallet med ombildningen av Polisen bedömde Statskontoret att ombildningen hade skapat bättre förutsättningar för att bedriva en effektiv verksamhet.[81] Förutsättningarna för en ökad enhetlighet i verksamheterna hade också i flera fall förbättrats. Statskontoret såg också att myndigheterna som studerades hade andra förutsättningar att vid behov själva anpassa verksamheten och att detta hade gynnat såväl storstads- som glesbygdsområden inom myndigheternas verksamhetsområde. Vidare konstaterades att en koncentrerad administration kan leda till besparingar.[82]

Statskontorets analys visar samtidigt det i flera myndigheter har kvarstått oklarheter när det gäller ansvar och befogenheter för olika delar av organisationen i några år efter reformen. Det förekommer också exempel på att det kan behöva genomföras flera omorganiseringar av den centrala verksamheten efter reformen. Statskontoret såg också att det var ett återkommande problem för myndigheterna att få genomslag för styrsignalerna ute i organisationen. En möjlig förklaring till detta var det ökade avståndet mellan enmyndighetens högsta ledning och den operativa nivån.[83] I ombildningen av Polisen hade de förbättrade förutsättningarna för en effektiv verksamhet

[79] Statskontoret (2010), *När flera blir en – om nyttan med enmyndigheter*.
[80] Statskontoret (2010), *När flera blir en – om nyttan med enmyndigheter*.
[81] Statskontoret (2018), *Ombildningen till en sammanhållen polismyndighet. Slutrapport.*
[82] Statskontoret (2010), *När flera blir en – om nyttan med enmyndigheter*.
[83] Statskontoret (2010), *När flera blir en – om nyttan med enmyndigheter*.

inte omsatts i bättre verksamhetsresultat eller kvalitet vid tiden för utvärderingen.[84]

Statskontoret pekade sammantaget på att enmyndighetsorganisationen ger vissa grundförutsättningar, till exempel när det gäller styrning och uppföljning av verksamheten. Andra faktorer, exempelvis verksamhetens karaktär, ledning och kultur, spelar dock en avgörande roll för hur väl reformerna faller ut.[85]

En annan slutsats från Statskontorets uppföljningar är att större organisationsförändringar är kostsamma, framför allt i inledningsskedet. Statskontoret konstaterade brister när det gäller beräkningar av kostnaderna för flera av de genomförda enmyndighetsreformerna. Varken regeringen eller myndigheterna hade analyserat kostnaderna för att införa reformerna och hur de ska finansieras. Regeringen hade som i regel inte heller tilldelat myndigheterna extra medel för att genomföra reformerna. Avsaknaden av särskilt avsatta medel till reformerna hade enligt Statskontoret möjligen lett till att omställningen inom vissa myndigheter blivit mindre omfattande eller fördröjts. Omställningskostnader handlar till exempel om kostnader för nyrekrytering och kompetensutveckling av personal. Utveckling och införande av nya IT-system och ökade lokalkostnader är andra exempel. Det kan också uppstå effektivitetsförluster i verksamheten under en omställningsperiod.[86]

Statskontorets analyser visar också att formerna för styrning och organisation kan behöva ses över och utvecklas under en längre tidsperiod efter reformen. Vid enmyndighetsreformer har oklarheter när det gäller ansvar och befogenheter för olika delar av organisationen ibland kvarstått i några år efter reformen. Det förekommer också exempel på när det behövts genomföras flera omorganiseringar av den centrala verksamheten efter reformen. [87]

[84] Statskontoret (2018), *Ombildningen till en sammanhållen polismyndighet. Slutrapport.*
[85] Statskontoret (2010), *När flera blir en – om nyttan med enmyndigheter*.
[86] Statskontoret (2010), *När flera blir en – om nyttan med enmyndigheter*.
[87] Statskontoret (2010), *När flera blir en – om nyttan med enmyndigheter*.

Identifierade lärdomar

När det gäller måluppfyllelse och effekter av centraliseringsprocesser har sekretariatet identifierat följande lärdomar utifrån underlaget:

- Mål om förtydligat ansvar, styrning, enhetlighet, ökad flexibilitet i resursanvändning samt vissa effektiviseringar har i flera fall uppnåtts genom centraliseringsreformerna.
- Mål om förbättrade resultat kräver att ändamålsenliga åtgärder utöver den förändrade ansvarsfördelningen genomförs i samband med reformen och kan vara svårare att uppnå.
- Många olika faktorer utöver själva förändringen i ansvarsfördelning påverkar vilka resultat som kan uppnås.
- Det finns begränsade möjligheter att förutsäga långsiktiga effekter på kvalitet och likvärdighet av en centraliseringsreform.
- Det kan kvarstå behov av organisationsutveckling och otydligheter kring ansvarsfördelningen under en längre tid efter reformen.

Lärdomar om genomförande av centraliseringsreformer

Genomgången av underlaget ger flera exempel på hur centraliserings- och organisationsreformer mer konkret har genomförts. Detta kan utgöra underlag både för analys av vilka förutsättningar som behöver finnas på plats inför ett förändrat huvudmannaskap för hälso- och sjukvården och som underlag för att precisera hur genomförandet skulle gå till.

Genomförandet av ombildningen till en sammanhållen polismyndighet

Ombildningen till en sammanhållen polismyndighet genomfördes bland annat mot bakgrund av att polisen under lång tid fått ökade resurser (anslaget hade ökat med 40 procent under perioden 2000–2010 och antalet anställda hade ökat med 26 procent) utan att detta återspeglades i verksamhetens resultat. År 2010 tillsattes därför den parlamentariska Polisorganisationskommittén som hade i uppdrag att

analysera om polisens organisation utgjorde ett hinder för den utveckling man ville se med högre kvalitet, ökad kostnadseffektivitet, ökad flexibilitet och förbättrade resultat i verksamheten.

Polisorganisationskommittén konstaterade i sitt betänkande att Polisens organisation utgjorde ett hinder för den utveckling regeringen ville se. Ansvarsfördelningen beskrevs bland annat innebära att ingen kunde ta ett helhetsansvar för polisverksamheten i landet, eftersom samverkan behövde bygga på frivilligt deltagande från polismyndigheterna.[88] Kommittén konstaterade att en organisationsförändring var nödvändig och föreslog att Rikspolisstyrelsen och de 21 polismyndigheterna samt Statens kriminaltekniska laboratorium skulle ombildas till en sammanhållen myndighet. Kommittén föreslog samtidigt att Säkerhetspolisen skulle ombildas till en fristående myndighet.[89]

Kommittén konstaterade vidare att en organisationsförändring av den omfattning som det var fråga om krävde stora insatser för att identifiera, förbereda och genomföra de åtgärder som krävs innan en ny organisation för polisen kan träda i kraft. Kommittén bedömde därför att det krävdes att förändringarna skulle verkställas med god planering och i samverkan mellan flera parter på såväl strategisk som operativ nivå. Detta behövde göras inom kortast möjliga tid för att begränsa produktionsbortfall och försämrad service till medborgarna. Ett av kommitténs förslag var att regeringen skulle ge en särskild utredare i uppdrag att förbereda och genomföra bildandet av Polismyndigheten. Kommittén pekade också på vikten av att regeringen inför ombildningen av polisens organisation gav tydliga utgångspunkter för organisationens utformning och lämnade förslag till ett antal centrala utgångspunkter för den särskilda utredarens arbete.[90]

Centrala beslut

I december 2012 fattade riksdagen beslut om att polisen skulle omorganiseras i enlighet med kommitténs förslag från den 1 januari 2015.[91] Ett syfte var att ge ledningen för myndigheten ett helhets-

[88] SOU 2012:13, *En sammanhållen svensk polis. Betänkande av Polisorganisationskommittén.* Stockholm 2012, s. 23.
[89] SOU 2012:13, *En sammanhållen svensk polis*, s. 23.
[90] SOU 2012:13, *En sammanhållen svensk polis*, s. 30.
[91] Riksdagsskrivelse 2012/13:124.

ansvar för all polisverksamhet, med en tydlig kedja av ansvar från ledning ned till lokal nivå.[92] Regeringen hade lämnat förslaget i budgetpropositionen för år 2013.

I december 2012 utsåg regeringen också en särskild utredare som gavs i uppdrag att besluta om och genomföra de åtgärder som krävdes för att kunna bilda Polismyndigheten den 1 januari 2015. Inom kommittédirektivens ramar skulle kommittén, utifrån Polisorganisationskommitténs betänkande, utforma den nya organisationen.[93]

År 2013 lämnade regeringen en proposition till riksdagen innehållande förslag kring de lagändringar som var nödvändiga för att skapa en sammanhållen polismyndighet.[94] Propositionen behandlades i riksdagen under våren 2014 och i maj 2014 fattade riksdagen beslut om de lagändringar som behövdes för att genomföra omorganisationen. Flera mer konkreta beslut inför genomförandet fattades inom ramen för genomförandekommittén, vilket beskrivs nedan.

Genomförandet[95]

Genomförandekommittén (även kallad Polissamordningen) uttolkade och definierade i flera fall vad reformens mål skulle vara, la fast organisationsstrukturen och beslutade om hur styrningen skulle fungera. Kommittén arbetade också fram hur den nya Polismyndigheten skulle bli mer effektiv än vad den tidigare polisorganisationen hade varit. Vidare preciserade man principer och konkreta åtgärder för att nå de mål som satts upp, till exempel om stärkt lokalpolisverksamhet och ökad tillgänglighet och kvalitet. Arbetet i genomförandekommittén bedrevs i ett större antal projekt och uppdrag som till stor del bemannades med personer från polisorganisationen och hade särskilda styrgrupper för vägval och beslut.

Under 2013–2014 fattade kommittén en rad strategiska beslut om hur Polismyndigheten skulle vara organiserad, till exempel om den regionala indelningen, myndigheternas organisatoriska grundstruktur, nationella avdelningar och principer för beslutsnivåer, upp-

[92] Bet. 2012/13:JuU1, *Utgiftsområde 4 Rättsväsendet* s. 43,
[93] Dir. 2012:129, *Ombildning av polisen till en sammanhållen myndighet*.
[94] Prop. 2013/14:110, *En ny organisation för polisen*.
[95] Hela avsnittet baseras på beskrivningar i Statskontoret (2016), *Ombildningen till en sammanhållen polismyndighet. Delrapport 1 om genomförandearbetet*, rapport 2016:22.

gifter och beslutsbefogenheter. Kommittén ansvarade också för den nya organisationens bemanning och verksamhetsövergången för de anställda. I detta arbete tillämpades en försiktighetsprincip, med vilket avsågs att förändringarna vid inplaceringen av anställda i den nya organisationen skulle vara så små som möjligt. Efter den nya organisationens införande avgjordes en tvist mellan polisförbundet och staten (via Arbetsgivarverket) i Arbetsdomstolen som avsåg huruvida staten hade fullgjort sin förhandlingsskyldighet enligt MBL i samband med inplacering av anställda i den nya organisationen. I domen (AD 2016 nr 76) finns en förhållandevis utförlig redogörelse för hur förhandling och dialog skedde mellan genomförandekommittén (som representant för staten) och arbetstagarorganisationerna.

Genomförandet skedde stegvis när det gällde organisationens nya geografi och inledning. När den nya myndigheten bildades den 1 januari 2015 trädde den organisation som genomförandekommittén hade förberett i kraft. I ett första steg (så kallat nyläge 1) bildade länspolismyndigheterna polisområden inom de nya regionerna. Den personal som arbetade med HR- och IT-frågor, kommunikation, ekonomi respektive juridik och förvaltningsärenden fördes samman till nationella gemensamma avdelningar. Under 2015 och 2016 skedde en övergång till nyläge 2, vilket innebar införande av den nya geografiska organisationen inom regionerna. Samtidigt gick regionerna över till att endast använda en ledningscentral och ett kontaktcenter inom regionen. Övergången till nyläge 2 förbereddes av regionpolischeferna, som också skulle ta fram förslag till geografisk underindelning av regionerna.

I maj 2014 fastställde kommittén huvuddragen i Polismyndighetens detaljorganisation, vilket kom att kallas ”majbeslutet”. I detta angavs bland annat hur fördelningen av ansvar och uppgifter skulle se ut mellan olika organisatoriska enheter och formerna för ledning och styrning. Majbeslutet blev styrande i regionernas och de nationella avdelningarnas arbete med att genomföra den nya organisationen. Endast utredaren eller, från och med 2015, rikspolischefen kunde besluta om avsteg från majbeslutet.

Statskontoret har beskrivit att genomförandet kan delas in i tre faser, som var och en omfattar två år, se tabell 4.2 nedan från Statskontorets utvärdering.

Tabell 4.2 Statskontorets sammanfattning av omorganisationens faser

Fas	Tidpunkt	Händelse
Fas 1 Formulering av utgångspunkter	Juli 2010	Regeringen tillsätter Polisorganisationskommittén
	Mars 2012	Polisorganisationskommittén föreslår att polisen ska omorganiseras
	December 2012	Riksdagen fattar beslut om att polisen ska omorganiseras den 1 januari 2015 Regeringen tillsätter genomförandekommittén Polissamordningen
Fas 2 Operationalisering och förberedelser	Oktober 2013	Polissamordningen fattar beslut om övergripande organisation och styrning
	Maj 2014	Riksdagen fattar beslut om de nödvändiga lagändringarna Polissamordningen fattar beslut om detaljorganisationen
	Juni 2014	Polissamordningen ger de tillträdande region-/avdelningscheferna direktiv om att ansvara för det fortsatta genomförandet inom sina respektive enheter
	December 2014	Polissamordningen fattar beslut om styrmodell
Fas 3 Genomförande	Januari 2015	Polismyndigheten bildas (kallat nyläge)
	Oktober 2015	Region Stockholm omorganiseras enligt Polissamordningens förslag (kallat nyläge 2)
	Januari 2016	Region Väst nyläge 2
	April 2016	Region Syd nyläge 2
	Maj 2016	Region Nord nyläge 2
	September 2016	Region Öst nyläge 2
	November 2016	Region Mitt nyläge 2
	December 2016	Region Bergslagen nyläge 2

Källa: Statskontoret (2016), *Ombildningen till en sammanhållen polismyndighet – delrapport 1 om genomförandearbetet*.

Bildandet av Statens institutionsstyrelse[96]

Statens institutionsstyrelse (SiS) bildades 1993 i samband med att staten övertog ansvaret för vissa institutioner inom ungdomsvården och missbruksvården.[97]

Problembild och målsättningar

Huvudmannaskapsförändringen genomfördes mot bakgrund av att staten tio år tidigare hade överlämnat huvudmannaskapet till kommuner och landsting. Olika utvärderingsrapporter hade senare visat att institutionsvården inte var organiserad på ett sätt som gav effektivast möjliga vård och behandling för de mest utsatta grupperna. Orsakerna till problemen konstaterades vara många men tre huvudfaktorer definierades:

- det delade huvudmannaskapet för institutionerna,
- den otillräckliga differentieringen av vårdresurserna, och
- oklarheter om organisation och kompetens i det direkta vårdarbetet men också vad gäller ledning, planering, intagningsförfarande och personalutveckling.

De båda kommunförbunden hade också krävt förändring av huvudmannaskapet. Man såg behov av ett samlat ansvar för de särskilda ungdomshemmen och en samordning för riket. Man ville möjliggöra att ha hela landet som upptagningsområde samt en central inskrivning och fördelning av vårdbehövande ungdomar på de särskilda ungdomshemmen.

[96] Beskrivningen i avsnittet baseras på SOU 1992:18, *Tvångsvård inom socialtjänsten – ansvar och innehåll*, prop. 1992/93:61 *om ändrat huvudmannaskap för vissa institutioner inom ungdomsvård och missbrukarvård samt* 1992/93:SoU10, *Ändrat huvudmannaskap för vissa institutioner inom ungdomsvård och missbrukarvård.*

[97] Bet. 1992/93:SoU10, *Ändrat huvudmannaskap för vissa institutioner inom ungdomsvård och missbrukarvård*, rskr 1992/93:106.

Centrala beslut

Utskottet konstaterade att staten var mer lämpad som huvudman för tvångsvården i de särskilda ungdomshemmen och fattade i maj 1991 ett principbeslut om att huvudmannaskapet för de särskilda ungdomshemmen skulle föras över från kommuner och landsting till staten. Riksdagen ställde, mot bakgrund av de problem som konstaterats, två huvudsakliga krav på verksamheten, dels att alla som behövde skulle kunna beredas plats, dels att en väl differentierad vård skulle erbjudas. Riksdagen ansåg att regeringen snarast borde utreda förutsättningarna för huvudmannaskapsförändringen som förutsågs kunna vara genomförd under år 1992.[98]

En utredning tillsattes för att överväga olika alternativ för ett statligt huvudmannaskap samt precisera genomförande och olika konsekvenser. Utredningen skulle till exempel både överväga en helstatlig organisation och en entreprenadslösning.[99]

Utredningen presenterade, i enlighet med direktivet, sina förslag avseende två möjliga organisationsformer för ett statligt huvudmannaskap: en helstatlig organisation och en entreprenadslösning. Utredningen berörde också olika typer av ansvar och hur dessa skulle fördelas i den nya organisationen. Utredningen resonerade kring den helstatliga organisationen som ett *statligt totalansvar.* Entreprenadslösningen innebar i stället en uppdelning av olika typer av ansvar där staten skulle ges ett mer övergripande ansvar medan kommuner och landsting som entreprenörer skulle kunna ansvara för driften av verksamheten. Den befintliga kostnadsfördelningen mellan staten och kommunerna föreslogs kvarstå vid huvudmannaskapsförändringen, men utredningen konstaterade att staten som huvudman för vården också skulle överta det yttersta finansieringsansvaret för verksamheten.

Genomförandet

När det gäller genomförandet och tidsplan pekade utredningen på att det skulle fattas ett riksdagsbeslut hösten 1992 vad gällde principer och huvudsaklig form för statens huvudmannaskap. Ett sådant beslut skulle skapa formella förutsättningar att ändra huvudmanna-

[98] Socialutskottets betänkande 1992/93:SOU04, *Familjehemsvård för barn och ungdom*.
[99] Dir. 1991:55, *Institutioner inom ungdomsvården och missbrukarvården.*

skapet från 1 jan 1993, men utredningen föreslog att övergången till ett statligt huvudmannaskap skulle ske 1 juli 1993 eller 1 januari 1994. Detta för att skapa utrymme för arbetet med detaljorganisation, bemanningsfrågor för den nya myndigheten och förhandlingar om den ekonomiska regleringen. En senare övergång ansågs skapa bättre förutsättningar för den nya huvudmannens övertagande. För att undvika en utdragen process föreslog utredningen dessutom att förändringen så långt som möjligt skulle genomföras i ett sammanhang utan särskilda och i tiden utdragna övergångslösningar. En särskild organisationskommitté föreslogs ges uppgiften att utforma den organisation som riksdagen förordat i sitt beslut hösten 1992.

I propositionen föreslogs att staten skulle få ett samlat huvudmannaskap för de särskilda ungdomshemmen och LVM-hemmen. Möjligheter gavs för staten att vid särskilda skäl genom avtal uppdra åt landsting eller kommuner att inrätta och driva sådana hem. En ny statlig myndighet, Statens institutionsstyrelse, föreslogs bli inrättad. Institutionsstyrelsen föreslogs få ansvaret för planering, ledning och drift, platsanvisningar, ekonomisk styrning, resultatuppföljning och kontroll, personaladministration och personalutbildning, metodutveckling, forsknings- och utvecklingsarbete samt fastighetsförvaltning. Inrättandet av myndigheten föreslogs enligt propositionen den 1 juli 1993. Myndigheten skulle bland annat ges i uppgift att träffa avtal med de dåvarande huvudmännen om övertagande av de särskilda ungdomshemmen och LVM-hemmen.

Organisationskommittén tillsattes i slutet av 1992.[100] Kommittén skulle vidta nödvändiga förberedelser för att Statens institutionsstyrelse snabbt skulle kunna sluta avtal med de dåvarande huvudmännen om villkoren för övertagande av verksamheten och om eventuella entreprenadavtal. Organisationskommittén skulle vidare föreslå en instruktion för myndigheten, ta ställning till lokalfrågor, lokaliseringsort, ekonomi- och uppföljningssystem, budget och verksamhetsplan för det första verksamhetsåret samt föreslå lösningar kring diarie- och arkivsystem. Fram till 1 juni 1993 skulle kommittén också svara för tillsättningar och tjänster utöver de som föll på staten.

[100] Dir. 1992:96, *Organisationskommitté för ändrat huvudmannaskap för vissa institutioner inom ungdomsvård och missbrukarvård.*

Lärdomar om genomförandet

Sekretariatet har utifrån underlaget identifierat följande lärdomar om genomförandet av centraliseringsreformer i den offentliga förvaltningen:

- Ett tidigt inriktningsbeslut i riksdagen kan bidra med långsiktighet och legitimitet för det fortsatta arbetet.
- Genomförandet bör ske utifrån ett tydligt uppdrag och utpekad inriktning för arbetet. Vägval behövs om vilka delar av förändringen som ska genomföras före och efter det formella ansvarsskiftet.
- Tiden för genomförande kan variera men någon typ av stegvist införande bör övervägas.
- Det behövs en strukturerad process för förhandling mellan arbetsmarknadens parter och ett systematiskt överförande av medarbetare till den nya organisationen.
- it-system och administrativa system är nycklar i en omorganisation och avgörande för takten i omställningen.
- Stödet för reformen bland intressenter är en viktig förutsättning för genomförandet.
- Det bör övervägas extra resurser under en omställningsperiod för att minska negativa konsekvenser för verksamheten och patienterna.

Lärdomar som kan ligga till grund för vägval om styrning och organisation av hälso- och sjukvården vid ett statligt huvudmannaskap

Vid ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården behövs en myndighetsorganisation för att tillhandahålla hälso- och sjukvård till befolkningen. Oavsett om en sådan myndighetsorganisation består av flera självständiga statliga myndigheter eller om en enmyndighetslösning väljs, så skulle det bli fråga om stora statliga myndigheter. Det finns därför skäl att dra lärdom av den statliga styrningen och organiseringen inom stora statliga verksamhetsområden, som till exempel försvarsområdet och området högre utbildning och

forskning. Några lärdomar och observationer när det gäller styrning och organisation av stora statliga myndigheter och verksamhetsområden är:

- I stora myndigheter kan det vara en utmaning att nå ut med styrsignaler. Det finns också en risk för ineffektivitet och dubbelarbete. Balansen mellan nationell likvärdighet och lokal anpassning är en utmaning som kräver kontinuerliga avvägningar från ledningen.[101]
- Statens nuvarande styrning varierar mellan verksamhetsområden. Inom såväl försvarsområdet som högre utbildning och forskning finns det lösningar och styrningspraxis som kan bli aktuella att dra lärdom av vid ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården.
- Från försvarsområdet kan det finnas skäl att inspireras av lösningar för den politiska styrningen och myndighetsorganisationen. Det kan till exempel övervägas om särskilda myndigheter bör inrättas med uppdraget att leverera materiel och tjänster till hälso- och sjukvården respektive uppdraget att bedriva och sprida forskning för hälso- och sjukvårdens och Regeringskansliets behov, i liket med myndigheterna Försvarets materielverk och Totalförsvarets forskningsinstitut samt Totalförsvarsanalys.
- Från området högre utbildning och forskning är det möjligt att dra lärdom av styrningens betoning på professionell autonomi i det dagliga arbetet och tillhandahållarorganisationens självständighet. Det kan till exempel behöva övervägas om det, i likhet med styrningen av universiteten, behövs en särskild ordning för utnämning av ledamöter till myndighetens (eller myndigheternas) styrelse. Detta för att säkerställa legitimitet för ledningen och att ledningen speglar de många intressen som finns inom hälso- och sjukvårdsområdet.
- Inom de stora statliga verksamhetsområdena finns olika lösningar för långsiktighet i den politiska styrningen. Försvarsberedningen utgör ett sådant exempel. Regelbundet återkommande propositioner för politikens långsiktiga inriktning är ett annat exempel, som förekommer inom både försvarsområdet och forskningsområdet.

[101] Statskontoret (2014), *Styrning av stora myndigheter*, information på webben.

Uppföljningar av länsstyrelsernas verksamhet visar på att det kan finnas risker med en decentraliserad myndighetsorganisation. Det handlar till exempel om risker för bristande likvärdighet.[102] En lärdom från styrningen av länsstyrelserna är också att det vid en myndighetsorganisation bestående av flera självständiga myndigheter är viktigt att myndigheterna är jämnstora och att en resursfördelningsmodell är transparent, inte alltför komplicerad och uppfattas som legitim.

[102] Se till exempel Riksrevisionen (2019), *Vanans makt – regeringens styrning av länsstyrelserna. Granskningsrapport från Riksrevisionen*, RiR 2019:2.

5 Genomförande av en huvudmannaskapsreform

Enligt kommitténs direktiv ska Vårdansvarskommittén föreslå en genomförandeplan med tidsplan för hur staten stegvis och långsiktigt samt helt eller delvis kan ta över huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården från regionerna. Av direktivet framgår också att kommittén ska specificera vilka delar som kan genomföras på kort respektive längre sikt och inom ramen för genomförandeplanen identifiera vilka åtgärder som krävs för att genomföra kommitténs förslag. Detta kapitel svarar mot kommitténs uppdrag i dessa delar. I kapitlet beskrivs vissa övergripande utgångspunkter för genomförandet av en huvudmannaskapsreform (avsnitt 5.1). Kapitlet beskriver i övrigt tre huvudsakliga aspekter som bedöms vara av särskild vikt vid ett helt eller delvis statligt övertagande av huvudmannaskapet:

1. Politiska beslut och rättsliga reformer (avsnitt 5.2).
2. Hälso- och sjukvårdens fastigheter och annan vårdinfrastruktur samt regionernas övriga tillgångar och skulder (avsnitt 5.3).
3. Hälso- och sjukvårdens personal (avsnitt 5.4).

Avsnitt 5.5 behandlar införandet av ett *helt* statligt huvudmannaskap med utgångspunkt i de aspekter och utgångspunkter som redogjorts för i tidigare avsnitt. Avsnitt 5.6 behandlar införandet av ett *delvis* statligt huvudmannaskap enligt rapportens olika scenarier. Ett flertal aspekter av genomförandet är viktiga att beakta vid bedömningen av de olika scenarierna i denna rapport. En huvudmannaskapsreform förutsätter att en rad olika beslut fattas och att åtgärder vidtas. Reformen kan förväntas leda till både mer direkta konsekvenser och konsekvenser på längre sikt. Vid sidan av de

konsekvenser och effekter som beskrivs i övriga kapitel, kommer själva processen att införa ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap att leda till omedelbara konsekvenser som bedöms vara övergående. Det är dels fråga om kostnaden för själva reformen, dels andra negativa konsekvenser som kan förväntas vara övergående, så som en minskad effektivitet under en övergångsperiod.

Kostnaden för reformen och andra övergående konsekvenser måste jämföras med kostnaden för att *inte* genomföra reformen. Ett annat sätt att uttrycka det på är att den långsiktiga vinsten av reformen vägs mot den kortsiktiga kostnaden. Om det visar sig att ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap enligt något av scenarierna har väsentligt bättre förutsättningar att uppnå efterfrågade förbättringar än nuläget kan en hög transaktionskostnad vara acceptabel. Även det omvända gäller vilket innebär att om vinsterna med ett förändrat huvudmannaskap är små eller oklara, blir det också svårt att tolerera transaktionskostnader.

Det finns flera frågor som ännu är obesvarade och som inte kommer att kunna hanteras inom ramen för kommitténs arbete. En sådan fråga är regionernas fortsatta roll och ansvarsområden vid ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. En utförlig och detaljerad genomförandeplan kan därför inte presenteras och det kommer att finnas osäkerheter kring genomförandet. I detta kapitel presenteras därför på ett övergripande plan hur en huvudmannaskapsreform kan genomföras och vilka åtgärder som då måste vidtas.

5.1 Vissa övergripande utgångspunkter för genomförandet

Utredningsarbetet har visat, exempelvis i form av lärdomar om genomförande av stora organisatoriska förändringar, att ett tidigt inriktningsbeslut i riksdagen kan bidra med långsiktighet och legitimitet för det fortsatta arbetet. Det underlag som tagits fram, om såväl reformer i Sverige som i andra länder, visar att omställning och reformer tenderar att kosta mer än de initialt uppskattade kostnaderna samt tar längre tid att genomföra än planerat.[1] Statskon-

[1] Statskontoret (2016), *Ombildningen till en sammanhållen polismyndighet*, delrapport 1 om genomförandearbete, rapport 2016:22, s. 12.

toret pekar även på att extraordinära och oförutsedda händelser kan försvåra genomförandet av en reform. För Polismyndighetens del var hanteringen av flyktingsituationen 2015 och förstärkningen av gränspolisverksamheten samt hanteringen av grova våldsbrott och det förhöjda terrorhotet sådana händelser som påverkade Polisens möjlighet att vidta åtgärder inom reformen.[2] Det är lämpligt att det under reformens genomförande finns utrymme att utvärdera, omvärdera och byta inriktning för reformens utformning.

Polisens omorganisation är den senaste större strukturreformen på myndighetsområdet. Statskontoret har utvärderat polisens omorganisation och har i flera olika rapporter redogjort för lärdomar från reformen. Reformen av polismyndigheterna till en samlad myndighet tog ungefär sex år att genomföra. Omorganisationen kan grovt delas in i tre faser, som var och en omfattade två år. Den första gick ut på att formulera utgångspunkterna för den nya organisationen. I den andra fasen omvandlade en så kallad genomförandekommitté målen och utgångspunkterna till beslut om hur den nya organisationen skulle se ut och fungera. Den handlade om att fylla det organisatoriska skal som skapades då den nya myndigheten bildades med ett innehåll som motsvarade den målbild som riksdag och regering ställt upp. Sist inföll implementeringsfasen, då den nya organisationen formellt togs i bruk och bemannades.

För en motsvarande reform inom hälso- och sjukvårdens område kan kommitténs arbete hänföras till den första fasen, då utgångspunkterna för den framtida ansvarsfördelningen för hälso- och sjukvården formuleras. Ett statligt övertagande av huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården från regionerna är avsevärt mer omfattande och komplext till sin natur än omorganisationen av Polismyndigheten. Gemensamt för flera av scenarierna i den här rapporten är att det inte enbart krävs ställningstagande till vem som ska ansvara för landets hälso- och sjukvård. Det krävs även politiska ställningstaganden till en rad andra övergripande frågor så som utgångspunkter för en skatteväxling, regionernas fortsatta roll och uppdrag samt principer för värdering och övertagande av regionernas fastigheter och andra tillgångar inom hälso- och sjukvårdsområdet. Härefter måste en ny myndighetsorganisation för tillhandahållande av vård utformas, och utgångspunkter för hori-

[2] Statskontoret (2018), *Ombildningen till en sammanhållen polismyndighet*, slutrapport 2018:18, Statskontoret s. 92 f.

sontella prioriteringar inom en statlig hälso- och sjukvårdsorganisation måste formuleras. Sekretariatet menar att detta är frågor av en omfattning som kräver politisk samsyn och som därför kan behöva hanteras av parlamentariska kommittéer.

Inför ett införande av ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården kan ett första steg vara att riksdagen beslutar om den långsiktiga och övergripande inriktningen för det fortsatta arbetet. Politisk enighet om de övergripande dragen i en ansvarsreform kan ge såväl långsiktighet som legitimitet för det efterföljande arbetet med precisering och förberedelser inför genomförandet. Det är också angeläget att den politiska enigheten även gäller målen för reformen. Detta av fler anledningar, inte minst vad gäller förutsättningarna att utvärdera reformen vilket utvecklas nedan.

Steget efter de inledande inriktningsbesluten är en rättslig översyn av flera olika områden. Reformerna bör föregås av utredningar som noga tittar på och värderar olika alternativa lösningar.

Efter att den grundläggande strukturen för en statlig hälso- och sjukvårdsorganisation och nödvändiga författningsändringar beslutats kan en särskild genomförandeorganisation tillsättas, som ges ett tydligt uppdrag och inriktning för arbetet. Det är etablerad praxis att organisations- och ansvarsförändringar implementeras med hjälp av en särskilt tillsatt kommitté med uppdrag att fatta beslut om och förbereda den nya myndighetsorganisationen. Kommittén kan vara parlamentariskt sammansatt. I uppföljningar av tidigare förändringar, som behandlats i utredningsarbetet, har det pekats på vikten av att genomförandekommittén ges ett tydligt uppdrag och att mål och riktning för arbetet är preciserat.

Plan för utvärdering och riskanalys

Ett sätt att sörja för ett ändamålsenligt reformarbete är att bygga in olika former av lärandemekanismer i genomförandet vilket bör inkluderas i genomförandeplanen. Det kan handla om att prova, genom försöksverksamhet eller successivt införande, och att i detta sammanhang säkerställa en gedigen datainsamling längs med genomförandeprocessen. En annan viktig parameter är att säkerställa att förutsättningarna för utvärdering är på plats när reformen sjösätts genom tydliga mål, programteori och nollmätning. En del av

utvärderingen bör fokusera på att följa genomförandet för att vid behov modifiera och förbättra aspekter som inte är i linje med intentionerna. En annan del är att försöka härleda utfall och effekter till insatsen för att på sikt göra det möjligt att undersöka om skiftet av huvudmannaskap bidragit till de mål som uttalats med reformen.

Som redogjorts för i föregående kapitel formulerades i Danmark, Norge och Finland övergripande mål med respektive reform; ökad tillgänglighet, jämlikhet och kvalitet för patienterna. Några av målen handlade om produktivitet och effektivitet samt kostnadskontroll. Men målen har varit just övergripande och de omsattes inte i konkreta mått eller insatser, vilket gjort det svårt att följa effekterna. I vissa delar saknas även nationella upp-följningar och utvärderingar. Detta gör det svårt att koppla utfall och effekter till reformerna i dessa länder. Sekretariatet anser därför att om en huvudmannaskapsreform genomförs i Sverige är det angeläget att formulera mål men också insatser kopplade till målen och att göra det så att målen och insatserna kan följas upp och utvärderas, som grund för nya insatser.

Ytterligare en lärdom från Norge och Danmark är att de prioriteringar och insatser som görs bör beskrivas på ett tydligt sätt inom ramen för reformarbetet. Erfarenheterna visar att mer programteoretiskt upplägg för reformerna, med en beskrivning av hur utgångsläge, planerade aktiviteter, resurser och mål var sammankopplade och hur det var tänkt att reformerna skulle ge förväntade resultat och effekter, bidrar till att tydliggöra reformernas förändringar och effekter. Utöver genomförandet av tidiga uppföljningar och utvärderingar är förmågan att anpassa styrningen en viktig aspekt att planera för inom strukturreformer av det slag en förändring av huvudmannaskap utgör.

Utvärdering av genomförandet och måluppfyllelsen av ett delvis statligt huvudmannaskap utgör ett viktigt analysunderlag i händelse av att eventuella efterföljande huvudmannaskapsförändringar beslutas.

Genomförandeplanen bör vidare inkludera riskanalyser av olika slag. Riskanalys handlar om att systematiskt använda sig av tillgänglig information för att beskriva och beräkna risker med ett visst givet system. Med hjälp av riskanalys bedöms sannolikheter för olika oönskade händelser och dess konsekvenser. Med det som underlag kan beslut tas och åtgärder vidtas i syfte att minimera dessa risker,

som kan vara på lång eller kort sikt. Det finns ett antal presumtiva risker behäftade med en huvudmannaskapsförändring av de slag som analyseras i denna rapport. Genomförandet kan antas uppta en stor del av reform- och utvecklingskraften i systemet och det är därför sannolikt att det kan komma att tränga undan annat utvecklingsarbete under en period. Att mycket personella resurser kommer behöva ägnas åt genomförandet under en omställningsperiod är angeläget att uppmärksamma av många skäl, inte minst utifrån hur det påverkar befintliga behov av att stärka kompetensförsörjning och arbetsmiljö. En riskanalys bör i detta sammanhang adressera frågor om tillhandahållarorganisationens förmåga att överlag rekrytera och skapa bra arbetsförhållanden för hälso- och sjukvårdens professioner. En följd av de organisatoriska förändringarna som en huvudmannaskapsreform innebär är att formerna och strukturerna för samverkan med kommuner samt med patientorganisationer i hälso- och sjukvården också förändras. Att bryta upp befintliga strukturer för samverkan kan medföra vissa risker vilket behöver belysas närmare.

En annan fråga rör tidpunkten för initierandet och genomförandet av en huvudmannaskapsreform givet säkerhetsläget både i Sverige och i omvärlden. Att genomföra en stor förvaltningsförändring utgör under överskådlig tid ett risktagande ur ett beredskapsperspektiv vilket rimligen också behöver tas i beaktande.

5.2 Politiska beslut och rättsliga reformer

Ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården kräver politiska ställningstaganden och rättsliga reformer av olika slag. En fråga av särskild dignitet är om det vid ett helt statligt huvudmannaskap krävs en grundlagsändring, eller om det är tillräckligt att förändra relevant speciallagstiftning (så som hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL).

Den konstitutionella rätten och behovet av en grundlagsändring

Olika alternativ för att fördela ansvaret för hälso- och sjukvården mellan stat och region utmanar i olika utsträckning det konstitutionella ramverket (se avsnitt 2.2). En ansvarsfördelning mellan stat och region som går ut på att regionerna reduceras till rena ”utförare” av hälso- och sjukvård utan egen beskattningsrätt skulle kräva en grundlagsändring, eftersom regionerna inte längre skulle bedriva sin verksamhet på den kommunala självstyrelsens grund. Detsamma gäller om regionerna helt skulle upphöra att existera. Det är i övrigt svårt att säga exakt vid vilken punkt en grundlagsändring är nödvändig av juridiska skäl och inom vissa ramar blir gränsdragningen en politisk snarare än en rättslig fråga. Sekretariatets bedömning av ett helt eller delvis statligt huvudmannaskaps påverkan på den grundlagsskyddade kommunala självstyrelsen anges nedan under genomförande av respektive scenario.

Finansiering och skatteväxling

Ett skatteuttag och dess skattebaser anpassade efter ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården måste utredas. Avsnitt 7.1 innehåller en redogörelse för nuvarande finansiering av hälso- och sjukvården och hur finansieringen kan se ut i ett statligt hälso- och sjukvårdssystem. Vid ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap kommer regionerna inte längre att ta ut skatt för den verksamhet som övergår till staten. I stället måste staten i motsvarande grad utöka sitt skatteuttag och utarbeta principer och former för det. Beroende på det aktuella scenariots omfattning kan det krävas en så kallad skatteväxling från regionerna till staten. Även det kommunala utjämningssystemet behöver ses över.

Ansvars- och uppgiftsfördelning inom staten

Vid ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården kommer det politiska ansvaret för hela eller delar av hälso- och sjukvården centraliseras och ansvar som i dag vilar på de regionala huvudmännen att åläggas staten. Staten är emellertid inte en aktör utan agerar genom riksdag, regering och de statliga

myndigheterna. Hur statens politiska, operativa och strategiska styrning ska utformas, och hur den politiska och administrativa makten ska fördelas, är något som måste beslutas och regleras. Detta i syfte att uppnå en ändamålsenlig balans mellan den politiska och den administrativa nivån.

Av kommunallagen (2017:725) följer att beslut av principiell beskaffenhet och beslut som gäller den regionala verksamhetens mål och inriktning förbehålls den politiska nivån. I dagens system är därmed regionernas politiker ytterst ansvariga som såväl huvudmän som vårdgivare. För ett statligt huvudmannaskap måste det noga övervägas hur beslutsbefogenheter ska se ut och regleras samt vilken organisationsform som är mest lämplig. Former för ansvarsutkrävande, i de fall hälso- och sjukvårdssystemet inte fungerar som tänkt, måste formuleras liksom principer för vilket handlingsutrymme som ska lämnas till professionerna. Även lokal respektive politisk representation i en statlig organisation behöver övervägas liksom representation från patienter och anhöriga.

Ny myndighetsstruktur på hälso- och sjukvårdsområdet och en organisation för tillhandahållande av vård

Staten har i dag flera myndigheter på hälso- och sjukvårdsområdet som utövar olika funktioner för bland annat styrning, kunskapsbildning och tillsynsverksamhet. Under Socialdepartementet finns 22 myndigheter och nio av dem har sina huvudsakliga uppdrag inom hälso- och sjukvårdsområdet.[3] Det finns också myndigheter under andra departement som verkar inom vårdområdet, till exempel Kriminalvården och Försvarsmakten. Vid ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap måste staten också ha myndigheter för att tillhandahålla själva tjänsten hälso- och sjukvård och för att tillhandahålla en grundläggande infrastruktur för verksamheten. Två varianter av hur en statlig myndighetsorganisation kan utformas har närmare beskrivits i kapitel 3.

[3] Se bilaga till förordningen (1996:1515) med instruktion för Regeringskansliet samt information på Statskontorets hemsida om myndigheterna under regeringen.

Hälso- och sjukvårdsjuridiken

Ansvarsfördelningen mellan stat och region följer av hälso- och sjukvårdslagstiftningens bestämmelser och ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården kräver olika former av rättsliga reformer. Kartläggning av hälso- och sjukvårdsjuridiken i sin helhet är en omfattande uppgift som måste uppdras åt en eller flera utredningar att analysera närmare.

Det samlade hälso- och sjukvårdsystemet är stort, brett och mångfacetterat. Verksamheten är kunskapsintensiv med starka professioner och graden av specialisering är hög. Sjukvårdsprocesser kan sällan detaljregleras och behandlingsmetoder utvecklas ständigt. Även en statlig hälso- och sjukvårdsorganisation måste hantera dessa utmaningar och även i en helt statligt hälso- och sjukvårdsorganisation måste man identifiera vad som kan och bör regleras på detaljnivå och vad som i stället ska regleras på övergripande nivå genom målsättningslagstiftning eller genom andra styrmedel så som mål och budget för verksamheten. Olika lagstiftningsteknik kan, i både ett centraliserat och ett decentraliserat system, verka i antingen enhetlig riktning eller diversifierande. Tydliga och detaljerade lagkrav kan i ett decentraliserat system bidra till en enhetlig verksamhet som utövas på ett likartat sätt överallt, även om olika huvudmän ansvarar för verksamheten. På motsvarande sätt kan ett stort inslag av övergripande målsättningslagstiftning och få detaljerade bestämmelser – och därmed ett stort handlingsutrymme för verksamheter och professioner – i ett centraliserat system öppna upp för lokala lösningar och variationer.

Det finns alltså inte ett sätt att rättsligt reglera ett statligt hälso- och sjukvårdssystem och en blandning av olika regler, tillsammans med andra styrmedel, måste tillämpas. Resultat – både i form av måluppfyllelse i stort och i form av utfall av det enskilda vårdmötet – kommer sannolikt alltid att vara resultatet av flera komplexa processer och påverkas av olika styrsignaler, där den rättsliga regleringen är en del.

Sekretess och dataskydd

Inom vården hanteras en stor mängd uppgifter, ofta känsliga personuppgifter som rör enskilda personers hälsotillstånd. Dels förs journal, dels sparas uppgifter om hälsotillstånd och behandling i olika register till exempel hälsodataregister hos Socialstyrelsen eller i olika nationella kvalitetsregister som i dag finns i regionerna.[4] Uppgifter lagras då inte främst för den enskilde patientens skull, utan för uppföljnings-, forsknings- och statistikändamål.

Hanteringen av hälsodata aktualiserar två skilda regelkomplex, dels regler om offentlighet och sekretess[5], dels regler om behandling av personuppgifter.[6] Något förenklat kan man säga att sekretesslagstiftningen begränsar möjligheten att dela uppgifter om personers hälsotillstånd till någon *utanför* myndigheten[7] (så kallad yttre sekretess) medan reglerna om behandling av personuppgifter även reglerar hur uppgifterna får hanteras *inom* myndigheten, bland annat genom regler om vem inom myndigheten som har åtkomst till uppgifter[8] (så kallad inre sekretess). Den inre sekretessen innebär att vårdpersonal av integritetsskäl endast får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient om vårdpersonalen deltar i vården av patienten eller av något annat skäl behöver uppgifterna för sitt

[4] I Sverige finns det drygt 150 kvalitetsregister. De används primärt för att utveckla och förbättra hälso- och sjukvården. Därutöver utgör kvalitetsregister värdefulla källor för forskning och innovation. Nationella kvalitetsregister är en del av Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Gemensamt för kvalitetsregistren är att de är individbaserade och att de innehåller diagnos, insatta åtgärder och resultat för patienten. På så sätt får verksamheterna en löpande återkoppling av sina egna resultat och ges möjlighet att se hur det går för deras verksamheter i förhållande till andra och i jämförelser med andra regioner.
[5] För hälso- och sjukvårdens del är framför allt den så kallade hälso- och sjukvårdssekretessen i 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL, aktuell som skyddar uppgifter i patientjournaler och i sjukvårdens kvalitetsregister.
[6] Den allmänna regleringen om behandling av personuppgifter inom EU 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 dataskydds-förordning), oftast benämnd dataskyddsförordningen. Beträffande behandling av person-uppgifter inom hälso- och sjukvården kompletteras EU:s dataskyddsförordning av patient-datalagen (2008:355), som innehåller grundläggande bestämmelser om behandling av personuppgifter.
[7] Sekretess gäller i regel mellan myndigheter och kan också gälla inom myndigheter om det är fråga om olika verksamhetsgrenar, se 8 kap. 1 och 2 §§ offentlighets- och sekretesslagen. Bestämmelser om tystnadsplikt i yrkesmässigt bedriven enskild hälso- och sjukvård finns i 6 kap. 12–16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659).
[8] 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 § patientdatalagen). Patienten har också möjlighet att begränsa den elektroniska åtkomsten av vårduppgifter för den som arbetar vid en annan vårdenhet eller inom en annan vårdprocess hos samma vårdgivare (4 kap. 4 § patientdatalagen).

arbete. Syftet är ytterst att förhindra att patientuppgifter får större spridning än de ska ha.

Nuvarande reglering i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL, tillåter att uppgifter delas inom en regions hälso- och sjukvårdsverksamhet, även om denna är organiserad så att flera olika nämnder och bolag fullgör regionens uppgifter på hälso- och sjukvårdsområdet (25 kap. 11 § 2 OSL och 2 kap. 3 § OSL). Gränsen för den yttre sekretessen går därmed vid regionens samlade hälso- och sjukvårdsverksamhet, samtidigt som patienternas personliga integritet och den så kallade inre sekretessen måste respekteras.[9] Uppgifter får om vissa förutsättningar är uppfyllda lämnas till andra vårdgivare (privata eller andra regionala) med stöd av lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.[10]

5.3 Hälso- och sjukvårdens fastigheter och annan vårdinfrastruktur samt regionernas övriga tillgångar och skulder

Enligt direktivet ska kommittén analysera och föreslå hur ansvaret för och förvaltningen och utvecklingen av de fastigheter och den vårdinfrastruktur som ägs eller hyrs av regionerna ska hanteras vid ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap.

Fast egendom är enligt jordabalkens definition jord. Denna är indelad i fastigheter som kan avgränsas antingen horisontellt eller både horisontellt och vertikalt (1 kap. 1 § jordabalken). Till en fastighet hör så kallade fastighetstillbehör så som byggnader, stängsel, vissa ledningar och anläggningar som förts upp på fastigheten för stadigvarande bruk (2 kap. 1 § jordabalken). Det finns också tillbehör till byggnader i form av fast inredning och annat som den aktuella byggnaden har blivit försedd med för stadigvarande bruk (2 kap. 2 § jordabalken). Exempel på vad som kan utgöra bygg-

[9] I förarbeten anges exempelvis att det torde räcka för flertalet befattningshavare som arbetar med till exempel verksamhetsuppföljning att de får tillgång till uppgifter som endast indirekt kan härledas till enskilda patienter, se prop. 2007/08:126 *Patientdatalag m.m.* s. 166.

[10] De flesta vårdgivare har på något sätt anslutit sig till system som möjliggör sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, men de använder möjligheten på olika sätt och i olika utsträckning. Offentligt finansierade vårdgivare som är anslutna till Inera AB:s tjänst nationell patientöversikt (NPÖ) kan ta del av vissa journaldata genom tjänsten. NPÖ används dock i olika utsträckning av olika vårdgivare och de delar också olika informationsmängder, eftersom det saknas fastställda krav på vilka informationsmängder som måste gå att dela, se prop. 2021/22:177, *Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation* s. 45.

nadstillbehör är hiss, ledstänger och ledning för vatten. Lös egendom är sådant som varken är fastighetstillbehör eller byggnadstillbehör. Begreppen fastighet, fastighetstillbehör och byggnadstillbehör får betydelse bland annat för att bedöma vad som ingår och inte ingår i ett fastighetsförvärv. Särskilda krav på hur ett fastighetsförvärv ska gå till finns i jordabalken.

Med fastigheter och annan vårdinfrastruktur bör avses alla de fastigheter, byggnader och lokaler som krävs för att bedriva hälso- och sjukvård. Detta inkluderar i fråga om ett sjukhus själva fastigheten tillsammans med fastighetstillbehör (byggnader) och byggnadstillbehör (hissar och vattenledningar etc.). Härutöver inkluderas de lokaler som inrymmer exempelvis vårdcentraler, barnavårdscentraler och sjukstugor, oavsett om fastigheten i sin helhet ägs av regionen eller om lokaler hyrs av en extern hyresvärd. Dessutom omfattas annan vårdinfrastruktur i form av all den utrustning som behövs för att bedriva hälso- och sjukvård (vid sidan av läkemedel och förbrukningsmaterial). Här inkluderas exempelvis fordon för prehospital akutsjukvård och sjuk-transporter samt medicinsk utrustning för provtagning, analys och behandling.

Regionernas fastigheter och lokaler

Enligt 7 kap. 4 § HSL ska det för hälso- och sjukvård som kräver intagning vid vårdinrättning finnas sjukhus. I övrigt saknas bestämmelser som anger vilka olika typer av vårdinrättningar som ska finnas i en region. Det är alltså upp till regionen att besluta vilka lokaler som krävs för att bedriva den vård som regionen ansvarar för.

Begreppet sjukhus definieras inte i HSL eller i någon annan författning. Begreppet återfinns inte heller i Socialstyrelsens termbank. Det saknas också en gemensam definition av olika typer av sjukhus. Begreppet akutsjukhus kan till exempel ha olika betydelse såväl inom som mellan regioner.[11] Inom begreppet sjukhus ryms allt från stora universitetssjukhus till ganska små vårdinrättningar som bedriver planerad vård inom någon eller några specialiteter (lokalsjukhus, närsjukhus). Eftersom det saknas nationella definitioner av sjukhus och olika typer av sjukhus är det svårt att beräkna

[11] SOU 2021:71, *Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur*, s. 38.

antalet. En aktuell översyn uppskattar att det i Sverige finns 7 universitetssjukhus, 66 regionala akutsjukhus, ett stort antal specialistkliniker, 1 100–1 200 vårdcentraler (offentliga och privata med offentlig finansiering), omkring 4 430 tandläkarmottagningar och cirka 1 450 apotek.[12]

Störst fastighetsyta i regionernas (dåvarande landstingens) ägo fanns i slutet av 1980-talet. Sedan dess har olika reformer medfört att fastighetsinnehavet halverats. Dessa reformer var Ädelreformen 1992, Psykiatrireformen 1994 och Gymnasiereformen 1996. År 2011 motsvarade regionernas innehav i medeltal drygt en kvadratmeter per invånare. Återanskaffningsvärdet för regionernas fastighetsinnehav motsvarade vid denna tidpunkt omkring 450 miljarder kronor. Cirka 85 procent av lokalbehovet tillgodosågs med egna lokaler. Dessa fastigheter utgjorde därmed den största tillgången i respektive huvudmans balansräkning.[13]

I betänkandet *Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur* har investeringar i sjukhus kartlagts och analyserats. Utredningen konstaterar att en hög andel av dagens vårdinfrastruktur byggdes på 1960-och 1970-talen samt att många av dessa byggnader 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 varit höga och omfattande investeringar i vårdbyggnader pågår och planeras. Den totala summan för regionernas nu pågående och beslutade investeringar i akutsjukhusen uppgår enligt utredningens beräkningar till drygt 100 miljarder kronor.[14]

Till skillnad från flera andra europeiska länder har Sverige inte ett samlat system för att godkänna och styra större investeringsprojekt. I flera andra länder finns särskilda lagar i syfte att strategiskt styra beslut om hälso- och sjukvårdens investeringsprojekt

[12] European Observatory och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023), *Sweden – Health system review*; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Sweden – Health system summary*.
[13] Sveriges Kommuner och Regioner (2011), *Landstingens fastigheter vid regionbildning*, s. 7 ff.
[14] SOU 2021:71, *Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur*, s. 210 ff.

för att försäkra att nationella intressen beaktas i besluten. Reglering kan omfatta dimensionering och lokalisering av nya sjukhus.[15]

Planmonopolet

Planläggning av mark är en kommunal angelägenhet, innebärande att det ytterst ankommer på primärkommunerna att besluta om, hur och vid vilken tidpunkt som planläggning bör ske samt för vilka ändamål. Detta brukar benämnas det kommunala planmonopolet (se 1 kap. 2 § plan- och bygglagen [2010:900]). Regionerna måste därför samarbeta med primärkommunerna för att planera utvecklingen av hälso- och sjukvårdsfastigheter och projektera stora fastighetsprojekt.

Fastighetsförvaltning

När det gäller fastighetsförvaltning och annan service som hör till lokalerna kan denna ske inom den egna regionala förvaltningen eller genom ett regionalt bolag. Tjänsterna kan också köpas in av externa aktörer.

Statens fastighetsinnehav

Statliga myndigheter äger normalt inte sina fastigheter utan har ett eget ansvar att lösa sin lokalförsörjning och förväntas till så låg kostnad som möjligt hålla sig med lokaler som är ändamålsenliga för verksamheten. Myndigheterna har också stor frihet att själva bestämma över sin lokalförsörjning så länge den sker inom ramen för de ekonomiska resurser som myndigheten tilldelats (8–9 §§ förordningen [1993:528] om statliga myndigheters lokalförsörjning). Staten äger dock fastigheter genom egna fastighetsförvaltande myndigheter. Fortifikationsverket är en förvaltningsmyndighet under regeringen som förvaltar fastigheter avsedda för försvarsändamål och ska bistå Försvarsmakten i lokalförsörjningsfrågor (förordning [2007:758] med instruktion för Fortifikationsverket). Även

[15] För en utförlig redogörelse av andra länders reglering se SOU 2021:71, *Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur* s. 181 ff.

Statens fastighetsverk är en förvaltningsmyndighet under regeringen. Andra myndigheter som förvaltar fastigheter är Skogsstyrelsen och Trafikverket. Bestämmelser om myndigheters förvaltning av statligt ägda fastigheter finns i förordning (1993:527) om förvaltning av statliga fastigheter m.m. Med fastighetsförvaltning avses ansvar för förvärv, upplåtelse, drift och underhåll samt avyttring av fast egendom för statens räkning (2 §).

Vid sidan av de fastighetsförvaltande myndigheterna finns ett antal fastighetsförvaltande statliga bolag. Akademiska Hus AB äger, utvecklar och förvaltar fastigheter för universitet och högskolor.

Specialfastigheter Sverige AB ska huvudsakligen långsiktigt och affärsmässigt äga, utveckla och förvalta fastigheter med höga säkerhetskrav i Sverige, där det föreligger ett nationellt säkerhetsintresse. Specialfastigheter Sverige AB äger, utvecklar och förvaltar bland annat kriminalvårdsanstalter, ungdomshem, domstolsbyggnader och polisfastigheter.

Överföring av fastigheter från regioner till staten

En fastighet kan övergå från en ägare till en annan genom olika former av överlåtelser så som försäljning, byte och gåva. Enligt jordabalken krävs att vissa formkrav är uppfyllda för att en överlåtelse ska anses vara giltig. Det finns inga särskilda regler för överlåtelse av fastigheter mellan offentligrättsliga subjekt. Regioner måste dock iaktta kommunallagens krav. Detta innebär att överlåtelser till större belopp alltid kräver beslut av regionfullmäktige för att vara giltiga (5 kap. 1 § kommunallagen). Regionen har vid avyttring av tillgångar också att beakta kommunallagens principer om en god ekonomisk hushållning och förvaltning av regionens medel (11 kap. 1 och 2 §§ kommunallagen).

Principer för övertagandet

En särskild fråga att ta ställning till är villkoren för överlåtelser av fastigheter och andra tillgångar från regionerna till staten, och i vilken utsträckning det är rimligt att regionerna eller regionmedlemmarna kompenseras för övertagna tillgångar. Vissa regioner har

gjort stora investeringar i sjukhusfastigheter och har skulder knutna till detta. I andra regioner finns stora investeringsbehov. Det regionen har investerat i en sjukvårdsfastighet stämmer inte alltid överens med marknadsvärdet. Vissa stora investeringar kommer därför inte kompenseras för även om regionen ersätts med marknadsvärdet. På motsvarande sätt kan det i andra regioner finnas sjukhusfastigheter som inte varit föremål för investeringar i nutid men som av olika skäl har ett högt marknadsvärde.

Frågan är alltså hur ett övertagande ska ske på ett rättvist sätt och med en rättvis kompensation. Det förefaller också märkligt att kompensera regionerna fullt ut för övertagande av hälso- och sjukvårdens fastigheter om regionerna inte längre ska bedriva verksamhet i någon större utsträckning. Någon form av princip för övertagandet måste i vart fall fastslås och vad som är rimligt beror till stor del på hur regionernas fortsatta ansvarsområden ska se ut.

Det finns ett antal exempel på övertagande av fastigheter i samband med tidigare huvudmannaskapsreformer. I samband med att staten i början av 1990-talet övertog tvångsinstitutionerna för ungdomar och missbrukare övervägdes hur övertagande av fastigheter skulle gå till. Utredningen av tvångsinstitutionerna för ungdomar och missbrukare (SOU 1992:18) diskuterade vissa vägledande principer för förhandlingar med den statliga huvudmannen och berörda landsting och kommuner. Utredningen konstaterade att vid den tidigare huvudmannaskapsförändringen år 1983 hade staten överlåtit vissa ungdomsvårdsskolor till berörda landsting och kommuner utan krav på ersättning. Landsting och kommuner ansågs inte ha rätt till kompensation för fastigheter som staten överlåtit utan ekonomisk kompensation, och inte heller i den mån de kompenserats för fastighetsinvesteringar genom tidigare statsbidrag. Den ekonomiska förhandlingen mellan staten och de tidigare huvudmännen skulle då syfta till att reglera nuvarande huvudmäns oavskrivna investeringar.[16]

Ett annat exempel på övertagande av fastigheter vid huvudmannaskifte är den så kallade Ädelreformen då kommunerna övertog ansvaret för viss hälso- och sjukvård från dåvarande landstingen. Ett antal sjukhem som drevs i landstingens regi skulle efter reformen omfattas av kommunernas ansvar. Regeringen föreslog då att huvudmännen i första hand lokalt skulle komma överens om den

[16] SOU 1992:18, *Tvångsvård i socialtjänsten* s. 188 f.

ekonomiska reglering som följer av de förändrade förhållandena vad gäller fastigheter. Om inte kommunen och landstinget kunde komma överens om en överlåtelse av fastigheten eller ett hyresavtal med andra villkor skulle den nya huvudmannen ha rätt att under en övergångsperiod hyra lokalerna mot en fastställd kostnad per kvadratmeter. Under denna övergångsperiod hade de tidigare huvudmännen möjlighet att överväga en annan användning av lokalerna i andra delar av sin verksamhet, och de nya huvudmännen hade möjlighet att hitta nya alternativ för sin lokalförsörjning.[17]

I samband med att Karolinska sjukhuset övergick i regional regi träffades överenskommelse mellan staten och Stockholms läns landsting. Staten företräddes i förhandlingarna av Statens förhandlingsnämnd. Nämnden ingick ett antal olika avtal med landstinget, bland annat avtal i fråga om överlåtelse av fast egendom. Överenskommelsen villkorades med att efterföljande politiska beslut fattades. Sjukhusets mark, byggnader och utrustning överlämnades utan vederlag till Stockholms läns landsting, som till följd av tidigare träffade överenskommelser bidragit till kostnaderna för fastigheterna.[18] Samma förfarande vidtogs i samband med att Akademiska sjukhuset i Uppsala övergick i regional regi. Landstinget hade i viss mån bidragit till byggnads- och utrustningskostnader enligt tidigare avtal och fastigheterna överläts utan vederlag. Särskilda överenskommelser träffades för de byggnader som var under uppförande.[19]

Tvångsvisa förvärv

För det fall att staten och regionerna inte kan komma överens om villkoren för fastighetsöverlåtelse av hälso- och sjukvårdsfastigheter och annan vårdinfrastruktur skulle man som en sista utväg kunna tänka sig att fastigheterna förvärvas av staten genom tvång. Det finns olika lagstiftning som möjliggör tvångsvisa förvärv. Fastighet, som tillhör annan än staten, får exempelvis tas i anspråk genom expropriation enligt expropriationslagen (1972:719).

[17] Prop. 1990/91:14, *om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m. m.* s. 117 f.
[18] Prop. 1980/81:95, *om ändrat huvudmannaskap för Karolinska sjukhuset, m.m.* s. 6 och s. 51 ff.
[19] Prop. 1981/82:145, *om ändrat huvudmannaskap för akademiska sjukhuset i Uppsala, m.m.* s. 29.

Genom expropriation får även särskild rätt till fastighet upphävas eller begränsas, om rättigheten tillkommer annan än staten (1 § expropriationslagen).

Vid tvångsförvärv måste bestämmelsen om egendomsskydd i 2 kap. 15 § RF iakttas. Enligt bestämmelsen är vars och ens egendom tryggad genom att ingen kan tvingas avstå sin egendom till det allmänna eller till någon enskild[20] genom expropriation eller något annat sådant förfogande eller tåla att det allmänna inskränker användningen av mark eller byggnad. Egendomsskyddet är emellertid inte absolut utan egendom får tas i anspråk av det allmänna om det krävs för att tillgodose *angelägna allmänna intressen*. RF garanterar dock att den som tvingas avstå sin egendom ska vara tillförsäkrad full ersättning för förlusten (2 kap. 15 § andra stycket RF).

I Fri- och rättighetskommitténs delbetänkande *Fri- och rättighetsfrågor* (SOU 1993:40) diskuteras om kommuner kan anses garanterade rätt till ersättning till följd av RF:s egendomsskydd om staten vill expropriera deras mark. Det var enligt kommittén svårt att finna att bestämmelsens ordalydelse gav något stöd för en sådan hållning. Med hänvisning till uppfattning i doktrinen[21] angavs att det avgörande för om bestämmelsen är tillämplig är om det rättssubjekt som drabbas av ingreppet framstår som fristående från staten eller från kommun av något slag. Skyddet torde dock om-

[20] Bestämmelsen är tillämplig också i fråga om juridiska personer, se SOU 1993:40, *Fri- och rättighetsfrågor: delbetänkande* Del A s. 43 f., 233, prop. 1975/76:209, *om ändring i regeringsformen* s. 141 och prop. 1993/94:117, *Inkorporering av Europakonventionen och andra fri- och rättighetsfrågor* s. 48.

[21] Den doktrin som åsyftas är Bertil Bengtssons bok från 1986 *Ersättning vid offentliga ingrepp.* Bengtsson resonerar i sin bok om vem som omfattas av egendomsskyddet. Lagstiftningen inbegrep utan tvekan juridisk person. Det kunde dock knappast antas att regeln garanterar statens rätt. Möjligen kunde kommuner, landsting och kyrkliga rättssubjekt anses garanterade ersättning men detta var enligt Bengtsson svårt att förena med formuleringen. Det avgörande torde enligt Bengtsson bli om ett rättssubjekt framstår som fristående från staten och från kommunen. Vad angår kommunägda aktiebolag verkar de enbart i allmänt intresse och skyddsbehovet måste enligt Bengtsson anses begränsat. Formellt utgör de dock privata rättssubjekt. Detta talade enligt Bengtsson för att statsägda bolag skulle vara skyddade mot kommunen och kommunägda bolag skyddade mot staten, något som i vart fall inte skulle strida mot lagtexten. Kommunägda bolaget skulle i vart fall inte vara förhindrade att hänvisa till paragrafen som uttryck för en allmän ersättningsprincip, om det uppstår konflikt. Bengtsson uttalar samtidigt att det inte skulle vara fråga om en bindande regel för lagstiftaren, utan vägledning vid bedömningen av ett lagförslag och för domstolarna i händelse av konkret tvist. Se Bengtsson, Bertil *Ersättning vid offentliga ingrepp 1*, Nordstedts, Lund 1986. Vid efterföljande lagstiftningsarbete har uttrycket *medborgare* ersatts med *var och en* för att tydliggöra att egendomsskyddet gäller lika för svenska medborgare och andra som vistas här. Någon ändring i sak var inte avsedd och frågan om kommunala och regionala bolags ställning i fråga om egendomsskyddet diskuteras inte, se prop. 2009/10:80, *En reformerad grundlag* s. 253.

fatta allmännyttiga stiftelser, även om de gynnas av stat eller kommun. Vidare, uttalades i betänkandet, ”måste statliga och kommunala bolag omfattas av bestämmelsen eftersom de formellt är privata rättssubjekt”.[22]

Sekretariatet har inte hittat någon senare rättsvetenskaplig diskussion i frågan och inte heller några rättsfall. Det är därför svårt att dra några säkra slutsatser av uttalandena i SOU 1993:40. Avsaknad av diskussion och tvister i domstol talar dock för att frågan inte fått någon praktisk betydelse. Konsekvenserna av att även regionala bolag skulle omfattas av egendomsskyddet i 2 kap. 15 § RF är att ett tvångsvist övertagande av sådana tillgångar måste kompenseras med marknadsmässig ersättning. Detta begränsar möjligheten att med tvång överta egendom från ett regionalt bolag utan full kompensation. Regionerna som sådana torde dock inte skyddas av bestämmelsen. Regionala bolag bör därmed i sin helhet kunna bli föremål för tvångsvisa förvärv utan att hänsyn tas till grundlagens egendomsskydd. Den eventuella problematiken uppstår alltså bara om det finns tillgångar i regionala bolag som staten vill överta, utan att ta över hela bolaget.

Förköpsrätt

Även bestämmelser om förköpsrätt kan aktualiseras. Förköp innebär till skillnad från expropriation att staten köper först när regionen vill sälja – förköpsrätt förhindrar alltså att regionen kan sälja till någon annan. Utredningen *En ny förköpslag* har nyligen utrett frågan förköpsrätt för stat och kommuner utifrån bland annat totalförsvarsintressen. Slutsatserna presenteras i betänkandet *Digitala fastighetsköp & Förköpsrätt vid fastighetstransaktioner* (SOU 2024:38).

I betänkandet *Statens ansvar för skolan – ett besluts- och kunskapsunderlag (*SOU 2022:53) resoneras om att det (vid ett statligt huvudmannaskap för skolan) vid sidan av staten kan finnas andra aktörer som är intresserade av att hyra eller köpa kommunens skolfastigheter. Det gäller inte minst enskilda huvudmän. Kommuner kan också ha ett intresse av att sälja av sitt bestånd av skolfastigheter inför ett förändrat huvudmannaskap. För att säkerställa att

[22] SOU 1993:40, *Fri- och rättighetsfrågor: delbetänkande* s. 44.

den allmänna skolan kan utföra sitt uppdrag, bör staten enligt utredningens bedömning ges företräde till de kommunala lokalerna.[23]

Övrig vårdinfrastruktur

Övrig vårdinfrastruktur så som fordon samt utrustning för diagnostik och behandling är svårare att överblicka men möjligen enklare att hantera. Upphandlingar sker löpande och ett sådant ansvar kan övergå till en statlig aktör. Vad gäller ersättning vid ett statligt övertagande kan samma princip tillämpas som vid fastighetsövertagandet.

Övriga tillgångar och skulder

Vid sidan av de tillgångar och skulder som kan hänföras till fastighetsinnehav och övrig vårdinfrastruktur, har regionerna tillgångar bland annat i form av värdepapper och skog. De har även omfattande skulder kopplat till förmånsbaserade pensioner (se avsnitt 5.4 nedan). Hur dessa tillgångar och skulder ska hanteras är en stor och komplex fråga som måste utredas i särskild ordning. Bedömningar och slutsatser är beroende av hur stor del av regionernas ansvar för hälso- och sjukvården som ska tas över av staten och hur regionernas fortsatta ansvar ska se ut.

5.4 Hälso- och sjukvårdens personal

Ett helt statligt huvudmannaskap innebär att regionalt anställd hälso- och sjukvårdspersonal kommer att övergå i statlig anställning när staten övertar tillhandahållar- och verksamhetsansvaren. Bytet av arbetsgivare innebär att frågor om arbetsvillkor samt pensions- och försäkringsfrågor måste hanteras i särskild ordning. Reformen kan förväntas leda till flera olika konsekvenser för hälso- och sjukvårdens personal och för arbetsmarknadens parter.

[23] SOU 2022:53, *Statens ansvar för skolan – ett besluts- och kunskapsunderlag*, s. 981.

Det arbetsrättsliga regelverket

Det arbetsrättsliga området består av ett stort antal lagar som reglerar anställnings- och arbetsvillkor samt förhållandet mellan arbetsmarknadens parter. Ett utmärkande drag för det svenska arbetsrättsliga systemet är inslaget av semidispositiva regler i lagstiftningen kombinerat med arbetsmarknadsorganisationernas ställning. Att en regel är semidispositiv innebär att den kan avtalas bort genom kollektivavtal men inte genom avtal direkt mellan arbetsgivare och arbetstagare. Kollektivavtalet blir därmed ett kraftfullt instrument och gör den svenska modellen flexibel där olika villkor kan gälla för olika sektorer, samtidigt som den ger förutsättningar för långsiktighet.[24]

Den arbetsrättsliga lagstiftningen gäller i regel för offentligt anställda om inte något annat följer av lag eller föreskrift som meddelats med stöd av lag. Offentliganställda omfattas därmed av en kombination av civilrättsliga, arbetsrättsliga och offentligrättsliga regler. Tidigare fanns stora skillnader mellan anställningar i privat och offentlig sektor, men dessa har minskat över tid genom reformer och lagstiftning. Det finns dock fortfarande viss särreglering betingad av den offentliga verksamhetens särskilda natur.

I 12 kap. RF finns vissa grundläggande bestämmelser om statligt anställda (5–7 §§). Reglerna i RF kompletteras av lagen (1994:260) om offentlig anställning, LOA, och av lagen (1994:261) om fullmaktsanställning. Det finns även anslutande regler i anställningsförordningen (1994:373). För rättsförhållandet mellan arbetsgivare och arbetstagare på det regionala området finns inte något offentligrättsligt regelsystem motsvarande det som gäller det statligt reglerade området, även om vissa av LOA:s föreskrifter även gäller arbetstagare hos kommuner, regioner och kommunalförbund (2 § LOA). För samtliga offentliganställda gäller exempelvis reglerna om bisysslor i LOA, vilka anger ett uttryckligt förbud mot förtroendeskadliga bisysslor. Bestämmelsen bidrar till att uppfylla kravet enligt 1 kap. 9 § RF att alla myndigheter, statliga eller kommunala, som fullgör uppgifter inom den offentliga förvaltningen ska iaktta saklighet och opartiskhet i sin verksamhet.[25]

[24] Mats Glavå och Mikael Hansson, *Arbetsrätt*, digital version av verket som gavs ut av Studentlitteratur 2023 (JUNO) s. 66 ff.
[25] Prop. 2000/01:147, *Offentliganställdas bisysslor* s. 17.

Exempel på särskild ordning som enbart gäller statsanställda är att statliga myndigheters beslut om tjänstetillsättningar kan överklagas av den som anser sig vara bättre meriterad för tjänsten (21 § anställningsförordningen). En sådan överklagan prövas av Statens överklagandenämnd (eller av Överklagandenämnden för högskolan för tjänster på universitet och högskolor). Det är inte möjligt att angripa ett regionalt anställningsbeslut på annat sätt än genom laglighetsprövning.[26] En annan skillnad är att det för statliga myndigheter finns ett författningsreglerat krav på att annonsera ut lediga tjänster (6 § anställningsförordningen). Motsvarande rättslig reglering finns inte för regionala och kommunala arbetsgivare. Det kan dock finnas överenskommelser i kollektivavtal som medför en sådan plikt.

Mot bakgrund av att statligt och regionalt anställda omfattas av delvis olika regelverk måste konsekvenser analyseras och den rättsliga regleringen ses över i samband med en huvudmannaskapsreform.

Avtalsslutande parter inom offentlig sektor

Det är Arbetsgivarverket som utför förhandlingsarbete för statliga myndigheter samt enligt huvudregeln företräder dem i arbetstvister (1 § förordningen [2007:829] med instruktion för Arbetsgivarverket och 2 § förordningen [1976:1021] om statliga kollektivavtal, m.m.). Arbetsgivarverket är avtalsslutande part på arbetsgivarsidan, och har möjlighet att delegera uppgiften (3 § förordningen [1976:1021] om statliga kollektivavtal, m.m.) Till exempel får myndigheter i stor utsträckning sluta lokala kollektivavtal om anställningsvillkor. Dessa lokala avtal ska ha stöd i ett centralt avtal som är slutet av Arbetsgivarverket eller i en delegering direkt från Arbetsgivarverket.[27]

De statliga kollektivavtalen har sin grund i 1965 års förhandlingsrättsreform, då den offentligrättsliga regleringen av anställningsvillkoren ersattes av ett privaträttsligt förfarande. Reformen innebar att en allmän förhandlings- och konflikträtt för statstjänstemännen infördes och att avtalsfrågorna flyttades från Regeringskansliet till

[26] Prop. 1997/98:179, *Lag om förbud mot diskriminering i arbetslivet av personer med funktionshinder* s. 25 och JO:s beslut den 19 oktober 2009, JO dnr 448-2008.
[27] SOU 2022:53 *Statens ansvar för skolan – ett besluts- och kunskapsunderlag* s. 511.

en nybildad stabsmyndighet, Statens avtalsverk (SAV). SAV fick med stöd av författning bland annat rätt att förhandla om och teckna kollektivavtal i statens namn. I samband med reformen tecknade staten avtal med fyra organisationer genom det så kallade Slottsbacksavtalet. Det ansågs att förhandlingsarbetet på statlig nivå skulle försvåras om ett stort antal föreningar skulle uppträda som motpart.[28] Samtidigt som arbetsgivarrollen på detta sätt blev tydligare växte efter hand starka motparter fram på den fackliga sidan.[29]

Arbetsgivarverket tecknar än i dag endast avtal med arvtagarna till de arbetstagarparter som slöt det ursprungliga huvudavtalet.[30] Det har tidigare funnits krav från enskilda fackförbund som är verksamma i staten att få egen partsställning gentemot Arbetsgivarverket, men verket har inte ansett sig ha i uppdrag att sluta sådana kollektivavtal.[31] Det finns dock inga regler om ”auktoriserade” fackföreningar på statens område.

I den kommunala sektorn är det arbetsgivarorganisationerna Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) samt Sobona – de kommunala företagens arbetsgivarorganisation – som sluter kollektivavtal med flera olika motparter beroende på vilka yrkesgrupper det handlar om. Formellt sett tecknar SKR och Sobona huvudöverenskommelser (HÖK) med förhandlingsorganisationerna på arbetstagarsidan. Dessa ligger sedan till grund för de lokala kollektivavtal som tecknas i varje region. Jämfört med partsställningen på det statliga området är det fler arbetstagar-organisationer som har centrala kollektivavtal på det regionala och kommunala området.

På hälso- och sjukvårdens område finns en mycket stor mängd lokala avtal i regioner och kommuner. En övervägande del av dessa avtal handlar om varianter av arbetstidsförkortning och ersättning för detta (i pengar och tid) och det finns stora ekonomiska värden i

[28] Prop. 1965:60, *Kungl. Maj.ts proposition till riksdagen angående reform av de Offentliga tjänstemännens förhandlingsrätt m. m* s. 124 f.
[29] För en beskrivning av utvecklingen se SOU 2002:32, *Den arbetsgivarpolitiska delegeringen i staten – en samlad utvärdering* s. 188 ff.
[30] Det betyder att Arbetsgivarverket tecknar så kallade ramavtal med förhandlings-organisationerna OFR/S,P,O (som sluter avtal för de med facklig hemvist i bland annat ST, Polisförbundet, Lärarförbundet och Vårdförbundet), Seko (vilket är ett LO-förbund som organiserar bland annat medarbetare i den statliga ungdomsvården, elevassistenter, lokalvårdare och vaktmästare) samt Saco-S (som sluter avtal för akademiker i staten med facklig hemvist i 19 Sacoanslutna förbund. Exempel på Sacoanslutna förbund är Fysioterapeuterna, Lärarnas Riksförbund, Sveriges Psykologförbund, Sveriges läkarförbund och Sveriges Farmaceuter).
[31] SOU 2022:53, *Statens ansvar för skolan – ett besluts- och kunskapsunderlag* s. 512.

avtalen. De lokala kollektivavtalen är sinsemellan olika och ingen har i dag någon överblick. Avtalen är väl anpassade för den lokala verksamheten och det kan handla om väldigt små grupper av anställda. Kommuner och regioner har också en för verksamheten anpassat avtalsutbud när det gäller tjänstepension och avtalsförsäkringar.[32]

Verksamhetsövergång

Förfarandet vid så kallad verksamhetsövergång (övergång av en verksamhet eller en del av en verksamhet från en arbetsgivare till en annan) är reglerat i lagen (1982:80) om anställningsskydd, LAS. En verksamhetsövergång innebär att ett företag, en verksamhet eller en del av en verksamhet övergår från en arbetsgivare till en annan. Det finns särskilda skyddsregler för de anställda i en sådan situation (6 b § LAS). Bestämmelserna har sin grund i EU-rätt och bedömningen av vad som är en verksamhetsövergång görs utifrån de så kallade Spijkerskriterierna.[33]

Reglerna om verksamhetsövergång gäller även om bara en del av verksamheten överlåts, förutsatt att den överlåtna delen är en självständig ekonomisk enhet som kan särskiljas från den övriga verksamheten.[34] Arbetsdomstolen har uttalat att någon särskild ordning för verksamhetsövergång inte gäller vid byte av huvudmannaskap inom den offentliga verksamheten.[35] För att ett sådant byte ska ses som en övergång av verksamhet krävs alltså att det föreligger identitet enligt de allmänna kriterier som gäller för övergång av verksamhet. För att en verksamhetsövergång ska ske krävs att det sker en övergång mellan två rättssubjekt. Om endast aktierna i ett bolag säljs sker ingen verksamhetsövergång eftersom aktiebolaget fortfarande är arbetsgivare.

Vid en verksamhetsövergång övergår anställningsavtalen automatiskt till den nya arbetsgivaren. Detta sker vid tidpunkten för övergången och kan inte skjutas upp. Den nya arbetsgivaren tar

[32] Information som framkommit i samtal med Sveriges Kommuner och Regioner, Vårdförbundet och Läkarförbundet.
[33] EU-domstolen i Spijkers-domen nr 24/85, 1986 ECR 1119.
[34] AD 2013 nr 47.
[35] Se AD 1998 nr 121 som gällde övergång av en viss verksamhet som hade bedrivits av den statliga lantmäterimyndigheten till en kommun. Se även AD 1999 nr 21 som gällde övergång av förvar av utlänningar från landets polismyndigheter under Rikspolisstyrelsen till Statens Invandrarverk.

över som arbetsgivare och blir bunden av samma avtalsvillkor som den tidigare arbetsgivaren, till exempel vad gäller lön och semester. Däremot tar den nya arbetsgivaren inte över ansvaret för ålders-, invaliditets- och efterlevandeförmåner (6 b § tredje stycket LAS).[36] Den nya arbetsgivaren tar över skyldigheten att betala pensionspremier för tiden efter överlåtelsen som kan följa av det enskilda anställningsavtalet eller ett tillämpligt kollektivavtal. Den tidigare arbetsgivaren är ansvarig gentemot arbetstagaren för intjänad lön och andra ekonomiska förpliktelser som hänför sig till tiden före övergången. Om den tidigare arbetsgivaren är bunden av ett kollektivavtal, gäller detta avtal även för den nya arbetsgivaren efter övergången, om inte den nya arbetsgivaren redan är bunden av ett annat kollektivavtal som kan tillämpas på de anställda som följer med (28 § första stycket lag [1976:580] om medbestämmande i arbetslivet, MBL). När arbetstagares anställningsavtal och anställningsförhållanden har övergått till en ny arbetsgivare är den nya arbetsgivaren skyldig att under ett år från övergången tillämpa anställningsvillkoren i det kollektivavtal som då gällde för den tidigare arbetsgivaren (28 § tredje stycket MBL).

Praktiska skäl talar för att hålla så kallade inrangeringsförhandlingar inför en verksamhetsövergång. Dessa förhandlingar sker mellan den nya arbetsgivaren och de fackliga organisationer som är parter i den tidigare arbetsgivarens kollektivavtal. Syftet är att hantera övergången av de anställda och att den nya arbetsgivaren ska sluta ett särskilt kollektivavtal med de fackliga organisationerna.[37]

Arbetstagaren har rätt att motsätta sig en övergång av anställningen, men risken är då att den anställde sägs upp på grund av arbetsbrist. Den som motsätter sig en övergång behandlas enligt vanliga regler i LAS om turordning och omplacering.

Tjänstepensioner

Tjänstepensionen är den del av pensionen som betalas av arbetsgivaren och bestäms i kollektivavtal eller i personliga avtal direkt mellan arbetstagaren och arbetsgivaren. Alla som arbetar inom stat,

[36] Se prop. 1994/95:102, *Övergång av verksamheter och kollektiva uppsägningar* s. 47.
[37] Sveriges Kommuner och Regioner (2015), *PM om verksamhetsövergång*.

kommun och region har tjänstepension via kollektivavtalen. Informationen i detta avsnitt har till största del inhämtats från SKR och Vårdförbundet.

Det finns två typer av tjänstepensioner – premiebestämd pension och förmånsbestämd pension. I den första avsätts en premie till en pensionsförsäkring. Hur mycket pengar som sätts in samt avkastningen avgör hur mycket arbetstagaren får i pension. I den andra, den förmånsbestämda pensionen, bestäms pensionen av lönen i slutet av arbetslivet tillsammans med antalet år i samma pensionsavtal. Ett förmånsbaserat pensionsavtal premierar lång och trogen tjänst hos en och samma arbetsgivare men gör det också svårt att byta arbetsgivare. Vissa pensionsavtal innehåller både premiebestämd och förmånsbestämd pension. Som regel får äldre generationer större del av pensionen som förmånsbestämd medan yngre har enbart premiebestämd. Var åldersgränsen går ser olika ut i olika avtal.

Anställda i regioner omfattas av framför allt två kollektivavtalade pensionsavtal. De flesta medarbetare omfattas av pensionsavtalet AKAP-KR som är ett premiebestämt pensionsavtal. Pensionsavtalet kan jämföras med det statliga pensionsavtalet PA-16 avdelning 1. Det gamla pensionsavtalet, KAP-KL, är delvis förmånsbestämt och kan jämföras med det statliga pensionsavtalet PA-16 avdelning 2. AKAP-KR gäller sedan den 1 januari 2023 för alla regionalt anställda oavsett födelseår. En mindre andel medarbetare har valt att stanna i det gamla pensionsavtalet, KAP-KL.

När det gäller den statliga sektorn omfattas alla födda 1988 och senare av PA16 avd. I. En fråga att ta ställning till blir därför om avtalstillhörighet i den statliga anställningen ska bestämmas utifrån födelseår eller utifrån vilken avtalstyp individen lämnar. Det blir olika konsekvenser för de arbetstagare som går från en premiebestämd pensionsförsäkring till en annan premiebestämd pensionsförsäkring, eller en förmånsbestämd pensionsförsäkring. Om samma åldersuppdelning ska ske som finns i de statliga avtalen kommer de födda före 1988 att föras över från helt premiebestämt till ett förmåns- och premiebestämt pensionssystem. Den som byter från ett förmånsbaserat pensionsavtal till ett premiebaserat kan på olika sätt kompenseras, genom exempelvis en högre pensionsinbetalning. Vid övergång från ett förmånsbaserat till ett annat förmånsbaserat avtal

kan man tänka sig att den regionala och den statliga tjänstetiden slås ihop.

Bruklig hantering vid verksamhetsövergång till eller från kommuner och regioner är att medarbetaren kan välja att omfattas av de tidigare pensionsavtalet/villkoren under 12 månader. De medarbetare som inte är arbetsföra gynnas i regel inte av ett byte av pensionsavtal. Denna grupp måste särskilt beaktas vid ett statligt övertagande av personal. Medarbetare som inte är arbetsföra och medarbetare äldre än 60 år kan kvarstå i det tidigare pensionsavtalet/avtalsförsäkringspaketet eftersom dessa inte gynnas vid ett byte av pensionsavtal.[38]

Regionerna har omfattande pensionsskulder relaterade till de förmånsbestämda pensionerna. Regionerna har också tillgångar, i form av bland annat aktier och andra långsiktiga investeringar, för att kunna täcka pensionskostnaderna. Vid ett statligt huvudmannaskap måste en samlad pensionsskuld på cirka 350 miljarder kronor hanteras.

5.5 Genomförandeplan – helt statligt huvudmannaskap

I nedanstående avsnitt beskrivs komponenter i införandet av ett helt statligt huvudmannaskap som bedömts vara centrala.

Politiska beslut och rättsliga reformer

Genomförandet kräver politiska ställningstaganden och rättsliga reformer av olika slag, varav några av de mest centrala beskrivs nedan.

Politiska ställningstaganden

Genomförandet av en huvudmannaskapsreform måste inledas med att ställning tas till flera principiellt viktiga frågor som inte enbart berör hälso- och sjukvården utan även andra delar av samhället. Ställ-

[38] Uppgifter från Sveriges Kommuner och Regioner som delgetts Vårdansvarskommittén muntligt och i skrift.

ningstaganden måste tas till hur maktförhållandet mellan stat och region ska se ut samt till regionernas fortsatta roll. Regionernas fortsatta roll och ansvar är avgörande för hur personal, tillgångar och skulder ska tas om hand. Det är angeläget att också ta ställning till hur kommunal hälso- och sjukvård påverkas av en huvudmannaskapsreform och vilka åtgärder som behöver vidtas. Detsamma gäller vad som bör ske med den tandvård som regionerna ansvarar för i dag. Vidare måste skattesystemet reformeras, skatteväxlingar genomföras och i samband med det måste det kommunala utjämningssystemet ses över. Reformen förutsätter en bred politisk enighet och att resurser avsätts för reformen, även på lång sikt.

Den konstitutionella rätten

Vid ett helt statligt huvudmannaskap för all hälso- och sjukvård försvinner hela regionernas nuvarande ansvar för hälso- och sjukvården. Att på detta sätt lyfta bort ett ansvarsområde från regionerna behöver inte i sig vara ett ingrepp i den kommunala självstyrelsen och inte heller strida mot RF:s övriga principer, förutsatt att regionerna fortsatt finns kvar. Tvärtom är RF medvetet flexibel på så sätt att det ska vara möjligt att förändra regionernas ansvarsområden utan att behöva göra grundlagsändringar (se avsnitt 2.2).

Det måste dock beaktas att det i regeringsformens inledande paragraf anges att offentlig makt förverkligas genom bland annat kommunal självstyrelse. Av grundlagen framgår också att det ska finnas kommuner på såväl lokal som regional nivå. Hälso- och sjukvård är i dag regionernas största verksamhet och om regionerna inte längre ska ansvara för denna kan det hävdas att det har skett en väsentlig förändring av maktfördelningen mellan den statliga och den regionala nivån. Även om ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården inte står i strid med RF:s ordalydelse, och att någon grundlagsändring i formell mening därmed inte krävs, måste grundlagens intention i ovanstående avseenden beaktas. Om regionernas ansvar och uppgifter förändras på ett genomgripande sätt utan en föregående grundlagsändring kan det betraktas som ett sätt att ”runda” grundläggande principer om dels ansvarsfördelning mellan den statliga och den regionala nivån, dels hur den offentliga makten utövas i samhället. En grundlagsändring kan därför ändå övervägas i

syfte att bekräfta den politiska enigheten om regionernas fortsatta roll. I stället för en grundlagsändring kan ett tydligt ställningstagande genom ett inriktningsbeslut i riksdagen bekräfta den politiska enigheten i frågan om regionernas fortsatta roll och maktfördelningen mellan stat och region.

Det är också fullt möjligt att i stället för hälso- och sjukvård ge regionerna andra och helt nya arbetsuppgifter och befogenheter. Ansvarskommittén förde i sitt slutbetänkande till exempel resonemang om ett regionalt huvudmannaskap för gymnasieskolan och gymnasial vuxenutbildning.[39] Om regionerna skulle tillföras nya uppgifter skulle inte maktförhållandet mellan den statliga och den regionala nivån utmanas på samma sätt. Det har inte ingått i kommitténs uppdrag att överväga och föreslå sådana alternativa arbetsuppgifter för regionerna.

Finansieringen

Vid ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap kommer regionerna inte längre att ta ut skatt för den verksamhet som övergår till staten. I stället måste staten i motsvarande grad utöka sitt skatteuttag. Det krävs alltså en så kallad skatteväxling från regionerna till staten. Även det kommunala utjämningssystemet måste ses över och det finns skäl att samtidigt utreda förutsättningarna för finansiering av vården via andra skattebaser än förvärvsinkomst, i syfte att öka hållbarheten i finansieringen. En sådan förändring skulle vara mycket omfattande eftersom uppemot 90 procent av regionernas nuvarande kostnader avser hälso- och sjukvård. Förändringen skulle även väcka frågan om hur regionernas övriga ansvarsområden då skulle finansieras.

Det kan konstateras att ett statligt huvudmannaskap och därmed statlig finansiering skulle innebära en mycket stor skattereform med omfattande effekter långt utanför hälso- och sjukvårdens område vilket behöver belysas i särskild ordning. Ett helt statligt huvudmannaskap innebär som beskrivits på andra ställen i underlagsrapporten att hälso- och sjukvården finansieras genom statsbudgeten och omfattas av det finanspolitiska ramverket. Under år 2023 uppgick regionernas totala kostnader till 469 miljarder

[39] SOU 2007:10, *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*, s. 215.

kronor. Av dessa avsåg 88 procent, eller drygt 412 miljarder kronor, hälso- och sjukvården.[40] Statsbudgetens utgifter 2023 omfattade enligt riksdagens rambeslut 1 665 miljarder kronor.[41] Kostnaderna för hälso- och sjukvården uppgår därmed till omkring 25 procent av statsbudgeten. Ett helt statligt huvudmannaskap innebär således en kraftig utökning av statens budget och ett ansvar att hantera en mycket stor budgetpost.

Ansvarsfördelningen inom staten

Vid ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården måste beslut fattas om hur statens politiska, operativa och strategiska styrning ska utformas, och hur den politiska och administrativa makten ska fördelas. Exempel på frågor som på djupet måste belysas och hanteras vid fördelning av makt och ansvar i en statlig hälso- och sjukvårdsorganisation är:

- om det ska finnas lokal respektive politisk representation i en statlig organisation och hur denna representation i så fall ska utformas,
- om det ska finnas representation från patienter och anhöriga i en statlig organisation och hur denna representation i så fall ska utformas,
- hur beslutsbefogenheter ska se ut och regleras,
- vilken organisationsform som är mest lämplig,
- hur statens politiska, operativa och strategiska styrning av vården ska utformas,
- former för politiskt och juridiskt ansvarsutkrävande,
- vilket handlingsutrymme som ska lämnas till verksamhetsnivå och professioner.

[40] Sveriges Kommuner och Regioner, *Sektorn i siffror 2023*.
[41] Finansutskottets betänkande FiU 2022/23:FiU1, s. 3.

En statlig organisation för tillhandahållande av hälso- och sjukvård

De ansvarsområden som i dag faller på regionerna som huvudmän för hälso- och sjukvården måste överlämnas till en statlig hälso- och sjukvårdsorganisation i form av en eller flera statliga myndigheter. Hur den nya myndigheten ska ledas och styras, vilka mandat och vilket handlingsutrymme myndigheten ska ha samt hur arbetsordning och roller regleras måste utredas. Det måste också bedömas i hur stor utsträckning en hälso- och sjukvårdsmyndighet ska författningsregleras och i hur stor utsträckning myndigheten själv får bestämma sin organisation.

Prioriteringar inom hälso- och sjukvården ska ske enligt rättsligt reglerade etiska principer. Centralt är att den med de största behoven ska ges företräde till vården. Detta ställer bland annat krav på att den som fördelar resurser också rangordnar behoven hos patientgrupper och verksamheter. Vilken funktion i myndigheten som ansvarar för fördelning av resurser inom och mellan olika vårdområden och patientgrupper måste klarläggas. Den särskilda genomförandeorganisation som nämns ovan kan ansvara för att vidta de åtgärder som krävs för inrättandet av den nya myndigheten, till exempel besluta om myndighetens organisatoriska struktur samt principer för beslutsnivåer och beslutsbefogenheter.

En statlig hälso- och sjukvårdsorganisation ska kunna hantera alla de frågor som i dag hanteras av regionerna och inom regionernas samarbetsorgan. Förutom kapacitet att tillhandahålla och utföra vård måste det bland annat finnas funktioner för HR inklusive personalhanteringssystem, ekonomifrågor, digital infrastruktur och upphandling av läkemedel. Vissa funktioner för hälso- och sjukvården hanteras av regionerna i samverkan, ofta genom eller med stöd av SKR. SKR har ett eget kansli med anställd personal och även ett flertal helt eller delvis ägda bolag som bedriver arbete som är avgörande för hälso- och sjukvårdens funktion. SOS Alarm Sverige AB (som ägs tillsammans med staten) svarar för SOS-tjänsten i Sverige, Adda AB arbetar bland annat med att upphandla rekvisitionsläkemedel, Inera AB tillhandahåller 1177 och en rad tjänster och Equalis AB arbetar med kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården. Sådana för vården nödvändiga funktioner måste finnas också i en statlig organisation.

Det finns i dag vårdval inom primärvården - många regioner (särskilt region Stockholm) har också vårdval inom den specialiserade hälso- och sjukvården. Ytterligare regioner upphandlar specialiserad verksamhet enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU. Inom den specialiserade hälso- och sjukvården finns också den nationella taxan för läkare och fysioterapeuter. Ett statligt ansvar för att tillhandahålla och finansiera vård innebär att det behöver utarbetas en nationell process för hantering av frågor om vårdval och ersättningsmodeller.

Regeringskansliet måste ha kapacitet att hantera, styra och finansiera en mycket större stat och en ny stor sektor i staten. Här behövs ett stort analys- och utvecklingsarbete göras inom Regeringskansliet för att hitta en process och en organisation för den löpande styrningen av den eller de nya hälso- och sjukvårdsmyndigheterna.

Hälso- och sjukvårdsjuridiken

Det rättsliga reformarbetet bör inledas med en kartläggning av nuvarande hälso- och sjukvårdslagstiftning. Med tanke på mängden lagar och föreskrifter på området är detta kartläggningsarbete en omfattande uppgift. Vid införandet av ett helt statligt huvudmannaskap bör därför en utredning tillsättas med uppdrag att se över hälso- och sjukvårdsjuridiken i sin helhet och lämna nödvändiga författningsförslag för att anpassa den samlade hälso- och sjukvårdsjuridiken till ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården.

En betydande del av författningarna på hälso- och sjukvårdsområdet bör kunna stå kvar oförändrade förutsatt att de skyldigheter och befogenheter som regelverket ger uttryck för riktar sig till adressater som finns kvar vid ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap (till exempel vårdgivarna och professionerna). Mot bakgrund av att vårdgivaren har ett omfattande ansvar i nuvarande hälso- och sjukvårdslagstiftning är det av betydelse vilken aktör som är vårdgivare i en statlig hälso- och sjukvårdsorganisation och därmed ansvarig för de krav som riktar sig gentemot denne.

En arbetsrättslig översyn

Statligt och regionalt anställda omfattas av delvis olika regelverk och avtal. Konsekvenserna av detta behöver analyseras och den rättsliga regleringen ses över i samband med ett statligt övertagande av huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården.

Dataskydd och sekretesslagstiftning

En statlig sjukvårdsorganisation kan byggas upp som en enda myndighet eller som flera olika. I vilken utsträckning sekretess råder inom en myndighet är delvis en följd av myndighetens organisation och kommer att bero på vad som betraktas som självständiga verksamhetsgrenar (se 8 kap. 2 § OSL). Beroende på hur den statliga organisationen utformas måste överväganden göras om hur information ska delas och vilken elektronisk åtkomst som ska vara möjlig inom organisationen. Om i princip all patientdata i Sverige ska finnas i ett och samma journalsystem med samma personuppgiftsansvariga måste ställning tas till säkerheten kring uppgifterna. Det kan då övervägas om det krävs förtydliganden i patientdatalagen för att på så sätt stärka skyddet av den personliga integriteten.

Övertagande och förvaltning av hälso- och sjukvårdens fastigheter och annan vårdinfrastruktur vid ett helt statligt huvudmannaskap

Hur övertagandet av regionernas fastigheter och annan vårdinfrastruktur ska gå till vid införandet av ett helt statligt huvudmannaskap beror på flera olika faktorer. Här kan nämnas hur regionernas ägande ser ut, vilka slags fastigheter och tillgångar det är fråga om och om de enkelt kan ersättas med andra som kan utrustas för ändamålet eller om ett övertagande är nödvändigt. Regionernas fortsatta roll och ansvar har också stor betydelse. Någon form av princip för övertagandet måste dock fastslås. Det förefaller inte finnas något hinder mot att tillämpa expropriationslagstiftningen i relation till regionerna. Eftersom denna lagstiftning ställer krav på marknadsmässig ersättning kan det vara lämpligare med en särskilt instiftad lag, om inte förhandlingar mellan den

regionala och den statliga sektorn kan lösa övertagandet. Det är i nuläget svårt att bedöma de ekonomiska konsekvenserna för staten och regionerna när det gäller övertagande av fastigheter och andra tillgångar och skulder.

Ett helt statligt huvudmannaskap är ett stort åtagande för staten – både som projekterare och investerare i stora sjukvårdsfastigheter, och som ansvarig för drift och underhåll av en stor mängd vårdinrättningar. Staten måste hitta kapital för sådana investeringar och bygga upp en organisation för underhåll, alternativt upphandling, av sådana tjänster. Det finns en stor bredd i lokalbeståndet – från små vårdcentraler som kan inrymmas i vilka lokaler som helst – till stora sjukhusområden och det saknas i dag en nationell bild av hur lokalbeståndet ser ut.

Hälso- och sjukvårdssystemet är ett system som ska fungera i sin helhet. Det nationella perspektivet på sjukhusinvesteringar kan underlättas av ett statligt huvudmannaskap, men systemets funktion kräver också en god lokalkännedom. Sjukhus kan inte hyras på marknadsmässiga grunder och det bör därför övervägas att inrätta en särskild fastighetsförvaltande myndighet eller ett statligt bolag som ansvarar för ägande och förvaltning av hälso- och sjukvårdens fastigheter. Jämförelse kan göras med Fortifikationsverket som tillhandahåller byggnader och anläggningar till Försvarsmakten. Hur statens fastighetsförvaltning ska ske på hälso- och sjukvårdsområdet är en fråga som måste utredas vidare.

Övriga tillgångar och skulder

Regionerna har stora tillgångar i form av bland annat fastigheter, värdepapper och skog. Regionerna har också stora skulder kopplade till fastigheterna och till förmånsbaserade pensioner. Hanteringen av regionernas tillgångar och skulder är en stor och komplicerad fråga. Principer för statens övertagande av tillgångar och skulder måste fastslås och en ordning för övertagande beslutas. I vilken utsträckning ett övertagande av tillgångar ska kompenseras och hur det ska gå till är till stor del beroende av regionernas fortsatta roll och ansvar. Det är därför inte möjligt att inom ramen för kommitténs arbete ta ställning till principiella frågor om hur övertagandet ska gå till och om eventuell kompensation. Detta är en fråga

som måste utredas vidare i samband med en huvudmannaskapsreform.

Övertagande av hälso- och sjukvårdens personal vid ett helt statligt huvudmannaskap

Även om det finns en reglerad ordning för verksamhetsövergång krävs omfattande förhandlingar och en rad frågor måste hanteras vid genomförandet. Ett exempel är vilka organisatoriska enheter som ska inkluderas i verksamhetsövergången, det vill säga om även förvaltningens administrativa personal ska ingå i en verksamhetsövergång. Ett annat exempel är hur anställda i regionala bolag ska hanteras och om de ska omfattas av samma förfarande som anställda i nämndens förvaltning. Omplacering är normalt inte möjligt mellan organisationerna eftersom det är fråga om olika rättssubjekt.

Vid ett helt statligt huvudmannaskap rör det sig om i storleksordningen 300 000 anställda som byter arbetsgivare. Mängden medarbetare och yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården kan antas utgöra en faktor som medför behov av mer tid och mer resurser för överflyttningen jämfört med andra centraliseringsprocesser som genomförts inom staten (till exempel bildandet av Polismyndigheten). Det behövs en strukturerad process för förhandling mellan arbetsmarknadens parter och ett systematiskt överförande av medarbetare till den nya organisationen. Enligt tidigare praxis har en särskilt tillsatt genomförandekommitté ansvarat för den nya organisationens bemanning. Genomförandekommittén skulle representera staten vid MBL-förhandlingar med fackförbunden och ansvara för att ”placera in” personalen i den nya myndigheten. Även pensionsfrågan måste lösas.

Nya kollektivavtal måste tecknas mellan Arbetsgivarverket och de centrala parterna inom ramen för den svenska arbetsmarknadsmodellen. Det kan inte uteslutas att principerna som följer av 1965 års förhandlingsrättsreform måste omprövas. Från arbetsmarknadens parter framkommer farhågor om att ett statligt huvudmannaskap kan leda till sämre anpassade avtalsvillkor. Vid ett byte av huvudman behöver kollektivavtalen anpassas till en vidd av olika verksamheter och till lokala förutsättningar i olika delar av landet. I arbetet måste samtliga berörda parter i regional, privat och statlig

sektor involveras i dialog och konsekvensanalyser, här ingår på arbetstagarsidan både enskilda fackförbund och de förhandlingsorganisationer som i dag utgör part för flera yrkesgrupper.

Genomförandeplan med tidplan för ett helt statligt huvudmannaskap

Det finns flera alternativa vägar till att genomföra ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården och det kan göras stegvis på olika sätt. Tiden för genomförande kan variera men någon typ av stegvis införande är sannolikt lämpligt. Det bör också övervägas extra ekonomiska resurser under en omställningsperiod för att minska negativa konsekvenser för verksamheten och patienterna. Genomförandet av reformen skulle kunna leda till produktivitetstapp och minskad effektivitet under en genomförandefas.

Ett tänkbart tillvägagångssätt är att staten inledningsvis tar ett starkare system- och finansieringsansvar för olika områden eller frågor. Man kan också tänka sig att staten inledningsvis tar över ansvaret för ett visst vårdområde, så som den rättspsykiatriska vården, eller en viss funktion, så som den digitala infrastrukturen och styrningen av till exempel vilken information som ska kunna användas och utbytas i denna infrastruktur. Hur man lägger upp en genomförandeplan är till viss del beroende på vad som ska uppnås. Något som oavsett tillvägagångssätt måste finnas på plats i ett tidigt skede är en fungerande ledningsfunktion, administrativa verksamhetssätt och fungerande löneutbetalningar. Harmonisering av den digitala infrastrukturen är å andra sidan något som kan ske senare.

Anställda inom statliga myndigheter, i regionernas ledning, inom hälso- och sjukvårdsverksamhet, på Regeringskansliet och hos arbetsmarknadens parter kommer på olika sätt att behöva vara delaktiga i reformen. Resurser kommer att tas från hälso- och sjukvårdsverksamhet under den inledande fasen då man arbetar fram systemet. Det krävs inte bara resurser i form av pengar utan även personella resurser under lång tid för att genomföra reformen. Nya samverkansytor måste upparbetas och detta ställer krav på den statliga hälso- och sjukvårdsmyndigheten men även på andra aktörer så som tandvården och den kommunala hälso- och sjukvården.

Nedan i tabell 5.1 sammanfattas de olika tänkbara stegen för ett genomförande av en reform mot ett helt statligt huvudmannaskap i en tabell. Planen för genomförande ska enbart ses som ett exempel. Eftersom det inom ramen för kommitténs arbete inte varit möjligt att ta ställning till alla principiellt viktiga frågor som beskrivits ovan inleds genomförandeplanen med en sådan process. Det lämnas även utrymme för politisk diskussion och förankring av förslagen. Tiden från det att Vårdansvarskommittén lämnar sitt betänkande i juni 2025 till att implementeringsfasen kan påbörjas beräknas till 8–12 år, men tidsuppskattningen är förenad med betydande osäkerheter.

Tabell 5.1 Genomförandeplan i fem faser

Fas 1 – Inriktning
Vårdansvarskommittén lämnar sitt betänkande den 2 juni 2025.
Betänkandet remitteras och remissvar sammanställs.
Riksdagen fattar principbeslut om en framtida hälso- och sjukvårdsorganisation. Riksdagen bör även ta ställning till regionernas framtida roll och uppgifter.
Fas 2 – Fördjupad inriktning
Regeringen tillsätter en parlamentarisk kommitté, med uppdrag att ta ställning till hur en statlig hälso- och sjukvårdsorganisation ska utformas och regleras. Även befintliga myndigheters ansvarsområden måste se över och Regeringskansliets kapacitet att styra den statliga hälso- och sjukvårdsorganisationen måste utredas. Här aktualiseras en rad olika principiella frågor, exempelvis hur en modell för fördelning av resurser ska utformas och implementeras. En plan för utvärdering och riskanalys bör formuleras. Även en rad organisatoriska frågor aktualiseras så som hur myndighetens struktur bör se ut, hur ansvaret för forskning, innovation och utveckling ska regleras och hur upphandling av rekvisitionsläkemedel ska hanteras.
En parallell parlamentarisk kommitté kan se över den statliga hälso- och sjukvårdens finansiering, skatteväxlingar och behovet av reformering av det kommunala utjämningssystemet.
Betänkanden remitteras. Här finns utrymme för folklig och politisk förankring av inriktningsförslagen. Det finns även möjlighet att vid behov byta inriktning för reformen.
Förslagen behandlas på Regeringskansliet, av regeringen och i riksdagen.
Riksdagen tar ställning och fattar nödvändiga inriktningsbeslut.
Fas 3 – Skarpa förslag tas fram och beslutas
Den parlamentariska kommittén kan fortsätta sitt arbete, nu med uppdrag att lämna författningsförslag i enlighet med de principer som slagits fast. Alternativt tillsätts en ny utredning med uppdrag att lämna förslag i enlighet med principerna fastslagna av den parlamentariska kommittén. I kommitténs/utredningens uppdrag bör ingå att kartlägga hälso- och sjukvårdsjuridiken och lämna förslag på ny lagstiftning.
Även den andra parlamentariska kommittén kan fortsätta sitt arbete, nu med uppdrag att lämna skarpa författningsförslag om skatteväxlingar, om utjämningssystemet och finansiering i enlighet med de principer som tagits fram tidigare.

Samtidigt tillsätts utredningar, som kan vara parlamentariska, om hur regionernas tillgångar och skulder kan övergå i statens ägo samt om arbetsrättsliga frågor och staten som arbetsgivare på hälso- och sjukvårdsområdet. Arbetsmarknadens parter bör enskilt och i samråd med den arbetsrättsliga utredningen förbereda de åtgärder som måste vidtas av dem i samband med bemanningen av den nya hälso- och sjukvårdsmyndigheten.
Parallellt bör ett förankringsarbete ske hos hälso- och sjukvårdens personal och hos patienter.
Betänkanden remitteras. Här finns utrymme för folklig och politisk förankring av inriktningsförslagen. Det finns även möjlighet att vid behov byta inriktning för reformen.
Förslagen behandlas inom Regeringskansliet, av regeringen och i riksdagen.
Riksdagen fattar beslut om författningsändringar.
Fas 4 – Genomförandet förbereds
Genomförandekommittén tillsätts.
Kompletterande utredningar tillsätts för att hantera följdändringar i författningar.
En förhandlingsorganisation tillsätts för övertagande av fastigheter och andra tillgångar.
Befintliga myndigheter ges i uppdrag att förbereda anpassningen av deras verksamheter inför ett statligt huvudmannaskap.
Regionerna ges i uppdrag att avsluta och lämna över sin hälso- och sjukvårdsverksamhet till den statliga hälso- och sjukvårdsverksamheten.
Fas 5 – Genomförandet
Implementeringsfasen. Denna kan ske stegvis men det är svårt att just nu närmare beskriva denna fas. Det får i stället vara en uppgift för den eller de utredningar som tillsätts i syfte att utforma en statlig hälso- och sjukvårdsorganisation och ett anpassat juridiskt ramverk.

5.6 Genomförandeplan – delvis statligt huvudmannaskap

Ett delvis statligt huvudmannaskap påverkar inte maktförhållandet mellan stat och region i samma utsträckning som ett helt statligt huvudmannaskap eftersom regionerna i alla scenarier fortsatt kommer att ansvara för delar av hälso- och sjukvården. Det kan argumenteras för att en väsentlig reducering av regionernas ansvar gör att det blir svårare för regionerna att fördela om och prioritera bland de verksamheter som de framöver ska ha ansvar för och att detta i sig utgör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen.[42] Förändringarna måste då föregås av en proportionalitetsbedömning och en inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör inte gå

[42] Jämför resonemanget i SOU 2022:53, *Statens ansvar för skolan – ett besluts- och kunskapsunderlag* s. 1274.

utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den.

För flera av de delvis statliga scenarierna kan frågor om gränsdragning till annan hälso- och sjukvårdsverksamhet i både regionerna och kommunerna aktualiseras. Detta gäller vilken vårdinfrastruktur och vilka medarbetare som ska föras över till den statliga hälso- och sjukvården. Vidare följer, med en ny huvudman för delar av hälso- och sjukvården, att nya sekretessgränser inträder som behöver hanteras för att säkerställa att den personal som behandlar en patient har ändamålsenlig åtkomst till patient-uppgifter, även om behandling sker hos och dokumenteras av olika myndigheter (en regional och en statlig).

Specialiserad vård med varianterna universitetssjukvård, universitetssjukhus och nationell högspecialiserad vård

Den specialiserade vården som helhet har cirka 100 000 legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och står för drygt hälften av regionernas totala hälso- och sjukvårdskostnader. Ett statligt huvudmannaskap för hela den specialiserade hälso- och sjukvården är med andra ord en stor reform som i flera delar är jämförbar med ett statligt huvudmannaskap för hela hälso- och sjukvården.

De totala kostnaderna för specialiserad vård uppgår i dag till omkring 230 miljarder kronor och denna kostnad belastar i scenariot staten. Statsbudgeten utökas därmed med drygt 17 procent.[43] I likhet med scenariot helt statligt huvudmannaskap behöver frågor om finansiering, skatteväxling, skattebaser, resursfördelning och påverkan på det kommunala utjämnings-systemet utredas i särskild ordning.

Den specialiserade hälso- och sjukvården är beroende av sjukhus och av avancerad vårdinfrastruktur. Hur ett övertagande av sjukvårdsfastigheterna ska gå till och vilken ersättning som ska lämnas till regionerna måste utredas, vilket beskrivits ovan. Omfattningen av övertagandet beror på vilken variant som blir aktuell. Utifrån vilket scenario som blir aktuellt kan man tänka sig att staten träder in som hyresgäst, att staten köper upp fastigheter eller att staten hyr lokalutrymme av regionerna. Det kan uppstå särskilda frågor

[43] Egna beräkningar baserat på Sveriges Kommuner och Regioner, *Sektorn i siffror 2023*, information på Sveriges Kommuner och Regioners hemsida.

eftersom fastigheter, fordon och annan vårdinfrastruktur och utrustning kan vara gemensam för olika vårdområden/vårdverksamheter.

Scenariot innebär behov av strukturella reformer och behov av att utarbeta nya former för finansiering, ledning och styrning så att staten har förmåga och kapacitet att ta systemansvaret, tillhandahållaransvaret, finansieringsansvaret och en stor del av verksamhetsansvaret. Storleken på reformen beror på vilken undervariant i scenariot som avses. Det krävs att en statlig myndighetsorganisation inrättas och bemannas för de mer omfattande undervarianterna, som all specialiserad vård och universitetssjukvården. För övriga undervarianter behövs uppdrag till en eller flera statliga myndigheter och sannolikt inrättande av exempelvis avdelningar eller funktioner för de delar av den specialiserade vården där staten ska leda, planera, styra och tillhandahålla specialiserad vård. Den nationella högspecialiserade vården leds och styrs i dag i en allt tydligare nationell kontext och enligt en gemensam process. Förändringen med ett statligt huvudmannaskap blir därför sannolikt mindre för denna vård.

Många regioner har i dag minst ett vårdval inom den specialiserade hälso- och sjukvården, och ytterligare regioner upphandlar specialiserad verksamhet enligt LOU. Inom den specialiserade hälso- och sjukvården finns också den nationella taxan för läkare och fysioterapeuter, som är ett särskilt ersättningssystem som beslutas av staten. Ett statligt ansvar för att tillhandahålla och finansiera specialiserad vård innebär att det behöver utarbetas en nationell process för hantering av frågor om vårdval och ersättningsmodeller för specialiserad vård.

Samtliga varianter av scenariot kommer att kräva rättsliga reformer av hälso- och sjukvårdsjuridiken. Med en statlig myndighet för tillhandahållande av specialiserad vård, universitetssjukvård, universitetssjukhus eller nationell högspecialiserad vård kommer nya sekretessgränser att skapas inom hälso- och sjukvårdsverksamheten. Det måste då säkerställas att den som behandlar en patient har ändamålsenlig åtkomst till patientuppgifter, även om behandling sker hos och dokumenteras av olika myndigheter (en regional och en statlig).

Ett statligt huvudmannaskap för hela den specialiserade vården innebär att cirka 100 000 legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

kan få en statlig arbetsgivare. Vilken personal som ska omfattas av en verksamhetsövergång bedöms enligt särskilda kriterier. Frågan om vilka anställda som ska få en statlig arbetsgivare kan beröra såväl hälso- och sjukvårdens personal som den regionala förvaltningarnas administrativa personal. Liksom vid ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården krävs en strukturerad process för förhandling mellan arbetsmarknadens parter och ett systematiskt överförande av medarbetare till den nya organisationen. Nya kollektivavtal måste tecknas mellan Arbetsgivarverket och de centrala parterna inom ramen för den svenska arbetsmarknadsmodellen. Utöver de kollektivavtal som regleras centralt finns en omfattande mängd lokala avtal, varav många om arbetstid, som behöver omhändertas.

De olika stegen för ett genomförande motsvarar i stort de för ett helt statligt huvudmannaskap ovan, i vart fall för scenariot om ett statligt huvudmannaskap för all specialiserad vård. Liksom för scenariot om ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården bör genomförandet inledas med vissa principiellt viktiga politiska ställningstaganden. Det bör även lämnas utrymme för politisk diskussion och förankring av förslagen.

Primärvård

Primärvården står för cirka 20 procent av regionernas samlade kostnader för hälso- och sjukvård. Knappt 36 500 legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal arbetar inom primärvården. En övergång till ett statligt huvudmannaskap är alltså en omfattande reform som skulle kräva en skatteväxling mellan stat och region.

Att staten tar över primärvården bedöms vara en något mindre reform än ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården, men aktualiserar flera av de principiella frågor som aktualiseras vid ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården, så som principerna för ett övertagande av regionernas tillgångar. Det finns en stor mängd vårdcentraler, distriktssköterskemottagningar och andra typer av husläkar- och familjeläkarmottagningar inom primärvården. Hur och i vilken utsträckning staten ska ta över lokaler som används inom primärvården måste utredas. Då måste också regionernas ägande kartläggas, vilka slags fastig-

heter det är fråga om och om de enkelt kan ersättas med andra som kan utrustas för ändamålet eller om ett övertagande är nödvändigt. Även vilken kompensation som ska lämnas till regionerna måste utredas.

Om staten ska ansvara för primärvården krävs en eller flera statliga myndigheter som kan ansvara för att tillhandahålla och även bedriva hälso- och sjukvård. Liksom vid ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården krävs en strukturerad process för förhandling mellan arbetsmarknadens parter och ett systematiskt överförande av medarbetare till den nya organisationen.

Vaccinationer och screening

Staten har redan i dag ett visst system- och finansieringsansvar för vaccinationer och screening. Det finns en statlig infrastruktur för systemansvaret och en kompetens på respektive område hos Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. Att utöka detta systemansvar bedöms inte vara en reform av omfattande slag. Inte heller finansieringsansvaret kommer att vara av sådan omfattning att det behövs en omfattande skatteväxling.

Det är däremot inte helt klart hur staten ska kunna ta det fulla tillhandahållaransvaret för verksamheten. Staten måste ha kapacitet för upphandling av vacciner och för att genomföra vaccineringar och screening. Hur en sådan statlig hälso- och sjukvårdsorganisation ska se ut måste utredas vidare, liksom formerna för samverkan med den regionala hälso- och sjukvården.

Rättspsykiatrisk vård

Ungefär 2 000 patienter bereds i dag rättspsykiatrisk vård och verksamheten bedrivs vid cirka 26 enheter. Rättspsykiatrisk vård är en frihetsberövande påföljd och utförandet av vården lämnas inte över till privata utförare. Detta innebär att staten själv också kommer att utföra vården och ha verksamhetsansvaret. Alternativet är att regionerna på statens uppdrag utför själva vårduppdraget.

Staten kan antingen ta över de verksamhetslokaler som redan finns eller införskaffa och utrusta egna lokaler för verksamheten. Hur ett eventuellt övertagande ska gå till och vilken kompensation

som ska lämnas till regionerna får i likhet med övriga scenarier utredas i särskild ordning. Den personal som arbetar inom den rättspsykiatriska vården ska i enlighet med reglerna om verksamhetsövergång erbjudas en tjänst i den statliga rättspsykiatriska vården. Jämfört med andra delvisa scenarier är den rättspsykiatriska vården förhållandevis enkel att föra över till ett statligt huvudmannaskap, eftersom det är fråga om en tydligt avgränsad verksamhet, med särskilda verksamhetslokaler och personal.

Luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter

Detta scenario är betydligt mindre i omfattning än ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården eller ett statligt huvudmannaskap för den specialiserade hälso- och sjukvården. Det är fråga om en väl avgränsad verksamhet med en tydligt avgränsad personalstyrka och med väl definierade tillgångar för verksamheten.

Staten kan ta över ansvaret för de nio luftambulansbaser som nu finns och för ambulansflygen samt ambulanshelikoptrarna. När det gäller ambulanshelikoptrar bedriver kommunalförbundet Svensk luftambulans (SLA) ambulanshelikopterverksamhet för de fyra regioner som anslutit sig. I dag finns nio luftambulansbaser i Sverige. Sex av dem ligger i regioner som är medlemmar i SLA. Till det kommer tre baser som upphandlats direkt av respektive region. I fråga om ambulansflygen bedrivs denna verksamhet till övervägande del av kommunalförbundet Svenskt Ambulansflyg (KSA). Beroende på hur verksamheten är organiserad kommer statens övertagande se olika ut och ske på olika sätt. Hur ett eventuellt övertagande av fastigheter, fordon och personal ska gå till måste utredas närmare.

Det kommer krävas rättsliga reformer av olika slag. Det kommer också behöva utarbetas en nationell modell för resursfördelning. Det saknas en enhetlig redovisning av kostnaderna för luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter. Av finansieringsprincipen följer att om staten fattar beslut som gör att den kommunala verksamheten kan bedrivas billigare bör staten kunna återföra medel från de statliga bidragen i statsbudgeten.

6 Direkta konsekvenser av ett statligt huvudmannaskap

Gemensamt för de förändringar som sker i direkt samband med införandet av ett statligt huvudmannaskap är att det sker en centralisering i flera olika dimensioner: den politiska styrningen centraliseras, implementering av den politiska styrningen sker i en ny och stor myndighetsorganisation, finansiering och resursfördelning sker nationellt via staten och hanteringen av flera gemensamma funktioner centraliseras. Vidare sker tillhandahållande av hälso- och sjukvård i färre och större geografiska enheter än i dag. Andra förändringar som följer direkt av en sådan reform är att staten blir arbetsgivare för personal som arbetar i vård som utförs i offentlig regi och att förutsättningarna för invånarnas politiska ansvarsutkrävande och inflytande över hälso- och sjukvårdsfrågor förändras. Som en direkt följd av ett statligt huvudmannaskap förändras alltså bland annat förutsättningarna för styrning, finansiering och ansvarsutkrävande i hälso- och sjukvården. Vissa direkta konsekvenser uppstår också för patienter, invånare och medarbetare.

I det här kapitlet presenteras analysen av vilka konsekvenser och effekter som är direkt sammanhängande med ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. De områden som behandlas i kapitlet är:

1. Förändrade förutsättningar för den politiska styrningen av hälso- och sjukvården.
2. Förändrade förutsättningar för förvaltning och implementering.
3. Förändrade förutsättningar för hälso- och sjukvårdens finansiering.
4. Förändrade förutsättningar för tillhandahållandet av hälso- och sjukvård.

5. Direkta konsekvenser för verksamheter och personal.
6. Direkta konsekvenser för patienter och invånare.
7. Konsekvenser för regionernas övriga verksamheter och fortsatta funktionssätt.
8. Specifika konsekvenser av ett delvis statligt huvudmannaskap.

Analyserna som presenteras baseras på det kunskapsunderlag om lärdomar från andra länder, sektorer och forskning om decentralisering och centralisering som presenterats i kapitel 4, de forskarrapporter som framtagits som underlag till kommitténs arbete, det kvalitativa underlag som inhämtats i möten och workshops som genomförts samt det underlag som inkom i form av svar på kommitténs öppna konsultation.

Analyserna utgår från scenariot för ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Antagandet har gjorts att motsvarande konsekvenser i stort uppstår inom den del av hälso- och sjukvården som staten tar över vid ett delvis statligt huvudmannaskap. De särskilda konsekvenser som uppstår vid ett delvis statligt huvudmannaskap kommenteras särskilt i slutet av avsnittet.

Som nämnts i inledningskapitlet används ”konsekvenser” i den här rapporten som ett samlande begrepp för de olika följder, utfall, resultat, förändrade förutsättningar och tänkbara effekter som ett statligt huvudmannaskap kan leda till. Konsekvenser kan vara önskade, avsedda och i linje med de utvecklingsmål som ett statligt huvudmannaskap prövas mot i denna rapport. Det kan också uppstå bieffekter som inte är avsedda med förändringen, dessa kan vara både positiva och negativa. Slutligen kan konsekvenser uppstå av ett statligt huvudmannaskap som inte är möjliga att förutsäga.

6.1 Förändrade förutsättningar för den politiska styrningen av hälso- och sjukvården

Vid ett statligt huvudmannaskap skulle det politiska ansvar för hälso- och sjukvården som i dag tillfaller regionerna centraliseras till nationell nivå. Den politiska styrningen av hälso- och sjukvården skulle därmed samlas hos riksdag och regering för den vård som omfattas av scenariot. Det innebär att flera förutsättningar för den politiska

styrningen förändras jämfört med nuvarande ordning. Inslagen av flernivåstyrning minskar och den kommunala självstyrelsen blir inte en fråga i den politiska och administrativa delen av styrkedjan (politik och förvaltning). Maktkoncentrationen blir högre jämfört med nuläget och styrningen skulle präglas mindre av de inslag av mångfald och variationer som är förenat med flernivåstyrning och decentralisering. En annan skillnad är att avståndet mellan å ena sidan beslutsfattare och å andra sidan verksamheter och invånare ökar jämfört med nuvarande ordning. När det gäller konsekvenser för den politiska styrningen av ett statligt huvudmannaskap konstateras följande utifrån det samlade utredningsunderlaget:

- Det skapas förutsättningar för en mer enhetlig politisk styrning, men inte nödvändigtvis mer långsiktig styrning.
- Det skapas förutsättningar för färre politiska styrsignaler och en mer systemorienterad styrning.
- Det nationella perspektivet i den politiska styrningen förstärks och det regionala och lokala perspektivet försvagas.
- Minskade möjligheter till variation i politikens innehåll och prioriteringar innebär minskad innovationskraft i fråga om policy. Det innebär också att förutsättningarna för lärande kring politiska beslut, styrning och åtgärder förändras jämfört med nuvarande ordning. Dock skapas förutsättningar för en planerad variation som, om den skulle utnyttjas, ökar möjligheten till systematiskt lärande.
- Det är oklart hur den politiska styrningen skulle utvecklas i fråga om till exempel vilka konkreta beslut som fattas och vilka mer konkreta förändringar som sker i fråga om insatser för hälso- och sjukvårdens utveckling. Det är också okänt vilka styrfilosofier eller idéer som skulle prägla styrningen av hälso- och sjukvården och hur dessa kan komma att förändras över tid.
- Kostnaderna för politisk verksamhet i hälso- och sjukvården minskar jämfört med nuvarande ordning.

Nedan redogörs närmare för respektive identifierad konsekvens och vad de närmare kan innebära. De konsekvenser som identifierats baseras på olika typer av underlag, vilket bör beaktas. Vissa baseras i huvudsak på resonemang som förts i utredningens dialoger och

möten, medan andra utgår tydligare från slutsatser i tidigare utredningar, forskning eller lärdomar från andra länder och sektorer.

Förutsättningar för en mer enhetlig politisk styrning, men inte nödvändigtvis mer långsiktig sådan

Att centralisera det politiska beslutsfattandet innebär att den politiska makten koncentreras till färre nivåer och att systemet som helhet präglas mindre av den mångfald i fråga om politiska prioriteringar, lösningar och aktörer som decentralisering innebär.

Ett statligt huvudmannaskap skapar på så vis förutsättningar för en mer enhetlig politisk styrning jämfört med nuvarande ordning. Detta följer av att centraliseringen innebär en minskad grad av variation i politiska prioriteringar, beslut och processer. Att de politiska prioriteringarna skulle vara likartade för hela landet gäller dock i huvudsak vid en viss tidpunkt. Över tid, till exempel mellan mandatperioder, är det inte lika säkert att variationerna minskar jämfört med i dag. Det går till exempel inte att säga om de nationella politiska prioriteringarna och besluten skulle svänga mer över tid jämfört med i dag.

Det har under utredningsarbetet till exempel framförts att en nationell politisk styrning av hälso- och sjukvården kan medföra en risk för snabbare svängningar över tid i hälso- och sjukvårdspolitiken, vilket kan vara problematiskt med tanke på hälso- och sjukvårdspolitikens stora betydelse för medborgarna och den stora betydelsen hälso- och sjukvården har för statens finanser. I samband med detta har det i sekretariatets workshops och dialoger också framförts att det kan finnas behov av olika organisatoriska lösningar för att säkerställa en långsiktig politisk styrning vid ett statligt huvudmannaskap, till exempel i form av en hälso- och sjukvårdsberedning eller en ordning med återkommande långsiktiga hälso- och sjukvårdspropositioner. Sådana lösningar finns också inom flera andra större statliga sektorer.

Förutsättningar för en minskad mängd politiska styrsignaler och en mer systemorienterad styrning

Att samla den politiska styrningen av hälso- och sjukvården från 21 regionfullmäktige till riksdag och regering samtidigt som den tidigare politiska styrningen på lokal nivå (kommunfullmäktige) kvarstår innebär att tre förvaltningspolitiska nivåer reduceras till två. Detta kan skapa förutsättningar för färre styrformer och politiska styrsignaler jämfört med nuläget. Detta eftersom delar av den nuvarande mångfaldiga styrningen kan hänföras till att det behövts utvecklas särskilda styrformer som är anpassade efter flernivåstyrningen, decentraliseringen och den kommunala självstyrelsen. På senare år har styrning och samordning exempelvis utvecklats till att omfatta nationella samordnare och strategier inom olika vårdområden samt överenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Behovet av samordnare och överenskommelser kommer troligen att minska inom ramen för ett statligt huvudmannaskap givet det minskade antalet aktörer i systemet som behöver samordnas. En minskad mängd politiska styrsignaler kan också möjliggöras av att det är färre politiska organ och färre politiker som styr hälso- och sjukvården vid en centralisering.

En förutsättning för att en minskad mängd politiska styrsignaler ska ge en reell effekt på den totala mängden styrsignaler i systemet är dock att en minskad politisk styrning inte vägs upp av en tillväxt av styrsignaler med ursprung i den statliga myndighetsorganisationen.

Det är också möjligt att förekomsten av motstridiga politiska styrsignaler kan minska om endast en aktör i stället för 21 har ansvar för styrningen. Det har dock i tidigare utredningar beskrivits att regeringen sänder motstridiga signaler till sina myndigheter och att regeringen mer samlat behöver se över sina behov av uppföljning och de styrsignaler man använder.[1] En mer centraliserad politisk styrning är därmed ingen garant för varken en minskad mängd styrsignaler eller mindre motstridiga styrsignaler. Det framstår dock som sannolikt att en centralisering kan skapa förutsättningar för såväl färre som mindre motstridiga politiska styrsignaler i hälso- och sjukvårdssystemet som helhet.

[1] SOU 2020:36, *Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter.*

Det har ovan konstaterats att det ökade avståndet mellan verksamheter och politik som centraliseringen av styrningen medför troligen leder till att fler frågor behöver hanteras av myndigheter och tjänstemän jämfört med nuvarande ordning. På så vis kan en centralisering troligen också medföra att den politiska styrningen av hälso- och sjukvården skulle ändra karaktär jämfört med i dag.

Regionerna har förutsättningar för att fatta politiska beslut om relativt verksamhetsnära frågor och att förhållandevis snabbt agera politiskt utifrån uppkomma regionala och lokala behov. Den typen av verksamhetsnära och snabbfotad politisk styrning skulle sannolikt försvåras av att det politiska ansvaret centraliseras. Det skulle bli utmanande, för att inte säga omöjligt, för riksdagen och regeringen att hantera lika verksamhetsnära och lokala frågor som de regionala politiska organen kan. Sammantaget är det därför troligt att den politiska styrningen av hälso- och sjukvården skulle behöva bli mer övergripande och systemorienterad vid ett statligt huvudmannaskap. Detta skulle i sin tur innebära en förskjutning från politik till myndigheter och tjänstemän när det gäller hälso- och sjukvårdens lokala, verksamhetsnära och operativa styrning och ledning.

Det nationella perspektivet i den politiska styrningen förstärks och det regionala och lokala perspektivet försvagas.

Med utgångspunkt i det samlade underlaget är det troligt att en ökad centralisering av den politiska styrningen skulle innebära att det nationella perspektivet i styrningen förstärks i jämförelse med nuvarande ordning, sannolikt på bekostnad av det lokala perspektivet. Att den politiska makten för den del av vården som omfattas av det statliga huvudmannaskapet samlas till riksdag och regering skulle till exempel innebära att det är färre politiker som har personlig kännedom och erfarenhet av förutsättningarna i olika delar av landet. Det innebär också att den strategiska politiska styrningen ska ske på längre avstånd från verksamheter jämfört med nuvarande ordning.

Det har återkommande framförts i sekretariatets dialoger med aktörer och intressenter i hälso- och sjukvården att beslutsfattarnas närhet till verksamheter och invånare är en av styrkorna med nuvarande decentraliserade ordning. Detta är också en av de generella fördelar som brukar framhållas med decentralisering. Antaganden har också framförts om att genomslaget för politiska ambitioner i verksamheter

skulle kunna försvåras av en centralisering som konsekvens av de ökade avstånden. Sekretariatets uppfattning är att dessa antaganden bygger på premissen att en längre administrativ styrkedja kan försvåra implementering samt att det ökade avståndet ökar risken för att politiska beslut inte är anpassade efter verksamheternas olika förutsättningar och behov och därför riskerar att få sämre effekter och genomslag.

I sekretariatets dialoger och workshops har vissa framfört att ett minskat regionalt perspektiv i styrningen skulle kunna missgynna glesbygdsområden eftersom hälso- och sjukvårdspolitiken i mindre utsträckning skulle bygga på lokala och regionala hänsyn. Utifrån antagandet att en sådan ordning också skulle kunna leda till försämringar ur ett lokalt och regionalt perspektiv har en sådan utveckling i den riktningen också beskrivits som en nackdel för hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet.

Ett statligt huvudmannaskap skulle vidare medföra att hälso- och sjukvårdspolitiken i högre utsträckning än i dag separeras från den regionala utvecklingspolitiken och att planering och samordning av större hälso- och sjukvårdsinvesteringar kan samordnas nationellt. Samtidigt innebär detta också att hälso- och sjukvårdspolitiken hanteras tillsammans med alla övriga statliga politikområden. En del aktörer har i sekretariatets workshops och intervjuer framfört att det kan finnas vissa synergieffekter mellan hälso- och sjukvårdspolitiken och andra statliga politikområden, som till exempel forskningspolitiken, socialförsäkringspolitiken och försvarspolitiken. Samtidigt har det också framförts att hälso- och sjukvården i en nationell kontext ska prioriteras gentemot fler områden än i dag, eftersom hälso- och sjukvården på den regionala nivån i dag enbart ”konkurrerar” om resurser och politisk uppmärksamhet med kollektivtrafik, vissa kulturfrågor och politiken för regional utveckling.

Att det nationella perspektivet förstärks kan leda till att regionalt och lokalt impopulära beslut blir enklare att fatta när besluten sker centralt och ur ett nationellt perspektiv. En hypotes som framförts i workshops och dialoger är till exempel att en centralisering av det politiska ansvaret skulle kunna underlätta beslut om sjukhusnedläggningar eller andra förändringar som bedöms viktiga eller effektiva ur ett nationellt perspektiv men som är impopulära lokalt. Denna effekt av centralisering lyfts också i docent Åsa Hanssons underlags-

rapport till kommittén.[2] I den påpekas att litteraturen inom den så kallade public choiceskolan[3] samt empiriska studier menar att politiker utöver att se till väljarnas intresse i den enskilda frågan även har andra bevekelsegrunder för sina beslut. Det kan av olika skäl till exempel vara svårt för regionala politiker att besluta om att flytta sjukhus eller vård från regionen. I ett centralt system kan det därför vara lättare att göra omorganiseringar av hälso- och sjukvården för att anpassa till de förändringar i behov och teknik som kan uppstå, enligt detta perspektiv.[4] I rapporten lyfts också att beslut som är optimala på lokal nivå kan vara ineffektiva på nationell nivå om det finns så kallade spillover-effekter eller externa effekter. Dessa effekter kan vara både positiva och negativa. Problemet vid positiva externa effekter är att för lite tillhandahålls lokalt medan det vid negativa externa effekter tillhandahålls för mycket lokalt jämfört med vad som är samhällsekonomiskt optimalt.[5] Även Produktivitetskommissionen har beskrivit att det är en central fråga hur den nationella styrningen kan stärkas för att säkerställa att externa effekter beaktas, det vill säga hur man kan undvika att beslut utifrån lokala prioriteringar går emot vad som vore önskvärt eller effektivt ur ett nationellt perspektiv.[6]

Erfarenheterna från centraliseringsreformerna i Norge och Danmark kan också ge visst stöd för antagandet att strukturreformer är enklare att genomföra med ett centraliserat ansvar och beslutsfattande. De norska strukturförändringarna har samtidigt beskrivits som en politiskt känslig fråga.[7] I genomförandet förekom motsättningar mellan lokalsamhället och regionala hälsoföretag, och demonstrationer och folkrörelser mot strukturförändringarna genomfördes. Frågan om närsjukhus fick särskild uppmärksamhet och det beslutades senare

[2] Hansson, Å. (2024), *Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård*, Lunds universitet och Ratio. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén.
[3] Public choice är en skola inom nationalekonomi och statsvetenskap som använder en marknadsekonomisk modell för att analysera politiskt agerande i demokratier. Aktörerna ses som rationella och styrda av egenintresse. Modellen började utvecklas på 1960-talet.
[4] Hansson, Å. (2024), *Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård*. Lunds universitet och Ratio. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén.
[5] Hansson, Å. (2024), *Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård*. Lunds universitet och Ratio. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén.
[6] SOU 2024:29, *Goda möjligheter till ökat välstånd. Delbetänkande av produktivitetskommissionen* s. 34
[7] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Strukturreformer i Norden – Analys av hälso- och sjukvårdsystemen i Norge, Danmark och Finland, PM 2024:4.*

att inget närsjukhus skulle läggas ner.[8] Att ett centraliserat beslutsfattande kan underlätta beslut om förändringar i sjukvårdens struktur ska därför inte sammanblandas med att besluten blir enkla.

Sammanfattningsvis kan ett ökat nationellt perspektiv och ökat avstånd mellan politiker och verksamheter i styrningen göra det enklare att undvika negativa externa effekter, underlätta vissa strukturreformer och möjliggöra synergieffekter med andra statliga politikområden. Samtidigt skulle det minskade regionala perspektivet i den politiska styrningen kunna leda till att glesbygdsperspektivet försvagas och att politiska beslut och prioriteringar i mindre utsträckning tar hänsyn till lokala behov. Att centralisera ansvaret för hälso- och sjukvården innebär också att hälso- och sjukvården jämfört med i dag skulle konkurrera med alla andra politikområden i statsbudgeten om budgetutrymme och politisk uppmärksamhet.

Förändrade förutsättningar för innovation och lärande kring styrning och policy

Som utgångspunkt skulle en centralisering minska de naturliga inslagen av variationer i hälso- och sjukvårdens styrning och politikens innehåll. Det innebär troligen en minskad innovationskraft när det gäller styrning och politiska åtgärder.

Förutsättningarna för att uppnå ett lärande och tillvarata erfarenheter gällande policyåtgärder förändras också när de naturliga inslagen av variationer, och därmed också källorna till jämförelser och lärande, minskar. Vissa har i sekretariatets dialoger och intervjuer i huvudsak lyft detta som en fördel – på så vis att en centralisering av den politiska styrningen möjliggör en minskad institutionell komplexitet och ökad enhetlighet. Andra har i stället betonat riskerna med en högre grad av likriktning, eftersom det innebär en mindre grad av riskspridning – även mindre lyckade beslut och åtgärder får ju genomslag i hela landet när fler beslut fattas nationellt.

Det är tänkbart att det i ett nationellt system kan utformas processer och modeller för ett strukturerat lärande om åtgärder och utvecklingsinsatser genom till exempel medvetna systematiska policyexperiment eller försöksverksamheter som utvärderas.

[8] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Strukturreformer i Norden – Analys av hälso- och sjukvårdsystemen i Norge, Danmark och Finland*, PM 2024:4.

Det är också möjligt att medvetet utforma styrningen så att det skapas utrymme för variationer i organisatoriska lösningar och anpassning av politiska beslut och insatser från nationell nivå. Samtidigt tappas då en del av den ökade enhetlighet som en centralisering sannolikt skulle syfta till, vilket är ett dilemma. Att hitta rätt balans mellan enhetlighet och innovationskraft skulle troligen bli en återkommande fråga att hantera i styrningen av hälso- och sjukvården.

Det är okänt hur policy, prioriteringar och styrfilosofier skulle förändras av ett statligt huvudmannaskap

Flera av de långsiktiga målen med en huvudmannaskapsreform är beroende av vilka konkreta politiska beslut som fattas och hur den nationella hälso- och sjukvårdspolitiken utformas från den nya politiska, organisatoriska och finansiella plattform som ett statligt huvudmannaskap utgör. I samband med en huvudmannaskapsreform sker sannolikt förändringar i politikens innehåll, till exempel avseende politiska prioriteringar, inriktningsbeslut och andra åtgärder (policy). Karaktären på och utgångspunkterna för styrningen av hälso- och sjukvården kan också förändras. Det kan handla om prioriteringar i form av resursfördelning mellan olika vårdområden, men också om prioriteringar i fråga om vilka problem eller frågor inom hälso- och sjukvården som anses mest angelägna att adressera. Vidare kan det ske förändringar av hur hälso- och sjukvården prioriteras gentemot andra verksamheter och sektorer.

Policyförändringar kan till exempel handla om konkreta frågor som mål, lagstiftning, patientavgifter, riktlinjer och utformning av ersättningssystem i hälso- och sjukvården, men också de beslut som fattas och insatser som genomförs med fokus på långsiktig utveckling och förbättring.

Det kan också ske förändringar när det gäller karaktären på styrningen, såväl den politiska styrningen som de statliga myndigheternas interna styrning. Även när det står klart hur prioriteringarna ser ut och vilken utveckling man vill se kan det finnas olika utgångspunkter och antaganden om hur styrningen ska utformas för att målen ska uppnås. Det förs kontinuerligt diskussioner om vilka former som är mest lämpliga för styrning av hälso- och sjukvården och myndigheter och över tid förändras synen på vad som är det mest effektiva eller ändamålsenliga sättet att styra myndigheter och verksamheter

för att uppnå önskade effekter. Den politiska styrningen kan till exempel vara mer eller mindre detaljerad och betoningen kan läggas på mer eller mindre hårda respektive mjuka styrformer. På senare år har till exempel idéer om en tillitsbaserad styrning fått genomslag i flera stora statliga myndigheter, vilket kommit att innebära en styrfilosofi som går ut på att skapa tydliga uppgifter men samtidigt lämna ett stort handlingsutrymme för den som ska utföra uppgifterna.[9] Historiskt finns det flera exempel på hur specifika styrningsidéer fått stort genomslag i styrningen av offentliga verksamheter. Ett sådant exempel är genomslaget för idéer som samlats under begreppet New Public Management (NPM).

Den gemensamma nämnaren när det gäller hur policy, prioriteringar och karaktären på den politiska styrningen skulle förändras vid ett statligt huvudmannaskap är att det är oklart vilka mer konkreta förändringar ett statligt huvudmannaskap skulle innebära, samtidigt som det är sannolikt att vissa förändringar skulle ske redan på kort sikt. Oklarheterna kring de mer konkreta åtgärderna innebär i sin tur begränsningar i möjligheterna att förutsäga vilka konsekvenser som skulle uppstå på längre sikt och om särskilda förbättringsmål för patienter och invånare kan uppnås eller inte.

Kostnaderna för politisk verksamhet minskar jämfört med nuvarande ordning

Kostnaden för regionernas politiska verksamhet avseende hälso- och sjukvård uppgick år 2023 till drygt 1,5 miljarder kronor, vilket motsvarar ungefär 0,4 procent av regionernas totala kostnader för hälso- och sjukvård.[10] Kostnaden för den politiska verksamheten avseende regional utveckling (utbildning, kultur, trafik och infrastruktur och allmän regional utveckling) uppgick till 372 miljoner kronor år 2023. Kostnadsposten innefattar kostnader för politikerna och deras verk-

[9] Statskontoret (2024), *Utmaningar med styrning av stora myndigheter*. Information på webben.
[10] SCB (2024), *Räkenskapssammandraget för kommuner och regioner,* statistikdatabasen: Kostnader och intäkter för regioner i mnkr, löpande priser efter region, verksamhetsområde, tabellinnehåll och år: politisk verksamhet avseende hälso- och sjukvård 2023; riket. Kostnaderna redovisas med olika mått. Nettokostnaden för politisk verksamhet avseende hälso- och sjukvård var 1 527 mkr. Kostnaden för det egna åtagandet var 1 625 mkr och bruttokostnaden 1 717 mkr. Andelen 0,4 procent avser nettokostnaden för politisk verksamhet avseende hälso- och sjukvård som andel av den totala nettokostnaden för hälso- och sjukvård (inklusive läkemedelskostnader) vilken var 358 806 mkr år 2023.

samhet samt administration direkt knuten till detta, revision, bidrag till politiska partier och avgifter till bland annat SKR.[11]

Om man gör antagandet att ett helt statligt huvudmannaskap skulle innebära att regionernas politiska verksamhet avseende hälso- och sjukvård avvecklas så innebär det med andra ord en besparing på omkring 1,5 miljarder kronor.[12] Besparingen som det kan bli fråga om avser just politisk verksamhet för hälso- och sjukvård. Om regionerna skulle får ansvar för andra uppgifter än hälso- och sjukvård så skulle kostnaden kvarstå, men överföras till andra politikområden. Samtidigt skulle statens kostnader för motsvarande verksamhet sannolikt behöva öka. För att uppskatta den mer precisa storleken på en eventuell besparing för den politiska verksamheten behöver man alltså göra en uppskattning/ta ställning till hur mycket statens kostnader för politisk verksamhet skulle utökas.

6.2 Förändrade förutsättningar för förvaltning och implementering

Ett statligt huvudmannaskap medför behov av en annan typ av statlig förvaltningsorganisation än i nuvarande ordning. i stället för 21 regioner med sina respektive förvaltningar inrättas, enligt hur scenariot skisserats, en myndighetsorganisation för tillhandahållande av hälso- och sjukvård. Därtill skulle det också ske förändringar i den övriga myndighetsstrukturen på hälso- och sjukvårdsområdet.

Utifrån antagandet att det skulle inrättas antingen en eller sex statliga myndigheter för tillhandahållande av hälso- och sjukvård så innebär detta en centralisering av förvaltningsorganisationen jämfört med nuläget. Det innebär också att de statliga förvaltningsorganisationerna blir väsentligt större än nuvarande regionala organisationer. Vid en enmyndighetslösning skulle det bli fråga om en mycket stor myndighetsorganisation. Detta innebär förändrade förutsättningar jämfört med nuläget för förvaltning och för implementering av den politiska styrningen. När det gäller konsekvenser för förvaltning och implementering av ett statligt huvudmannaskap konstateras följande utifrån det samlade underlaget:

[11] SCB (2024), *Instruktioner till Räkenskapssammandraget för regioner 2023*.
[12] SCB (2024), *Räkenskapssammandraget 2023, kostnader för politisk verksamhet, regioner*.

- Genomslaget för nationella beslut ökar troligen när den regionala politiska nivån ersätts av en statlig administrativ nivå.
- Myndighetens storlek kan samtidigt försvåra styrningens genomslag och begränsa möjligheterna till en ökad effektivitet i styrningen.
- Förutsättningarna för styrningens genomslag i verksamheter blir troligen oförändrade, eller möjligen försämrade.
- Ett stort informationsbehov uppstår på nationell nivå och i förvaltningsorganisationen.
- Gemensamma frågor och funktioner kan hanteras nationellt och med vissa stordriftsfördelar.
- Vissa administrativa stordriftsfördelar kan troligen realiseras.

Ökat genomslag för nationella beslut när den regionala politiska nivån ersätts av en statlig administrativ nivå

Vid ett statligt huvudmannaskap skulle riksdag och regering få väsentligt mer direkta möjligheter att strategiskt och operativt styra hälso- och sjukvårdens utveckling jämfört med nuvarande ordning. En skillnad mot nuvarande ordning är till exempel att riksdagen kan stifta lagar inom hälso- och sjukvårdsområdet (utöver de delar som ligger inom kommunernas ansvar) utan hänsyn till den kommunala självstyrelsen. Jämfört med i dag skulle riksdag och regering ha lättare att realisera nationella planer med visioner, mål och förändringsambitioner eftersom dessa inte riskerar att ”krocka” med regionala politiska prioriteringar. Även om de statliga myndigheterna har en hög grad av självständighet i utförandet av sina uppgifter så lyder myndigheterna direkt under regeringen på ett sätt som de självstyrande regionerna inte gör. Regeringen kan i detta sammanhang skriva in uppgifter i instruktioner och regleringsbrev till den eller de myndigheter som har ansvar för att tillhandahålla vård till befolkningen, exempelvis om en vårdgaranti, utan att behöva initiera kedjan med statlig utredning, proposition och lagstiftning beslutad av riksdagen.

Ett statligt huvudmannaskap kan också sägas förstärka top-down-perspektivet i hälso- och sjukvårdssystemet eftersom styrlogiken blir att de politiska ambitionerna i högre grad utformas nationellt

och förverkligas via en statlig myndighetsorganisation i stället för genom 21 självstyrande regioner. Dessa faktorer kan sammantaget antas leda till ett ökat genomslag för den nationella politiska styrningen jämfört med nuläget, åtminstone när det gäller den politiska och administrativa delen av styrkedjan.

Att den regionala politiska nivån ”ersätts” med en statlig administrativ tjänstemannanivå innebär att många lokala och regionala frågor behöver hanteras av myndighetsorganisationen. Det innebär också en väsentlig maktförskjutning från politiker till tjänstemän i den lokala styrningen och ledningen av hälso- och sjukvården. Hur stort inflytande tjänstemannaorganisationen ges beror bland annat på hur stora frihetsgrader som lämnas för att anpassa verksamheter efter lokala behov. Erfarenheter från andra statliga sektorer tyder på att det kan bli en utmaning att hantera balansen mellan enhetlighet och behov av lokala anpassningar i myndighetsorganisationen. Även beslutsfattandet inom myndighetsorganisationen kan alltså vara mer eller mindre centraliserat.[13]

Centraliserat beslutsfattande motiveras bland annat av att myndighetsledningen vill säkerställa enhetlighet i myndighetens rättstillämpning. Det handlar ofta även om att få genomslag för myndighetsledningens beslut och intentioner. Decentraliserat beslutsfattande motiveras bland annat av att myndighetsledningen vill fånga upp den praktiska erfarenhet och kompetens som finns lokalt. Det kan också vara ett sätt för myndigheten att försöka komma närmare medborgarna och ta hänsyn till olika lokala förutsättningar. Statskontoret har exempelvis visat hur ombildningen till en sammanhållen polismyndighet år 2015 initialt präglades av försök att stärka enhetlighet, på bekostnad av lokal anpassning och arbetet i lokalpolisområdena.[14]

Myndighetens storlek kan försvåra styrningens genomslag och begränsa möjligheterna till en ökad effektivitet i styrningen

Att den politiska styrningen får ett mer direkt genomslag jämfört med nuläget innebär inte nödvändigtvis att styrningen sammantaget blir mer effektiv än i nuvarande ordning med avseende på om mål om förbättring och utveckling kan realiseras.

[13] Statskontoret (2024), *Utmaningar i styrningen av stora myndigheter.* Information på webben.
[14] Statskontoret (2016), *Ombildningen till en sammanhållen polismyndighet – Delrapport 1 om genomförandearbetet.*

En nationell myndighetsorganisation för tillhandahållande av hälso- och sjukvård skulle bli en mycket stor organisation, i särklass Sverige största myndighet. Om de potentiella effektivitetsvinster som följer av en minskad flernivåstyrning och centraliserad förvaltning ska kunna leda till frigjorda resurser och mer genomslag för styrningen är det under förutsättning att den statliga förvaltningsorganisationen fungerar effektivt. Annars finns det risk att de potentiella effektivitetsvinster som kan uppnås genom ett minskat inslag av flernivåstyrning vägs upp av den ineffektivitet som kan uppstå i en stor förvaltningsorganisation med många organisatoriska nivåer.

Statskontorets analyser av stora statliga myndigheter visar att det finns risk för ineffektivitet och dubbelarbete i stora myndigheter.[15] Erfarenheter från andra centraliseringsprocesser visar vidare att svårigheter att nå ut med styrsignaler och att få genomslag för nya arbetssätt har varit ett hinder för måluppfyllelse. En möjlig förklaring som framfördes till detta var just det ökade avståndet mellan enmyndighetens högsta ledning och den operativa nivån.[16] Även i de workshops, dialoger och intervjuer som genomförts har det återkommande framförts att det i en så stor myndighetsorganisation kan uppstå flera nya källor till ineffektivitet. Om antagandet görs att en statlig hälso- och sjukvårdsorganisation skulle bli svårare att styra än vad de regionala sjukvårdsorganisationerna är, skulle ett statligt huvudmannaskap också kunna bli kostnadsdrivande.

Vidare kan det inte uteslutas att den utökade roll för tjänstemannaorganisationen som ett statligt huvudmannaskap innebär leder till att myndighetsorganisationen i sig självt blir en källa till många styrsignaler gentemot hälso- och sjukvårdens verksamheter. En del av dessa styrsignaler kan utgöras av administrativa aktiviteter som handlar om att stödja upprätthållandet av organisationens inre verksamhet som inte direkt är av värde för patienter.[17]

[15] Statskontoret (2024), Styrning av stora myndigheter. Information på webben. Hämtad 3 juli 2024.
[16] Statskontoret (2010), *När flera blir en – om nyttan med enmyndigheter.*
[17] Ivarsson Westerberg, A. & Castillo, D. (2024), *Administration i hälso- och sjukvården – några organisationsteoretiska iakttagelser.* Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén.

Oförändrade eller möjligen försämrade förutsättningar för genomslag i verksamheter

Det har hittills bedömts att styrningen av hälso- och sjukvården kan bli mer enhetlig och att den nationella styrningen kan få ett ökat genomslag i den politiskt-administrativa delen av styrkedjan jämfört med nuläget. Det har samtidigt också konstaterats att myndighetens storlek kan bidra med nya källor till ineffektivitet i styrningen. En annan fråga i relation till styrningens effektivitet och genomslag gäller möjligheterna att implementera olika förändrings- och utvecklingsarbeten i hälso- och sjukvårdens verksamheter och uppnå önskade effekter och resultat. Att skapa förutsättningar för detta blir en fråga för den mer verksamhetsnära och operativa styrningen och ledningen av hälso- och sjukvården.

När det gäller implementering av förändringsambitioner i hälso- och sjukvårdens verksamheter och verksamhetsnära styrning och ledning i stort tyder det mesta på att förutsättningarna i allt väsentligt skulle vara samma vid ett statligt huvudmannaskap som i nuvarande ordning. Det samlade underlaget ger till exempel inte något entydigt stöd för att statliga myndigheter generellt sett skulle vara mer effektiva än regionernas förvaltningsorganisationer när det kommer till implementering och verksamhetsnära utvecklingsarbete. I de kvalitativa utredningsmomenten har det framförts flera olika motstående uppfattningar om statens förmåga och meriter i fråga om att driva utvecklingsarbete och realisera utvecklingsambitioner i sina verksamheter. Många av förutsättningarna för styrningens genomslag samt utvecklings- och förbättringsarbete i hälso- och sjukvårdens verksamheter förblir också oförändrade även om huvudmannaskapet förändras. Vissa har menat att det ökade avståndet mellan högsta ledning och verksamhet som en centralisering medför kan innebära försämrade förutsättningar för ett effektivt arbete med implementering och utveckling i verksamheter.

Det är en central fråga i förhållande till möjligheten att uppnå olika förbättringsmål om den statliga myndighetsorganisationen skulle kunna utveckla strukturer och processer för en verksamhetsnära och operativ styrning och ledning som svarar mot hälso- och sjukvårdsverksamheternas behov och förutsättningar. Det har i dialoger och workshops ofta påtalats att ett statligt huvudmannaskap skulle förutsätta relativt höga frihetsgrader och flexibilitet i myndighets-

organisationen för att möjliggöra en effektiv verksamhetsnära styrning och ledning, vilket skulle kunna stå i motsättning mot de mål om ökad nationell enhetlighet som en huvudmannaskapsreform sannolikt skulle syfta till att uppnå.

Ett stort informationsbehov uppstår på nationell nivå och i förvaltningsorganisationen

En tänkbar konsekvens av en centraliserad styrning av hälso- och sjukvården är att det skulle innebära ett kraftigt ökat informationsbehov på den nationella nivån. Såväl politiker som tjänstemän skulle i ett nationellt system sannolikt bli mer beroende av olika informationssystem för beslutsfattandet än vad regionala politiker och tjänstemän är. Logiken bakom resonemanget är att den decentraliserade organisationen möjliggör att beslutsfattare har mer personlig kännedom om och överblick av utvecklingen i systemet och nödvändiga utvecklingsbehov. Vidare möjliggör decentraliseringen att även de ytterst ansvariga på regional nivå har en högre grad av direktkontakt med verksamheter. Det kan också argumenteras för att regionala och lokala politiker i dag står för en stor del av behovsanalysen när det gäller hälso- och sjukvårdens utveckling i regionen eller kommunen och invånarnas önskemål och behov, via sitt arbete som förtroendevalda. Vid ett statligt huvudmannaskap skulle den logiken förändras.

Det kan antas att det i ett nationellt system därför ställs högre krav på att utvecklingsbehov och behovsanalyser gällande invånarnas hälso- och sjukvårdsbehov kan fångas upp via informationssystem och genom tjänstemannaorganisationens arbete. Detta kan å ena sidan leda till att det utvecklas mer enhetliga informationssystem och systematiska metoder för behovsanalyser som också kan få positiva bieffekter för forskning, uppföljning och kunskapsutveckling samt för statens möjlighet till ansvarsutkrävande i hälso- och sjukvårdssystemet. Å andra sidan kan det stora informationsbehovet också leda till ineffektivitet och en ökad administrativ börda, om den nationella nivåns behov av kunskap och information omsätts i ökade rapporteringskrav från verksamheter.

Gemensamma frågor och funktioner kan hanteras nationellt och med vissa stordriftsfördelar

En huvudmannaskapsreform medför förändrade förutsättningar för hantering och förvaltning av olika stödjande och gemensamma funktioner. Gemensamt är att fler funktioner kan, och sannolikt skulle, centraliseras jämfört med nuvarande ordning. Det innebär till exempel att planering och dimensionering av utbildningsplatser skulle kunna hanteras på nationell nivå och att hela ansvaret för strukturerna kring läkemedel samlas i staten. Även infrastrukturplanering, ansvaret för den digitala infrastrukturen samt informations- och uppföljningssystem för hälso- och sjukvården samlas på nationell nivå.

Vid ett helt statligt huvudmannaskap skulle även kunskapsstyrningen bli ett samlat ansvar för staten. Det samlade utredningsunderlaget tyder på att ett statligt huvudmannaskap skulle möjliggöra ett ökat helhetsperspektiv och ett tydligare nationellt perspektiv i sådana frågor. Mer enhetliga strukturer kan sannolikt utformas och vissa stordriftsfördelar kan troligen realiseras. I flera av sekretariatets workshops och dialoger har det påpekats att en ökad grad av centralisering och enhetlighet gällande vissa systemövergripande funktioner och frågor skulle kunna medföra flera positiva effekter för hälso- och sjukvårdsystemet som helhet.

Samtidigt kan det konstateras att det skulle vara en förhållandevis lång väg från nuvarande ordning till att samlade nationella strukturer för systemövergripande frågor har utvecklats. Att sådana effekter skulle uppstå på kort sikt efter reformens genomförande är därmed beroende av att de flesta förberedelser har skett inför genomförandet. Över lag gäller också att de närmare effekterna av att centralisera ansvaret för de funktioner som beskrivits ovan skulle förutsätta djupare analyser inom respektive område än vad som varit möjligt att genomföra inom ramen för arbetet med denna underlagsrapport.

Vissa administrativa stordriftsfördelar kan troligen realiseras

En annan tänkbar följd av de större enheterna i förvaltningsorganisationen som ett statligt huvudmannaskap medför är att olika administrativa lösningar skulle kunna centraliseras till sex statliga sjukvårdsområden i stället för som i dag 21 geografiska områden. Vissa funktioner som i dag hanteras av alla regioner skulle troligen också

kunna hanteras centralt i den statliga organisationen. Statskontorets uppföljningar av centraliseringen av statliga myndigheter (bildandet av så kallade enmyndigheter) har visat att koncentration av administrativa funktioner i vissa fall har lett till betydande besparingar som kunnat användas till kvalitetshöjande åtgärder och löneökningar.[18] Det kan handla om funktioner som ekonomi samt personal- och löneadministration. Att vissa administrativa stordriftsfördelar i förvaltningsorganisationen skulle kunna realiseras av ett statligt huvudmannaskap framstår därför som sannolikt.

6.3 Förändrade förutsättningar för hälso- och sjukvårdens finansiering

En direkt konsekvens av ett statligt huvudmannaskap är att finansieringsansvaret centraliseras till nationell nivå för den del av hälso- och sjukvården som scenariot avser. Ett statligt huvudmannaskap innebär alltså att det är staten som både ska inhämta och fördela ekonomiska resurser. Finansieringsansvaret innefattar därmed en stor del av ansvaret för hälso- och sjukvårdens styrning, med fokus på ekonomistyrning, budget, prioriteringar, inhämtning av ekonomiska resurser och resursfördelning.

Följande direkta konsekvenser av ett statligt finansieringsansvar har identifierats:

- En statlig finansiering möjliggör andra skattebaser än förvärvsinkomst för hälso- och sjukvårdens finansiering.
- Hälso- och sjukvårdens finansiering och resurstilldelning inordnas i statsbudgetens ramverk och processer.
- Det skapas andra förutsättningar än i dag för att fördela resurserna så att de ekonomiska förutsättningarna utjämnas över landet.
- Det kan redan på kort sikt ske en omfördelning av ekonomiska resurser mellan olika delar av landet.

[18] Statskontoret (2010), *När flera blir en – om nyttan med enmyndigheter.*

En statlig finansiering möjliggör andra skattebaser än förvärvsinkomst och ökad riskspridning

I dag har regionerna och kommunerna det huvudsakliga finansieringsansvaret för hälso- och sjukvård. Regionernas skatteintäkter kommer från beskattning av förvärvsinkomster vilket utgör kommunernas huvudsakliga och regionernas enda skattebas. Kommunerna erhåller även cirka 2,5 procent av sin finansiering från fastighetsavgiften. Skatteintäkterna täcker omkring 70 procent av kostnaderna på både kommunal och regional nivå, resterande 30 procent täcks av olika statsbidrag och andra bidrag och intäkter.[19] Finansieringsansvaret för hälso- och sjukvården kan i dag därför beskrivas som delat mellan staten och regionerna.

I underlagsrapporten till kommittén från docent Åsa Hansson konstateras att ett statligt finansieringsansvar gör det möjligt att nyttja fler skattebaser än förvärvsinkomst för hälso- och sjukvårdens finansiering.[20] För hälso- och sjukvårdens del skulle detta kunna innebära en minskad känslighet för konjunktursvängningar. Att resurserna inhämtas utifrån ett befolkningsmässigt större befolkningsunderlag än i dag kan också ses som en ökad grad av riskspridning. Samtidigt blir hälso- och sjukvård en budgetpost som ska prioriteras jämte många andra vällovliga ändamål som försvar, infrastruktur, kriminalvård, polis, utbildning, forskning etc. Det kan i sin tur ge ökad känslighet och ökad risk att vården prioriteras ned till förmån för annat, beroende på omvärldsläge och utveckling av samhällsekonomin exempelvis.

Hälso- och sjukvårdens finansiering och resurstilldelning inordnas i statsbudgetens ramverk och processer

Vissa förutsättningar gällande hälso- och sjukvårdens finansiering förändras direkt av ett statligt huvudmannaskap. Det gäller till exempel att finansieringen regleras genom budgetlagen (2011:203) och inordnas i det finanspolitiska ramverket.[21] Det finns vissa skillnader

[19] Sveriges Kommuner och Regioner, *Sektorn i siffror – Diagram och beskrivningar av fördelning av kommuners och regioners kostnader och intäkter för år 2023.*
[20] Hansson, Å. (2024), *Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård,* Lunds universitet och Ratio. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén.
[21] Sedan 1990-talet har principerna för och regleringen av det finanspolitiska ramverket utvecklats. Ramverket kan beskrivas som ett verktyg som ska se till att finanspolitiken är långsiktigt

i regelverken mellan staten respektive regioner och kommuner som innebär förändrade förutsättningar i samband med ett statligt huvudmannaskap.

Riksdagen beslutar om treåriga utgiftsramar och regeringen utarbetar årligen statsbudgeten. Regionernas hantering av treårsplaner för budgeten är generellt sett mindre reglerad än vad som gäller i staten och är närmare kopplad till det politiska ansvaret som regionernas förtroendevalda ledningar har för helheten. Kommunallagen (2017:725) reglerar till exempel övergripande vikten av god ekonomisk hushållning (11 kap. 1 §) och att budgeten ska upprättas så att intäkterna överstiger kostnaderna (11 kap. 5 §). Dessa bestämmelser följer av det finanspolitiska ramverket, där det kommunala balanskravet (se nedan) är ett budgetpolitiskt mål. Enligt kommunallagen är det fullmäktige som ska besluta i ärenden av större vikt såsom budget, skatt och andra viktiga ekonomiska frågor (5 kap. 1 §).

Andra skillnader mellan kommuner/regioner och statliga myndigheter rör finansieringen av förvaltningsorganisationen. Finansieringen av statliga myndigheters verksamhet sker sedan budgetåret 1993/94 genom ramanslag, som anger ett totalt utgiftsutrymme som varje myndighet disponerar för att finansiera kostnader för löner, lokaler och övriga förvaltningskostnader. Rambudgeteringsmodellen har kompletterats med en modell för pris- och löneomräkning (PLO) så att myndigheterna ska bli kompenserade för prisförändringar i omvärlden. I den del av PLO som avser löner görs ett produktivitetsavdrag där regeringen ålägger myndigheterna ett effektivitetsbeting som ska återspegla produktivitetsutvecklingen i den privata tjänstesektorn.[22] Motsvarande reglering finns inte för regionerna eller kommunerna. Där gäller i stället kommunallagens bestämmelser med ansvaret lagt på fullmäktige.

Ytterligare skillnader finns mellan statliga myndigheter och regioner/kommuner när det gäller möjligheten att låna till investeringar. Statens så kallade lånemodell innebär att myndigheter ska finansiera sina verksamhetsinvesteringar med lån i Riksgälden. Regeringen tilldelar varje myndighet en låneram som framgår av regleringsbrevet.

---

hållbar och transparent. Det finanspolitiska ramverket består av mål och principer som finanspolitiken ska förhålla sig till samt former för uppföljning, utvärdering och transparens. De centrala delarna i ramverket är: 1) Budgetpolitiska mål (överskottsmål, skuldankare, utgiftstak, kommunal ekonomi i balans. 2) En stram statlig budgetprocess. 3) Extern uppföljning av finanspolitiken. 4) Öppenhet och tydlighet.

[22] Riksrevisionen, (2022), *Räkna med mindre – den årliga omräkningen av myndigheternas anslag*, RiR 2022:2.

En myndighet får som högst ha en låneskuld hos Riksgälden under året som motsvarar det högsta beloppet av föregående års utgående låneram eller den aktuella låneramen. Summan av alla myndigheters låneramar ska rymmas inom den låneram som riksdagen har beslutat om efter förslag från regeringen i budgetpropositionen.[23] Regionernas möjligheter till upplåning kan sägas vara mindre reglerade än statens och regleras och begränsas i allt väsentligt av ovan nämnda bestämmelser i kommunallagen.[24] Det innebär att regioner (och kommuner) har större frihet än statliga myndigheter att genom politiska beslut bestämma om sin upplåning än statliga myndigheter. En statlig utredning har tagit ställning till om ett utgifts- och lånetak för kommunsektorn ska införas. Utredningen lämnade inget sådant förslag med motiveringen att det skulle utgöra ett oproportionerligt ingrepp i den kommunala självstyrelsen.[25]

En konsekvens på kort sikt av att överföra finansieringsansvaret till staten är att statsbudgeten skulle utökas betydligt jämfört med i dag. Som exempel omfattade statens utgifter i budgeten för 2023 cirka 1 195 miljarder kronor.[26] Regionernas kostnader för hälso- och sjukvård 2023 uppgick till cirka 399,5 miljarder kronor.[27] Utifrån dessa siffror skulle hälso- och sjukvården utgöra omkring 25 procent av statsbudgeten, givet allt annat lika. Statsbudgeten skulle också öka med cirka 33 procent i omfattning. Det har i dialoger och workshops påpekats att hälso- och sjukvårdens stora andel av statens budget kan medföra flera konsekvenser. Till exempel har risker lyfts för att hälso- och sjukvårdens stora del av budgeten kan göra den mer attraktiv att skära i när besparingar krävs. Konsekvenser uppstår också direkt för Regeringskansliet när det gäller de personella resurser som krävs för att hantera den utökade budgeten.

[23] Mer information finns på Ekonomistyrningsverkets hemsida.
[24] Den huvudsakliga regleringen av dessa frågor i kommunallagen framgår av 11 kap. 1 och 5 §§ samt 5 kap. 1 § 3 pt. Dessa regler avser krav på god ekonomisk hushållning och huvudregeln om att en budget ska upprättas så att intäkterna överstiger kostnaderna, vilket bygger på det finanspolitiska ramverket där ett budgetpolitiskt mål är det kommunala balanskravet. Fullmäktige ska också besluta i ärenden av större vikt såsom budget, skatt och andra viktiga ekonomiska frågor.
[25] SOU 2021:75, *En god kommunal hushållning*. Betänkande från utredningen om en effektiv ekonomistyrning i kommuner och regioner
[26] 2022/23:FiU1, *Statens budget 2023 – Rambeslutet*.
[27] Sveriges Kommuner och Regioner, *Sektorn i siffror*, avser 2023. Enligt SKR uppgick regionernas totala kostnader 2023 till 469 miljarder kronor. För att få fram kostnaderna för hälso- och sjukvård 2023 har följande kostnader exkluderats: trafik och infrastruktur, politisk verksamhet, regional utveckling och tandvård.

Ytterligare en konsekvens av ett statligt finansieringsansvar är att riktade statsbidrag i princip kan avskaffas inom hälso- och sjukvården eftersom resurstilldelning och styrning skulle ske inom ramen för de verktyg som gäller för den statliga myndighetsstyrningen.

Det skapas andra förutsättningar än i dag för att fördela resurserna så att de ekonomiska förutsättningarna utjämnas

En nationell finansiering innebär enligt underlagsrapporten från docent Åsa Hansson att just skillnader i skattekraft (de beskattningsbara inkomsterna per invånare) inte skulle ha lika stor betydelse för vilket hälso- och sjukvårdsutbud som kan finnas.[28] I stället skulle det bli avgörande hur resurserna fördelas mellan olika geografiska områden i den statliga hälso- och sjukvårdsorganisationen. Därutöver skulle hälso- och sjukvårdsutbudet även fortsatt påverkas av många andra faktorer än de ekonomiska resurserna, till exempel tillgång till kompetens och geografiska förutsättningar. Hur fördelningen av ekonomiska resurser i praktiken skulle ske och utvecklas på längre sikt har inte varit möjligt att förutsäga.

Vad som däremot kan konstateras är att ett statligt huvudmannaskap redan på kort sikt efter reformen skapar behov av och möjligheter att fördela resurser på ett annat sätt än i dag. En nationell resursfördelningsmodell behöver utarbetas och införas, som en del av regeringens resurstilldelning till den nya statliga myndighetsorganisationen. Formerna för detta arbete är en politisk fråga att besluta om. Fördelningen av finansiella resurser enligt denna modell behöver dock både på kort och längre sikt spegla relativa skillnader i vårdbehov och kostnadsskillnader som beror på geografi. I analysen antas en politisk vilja i den riktningen finnas vilket då skapar möjligheter att fördela resurser så att de ekonomiska förutsättningarna utjämnas mellan olika delar av landet. Som det konstaterades i kapitel 4 tyder erfarenheter från centraliseringsprocesser inom staten på att möjligheterna att fördela om resurser och uppgifter inom organisationer kan förbättras genom centraliseringen. Det kan tala för att ett nationellt hälso- och sjukvårdssystem också skulle ha bättre förutsättningar än dagens decen-

[28] Hansson, Å. (2024), *Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård*, Lunds universitet och Ratio. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén.

traliserade system att använda de samlade ekonomiska resurserna mer flexibelt.

Det kan redan på kort sikt ske en omfördelning av resurser mellan olika delar av landet

Det har inom ramen för arbetet med den här rapporten inte genomförts någon fördjupad utredning av de närmare detaljerna i en statlig resursfördelningsmodell, men för att kunna resonera om tänkbara effekter har sekretariatet uppdragit åt docent Lina Maria Ellegård, att genomföra vissa simuleringar kring tänkbara effekter. Utgångspunkten för simuleringen är att den summa som läggs på hälso- och sjukvård i landet i dag omfördelas mellan regionerna utifrån enbart strukturella faktorer (behov, kostnadsstruktur). I simuleringen används standardkostnaden från hälso- och sjukvårdsmodellen i utjämningssystemet. Denna modell[29] beaktar fyra typer av faktorer: vårdbehov, speciella kostnader för vård i glesbygd, speciella kostnader för löner i glesbygd, relativ lönenivå.

Simuleringen visar att om dagens modell för kostnadsutjämning används för att fördela ut de befintliga totala hälso- och sjukvårdskostnaderna mellan de befintliga regionerna så skulle sju av dagens regioner bli ”förlorare”, 14 skulle bli ”vinnare” och 1 skulle vara opåverkad. Med förlorare/vinnare avses att de statligt fördelade medlen skulle understiga/överstiga regionens nuvarande hälso- och sjukvårdskostnader. För elva regioner skulle förändringen uppgå till max +/- 3 procent. Störst förlorare skulle vara Gotland och Stockholm. Störst vinnare skulle vara Norrbotten och Dalarna. Det bör sägas att det inte är regionens befolkningsstorlek som avgör vilken region som blir vinnare eller förlorare i simuleringen, eftersom utfallet inte bara speglar vårdbehov utan även nuvarande skillnader i ambitionsnivå. Simuleringen visar på svårigheter att utforma och implementera en nationell resursfördelningsmodell för hälso- och sjukvården. Även om alla kan vara överens om principerna för en sådan modell kan det vara svårare att acceptera konsekvenserna när utfallen för egen del jämfört med utgångsläget blir kända.

Motsvarande simulering har också genomförts med fokus på den sjukvårdsregionala nivån. Detta kan vara intressant eftersom det vid

[29] Mer information finns i Kostnadsutjämningsutredningens betänkande SOU 2018:74, *Lite mer lika. Översyn av kostnadsutjämningen för kommuner och landsting*.

ett statligt huvudmannaskap skulle vara tänkbart att resurserna fördelas inom den statliga organisationen till dessa sex områden. Även vid en enmyndighetslösning kan man anta utifrån scenariobeskrivningarna att det finns sex statliga administrativa enheter för drift av hälso- och sjukvård och att resurserna för tillhandahållande skulle fördelas mellan dessa statliga sjukvårdsenheter, som i stort motsvarar nuvarande sjukvårdsregioner. När motsvarande simulering som ovan genomförs med fokus på den sjukvårdsregionala nivån blir skillnaderna mindre jämfört med nuläget. Alla sjukvårdsregioner utom en (Stockholm-Gotland) blir ”vinnare” i den här simuleringen. Den relativa resursförändringen blir i simuleringen -8 procent för Stockholm-Gotland, + 5 procent i Västra Götaland och Halland (hela Halland har inkluderats här, +3 procent för Norra sjukvårdsregionen, +2 procent för Södra sjukvårdsregionen och +1 procent för Mellansverige samt Sydöstra sjukvårdsregionen.30 Även om problemen med vinnare och förlorare sett i ett nationellt perspektiv minskar i denna modell bör det noteras att de förstås kvarstår inom respektive sjukvårdsregion.

Det är inte givet att staten skulle använda just en sådan här modell för att fördela resurser och det som beskrivs här är just en simulering. Men utifrån antagandet att ett syfte med ett statligt huvudmannaskap skulle vara att fördela resurser så att de ekonomiska förutsättningarna utjämnas så visar simuleringen att detta skulle innebära en omfördelning som i sin tur kommer att skapa vinnare och förlorare. En sådan situation kan hanteras på olika sätt för att underlätta en implementering. Förändringen kan till exempel införas under en övergångsperiod där man successivt inför en mera rättvis fördelning. Staten kan också tillföra extra resurser för att underlätta en övergång. Dessa lösningar kan också kombineras. Oavsett val av lösning handlar det i praktiken om att på olika sätt kompensera region Stockholm-Gotland så att drastiska neddragningar i befintliga kostnader och vårdutbudet kan undvikas.

I detta sammanhang kan det noteras att det finns många olika tänkbara modeller för resursfördelning inom de olika regionala delarna av myndigheten för tillhandahållande av hälso- och sjukvård. Det är långt ifrån säkert att en behovsbaserad modell i enlighet med den

[30] I beräkningen av effekter på sjukvårdsregional nivå har vikter på regionnivå använts. En beräkning på hela befolkningsunderlaget i varje sjukvårdsregion skulle kunna ge delvis andra effekter. Se underlagsrapport *Dokumentation av simuleringar för fördelning av resurser till regionerna.*

som används i simuleringen skulle tillämpas inom myndigheten. Konsekvenserna kan därför bli både större och mindre.

Det simuleringen framför allt illustrerar är att en nationell fördelning av ekonomiska resurser från staten i stället för nuvarande utjämningssystem och övriga statsbidrag innebär att det kan uppstå vinnare och förlorare. En sådan situation kommer leda till att resursfördelningsmodellen kritiseras. Det blir därför av stor vikt att modellen utarbetas och implementeras på ett sätt som möjliggör en hög acceptans och legitimitet bland berörda parter. Omfördelningsproblemen som beskrivits måste också hanteras, genom en längre omställningsperiod eller extra tillskott av resurser. Även om det kan väntas uppstå störst problem vid införandet kommer det sannolikt uppstå behov av kontinuerliga förändrar av och anpassningar i myndighetens interna resursfördelningsmodell och processerna för denna.

6.4 Förändrade förutsättningar för tillhandahållandet av hälso- och sjukvård

Ett statligt tillhandahållaransvar måste omsättas i en utförarorganisation som tillhandahåller hälso- och sjukvård till invånarna. Gemensamt för samtliga scenarier som undersöks i denna underlagsrapport är att de administrativa enheterna för planering och tillhandahållande av hälso- och sjukvård blir geografiskt sett större än i dag och därmed omfattar fler patienter än vad dagens regionala organisation gör. Detta kan antas innebära förändrade förutsättningar för tillhandahållandet av hälso- och sjukvård. Vid en lösning med sex myndigheter är de skillnader som följer av den organisatoriska förändringen liknande de effekter som skulle kunna uppnås av en regionreform, i enlighet med vad som föreslagits av tidigare utredningar.[31]

I det föregående avsnittet har konstaterats att en sannolik konsekvens av ett statligt huvudmannaskap är att myndighetsorganisationen för tillhandahållande av vård behöver hantera många av de frågor som i dag hanteras av politiska organ, i form av regionfullmäktige, regionstyrelse och nämnder. En skillnad mot i dag är därmed att den högsta ledningen på regional nivå inte är en politisk ledning utan en tjänste-

[31] SOU 2007:10, *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft, Ansvarskommitténs slutbetänkande*, SOU 2018:10, *Myndighetsgemensam indelning – samverkan på regional nivå,* Indelningskommitténs slutbetänkande.

mannaledning. En andra skillnad är att denna ledning ansvarar för större geografiska enheter än i dag.

En tredje skillnad är att en statlig myndighet ansvarar för stora delar av den operativa styrningen och ledningen av hälso- och sjukvården. Det blir en ny uppgift för staten och innebär förändrade förutsättningar när det gäller ansvaret att säkerställa befolkningens tillgång till hälso- och sjukvård i enlighet med gällande lagstiftning. Beroende på vilka beslut som fattas i samband med reformen kan också villkoren för tillgång till vård förändras redan på kort sikt. Följande har konstaterats när det gäller konsekvenser på kort sikt för tillhandahållandet av hälso- och sjukvård:

- Vissa förändringar avseende villkoren för tillgång till vård skulle sannolikt ske i direkt samband med reformen.
- En ökad grad av centralisering av planering och dimensionering av vård möjliggörs.
- Det behövs fördjupade analyser för att avgöra om ett statligt huvudmannaskap skulle möjliggöra fler stordriftsfördelar gällande hälso- och sjukvårdens verksamhet jämfört med nuvarande ordning.
- I nuläget är det okänt hur hälso- och sjukvårdsstrukturen eller utbudet av vård skulle förändras jämfört med i dag genom ett statligt huvudmannaskap.
- Tillhandahållarmyndigheten behöver kunna hantera samverkan med 290 kommuner, vilket troligen innebär behov av förändrade samverkansstrukturer och processer.
- Konsekvenser uppstår för samverkan med privata vårdgivare och apotek.

Vissa förändringar avseende villkoren för tillgång till vård kan ske på kort sikt

Över lag kan det antas att utbudet av hälso- och sjukvård inte nödvändigtvis skulle förändras på kort sikt av ett förändrat huvudmannaskap. De eventuella förändringar som skulle ske avseende hälso- och sjukvårdens struktur eller utbud skulle därmed i huvudsak uppstå på längre sikt.

Vissa villkor skulle dock sannolikt förändras på kort sikt. En del förändringar skulle till exempel uppstå till följd av att hela landet blir ”upptagningsområde” för hälso- och sjukvården. Alternativt skulle de sex statliga sjukvårdsområdena kunna fungera som geografiska upptagningsområden. Detta skulle förhållandevis direkt efter en huvudmannaskapsreform kunna medföra förändringar avseende vilka vårdenheter som patienter och invånare har tillgång till.

Förändringarna blir relativt sett större i de sjukvårdsregioner som i dag består av ett större antal regioner, som sydöstra eller mellersta sjukvårdsregionerna. För den som bor i Region Stockholm eller Västra götalandsregionen skulle förändringen i stället bli marginell, eftersom de geografiska områdena redan i dag i stort sett motsvarar den sjukvårdsregionala indelningen. Hur detta närmare skulle påverka tillgången till vård för den enskilde beror dock i stor utsträckning på vilka val som görs, till exempel kring om det ska vara möjligt att fritt söka vård i hela landet eller inte inom olika delar av vården.

På kort sikt efter, eller i samband med en huvudhuvudmannaskapsreform, aktualiseras också frågan om hur vårdvalen ska hanteras. Med utgångspunkt i de dialoger och workshops som genomförts framstår det som sannolikt att beslut om vilka vårdval som ska finnas inte skulle delegeras till myndighetsorganisationen, vilket innebär att beslut om vilka vårdval som ska finnas fortsatt skulle vara en fråga för politiskt avgörande. Eftersom det politiska beslutsfattandet sker på nationell nivå vid ett statligt huvudmannaskap skulle det då sannolikt bli aktuellt med någon form av politiska beslut om nationellt vårdval. Inom ramen för sådana beslut finns dock möjlighet till många olika vägval som kan påverka vilken betydelse ett nationellt vårdval får för invånare i olika delar av landet jämfört med nuläget. En ökad enhetlighet avseende vårdval skulle innebära olika stor skillnad mot nuläget i olika delar av landet.

På kort sikt kan ett statligt tillhandahållaransvar sannolikt också innebära att vissa processer och villkor förändras, till exempel avseende patientavgifter. I en situation där finansiering och styrning sker nationellt kan det antas att patientavgifter och andra villkor skulle göras enhetliga för hela landet. Hur snabbt sådana förändringar kan realiseras beror bland annat på om förberedelser för detta görs före eller efter reformens ikraftträdande.

En ökad grad av centralisering av planering och dimensionering av hälso- och sjukvård möjliggörs

Ett statligt ansvar för att tillhandahålla hälso- och sjukvård möjliggör ett ökat inslag av nationell planering och dimensionering av vård. Samtidigt är det troligt att många beslut om dimensionering behöver delegeras från riksdag och regering till myndighetsorganisationen.

Planering och dimensionering av vårdutbud så att det svarar mot befolkningens behov inbegriper ett stort mått av prioriteringar samt fördelning av ekonomiska och andra resurser. Eftersom det är svårt att se hur den nationella politiska nivån ska kunna involveras i den närmare dimensioneringen av och fördelningen av resurser till vård i olika delar av landet skulle detta till stor del behöva delegeras till myndighetsorganisationen. Det skulle troligen i sin tur leda till behov av utvecklade metoder och former för hur lokal och regional planering och dimensionering av vården ska gå till.

Produktions- och kapacitetsstyrning[32] skulle till exempel sannolikt ske i de sex statliga sjukvårdsområdena, det vill säga på avdelningsnivå i enmyndighetslösningen och på myndighetsnivå i sexmyndighetslösningen. Inom områden där det bedöms lämpligt kan det också utvecklas nationella system för produktions- och kapacitetsstyrning. Nationella informationssystem med fokus på kapacitet, väntetider och vårdutbud behöver då utformas, vilket är viktiga förutsättningar för ledning, planering och styrning av vårdkapacitet utifrån behov.[33]

Kunskapsstyrningen i form av till exempel nationella riktlinjer, nationella vårdprogram och standardiserade vårdförlopp är ytterligare en central komponent när det gäller planering och dimensionering av vård. I ett statligt huvudmannaskap är ansvaret för framtagande och utformning statligt och utövas av en eller flera statliga myndigheter. Implementeringen sker sedan regionalt och lokalt, i den statliga myndighetsorganisationen för att tillhandahålla vård och i kommunerna som fortfarande är huvudmän för sina delar av vården.

[32] Produktions- och kapacitetsstyrning handlar enligt Socialstyrelsen om att skapa förutsättningar för arbetssätt som innebär att vårdens kapacitet matchas mot rådande vårdbehov. Det syftar till att genom faktabaserad planering, uppföljning och relevanta åtgärder, skapa förutsättningar för vårdens verksamheter att på ett ändamålsenligt sätt och utifrån patienters behov, löpande och strategiskt fatta beslut om resursfördelning, prioriteringar och arbetssätt. Mer information finns i Socialstyrelsen (2024), *Stöd till regioner för produktions- och kapacitetsstyrning. Delredovisning av regeringsuppdrag*.

[33] Socialstyrelsen (2024), *Stöd till regioner för produktions- och kapacitetsstyrning. Delredovisning av regeringsuppdrag.*

Vid ett statligt ansvar för tillhandahållande av vård behöver det sammanfattningsvis utarbetas en modell och ansvarsfördelning gällande arbetet med prioriteringar och behovsanalyser. Det är sannolikt att en del av arbetet med detta måste delegeras till myndighetsorganisationen. Över lag kan det konstateras att det finns många utestående frågor om vilka modeller eller processer som skulle behövas för att säkerställa att befolkningens behov av hälso- och sjukvård tillgodoses på lika villkor i hela landet, trots de skillnader som finns i regionala förutsättningar.

Fördjupade analyser behövs för att bedöma möjligheten att nyttja fler stordriftsfördelar i hälso- och sjukvården

Det konstaterades ovan att vissa delar av hälso- och sjukvården sannolikt skulle planeras och dimensioneras nationellt vid ett statligt huvudmannaskap. I de dialoger och workshops som genomförts har till exempel sjukhusen, den högspecialiserade hälso- och sjukvårdens verksamhet, sjuktransporter och luftburen ambulanssjukvård nämnts som exempel. Detta kan möjliggöra nyttjande av stordriftsfördelar både nationellt och storregionalt. Samtidigt samarbetar regionerna redan i dag inom de sjukvårdsregionala områdena i frågor där det bedömts motiverat. Det finns också redan i dag nationella strukturer för till exempel nationell högspecialiserad hälso- och sjukvård. Det innebär att det är svårt att bedöma hur stora mervärden som ett statligt huvudmannaskap kan bidra med i fråga om att nyttja stordriftsfördelar i sjukvårdens bedrivande. Här bör dock påpekas att några fördjupade analyser av detta inte har varit möjligt att genomföra inom ramen för scenarioanalyserna.

Det har inte heller varit möjligt att specificera hur hälso- och sjukvårdsstrukturen skulle förändras med ett statligt huvudmannaskap. En vanlig hypotes som framförts i arbetet är att en nationell styrning skulle medföra färre sjukhus och andra reformer med fokus på en mer effektiv sjukvårdsstruktur och ökad koncentration, men i avsaknad av information om ambitioner i den riktningen, eller tid för fördjupade analyser, har det inte varit möjligt för sekretariatet att bedöma hur hälso- och sjukvårdsstrukturen och utbudet skulle påverkas och vilka möjligheter till fler stordriftsfördelar som kan skapas.

Konsekvenser för samverkan med kommuner och kommunal hälso- och sjukvård

I det scenario som skisserats för ett helt statligt huvudmannaskap skulle det fortfarande kvarstå två olika huvudmän i hälso- och sjukvården, den statliga och den kommunala hälso- och sjukvården, varav den senare utgör en viktig del av den hälso- och sjukvård som många patienter tar del av. Vid ett helt statligt huvudmannaskap skulle samverkan ske mellan färre huvudmän än tidigare. I stället för 21 regioner och 290 kommuner skulle samverkan ske mellan staten, i form av den eller de statliga myndigheter som utövar tillhandahållaransvaret, och 290 kommuner. Staten skulle behöva utveckla en regional och lokal organisation samt etablera nya strukturer för samverkan och samarbete inom den statliga hälso- och sjukvården. Det skulle därmed sannolikt uppstå transaktionskostnader i en omorganiseringsfas, bland annat i form av att existerande samverkansformer som byggts upp under lång tid görs om.

I vissa avseenden skulle samverkan kunna underlättas av ett gemensamt huvudmannaskap, men när det gäller den konkreta samverkan kring patienterna kan det konstateras att ett gemensamt huvudmannaskap inte är någon garanti för att undvika att patienter faller mellan stolarna.

Hur samverkan mellan den statliga sjukvårdsorganisationen och kommunerna skulle fungera är en avgörande faktor för hälso- och sjukvårdens kvalitet och skulle påverka stora patientgrupper. Samverkan med kommunerna berör både den kommunalt finansierade vården samt socialtjänstens verksamhet. På kort sikt skulle en huvudmannaskapsreform innebära att nuvarande samverkansstrukturer behöver kunna övertas och utvecklas av den statliga organisationen. På längre sikt skulle strukturerna sannolikt behöva förändras. Samverkan sker på flera olika nivåer men på kort sikt kan det antas att det främst är samverkan på den strategiska nivån som skulle påverkas. Lösningar skulle behöva utarbetas redan i genomförandet för hur den operativa samverkan kring patienten ska ske för att kvalitetsrisker inte skulle uppstå till följd av den organisatoriska förändringen.

En annan effekt på kort sikt är att samverkan med kommunerna ska organiseras i de större geografiska enheter som ett statligt huvudmannaskap medför. Skillnaden mot nuläget skulle bli olika stora i olika delar av landet. I vissa regioner skulle befintliga samverkans-

strukturer i stort sett kunna kvarstå, medan det i andra delar av landet skulle innebära ett behov av betydande förändringar jämfört med i dag. Effekten är särskilt tydlig i Mellersta sjukvårdsregionen, som skulle ansvara för samverkan med 80 kommuner. I tabell 6.1 redogörs för antalet kommuner per sjukvårdsregion.

Tabell 6.1 Antal kommuner per sjukvårdsregion

Sjukvårdsregion	Antal kommuner
Norra sjukvårdsregionen	44
Sjukvårdsregion Mellansverige	80
Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland	27
Västra sjukvårdsregionen[34]	55
Sydöstra sjukvårdsregionen	38
Södra sjukvårdsregionen	46

Konsekvenser för samverkan med tandvården

Vid ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården aktualiseras frågan om hur regionernas nuvarande ansvar för tandvård ska hanteras och hur samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård ska utvecklas. Kommitténs direktiv har inte innehållit uppdraget att pröva huvudmannaskapet varken för kommunal hälso- och sjukvård eller för tandvården. Socialstyrelsen har dock på regeringens uppdrag analyserat frågan om huvudmannaskapet för tandvården närmare. Uppdraget utgår från tre huvudsakliga frågeställningar:

- Vilka delar av tandvården är lämpliga för en fortsatt översyn av ökat statligt ansvar eller helt eller delvis statligt huvudmannaskap?
- Vilka centrala styrkor och utmaningar har tandvården i Sverige?
- Vilka tänkbara konsekvenser kan ett helt eller delvis förändrat huvudmannaskap i vården få för tandvården?

[34] Region Halland representeras i såväl Södra som Västra sjukvårdsregionen, men i tabellen har hela Region Halland räknats till Västra sjukvårdsregionen.

De områden som Socialstyrelsen ser som lämpliga för en fortsatt översyn avseende ökat statligt ansvar eller huvudmannaskap är att:

- skapa bättre förutsättningar för prioriteringar efter behov
- säkerställa ett hållbart tillhandahållar- och finansieringsansvar
- stärka förutsättningarna för forskning och utbildning
- ta ett helhetsgrepp om prevention och hälsofrämjande insatser.[35]

Det kan konstateras att dessa fyra områden har nära kopplingar till hälso- och sjukvården och samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård är något som utvecklas alltmer, inte minst till följd av den allt starkare kopplingen mellan hälsa och munhälsa. Socialstyrelsen har till exempel i sin lägesrapport om hälso- och sjukvård och tandvård beskrivit hur munhälsan påverkar näringsintaget och risken för infektioner och inflammationer i resten av kroppen. Munsjukdomar och andra sjukdomar har många gemensamma riskfaktorer, däribland ohälsosamma matvanor och rökning. Tandvården kan därför, tillsammans med andra aktörer inom till exempel hälso- och sjukvård, barnhälsovård, skola och socialtjänst, främja en god munhälsa och därmed den allmänna hälsan i befolkningen. En förutsättning för detta är att det etableras en bredare samverkan mellan tandvården och andra aktörer inom hälso- och sjukvården, och även omsorgen.[36]

Samverkan med privata vårdgivare och apotek

Staten behöver inom ramen för sitt huvudmannaskap med ansvar att styra och beställa vård också utveckla samverkan och stöd till privata vårdgivare. Privata vårdgivare förekommer både som upphandlade aktörer eller inom ramen för valfrihetsystem och kan både verka som företag eller idéburna aktörer, till exempel stiftelser. Samverkan kan handla om att stödja privata vårdgivare i olika digitaliseringsfrågor. Det kan också handla om att säkerställa att krisberedskap finns i de vårdverksamheter som upphandlas eller tillhandahålls via valfrihetssystem.

[35] Socialstyrelsen (2025), *Tandvården och Vårdansvarskommittén – Från rot till krona – förslag på områden för statlig översyn i tandvårdssystemet*.
[36] Socialstyrelsen (2024), *Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård – Lägesrapport 2024*, s. 108 f.

Staten behöver också ta över både den strategiska och operativa samverkan som regionerna i dag ansvarar för mellan sjukvårdsverksamheter och apotek. Apoteken är vårdgivare och en del av hälso- och sjukvården genom uppdraget att lämna ut förskrivna läkemedel och ge rådgivning om läkemedelsanvändning till patienter. Apoteken står dock inte under regionalt huvudmannaskap. Kontakt mellan apotek och den regionala samt kommunala hälso- och sjukvården sker dagligen när specifika frågor kring recept behöver redas ut samt vid frågor kring tillgänglighet till läkemedel. För en väl fungerande vårdkedja behöver apoteken därför vara väl integrerade i och samarbeta nära med den hälso- och sjukvård som staten ansvarar för i scenarierna.

6.5 Direkta konsekvenser för verksamheter och medarbetare

Konsekvenser för hälso- och sjukvårdens personal kan uppstå på såväl kort som lång sikt av en huvudmannaskapsreform. Här redogörs för de konsekvenser som uppstår i direkt samband med införandet av ett statligt huvudmannaskap. Konkret handlar det om att offentligt anställd hälso- och sjukvårdspersonal får staten som arbetsgivare i stället för regionerna. I fråga om att staten tar över verksamhets- och arbetsgivaransvaret har följande konstaterats om konsekvenser på kort sikt:

- Det är i många delar okänt hur arbetsvillkor för hälso- och sjukvårdspersonal skulle förändras.
- Inga uppenbara skillnader för enskilda verksamheter eller för verksamhetsnära ledning.
- Okänt hur staten skulle driva eller styra enskilda verksamheter jämfört regionerna.
- Formerna för professions- och personalinflytande förändras.

Sammantaget är det med andra ord till stora delar okänt hur medarbetare och verksamheter skulle påverkas av införandet av ett statligt huvudmannaskap. Det har inte varit möjligt att förutsäga hur arbetsvillkoren närmare skulle förändras. Personalen skulle sannolikt i stor utsträckning omfattas av den lagstiftning som i dag

gäller för statligt anställda, men det är inte givet utan behöver utredas. Dessutom avgörs arbetsvillkoren i stor utsträckning i förhandling mellan arbetsmarknadens parter.

Detsamma gäller i stort för hur enskilda verksamheter skulle påverkas. Som utgångspunkt har det antagits att införandet av ett statligt huvudmannaskap inte skulle innebära några direkta konsekvenser för enskilda verksamheter. Som det konstaterats tidigare i detta avsnitt kan dock förändringar ske vad gäller till exempel vårdval, vilket skulle kunna påverka enskilda vårdgivare. Det är också möjligt att en huvudmannaskapsreform skulle kunna innebära en ökad rörlighet och omsättning bland chefer och i verksamheters ledning, som en följdeffekt av de förändringar som skulle ske på förvaltningsnivå och i ledningsorganisationerna.

Formerna för personalens och professionernas inflytande förändras

Ett statligt huvudmannaskap skulle innebära behov av översyn och förändring gällande den organisatoriska strukturen för personal- och professionsinflytande i hälso- och sjukvården. Det har inte varit möjligt att genomföra fördjupade analyser av hur ett statligt huvudmannaskap skulle påverka inflytandet. Vad som kan konstateras är däremot att personal- och professionsinflytandet har flera olika dimensioner, som kan komma att påverkas på olika sätt av ett statligt huvudmannaskap. Det handlar till exempel om det professionella handlingsutrymmet i mötet med patienten och yrkesutövandet, professionernas roll i kunskapsutveckling och kunskapsstyrning och medarbetares inflytande genom chefs- och ledarroller. En annan dimension är det intressepolitiska inflytandet från olika professionsorganisationer och det fackliga inflytandet genom avtal och samverkan. Därtill kan det också vara relevant att beakta det informella inflytandet som medarbetare och professionsföreträdare har över vårdens utveckling och styrning.

Hur medarbetares handlingsutrymme i yrkesutövandet skulle påverkas av ett statligt huvudmannaskap är beroende av hur styrningen utformas. Statens styrning är en källa till begränsningar av den enskilde yrkesutövarens handlingsutrymme, men professionella normer och riktlinjer kan ha än större betydelse. Ett statligt huvudmannaskap

behöver i sig inte leda till förändringar av den professionella styrningen genom kunskapsutveckling och kunskapsstyrning.

Eftersom en konsekvens av huvudmannaskapsförändringen är att fler frågor skulle hanteras i myndighetsorganisationen och den regionala politiska nivån försvinner är det möjligt att tänka sig utökade möjligheter för professionellt inflytande över myndighetens styrning av hälso- och sjukvården. Detta skulle då följa av att det i myndighetens styrelse och chefsled sannolikt kan bli aktuellt att tillsätta personer med professionsbakgrund. Det är också möjligt att tänka sig någon typ av struktur för professionsrepresentation i myndighetens styrelse/styrelser. Hur stor skillnaden i praktiken skulle bli mot nuvarande ordning när det gäller professionernas inflytande över vårdens styrning och utveckling är däremot svårt att bedöma.

När det gäller det intressepolitiska inflytandet kan det konstateras att ett statligt huvudmannaskap innebär en ökad politisk maktkoncentration och färre arenor och ytor för att påverka beslutsfattare. Detta kan ses både som en fördel och en nackdel ur ett professionsperspektiv.

I kapitel 5 om genomförandet av en huvudmannaskapsreform har det beskrivits att ett statligt huvudmannaskap skulle innebära ett behov av att utveckla nya avtal och strukturer för samverkan mellan arbetsmarknadens parter. Detta skulle redan på kort sikt efter reformen innebära förändrade förutsättningar för fackligt inflytande. Konsekvenser för de fackliga organisationerna skulle också uppstå redan i genomförandet, eftersom det skulle krävas ett omfattande arbete gällande avtal, arbetsvillkor och samverkansstrukturer.

6.6 Direkta konsekvenser för patienter och invånare

Vilka de direkta konsekvenserna av ett statligt huvudmannaskap skulle bli för patienter och invånare beror till stor del på de närmare beslut som fattas i reformens genomförande. Om man redan i förberedelserna för en huvudmannaskapsreform tar ställning till frågor om till exempel vårdvalen, utbudet av vård, behandling och hjälpmedel samt patientavgifter så skulle det kunna innebära tydliga förändringar för patienter och invånare redan när reformen träder i kraft. Eftersom det i dag ser olika ut i olika delar av landet kan konsekvenserna av en ökad enhetlighet gällande till exempel vårdval och avgifter bli

olika för patienter och invånare i olika delar av landet. Om sådan förändring och utveckling inte hanteras i förberedelserna, utan i stället lämnas till den nya politiska ledningen och myndighetsorganisationen att ta ställning till, så kan det bli först på längre sikt som sådana konsekvenser och effekter uppstår.

Utöver de tänkbara direkta konsekvenserna i fråga om förändrade villkor för tillgång till vård har också följande direkta konsekvenser för patienter och invånare identifierats i analyserna:

- Förutsättningarna för invånarnas politiska ansvarsutkrävande via val och direkt dialog med beslutsfattare förändras.
- Formerna för patient- och anhöriginflytande i hälso- och sjukvårdens styrning förändras.
- Organisatoriska och administrativa förändringar sker.

Förutsättningarna för invånarnas politiska ansvarsutkrävande förändras

Konsekvenser för demokratin och hälso- och sjukvårdens legitimitet kan uppstå på både kort och lång sikt till följd av en huvudmannaskapsreform. En fördjupad analys av hur ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården skulle påverka demokratin och hälso- och sjukvårdens demokratiska legitimitet presenteras i kapitel 7.

Ett statligt huvudmannaskap påverkar redan i direkt mening förutsättningarna för invånarnas politiska ansvarsutkrävande. Ett statligt huvudmannaskap kan bidra till en ökad tydlighet när det gäller det politiska ansvaret för hälso- och sjukvården, vilket är en viktig förutsättning för ansvarsutkrävande. Med ett helt statligt huvudmannaskap skulle det inte råda oklarheter om vilken politisk nivå som bär ansvaret för hälso- och sjukvårdens utveckling och resultat, med undantag för eventuella frågor kring gränsdragningar mellan statens och kommunernas ansvar. Samtidigt skulle ett statligt huvudmannaskap också innebära färre politiska arenor och att färre politiker är involverade i hälso- och sjukvårdsfrågor, vilket kan skapa ett ökat avstånd mellan beslutsfattare och invånare. Ytorna för att framföra preferenser och klagomål till ansvariga beslutsfattare blir på så vis mindre och färre i ett mer centraliserat system.

När stora delar av hälso- och sjukvården enbart blir en fråga för valet till riksdagen innebär det vissa förändringar i fråga om invånarnas möjligheter till inflytande över hälso- och sjukvårdens utveckling genom val. Anledningen till detta är att färre invånare är röstberättigade i val till riksdagen än i val till kommun- och regionfullmäktige. Rösträtt till riksdagen har den som fyllt 18 år senast på valdagen, är svensk medborgare och är eller har varit folkbokförd i Sverige. Rösträtt till region- och kommunfullmäktige har den som fyllt 18 år, är folkbokförd i regionen och antingen är svensk medborgare, medborgare i något av EU:s medlemsländer, Island eller Norge samt de som är medborgare i något annat land eller statslös men har varit folkbokförd i Sverige i tre år. I valet 2022 var 7 775 390 personer röstberättigade till riksdagsvalet medan 8 147 190 personer var röstberättigade till valet till regionfullmäktige.[37] Baserat på 2022 års antal röstberättigade hade ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården inneburit att 371 800 färre personer skulle ha möjlighet att påverka hälso- och sjukvårdens utveckling genom att rösta i de allmänna valen. Detta gäller då för den del av hälso- och sjukvården som staten tar över huvudmannaskapet för.

Vid ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården kommer möjlighet till laglighetsprövning enligt kommunallagen av strategiska beslut inom hälso- och sjukvården försvinna. Det får konsekvenser för regioninvånarnas möjlighet till ansvarsutkrävande eftersom motsvarande möjlighet till prövning av regeringens eller en myndighetsstyrelses beslut saknas. Ett statligt huvudmannaskap väcker därmed övergripande frågor om gränssnittet mellan juridik, politik och expertis i styrningen av hälso- och sjukvården och dessa frågor behöver analyseras närmare om en huvudmannaskapsreform ska genomföras.

Formerna för patient- och anhöriginflytande i hälso- och sjukvårdens styrning förändras

I ett hälso- och sjukvårdssystem där staten är huvudman för vården som regionerna är huvudmän för i dag behövs former skapas för patient- och anhöriginflytande. Patient- och anhöriginflytande är ett brett begrepp som kan inbegripa till exempel den enskildes och dennes anhörigas möjlighet att påverka den vård man tar del av, de

[37] Valmyndigheten, hemsida. Statistik över antal röstberättigade på valdagen 2022-09-11.

processer som finns för att fånga upp och omsätta patienters kunskap och erfarenheter samt strukturer för organiserad samverkan med patientföreningar på systemnivå. De konsekvenser som kan uppstå när det gäller den enskildes möjligheter att påverka behandlas i kapitlet om konsekvenser på längre sikt. På kort sikt skulle en huvudmannaskapsreform dock innebära förändrade förutsättningar för den organiserade patient- och anhörigrörelsens samverkan med hälso- och sjukvårdens företrädare.

När det gäller patient- och anhöriginvolvering av hälso- och sjukvården på systemnivå ser det i dag olika ut hur regionerna arbetar med detta. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har pekat på ett behov av en tydligare nationell samordning och en nationell strategi för mer jämlika förutsättningar till patient- och anhöriginflytande över landet. En statlig strategi och en nationell plattform, bland annat för kunskapsspridning, skulle enligt myndighetens analys kunna bidra till en mer ändamålsenlig patientmedverkan i styrning och ledning av hälso- och sjukvården.[38] Detta är något som kan inrättas även med nuvarande förvaltningsmodell, om regionerna och regeringen kommer överens om detta. Riksdagen skulle också med dagens förvaltningsmodell kunna lagstifta om på vilket sätt regioner ska arbeta med patient- och anhöriginflytande (till exempel att varje region ska inrätta ett patientråd i ledningen och styrningen av hälso- och sjukvården). Men en sådan lagstiftning måste föregås av en proportionalitetsbedömning, inskränkningen i den kommunala självstyrelsen måste vara godtagbar i förhållande till det man förväntas uppnå. Staten måste också ersätta regionerna om detta förtydligade ska-krav bedöms kosta pengar.

Vid ett helt statligt huvudmannaskap hade besluten om hur verksamheterna ska arbeta med patient- och anhöriginvolvering kunna ske utan lagstiftning och tillhörande proportionalitetsbedömning om den kommunala självstyrelsen. Om sådana ambitioner skulle finnas skulle det därför kunna skapas mer jämlika förutsättningar för patient- och anhöriginflytande i olika delar av landet.

Samtidigt måste det beaktas att en förändrad organisation gällande hälso- och sjukvårdens styrning och ledning, vilket ett förändrat huvudmannaskap innebär, skulle medföra behov av att bryta upp existerande samverkansstrukturer. Det har i sekretariatets dialoger

[38] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *En för alla. Erfarenheter av patientmedverkan i styrning och ledning av hälso- och sjukvården.*

med aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet och i den öppna konsultationen uttrycks att samverkan med patientorganisationer på många håll i landet fungerar bra i dag efter ett långsiktigt arbete med att bygga sådana strukturer. Det finns en oro hos vissa patientföreningar för att uppbyggda samverkansstrukturer skulle kunna riskeras vid ett statligt huvudmannaskap. Även i de workshops som genomförts har det uttryckts som en risk att samverkan mellan patienter och hälso- och sjukvården skulle behöva stöpas om och en oro för att patienters och anhörigas lokala och regionala inflytande skulle kunna minska. Vissa har också sett en risk för att ett statligt huvudmannaskap skulle leda till mer fokus på stora patientgrupper och deras tillgänglighet snarare än små grupper och grupper med komplexa behov. Samtidigt har det också uttryckts att det för mindre patientföreningar skulle kunna finnas fördelar med en centralisering, eftersom samverkan med en huvudman inte skulle kräva lika stora resurser som samverkan med 21 huvudmän.

Det kan sammanfattningsvis konstateras att de formella strukturerna för samverkan med patienter, anhöriga och organiserade patientföreträdare skulle behöva förändras vid ett statligt huvudmannaskap. Samverkan skulle ske med en huvudman i stället för 21, men det skulle vara möjligt att organisera samverkan lokalt och regionalt. Om ambitioner i den riktningen skulle finnas, så kan ett statligt huvudmannaskap leda till mer enhetliga former för samverkan med patientorganisationer. Centraliseringen av det politiska beslutsfattandet och de större geografiska enheterna innebär samtidigt att det skapas färre ytor för samverkan med beslutsfattare och att den lokala och regionala samverkan inte på samma sätt som i dag kan ske direkt med eller nära politiker.

Utöver formella strukturer för samverkan är det också viktigt att det i ett hälso- och sjukvårdssystem finns metoder och processer för att fånga in erfarenheter från patienter och anhöriga som inte är organiserade i föreningar. Detta kräver till exempel ett systematiskt arbete med att fånga in patienters och anhörigas kunskap och erfarenheter och omsätta dem i utveckling på flera olika nivåer.

Organisatoriska och administrativa förändringar sker

Att en statlig myndighetsorganisation tar över ansvaret för att tillhandahålla vård från regionerna medför förändringar jämfört med nuvarande ordning. Ett statligt huvudmannaskap kommer innebära ett stort antal organisatoriska och administrativa förändringar med konsekvenser för patienter och invånare. Det kan till exempel gälla praktiska frågor som namnbyte och eventuellt placering av vårdinrättningar samt nya vägar och kanaler för invånare och patienter att navigera i vården. Det kan också tänkas att invånarnas valfrihet påverkas, utifrån vilka beslut om till exempel vårdval som den politiska församling som styr vården (riksdagen) fattar.

Sekretariatet ser att det inte är möjligt att fullt ut beskriva vilka organisatoriska och administrativa förändringar som kommer att ske eftersom det inte går att förutsäga vilka beslut som kommer att fattas.

6.7 Konsekvenser för regioner och kommuner

Ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården skulle potentiellt kunna ha stor betydelse för regionernas fortsatta roll och funktionssätt, givet att regionerna finns kvar och fortsätter ansvara för sina övriga uppgifter i form av tandvård, kollektivtrafik, kulturfrågor och regionala utvecklingsfrågor. Vilka och hur stora konsekvenser som uppstår skiljer sig mellan scenarierna för ett helt och ett delvis statligt huvudmannaskap.

Ett helt statligt huvudmannaskap för all hälso- och sjukvård som regionerna i dag ansvarar för skulle, utöver att regionernas övriga verksamheter påverkas, också innebära att frågan om regionernas fortsatta existens och roll i samhällsorganisationen väcks. Det är inte en fråga som kommittén har att utreda, men i de dialoger, workshops och övriga analysmoment som genomförts under utredningsarbetet har flera aktörer framfört att ett helt statligt huvudmannaskap i princip möjliggör tre alternativa vägar gällande regionernas framtid:

1. Regionerna avvecklas helt och samtliga uppgifter överförs till kommuner och/eller statliga myndigheter.
2. Regionerna kvarstår och behåller ansvaret för befintliga uppgifter utöver hälso- och sjukvården.

3. Regionerna kvarstår som förvaltningsnivå men ges nya uppgifter.

Det första alternativet skulle medföra behov av en grundlagsändring. Det är också det alternativet som ger störst påverkan på demokratins förutsättningar, vilket beskrivits på andra ställen i denna rapport.

Alternativ två väcker frågor om hur den politiska organisationen ska anpassas till att regionerna inte längre ansvarar för hälso- och sjukvård som i dag utgör en stor del av regionernas kostnader och av de förtroendevaldas uppdrag. Att kraftigt minska regionernas uppdrag utan att också anpassa den politiska organisationen framstår som mindre troligt.

Det tredje alternativet som identifierats är att regionerna kvarstår och ges andra uppgifter än hälso- och sjukvården. I detta sammanhang har det lyfts i sekretariatets dialoger att det kan finnas uppgifter som i dag är ett ansvar för kommunerna och staten som kan flyttas till den regionala nivån. Ansvarskommittén nämnde till exempel i sitt betänkande att regionerna skulle kunna ges ansvaret för gymnasieskolan och gymnasial vuxenutbildning.[39] Inom ramen för scenarioanalyserna har det inte varit möjligt att göra närmare analyser av vilken väg framåt som vore mest lämplig. I det fall att något av scenarierna som analyseras i den här rapporten tas vidare så behövs en fördjupad analys av de specifika konsekvenserna för samtliga av regionernas nuvarande övriga verksamheter som sannolikt påverkas på olika sätt.

Ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården påverkar till exempel tandvården. Det är rimligt att anta att till exempel specialiserad käkkirurgi som bedrivs vid universitetssjukhus skulle överföras till staten i samband med ett helt statligt huvudmannaskap eller vid ett delvis statligt huvudmannaskap för specialiserad vård. Om all hälso- och sjukvård överförs från regioner till staten behöver frågan om regionernas ansvar för tandvård, särskilt folktandvården, beaktas. Hur denna fråga avgörs beror i sin tur på till exempel om regionerna skulle tillföras nya uppgifter eller inte.

Ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården skulle också påverka den offentliga sektorn i stort och kan få konsekvenser även för kommunernas fortsatta roll och funktionssätt. Det har tidigare konstaterats att ett helt statligt huvudmannaskap skulle få konsekvenser för samverkan med kommuner och den kommunala hälso- och sjukvården, men kommunerna skulle även i övrigt kunna

[39] SOU 2007:10, *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft* s. 216.

påverkas. Ett helt statligt huvudmannaskap för den hälso- och sjukvård som regionerna i dag ansvarar för skulle till exempel innebära en väsentligt större stat och ett mindre inslag av självstyre. Det skulle, utöver konsekvenserna som uppstår inom hälso- och sjukvården och för patienterna, också innebära nya förutsättningar för den offentliga sektorn i stort.

En större stat i kombination med ett avvecklande av eller minskande av regionernas uppgifter och roll skulle påverka samspelet och balansen mellan förvaltningsnivåerna och få följdkonsekvenser för flera aktörer inom den offentliga sektorn, till exempel kommunerna och länsstyrelserna. Inför ett införande av ett helt statligt huvudmannaskap skulle det behöva genomföras fördjupade analyser av hur en sådan ordning skulle komma att påverka kommunerna, även utöver den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten. I likhet med regionerna kan konsekvenserna bli olika beroende på om det handlar om ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården, och konsekvenserna skulle bli olika beroende på om regionerna avvecklas eller kvarstår.

6.8 Specifika konsekvenser av ett delvis statligt huvudmannaskap

Antagandet har gjorts att de konsekvenser som hittills beskrivits i kapitlet skulle uppstå vid såväl ett helt statligt huvudmannaskap som i den del som staten tar över ansvaret för vid ett delvis statligt huvudmannaskap. Samtidigt finns det också ett antal specifika konsekvenser på kort sikt av att genomföra en reform med ett delvis statligt huvudmannaskap. Vissa av dem är generella medan andra är specifika för det enskilda scenariot. Nedan beskrivs dessa översiktligt.

En gemensam nämnare för scenarierna för ett delvis statligt huvudmannaskap är att de innebär att ytterligare en huvudman tillkommer i hälso- och sjukvårdssystemet jämfört med nuvarande ordning. Det kan antas medföra vissa särskilda konsekvenser för hälso- och sjukvårdssystemet som helhet. Parallellt med de förändringar som sker inom den del staten ansvar för ska nuvarande ordning gälla i övriga delar av hälso- och sjukvården. Följande har identifierats när det gäller konsekvenser av ytterligare en huvudman i systemet:

- Det finns en risk att staten prioriterar den del av hälso- och sjukvården som man är huvudman för över de delar som är regionernas (och kommunernas) ansvar.
- Det kan bli utmanande för de statliga myndigheterna och aktörerna att inneha olika roller och olika modeller för styrningen för olika delar av hälso- och sjukvården, möjligen med undantag för de scenarier som avser mycket avgränsade hälso- och sjukvårdsverksamheter.
- Det tillkommer vid ett delvis statligt huvudmannaskap ytterligare två samverkansytor: mellan den statliga och den regionala hälso- och sjukvården och mellan den statliga och den kommunala hälso- och sjukvården. Eftersom många vårdkedjor skulle kräva övergångar mellan den kommunala, regionala och statliga vården och övergångar mellan huvudmän är en känd risk för brister i vårdkvalitet kan det inte uteslutas att en sådan ordning ökar patientsäkerhetsriskerna, särskilt för patienter med många vårdkontakter.
- Behoven av samverkan och samordning av styrningen ökar jämfört med nuläget och problemet med motstridiga politiska prioriteringar kan förstärkas jämfört med nuläget.
- Att införa ytterligare en huvudman riskerar att göra systemet och ansvarsfördelningen otydligare och svårare att förstå.
- Invånarna kan i de delvisa scenarierna utkräva ansvar för hälso- och sjukvården genom att rösta, men behöver då rösta i tre val i stället för som i dag i två; till kommuner, till regioner och till riksdagen. Det ställer ökade krav på information så att invånarna är väl medvetna om vilken huvudman som ansvarar för vad.
- Det skulle behöva utvecklas olika men parallella strukturer för patient- och anhörig samt professions- och medarbetarinflytande i den statliga och den regionala delen av hälso- och sjukvårdssystemet. Det skulle innebära ytterligare en aktör att samverka med för till exempel fackförbund, professionsföreningar och patientorganisationer.

Vid ett delvis statligt huvudmannaskap skulle ansvaret för systemövergripande funktioner samlas i staten för de delar som scenariot avser och vara delat mellan staten och de 21 regionerna för övriga

delar. Delar av de nationella funktioner och verksamheter som i dag hanteras av regionerna i samverkan skulle behöva övergå till statliga myndigheter för den vård det statliga huvudmannaskapet omfattar. Skulle den specialiserade vården komma under statligt huvudmannaskap kommer exempelvis de regionala cancercentrumens (RCC) verksamhet som bland annat omfattar nationella riktlinjer, kvalitetsregister, vårdprogram och standardiserade vårdförlopp att samlas hos staten. Ett annat exempel är att de biobankscentrum som i dag finns i varje sjukvårdsregion blir en statlig funktion vid ett statligt huvudmannaskap för den specialiserade vården.

Funktioner som kopplar till det kvarvarande regionala huvudmannaskapet skulle fortsatt hanteras av regionerna i samverkan. Om exempelvis primärvården fortsatt skulle vara ett regionalt ansvar skulle de sjukvårdsregionala nätverk som har i uppdrag att utveckla samverkan kring god och nära vård fortsätta sin verksamhet. Vissa särskilda konsekvenser och risker har också identifierats kring hanteringen av gemensamma funktioner när det gäller ett delvis statligt huvudmannaskap.

När det gäller frågor som till exempel data och information, infrastruktur, läkemedel och beredskap finns en risk att det behöver utvecklas parallella strukturer för att hantera samma frågor i den statliga delen av hälso- och sjukvården och de regionala. Detta skulle troligen öka den institutionella komplexiteten och sannolikt påverka den sammantagna effektiviteten negativt. Vid ett delvis statligt huvudmannaskap kan det därför finnas skäl att överväga att en sådan ordning kombineras med ett utökat eller helt statligt ansvar för vissa systemövergripande funktioner. Vilka dessa skulle vara och hur det närmare skulle genomföras kräver dock sin egen fördjupade analys.

7 Möjliga konsekvenser på längre sikt

De konsekvenser och tänkbara effekter som presenterades i kapitel 6 är sådana som enligt analyserna kan kopplas direkt till det förändrade huvudmannaskapet. Dessa kan i stort sammanfattas som konsekvenser i fråga om hälso- och sjukvårdens styrning, finansiering, organisation, och ansvarsutkrävande. Vissa direkta konsekvenser för hälso- och sjukvårdens medarbetare och för patienterna identifierades också. I detta kapitel fokuseras vad ett statligt huvudmannaskap skulle kunna innebära för ett antal andra områden som är viktiga för hälso- och sjukvårdssystemets sammantagna funktionalitet. Områdena som berörs i kapitlet är:

- finansiell hållbarhet,
- hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning och arbetsmiljö,
- forskning, utveckling och innovation i hälso- och sjukvården,
- en personcentrerad och sammanhållen vård,
- demokrati och legitimitet,
- beredskap och säkerhet samt
- administrativ börda.

Eftersom dessa områden inte påverkas direkt av en huvudmannaskapsförändring har analysen av dem samlats under rubriken ”Möjliga konsekvenser på längre sikt”.

Rubriken syftar till att illustrera att effekter inom dessa områden inte följer automatiskt av en huvudmannaskapsreform utan mer har karaktären av förutsättningar som staten i egenskap av huvudman behöver hantera och påverka för att en huvudmanna-

skapsreform ska kunna bidra till en mer jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård (förutsättningarna för måluppfyllelse i dessa delar behandlas i nästa kapitel). Den övergripande frågan som behandlas i det här kapitlet är om och hur ett statligt huvudmannaskap skulle kunna bidra till förbättrade förutsättningar att hantera utmaningar och utvecklingsbehov inom dessa områden jämfört med nuvarande ordning.

Underlag och analyser avseende respektive område presenteras i separata avsnitt och inleds med beskrivningar av nuvarande ordning inklusive utmaningar och utvecklingsbehov. Dessa beskrivningar samt analyserna av hur ett statligt huvudmannaskap skulle påverka dessa områden baseras på det samlade underlag som inhämtats, inklusive de underlag som presenterats i rapportens tidigare kapitel.

7.1 Finansiell hållbarhet

Som redogjorts för i föregående kapitel medför ett statligt huvudmannaskap den direkta konsekvensen att finansieringsansvaret centraliseras till statlig nivå för den del av hälso- och sjukvården som scenariot avser. Ett statligt huvudmannaskap innebär alltså att det är staten som både ska inhämta och fördela ut ekonomiska resurser. Finansieringsansvaret innefattar därmed en stor del av ansvaret för hälso- och sjukvårdens styrning, med fokus på ekonomistyrning, budget, prioriteringar, inhämtning av ekonomiska resurser och resursfördelning. Andra konsekvenser som identifierades på kort sikt är att en statlig finansiering möjliggör andra skattebaser än förvärvsinkomst och att hälso- och sjukvårdens finansierings- och resurstilldelning inordnas i statsbudgetens ramverk och processer. Vidare skapas det andra förutsättningar än i dag för att omfördela resurserna i hälso- och sjukvården.

Det kan redan på kort sikt ske en omfördelning av ekonomiska resurser mellan olika delar av landet, om det fattas beslut och vidtas åtgärder i den riktningen. Hur ett statligt huvudmannaskap på längre sikt skulle kunna påverka hälso- och sjukvårdens finansiella hållbarhet behandlas i detta avsnitt. De analyser som görs i avsnittet utgår i stor utsträckning av den underlagsrapport som docent Åsa Hansson (2024) tagit fram på kommitténs uppdrag och som återfinns på annan

plats i denna volym av betänkandet.[1] Även andra rapporter samt resultat från sekretariatets egen kvalitativa datainsamling ligger till grund för analysen i kapitlet.

Med hållbar finansiering avses här att finansieringen av hälso- och sjukvården är långsiktig, stabil och nationellt jämlik.

Nuvarande ordning

En hållbar finansiering innebär att jämlika ekonomiska förutsättningar finns i olika delar av landet, vilket är en grundläggande förutsättning för att hälso- och sjukvården ska fungera och för att mål om till exempel befolkningens tillgång till vård på lika villkor ska kunna nås. Flera underlag pekar på att det finns betydande finansiella utmaningar för hälso- och sjukvården framöver.

Dagens ansvarsfördelning

I dag har regionerna (och kommunerna) det huvudsakliga finansieringsansvaret för hälso- och sjukvård. Regionernas skatteintäkter kommer från beskattning av förvärvsinkomster vilket utgör kommunernas huvudsakliga och regionernas enda skattebas. Kommunerna erhåller även cirka 2,5 procent av sin finansiering från fastighetsavgiften. Skatteintäkterna täcker knappt 70 procent av kostnaderna på både kommunal och regional nivå, medan resterande 30 procent täcks av olika statsbidrag och andra bidrag och intäkter.[2] I praktiken kan finansieringsansvaret för hälso- och sjukvården därför beskrivas som delat mellan staten och regionerna, till följd av att staten över tid åtagit sig finansieringsansvar genom olika kostnadspåverkande beslut, överenskommelser och avtal.

[1] Hansson, Å. (2024), *Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård*, Lunds universitet och Ratio. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén.
[2] Sveriges Kommuner och Regioner, *Sektorn i siffror – Diagram och beskrivningar av fördelning av kommuners och regioners kostnader och intäkter för år 2023.*

Utmaningar och utvecklingsbehov

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) konstaterade i sin ekonomirapport från maj 2024 att regionerna hade besvärliga förutsättningar inför 2024. Skälet ansågs främst vara en svag ökning av skatteintäkterna och ytterligare kostnadsökningar för pensionerna som främst beror på inflationen förra året. SKR konstaterade vidare att trots besparingsåtgärder, pensionskostnader som beräknas minska med 25 miljarder och skatteintäkter som ökar med 4,8 procent kommer regionernas sammantagna resultat fortfarande vara negativt 2025. Tack vare förstärkta skatteintäkter förbättras troligen resultatet 2026, men redan 2027 menade SKR att det faller till en nivå som i merparten av regionerna ligger långt ifrån vad som kan betecknas som god ekonomisk hushållning.[3]

Enligt räkenskapssammandraget för 2024 var 2024, liksom 2023, ett utmanande år för regionerna. Verksamhetens resultat (det vill säga inte bara hälso- och sjukvården) blev negativt för andra året i rad och slutade på minus 2,8 miljarder kronor. Resultatet var enligt Statistiska centralbyrån (SCB) negativt i 16 av landets 21 regioner, vilket kan jämföras med 15 regioner året innan. Av landets regioner försämrades det negativa resultatet från 2023 ytterligare inom sex regioner, medan fem regioner hade ett positivt resultat 2024. Övriga tio regioner hade ett lägre negativt årsresultat 2024 än föregående år.[4]

Såväl hälso- och sjukvårdens finansiering som kompetensförsörjning utmanas av den demografiska utvecklingen och dess konsekvenser för de framtida vårdbehoven. SCB:s befolkningsprognos visar att befolkningen väntas öka i 14 län och minska i sju, men förändringarna varierar mellan länen. Utmärkande för den framtida befolkningen är enligt SCB att andelen barn och unga beräknas minska medan andelen äldre i befolkningen ökar. Förändringarna påverkas av ett minskat barnafödande, en minskande dödlighet och av hur åldersstrukturen i befolkningen ser ut i dag. Andelen av befolkningen som är under 25 år beräknas minska i alla län och i nästan alla kommuner mellan år 2023 och 2040. Samtidigt beräknas både antalet och andelen i åldrarna 70 år och äldre vara högre 2040 än

[3] Sveriges Kommuner och Regioner, *Ekonomirapporten maj 2024*.
[4] Statistiska centralbyrån, SCB, information om kommunernas och regionernas preliminära bokslut, på SCB:s hemsida.

2023 i alla län och kommuner och det är särskilt andelen 85 år och äldre som beräknas öka.[5]

Därtill kommer att det i dag finns skillnader i genomsnittliga förvärvsinkomster (skattekraft) mellan regionerna. Med skattekraft avses de beskattningsbara inkomsterna per invånare i en region eller en kommun. Under 1990-talet var skillnaderna i skattekraft mellan regionerna begränsade men de har ökat, i synnerhet sedan 2010-talet. En anledning till detta är att löneinkomsterna ökat i snabbare takt i storstäder än i glesbygd. Samtidigt som skillnaderna i skattekraft mellan regionerna ökat och sannolikt kommer att fortsätta att öka kommer troligen även kostnaderna för hälso- och sjukvård att stiga. Efterfrågan på hälso- och sjukvård tenderar att öka med inkomst och välstånd samtidigt som utbudet också sannolikt kommer att öka tack vare den tekniska utvecklingen. Även om det inte i sig leder till ökade kostnadsskillnader mellan regioner kommer ökade kostnader att utmana systemet eftersom det kräver att skatteintäkterna ökar i samma takt.[6] Att få resurserna att räcka till behoven är på övergripande nivå en av de största framtidsutmaningarna för svensk hälso- och sjukvård.

Mycket tyder på att skillnaderna i skattekraft kommer att fortsätta att öka, bland annat på grund av den demografiska utvecklingen och av att kostnaderna för hälso- och sjukvård väntas öka. Som beskrivits på andra ställen i denna rapport har kommunerna ett något sämre ekonomiskt läge än regionerna. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har illustrerat detta i en rapport där myndigheten konstaterar att befolkningsutvecklingen med en åldrande befolkning syns tydligt på utvecklingen i regionernas försörjningskvot, men inte lika tydligt som i kommunerna. Försörjningskvoten beskriver hur många personer i arbetsför ålder som förväntas försörja personer i icke-arbetsför ålder, alltså unga och äldre. Regionernas försörjningskvot förändras mindre än kommunernas eftersom varje region har någon större kommun med mer gynnsam utveckling av försörjningskvoten än i de mindre kommunerna.[7]

[5] Mer information finns på Statistiska centralbyråns hemsida om befolkningsstatistik.
[6] Hansson, Å. (2024), *Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård*, Lunds universitet och Ratio. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén. Se även betänkandet SOU 2024:50, *Nätt och jämnt Likvärdighet och effektivitet i kommunsektorn* från Utjämningskommittén 2024.
[7] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Redo för framtiden? Analys av hur det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen kan utvecklas till år 2040*. Rapport 2024:1.

Underlagsrapporten från Hansson (2024) visar att det enligt forskning om fiskal federalism inte är oproblematiskt sett i ett hållbarhetsperspektiv att samma skattebas (förvärvsinkomst) beskattas samtidigt av tre samhällsnivåer som sker i dag (det vill säga av kommun, region och stat).[8]

Även inom ramen för de kvalitativa momenten i utredningsarbetet har dagens utmaningar med finansieringen av hälso- och sjukvården lyfts som ett centralt skäl att se över huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården. Flera aktörer framhåller i möten och i svar på den öppna konsultationen att regionerna har ekonomiska problem i dag och att gapet mellan invånarnas behov och tillgängliga ekonomiska resurser ökar. Det här beskrivs av flera som en brist i det nuvarande systemets funktionssätt. Stora utmaningar framöver, till exempel med den förändrade demografin och de ökande vårdbehoven, tillsammans med budgetproblemen har beskrivits hota långsiktigheten i hela hälso- och sjukvårdssystemet. Vissa aktörer pekar på att detta beror på ett för litet eller för kortsiktigt finansiellt statligt ansvarstagande för hälso- och sjukvården, medan andra menar att små regioners återkommande ekonomiska problem är en konsekvens av att dessa regioner inte är dimensionerade för sitt uppdrag.

Det kommunalekonomiska utjämningssystemet, som i praktiken är ett system för kommunerna och ett för regionerna, syftar till att skapa likvärdiga ekonomiska förutsättningar för att alla kommuner och regioner i landet ska kunna tillhandahålla sina invånare likvärdig service, oberoende av kommuninvånarnas inkomster och andra strukturella förhållanden. Detta syfte ställer krav på en långtgående utjämning av skattekraft och strukturella kostnadsskillnader i kommunsektorn.

Utjämningssystemet har nyligen utretts av den parlamentariska Utjämningskommittén 2022, där uppslutningen bakom systemets syfte beskrivs som stark. När det gäller regionerna lämnade kommittén flera förslag. Delmodellen för hälso- och sjukvård föreslås utvecklas för att bättre spegla kostnaderna för olika personer. Glesbet föreslås beräknas på ett nytt sätt där hänsyn också tas till små

[8] Hansson, Å. (2024), *Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård,* Lunds universitet och Ratio. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén.

sjukhus på grund av litet invånarantal. Kompensationen till regioner som minskar respektive ökar kraftigt föreslås tas bort.[9]

Ett centralt begrepp i utjämningssammanhang är kompensationsgraden, som anger hur stor del av skillnaden mellan den egna och den garanterade skattekraften som kompenseras i inkomstutjämningen. Syftet med inkomstutjämningen är att skillnader i skattesats inte ska bero på skillnader i skattekraft. En hundraprocentig kompensationsgrad hade inneburit att inga skillnader i skattesats berott på skillnader i skattekraft. Utjämningskommittén återger tidigare utredningar som konstaterat att 100 procent kompensation skulle frånta kommuner och regioner deras ansvar för den egna skattekraften.

För bidragsmottagande kommuner är kompensationsgraden i dag 95 procent, medan den för bidragsberättigade regioner är 90 procent. För avgiftsbetalande kommuner och regioner är kompensationsgraden 85 procent. Eftersom skattesatsen generellt har ökat sedan 2003 innebär det, enligt Utjämningskommittén, att den faktiska kompensationsgraden är lägre. Det är tydligast för regionerna som sedan 2003 varit de som höjt skattesatsen mest. I dag är, menade Utjämningskommittén, kompensationsgradens faktiska nivå 78 respektive 83 procent. Ett förslag från kommittén var därför att den länsvisa skattesatsen ska uppdateras till 2022 års nivå. Kommitténs förslag var också att höja kompensationsgraden för bidragsmottagande regioner till 95 procent, det vill säga till samma nivå som för kommuner.[10]

Det återstår att se vad som görs med utjämningssystemet och förslagen från Utjämningskommittén framöver. Enligt underlagsrapporten från Hansson (2024) finns det tecken på att den regionala skattesatsen kan behöva höjas och utjämningssystemet utökas och utvidgas.[11] Sekretariatets bild är att hållbarheten i nuvarande finansiering utmanas på flera sätt, enligt vad som beskrivits ovan.

[9] SOU 2024:50, *Nätt och jämnt – Likvärdighet och effektivitet i kommunsektorn*.
[10] SOU 2024:50, *Nätt och jämnt – Likvärdighet och effektivitet i kommunsektorn*.
[11] Hansson, Å. (2024), *Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård*, Lunds universitet och Ratio. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén.

Konsekvenser för patienter och invånare

De underlag som tagits fram under utredningsarbetet ger en bild av att för patienterna kan det sätt som hälso- och sjukvården finansieras på i dag och som följer av de olika ekonomiska förutsättningarna i regionerna vara en del av förklaringen till förekomsten av omotiverade geografiska skillnader i tillgång till vård och behandling, sett i ett nationellt perspektiv.

Det framhålls utifrån patienternas perspektiv att en geografiskt och socioekonomiskt ojämlik vård i förlängningen också kan resultera i försämrat hälsotillstånd och försämrad livskvalitet för patienterna. Att regionerna har olika ekonomiska förutsättningar påverkar även förutsättningarna för medarbetarna i hälso- och sjukvården liksom regionernas förutsättningar att tillhandahålla rätt och tillräcklig kompetens där den behövs.

Ett helt statligt huvudmannaskap

Utredningsarbetet pekar på att regionerna i dag har olika ekonomiska förutsättningar och att det finns ökande skillnader i skattekraft. Detta är utgångspunkten för sekretariatets resonemang om hur ett statligt huvudmannaskap skulle påverka hälso- och sjukvårdens finansiella hållbarhet.

Faktorer som kan bidra till ökad finansiell hållbarhet

Det kan inledningsvis konstateras att de ekonomiska förutsättningarna och utmaningarna som samtliga regioner i dag har i olika omfattning sannolikt inte förklaras av en enda faktor eller ett enda problem. Sambanden mellan orsaker och problem är komplexa. Några faktorer som lyfts i utredningsarbetet som tänkbara förklaringar är kraftigt höjda pensionskostnader, en svag ökning av skatteintäkterna och i det avseendet ökade skillnader mellan regionerna samt prisökningar i kombination med höga räntor. Därtill kan nämnas att de generella statsbidragen och kommunalekonomiska utjämningen enbart ökat marginellt i reella termer. Andra tänkbara förklaringar bakom den ekonomiska situationen kan vara att många regioner fortfarande har eftersatt vård efter pandemin,

ökade kostnader för läkemedel och kvarvarande kostnader för hyrpersonal.[12]

Även Ansvarskommittén förde ett liknande resonemang om hållbarhet i sitt slutbetänkande SOU 2007:10. Ansvarskommittén bedömde att förändrat huvudmannaskap inte var rätt väg framåt utan framförde i stället att regionerna borde bli färre, större och framför alltmer jämnstora för att skapa bättre och mer likvärdiga ekonomiska förutsättningar. Ansvarskommittén skisserade sex kommunregioner, som sett till geografin i princip motsvarar nuvarande samverkansregioner/sjukvårdsregioner.

Ansvarskommittén ansåg att ansvaren att tillhandahålla och finansiera hälso- och sjukvård bör hållas ihop.[13] Samma uppfattning finns inom viss ekonomisk forskning, som menar att ett grundläggande krav för effektivitet är att de som har nytta av en tjänst också finansierar tjänsten. Här avses inte individer utan organisationer. Om någon annan står för finansieringen än de som har nytta av tjänsten upplevs kostnaden vara lägre än den faktiska och tjänsten överkonsumeras. Detta leder till samhällsekonomiska kostnader och sämre resursutnyttjande i ekonomin. En slutsats i forskningen om fiskal federalism är därför att det från ett effektivitetsperspektiv inte är önskvärt att frikoppla tillhandahållaransvaret för hälso- och sjukvård från finansieringen av densamma.[14]

Det finns inte en given väg till att åstadkomma en långsiktig, jämlik och hållbar finansiering av hälso- och sjukvården. Den underlagsrapport som Hansson (2024) utarbetat på kommitténs uppdrag belyser komplexiteten i frågan om vilken fiskal nivå som är bäst lämpad för huvudmannaskapet och finansieringen av hälso- och sjukvård. I många fall finns det målkonflikter som kräver avvägning mellan de olika aspekterna.

Fördelarna med en decentraliserad finansiering som tillämpas i dag är att olikheter i preferenser lättare kan tillgodoses på lokal nivå och att konkurrens införs som kan leda till bättre resursutnyttjande samt möjligheten att ta fram och utveckla innovationer lokalt. Samtidigt, för att dessa fördelar ska kunna realiseras måste

[12] Mer utförliga resonemang finns exempelvis i Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Ekonomirapporten 2024*.
[13] SOU 2007:10, *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*.
[14] Hansson, Å. (2024), *Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård*, Lunds universitet och Ratio. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén.

olikheter tillåtas i tillhandahållandet, vilket lagkravet på likvärdig hälso- och sjukvård kan sägas försvåra. Decentralisering kräver även ett utjämningssystem som utifrån forskningen om fiskal federalism leder till effektivitetsförluster.[15]

Hypoteser och bedömningar om ett statligt huvudmannaskap i det kvalitativa underlaget

Inom ramen för de kvalitativa momenten i utredningsarbetet har ett flertal hypoteser framförts för en ökad långsiktighet och hållbarhet i finansieringen av hälso- och sjukvården. Uppfattningar finns om att staten behöver ta ett större ansvar för finansieringen av hela eller större delar av hälso- och sjukvården, antingen som huvudman eller med bibehållet regionalt ansvar för att tillhandahålla vården. Ett utökat statligt finansieringsansvar antas skapa bättre förutsättningar för staten att ta in och fördela ekonomiska resurser mer jämlikt över landet, utifrån särskilda behov hos patienter, grupper och särskilda förhållanden i olika delar av landet. Vidare framförs antagandet att ett statligt huvudmannaskap kan bidra till ökad långsiktighet i styrning och en mer sammanhållen modell för finansiering, med mindre risk för kortsiktiga politiska satsningar.

Det har också framförts bedömningar om att ett statligt huvudmannaskap skulle medföra fördelen att finansiering och tillhandahållande av vården hålls samman fullt ut. Samtidigt finns det andra som ser det som en nackdel att staten skulle ha tillhandahållaransvaret för vården och som därför menar att en bättre väg framåt vore att separera finansieringsansvaret från ansvaret att också tillhandahålla vård. I underlaget uttrycker många att staten har bättre förutsättningar att säkerställa likvärdiga ekonomiska förutsättningar mellan olika regioner och en mer stabil finansiering av sjukvården över tid. Detta mot bakgrund av att dagens regioner, de flesta med ett befolkningsunderlag som inte ger tillräcklig finansiering, inte är en hållbar lösning för framtiden. Men det behöver alltså inte betyda att staten tar över tillhandahållaransvaret från regionerna.

Det finns också svar i den öppna konsultationen som betonar att en statlig finansiering inte i sig kommer lösa vårdens problem.

[15] Hansson, Å. (2024), *Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård*, Lunds universitet och Ratio. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén.

Utmaningar med dagens ansvarsfördelning är, enligt vissa svar i den öppna konsultationen, att vården i dag är finansierad både via regionalskatten och via statsbidrag. Systemet medför att en stor del av finansieringen sköts via en ”platt” (region)skatt vilken dessutom ofta är högre i fattigare delar av landet än i delar med större skattekraft.

Det har också poängterats att statsbudgeten har många olika intäkter och utgifter som påverkas i olika grad av till exempel konjunktursvängningar, vilket kan innebära en minskad finansiell stabilitet. Regionernas budgetar är däremot nästan helt beroende av inkomstskatter, och utgifterna domineras helt av hälso- och sjukvården. På så sätt är det en minskad ”konkurrens” om dessa inkomster i regionernas budgetar jämfört med den statliga budgeten. Det har också framförts en hypotes om att det kommer att bli dyrare för det offentliga med ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Detta eftersom det statliga ansvarsområdet bland annat har högre lönenivåer och andra kollektivavtal än regionerna.

Ett ökat statligt finansieringsansvar för vården kan räcka långt för att realisera en mer stabil och långsiktig finansiering och för att möta sektorns utmaningar och den snabba utvecklingen av nya teknologier och medicinska behandlingar. Inspiration till en mer stabil och långsiktig finansiering, menar vissa, kan hämtas från försvarspolitiken, infrastrukturinvesteringarna och forskningspolitiken där regeringen lägger fram en inriktningsproposition per mandatperiod. I sammanhanget har också framhållits att ett större statligt finansieringsansvar och ansvar för ekonomisk styrning av vården bör kopplas till tydliga nationella mål. En centralisering av beslut, styrning, uppföljning och finansiering kan bidra till en mer jämlik vård av god tillgänglighet och kvalitet om dessa områden präglas av tydliga målformuleringar.

Observationer utifrån det samlade underlaget

Sammanfattningsvis har följande observationer gjorts utifrån det samlande underlaget vad gäller betydelsen av ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvårdens finansiering på längre sikt:

- Ett statligt huvudmannaskap kan bidra med andra förutsättningar för en mer hållbar finansiering, till exempel fler alternativa finansieringskällor (skattebaser) och minskad finansiell risk genom en nationellt samlad modell.
- Hälso- och sjukvården ska samtidigt prioriteras gentemot flera andra områden i statsbudgeten, vilket medför nya förutsättningar för hälso- och sjukvårdens resurstilldelning. Utvecklingen i omvärlden innebär en osäkerhet om utfallen.
- Mer jämlika finansiella förutsättningar i landet kan uppnås om det utformas och införs modeller och principer för resursfördelning som understödjer detta.
- Det finns inga uppenbara mekanismer i en huvudmannaskapsförändring som automatiskt innebär ökade resurser. Hälso- och sjukvårdens resurser kan såväl öka som minska till följd av ett statligt huvudmannaskap.
- Många faktorer som påverkar den finansiella hållbarheten förändras inte automatiskt med ett statligt huvudmannaskap.

Det har tidigare konstaterats att samtliga regioner har ekonomiska problem och har haft över tid, att skillnader i skattekraft finns och ökar, att en allt äldre befolkning gör att förvärvsinkomst blir en allt svagare skattebas samt att ökade behov och ökad efterfrågan bidrar till ökade kostnader för vård.

Den långsiktigt hållbara finansieringen av hälso- och sjukvården i ett nationellt perspektiv liksom en jämlik fördelning av ekonomiska resurser över landet är centrala mekanismer för att minska geografisk ojämlikhet i ett nationellt perspektiv och det är en utmaning som finns oavsett huvudman. Det kommunalekonomiska utjämningssystemet syftar till att åstadkomma så likvärdiga ekonomiska förutsättningar att leverera välfärdstjänster som möjligt och ska kompensera för strukturella och icke påverkbara förutsättningar. Samma politiska ambitioner kommer att behöva hanteras i ett statligt huvudmannaskap, men under helt andra förutsättningar; genom en statlig myndighetsorganisation i stället för 21 självstyrande regioner, och även en statlig huvudman behöver fördela ut ekonomiska resurser över landet baserat på ett antal strukturella faktorer som speglar olikheter över landet

Vissa förutsättningar för en mer hållbar finansiering skapas

Det har tidigare i den här underlagsrapporten konstaterats att ett statligt huvudmannaskap ger en direkt påverkan på förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens finansiering. Det konstaterades bland annat att en statlig finansiering möjliggör nyttjande av fler och andra skattebaser än enbart förvärvsinkomst, en ökad riskspridning och förändrade villkor genom att hälso- och sjukvårdens finansiering inordnas i den statliga budgetprocessen och i det finanspolitiska ramverket. Vidare konstaterades att en statlig finansiering möjliggör en nationell resursfördelning och att detta kan leda till en omfördelning jämfört med nuläget om detta skulle önskas.

Med utgångspunkt i det samlade utredningsunderlaget är det svårt att helt säkert säga hur hälso- och sjukvårdens finansiella hållbarhet på längre sikt skulle förändras med en helt statlig finansiering av hälso- och sjukvården. Hållbarheten kan både öka och minska, vilket beskrivs på olika ställen i denna rapport. Det finns inget i en överföring av huvudmannaskapet till staten som automatiskt ökar eller minskar hållbarheten i finansieringen. Ett helt statligt finansieringsansvar innebär i vilket fall att det skapas andra förutsättningar än i dag när det gäller att hämta in och fördela ut ekonomiska resurser jämlikt över landet, utifrån särskilda behov hos patienter, grupper och särskilda förhållanden i olika delar av landet. Utifrån den underlagsrapport om forskning inom området som sekretariatet uppdragit åt en forskare ta fram finns det övergripande slutsatser som är värda att synliggöra.

I underlagsrapporten från Hansson (2024), som utgår ifrån forskning om fiskal federalism, konstateras att nuvarande finansiering baserad på enbart regional beskattning av förvärvsinkomst är problematisk sett utifrån långsiktighet och hållbarhet. Forskning om fiskal federalism pekar också på att en centralisering av finansieringen kan skapa andra förutsättningar för långsiktighet än nuvarande modell för finansiering av hälso- och sjukvården. Det gäller särskilt om färre samhällsnivåer beskattar samma och enda skattebas (invånarnas förvärvsinkomst). Om någon nivås beskattningsrätt ska inskränkas är det, enligt denna forskning, regionernas eftersom de har färre antal åtaganden än kommunerna samt att det dessutom finns andra argument som talar för en centralisering av ansvaret att finansiera och tillhandahålla hälso- och sjukvård. Det är dock

tänkbart att kännedomen om lokala förutsättningar som påverkar implementering och administration av jämlik hälso-och sjukvård är större på lokal nivå, och det kan tala för behovet av regionala och lokala administrationsenheter i den statliga myndighetsorganisationen för tillhandahållande av vård.

Ett skäl till antagandet att hållbarheten skulle kunna öka med ett statligt huvudmannaskap är att såväl inhämtande som fördelning av resurser till vården sker inom en ansvarig statlig myndighet i stället för som i dag från 21 regionala huvudmän med egna förtroendevalda ledningar. Det är sannolikt inte samma statliga myndighet som hämtar in respektive fördelar ut resurser till vården. Genom att inte heller ha förvärvsinkomst som enda skattebas säger forskningen inom fiskal federalism att förutsättningar kan skapas för att nuvarande skillnader i skattekraft inte får genomslag samtidigt som riskerna med förvärvsinkomst som skattebas (exempelvis att folk flyttar) kan minskas.[16] Det här antagandet stöds av tidigare nämnda hypoteser som framkommit vid intervjuer, workshops och i svar på den öppna konsultationen.

Sekretariatet vill påtala att ett statligt huvudmannaskap i sig inte kommer att leda till de här förändringarna, men om en reform genomförs av huvudmannaskapet är ovan nämnda förändringar av skattesystemet exempel på möjliga förändringar för att åstadkomma en mer långsiktig och hållbar finansiering och det öppnar för andra former av statlig styrning än i dag. Baserat på de förutsättningarna kan politiska beslut om riktningen framåt fattas och åtgärder vidtas.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys för i sin rapport om strukturreformer i de nordiska länderna också resonemang som till stor del stöder ovan gjorda antaganden och hypoteser avseende finansiell och ekonomisk hållbarhet. Gemensamt för Danmark, Norge och Finland är just det statliga finansieringsansvaret som tillkommit genom ländernas strukturreformer. I Norge flyttades finansieringsansvaret från fylken till staten när det gäller den specialiserade vården. Staten finansierar dessutom större delen av primärvården, som kommunerna är huvudmän för och också delfinansierar. I Danmark tog staten över finansieringsansvaret för all hälso- och sjukvård från regionerna (amten), men kommunerna delfinansierar

[16] Hansson, Å. (2024), *Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård,* Lunds universitet och Ratio. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén.

den regionala vården. I Finland tog staten över finansieringsansvaret för all hälso- och sjukvård från kommunerna. I alla tre länder har statens övertagande av finansieringsansvaret, enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, möjliggjort en tydligare och starkare nationell styrning, exempelvis avseende budget, flerårsplaner med mål och krav på ökad produktivitet.[17] Sekretariatet menar att detta kan ha skapat förutsättningar för en mer hållbar finansiering i dessa länder. Det är tänkbart att hållbarheten kan öka under förutsättning att frågan om fler och andra skattebaser utreds och hanteras.

Samtidigt kan det faktum att hälso- och sjukvården ingår i statsbudgeten också medföra minskad hållbarhet. Det är till exempel inte otänkbart att justeringar av en statlig budgetpost för hälso- och sjukvården kan behöva göras med kort varsel, till följd av oväntade förändringar i omvärlden eller liknande.

Mer jämlika ekonomiska förutsättningar kan troligen uppnås

Frågan om att åstadkomma ökad jämlikhet rör såväl utjämningssystemet som vikten av att åstadkomma en ökad jämlikhet i hälso- och sjukvården (i första hand geografisk) genom fördelning av ekonomiska resurser.

En central fråga i utredningsarbetet är om ett statligt huvudmannaskap kan bidra till att utjämna de ekonomiska förutsättningarna mer än vad som kan uppnås i nuvarande ordning, via till exempel det nu gällande utjämningssystemet. Det finns en pågående debatt kring utjämningssystemet, dess existens och funktionssätt och systemet är löpande föremål för utredningar. Det finns samtidigt en sedan länge etablerad politisk samsyn som att en långtgående utjämning av ekonomiska förutsättningar är viktig. Sekretariatet ser att det kan diskuteras, givet den demografiska utvecklingen som prognoserna pekar på och de ökande regionala skillnaderna i skattekraft, vilka förutsättningar det faktiskt finns för att genom dagens utjämningssystem säkerställa en hållbar och jämlik finansiering av hälso- och sjukvården. Sekretariatet konstaterar vidare att staten som huvudman har andra förutsättningar än regionerna att

[17] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Strukturreformer i Norden – Analys av hälso- och sjukvårdsystemen i Norge, Danmark och Finland*. PM 2024:4.

utjämna och kompensera för olika behov och förutsättningar i ett nationellt perspektiv. Det är också rimligt att tro att den sedan länge etablerade politiska samsynen om en långtgående utjämning kommer kvarstå.

Utjämningssystemet behandlas inte heller närmare här, enligt vad som beskrevs ovan. Som tidigare nämnts visar utredningsunderlaget på ojämlikheter i dag och på att det finns hypoteser och förhoppningar om att ett statligt huvudmannaskap kan bidra till att öka jämlikheten i hälso- och sjukvården.

När det gäller resursfördelning och målet att uppnå en ökad geografisk jämlikhet är det tydligt att någon slags nationell, behovsbaserad modell eller modeller för att fördela ut ekonomiska resurser behöver utvecklas. Det handlar då om att utforma och förankra en modell som ersätter både det nuvarande utjämningssystemets delar om hälso- och sjukvård och nuvarande många olika regionala modeller för resursfördelning. Hur en sådan nationell modell ska utformas behöver utredas närmare. Det är också ytterst en politisk fråga och utifrån scenariot är den politiska församling som ska diskutera och besluta inriktningen i och de övergripande förutsättningarna för dessa frågor riksdagen. Det är sannolikt att själva modellen och fördelningen av resurser sedan kommer att hanteras av och tillämpas inom en eller flera statliga myndigheter.

Hälso- och sjukvårdens resurser kan både öka och minska vid ett statligt huvudmannaskap

Ett vanligt påpekande i de dialoger och workshops som genomförts i utredningsarbetet är att det inte bör finnas förväntningar på ökade resurser till hälso- och sjukvården genom ett statligt huvudmannaskap. Det finns inga uppenbara mekanismer i ett statligt huvudmannaskap som automatiskt leder till ökade resurser för hälso- och sjukvård.

Hypoteser har framförts om att staten skulle ha starka incitament att satsa på hälso- och sjukvården i samband med ett statligt huvudmannaskap, för att realisera önskade förändringsambitioner. Det har samtidigt också framförts att det kan finnas en risk för minskade resurser till hälso- och sjukvården, till följd av att hälso- och sjukvården skulle utgöra en stor budgetpost i statsbudgeten och därigenom konkurrera om resurser med andra statliga områ-

den, exempelvis försvaret. Det har också framförts hypoteser om att genomförandet av en huvudmannaskapsreform kan leda till att resurser under en längre tid behöver avsättas till denna reform, vilket kan påverka verksamheternas resurser negativt om inte tillskott görs. Sammantaget finns inte möjlighet att förutsäga hur hälso- och sjukvårdens resurser skulle påverkas av att staten blir huvudman.

Ett delvis statligt huvudmannaskap

I stora drag återfinns de för- och nackdelar som beskrivits tidigare avseende finansiell hållbarhet även för scenarierna med delvis statligt huvudmannaskap, men för större eller mindre delar av hälso- och sjukvårdssystemet och för mer eller mindre begränsade patientgrupper.

Samtliga delvis-scenarier innebär att hälso- och sjukvården skulle finansieras av tre huvudmän; staten, regionerna och kommunerna. Finansieringsansvaret fördelas därmed på ytterligare en huvudman och det kan som nämnts ovan skapa förutsättningar för staten att finansiera ”sin” del av vården på andra sätt än vad regioner och kommuner gör.

Beroende på omfattningen av ett delvis statligt huvudmannaskap kommer olika stora delar av vården inordnas i den statliga budgetprocessen. Det statliga huvudmannaskapet skapar i likhet med vad som tidigare nämnts andra förutsättningar för att också prioritera och fördela ekonomiska resurser över landet för den vård som avses. Vidare kan förutsättningar skapas för att realisera stordriftsfördelar avseende både inköp och drift av utrustning och att nyttja de vinster med riskspridning som ett nationellt perspektiv på kan medföra.[18]

Det är rimligt att anta att övriga delar av hälso- och sjukvården också påverkas av ett statligt huvudmannaskap för en viss del av vården. En förändring är att regionernas finansiering kan koncentreras till de delar av vården som regionen fortsatt är huvudman för. De delvisa scenarierna medför alltså att en decentraliserad och en centraliserad finansiering tillämpas samtidigt men för olika vårdområden.

[18] Hansson, Å. (2024), *Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård*, Lunds universitet och Ratio. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén.

För olika typer av hälso- och sjukvård kommer för- och nackdelarna med centralisering respektive decentralisering troligen att skilja sig och därför är det rimligt att diskutera olika lösningar för olika typer av hälso- och sjukvård. Hansson (2024) menar att decentraliseringsargumenten stärks för hälso- och sjukvård där preferenserna skiljer sig lokalt och kännedom om dessa är större på lokal nivå.[19] Detta talar för att tillhandahållande vård av äldre kan vara lämplig att lägga på lokal (kommunal) nivå som är fallet i dag. Enligt Hansson (2024) har specialistvård och förebyggande vård sannolikt mer att vinna på att vara under centralt huvudmannaskap på grund av stordriftsfördelar i specialistvården och externa effekter vid förebyggande hälso- och sjukvård. Hansson (2024) menar vidare att regional primärvård hamnar någonstans mitt emellan, men att dokumenterade olikheter i utbud mellan regionerna inom primärvården samt svårigheterna att beskatta lokalt ändå talar för en centralisering även för detta vårdområde.[20]

7.2 Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning och arbetsmiljö

Enligt direktivet ska Vårdansvarskommittén analysera hur kompetensförsörjningen av hälso- och sjukvårdspersonal kan påverkas av ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap. I det följande beskrivs övergripande hur ansvarsfördelningen för kompetensförsörjningsfrågor ser ut i dag och vilka tänkbara konsekvenser en förändrad ansvarsfördelning skulle kunna få.

Kompetensförsörjning definieras i Rikstermbanken vid Socialstyrelsen, som att ”på kort och lång sikt säkerställa att verksamheten har tillgång till medarbetare med rätt kompetens”. Detta innefattar analys av kompetensbehov, utbildning, rekrytering, att behålla medarbetare med rätt kompetens samt hur medarbetarnas tid och kompetens används.

[19] Hansson, Å. (2024), *Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård*, Lunds universitet och Ratio. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén.
[20] Hansson, Å. (2024), *Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård*, Lunds universitet och Ratio. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén.

Nuvarande ordning

Inom hälso- och sjukvården arbetar många olika yrkesgrupper, både legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal med ansvar för exempelvis administration, förvaltning och service. Beroende på vilka yrkesgrupper som inkluderas, vilket mått som används (till exempel antal sysselsatta, antal anställningar eller antalet faktiska årsarbetare) eller vilken statistikkälla man utgår från får man lite olika uppgifter om hur många som i dag arbetar i hälso- och sjukvården. I dag finns 22 legitimationsyrken, inklusive de som är verksamma inom tandvården, optiker och audionomer.[21] De största legitimerade yrkesgrupperna inom hälso- och sjukvården är läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Enbart dessa tre yrkesgrupper bestod av cirka 160 000 sysselsatta i regionernas regi i november 2022.[22]

I kommande avsnitt beskrivs ansvarsfördelningen för kompetensförsörjningen generellt i hälso- och sjukvården. Det har dock inte varit möjligt att ingående beskriva ansvarsfördelningen eller utmaningar med kompetensförsörjningen för alla yrkesgrupper i hälso- och sjukvården. Genomgången ska därmed inte ses som en komplett kartläggning utan ger exempel för några yrkesgrupper där staten i dag har ett delat ansvar med huvudmännen för kompetensförsörjningen i form av att staten har ansvar för den högre utbildningen.[23]

Dagens ansvarsfördelning

Ansvaret för att säkerställa hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning är delat mellan regionerna som sjukvårdshuvudmän respektive vårdgivare, och staten i form av universitet och högskolor.

[21] I 3 kap. 2 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område framgår vilka yrken inom hälso- och sjukvården som omfattas av legitimationsbestämmelser. Det finns följande 22 legitimationsyrken: Apotekare, Arbetsterapeut, Audionom, Barnmorska, Biomedicinsk analytiker, Dietist, Fysioterapeut, Hälso- och sjukvårdskurator, Kiropraktor, Läkare, Logoped, Naprapat, Optiker, Ortopedingenjör, Psykolog, Psykoterapeut, Röntgensjuksköterska, Receptarie, Sjukhusfysiker, Sjuksköterska, Tandhygienist och Tandläkare.
[22] Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Antal anställningar, faktiska årsarbetare, sysselsatta och helt lediga efter personalgrupp i regioner nov 2022.* Information på webben.
[23] Undersköterskor är en yrkesgrupp vars utbildning ges på gymnasie- eller komvuxnivå vilket kommunerna, och inte staten ansvarar för. Detta till skillnad från utbildning av exempelvis läkare, sjuksköterskor och psykologer som sker på universitetsnivå vilket staten ansvarar för.

Flera andra aktörer har också centrala roller i kompetensförsörjningen. Under senare år har det gjorts flera insatser för att stärka samverkan mellan berörda aktörer i kompetensförsörjningsfrågor. Det har till exempel utvecklats nya strukturer för samverkan kring kompetensförsörjning på både nationell och sjukvårdsregional nivå.[24]

Regionerna ansvarar för att det finns personal med rätt kompetens i hälso- och sjukvården

Enligt 5 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska det, där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet, finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges. Regionerna ansvarar som vårdgivare för kompetensförsörjningen i den egna verksamheten. Regionerna har härutöver som huvudmän det övergripande ansvaret för att vård erbjuds till regionens invånare och därmed ett intresse av att säkerställa att det inom regionen finns kompetent personal i förhållande till de arbetsuppgifter som ska utföras.

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, ska hälso- och sjukvårdspersonal utföra sitt arbete i överrensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (6 kap. 1 § PSL).

Enligt HSL är regionerna också ansvariga för att det ska finnas möjligheter till anställning för läkares specialiseringstjänstgöring inklusive bastjänstgöring i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet (10 kap. 5 §. HSL).

Staten ansvarar för den högre utbildningen

Statens ansvar för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning handlar till stor del om ansvaret för den högre utbildningen.[25] Staten är huvudman för universitet och högskolor. Ett trettiotal lärosäten bedriver i dag en eller flera utbildningar inom hälso- och sjukvårdsområdet. De statliga lärosätenas ansvar och uppgifter styrs av högskolelagen (1992:1434), och högskoleförordningen (1993:100). För de enskilda utbildningsanordnarna motsvaras detta av lagen om

[24] Socialstyrelsen (2023), *Kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården.*
[25] Det finns också ett antal enskilda utbildningsanordnare, som till exempel Marie Cederschiölds högskola och Röda Korsets Högskola.

tillstånd att utfärda vissa examina (1993:792) och examensordningen gäller även enskilda lärosäten. Det finns också ofta avtal med regeringen där det framgår vilka krav som ställs på de enskilda utbildningsanordnarna.[26] De statliga lärosätenas verksamhet regleras i ett årligt regleringsbrev, som bland annat anger storleken på anslagen och specifika uppdrag till lärosätena.[27]

Inom ramen för den övergripande lagstiftningen fattar lärosätena de flesta beslut själva. De gäller bland annat organisation, intern fördelning av resurser, utbildningsutbud, utbildningsvolym samt utbildningens innehåll och utformning. Det finns ingen nationellt planerad utbildningsvolym i högskolan.[28] Universitetskanslersämbetet (UKÄ) är den myndighet som ansvarar för att följa upp och analysera universitetens och högskolornas verksamhet.[29] Enligt högskolelagen ska utbildningsutbudet styras av studenternas efterfrågan och arbetsmarknadens behov.

Många frågor regleras i avtal mellan hälso- och sjukvården och lärosätena

För att utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal ska fungera behöver hälso- och sjukvården och lärosätena samarbeta. Det gäller till exempel tillgången till platser för verksamhetsförlagd utbildning för sjuksköterskor (VFU).

Kommuners och regioners medverkan vid VFU regleras via lokala avtal mellan hälso- och sjukvården och lärosätena. Det finns inga särskilda lagkrav eller styrande principer för detta.[30] VFU-avtalens utformning och innehåll skiljer sig åt över landet men i regel innehåller avtalen information om bland annat nivåer för lärosätenas ekonomiska ersättning till VFU-mottagare, rutiner för beställning och fördelning av antalet VFU-platser samt krav på funk-

[26] Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet, UKÄ (2019), *Framtidens vårdkompetens. Stärkt samverkan för att möta hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsbehov.*
[27] Universitetskanslersämbetet, UKÄ (2024), *Så styrs högskolesektorn.* Information på webben. Ekonomistyrningsverket (2023), *Regleringsbrev 2024 Myndighet universitet och högskolor*. Information på webben.
[28] Universitetskanslersämbetet, UKÄ (2024), *Så styrs högskolesektorn.* Information på webben.
[29] Universitetskanslersämbetet, UKÄ (2024), *Det här är Universitetskanslersämbetet*. Information på webben.
[30] Sveriges Kommuner och Regioner (2023), *Insatser för att utöka VFU. En intervjustudie med regioner, kommuner och lärosäten om verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeprogrammet.*

tioner i form av exempelvis kontaktpersoner, samordnare och handledare. VFU-avtalen utgår från den principöverenskommelse som låg till grund för förstatligandet av regionernas vårdutbildningar 2002.[31] I propositionen om ett nytt huvudmannaskap för vårdhögskoleutbildningar (prop. 2000/01:71) bedömde regeringen att klinisk praktik bör regleras i avtal mellan respektive högskola och region (dåvarande landsting).[32]

För läkarutbildningen finns det ett nationellt avtal. Nuvarande avtal om läkarutbildning och forskning (ALF-avtalet) ingicks 2015 mellan staten och sju regioner om samarbete kring utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.[33] ALF-avtalet kompletteras med regionala avtal mellan regionerna och de universitet som har en medicinsk fakultet. Regionen och universitetet bildar ett gemensamt ledningsorgan för frågor som rör klinisk forskning och läkarutbildning. Tillsammans har de ett gemensamt ansvar för klinisk forskning i regionen och bildar en ALF-region. I ALF-avtalet regleras bland annat hur mycket statliga medel som regionerna ska få för att medverka i utbildningen av läkare, bedriva klinisk forskning och utveckla hälso- och sjukvården. Ersättningen är uppdelad i två delar: ALF-ersättning för klinisk forskning och ALF-ersättning för utbildning av läkare. Det är Utbildningsdepartementet som betalar ut medlen.[34]

När det gäller psykologers legitimation krävs godkänd psykologexamen och godkänd praktisk tjänstgöring för psykologer (PTP) under tolv månader.[35] PTP-program finns i dagsläget i alla regioner och är utformade utifrån lokala förutsättningar.[36]

[31] Sveriges Kommuner och Regioner (2023), *Insatser för att utöka VFU. En intervjustudie med regioner, kommuner och lärosäten om verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeprogrammet.*
[32] Prop. 2000/01:71, *Nytt huvudmannaskap för vårdhögskoleutbildningar*.
[33] Sveriges Kommuner och Regioner (2023), *Insatser för att utöka VFU. En intervjustudie med regioner, kommuner och lärosäten om verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeprogrammet.*
[34] Vetenskapsrådet (2024), *Klinisk forskning i ALF-regionerna.* Information på webben.
[35] Socialstyrelsen, *Information om praktisk tjänstgöring för psykologer.* Information på webben.
[36] Psykologförbundet (2022), *Digitala PTP-handboken*. Information på webben.

Insatser för stärkt samverkan och nya samverkansstrukturer

Flera insatser har under senare år gjorts för att stärka samverkan i kompetensförsörjningsfrågor, både på nationell och regional nivå. Bland annat har det *Nationella vårdkompetensrådet* inrättats. Nationella vårdkompetensrådet ska göra bedömningar av kompetensbehoven och stödja och åstadkomma samverkan om kompetensförsörjningsfrågor i hälso- och sjukvården på nationell och regional nivå. Nationella vårdkompetensrådet är ett rådgivande organ med representanter från regioner, kommuner, lärosäten, Socialstyrelsen och UKÄ.[37]

Varje sjukvårdsregion har etablerat ett sjukvårdsregionalt vårdkompetensråd som också är en del i en nationell samverkansmodell. I de sex sjukvårdsregionala råden finns representanter för de regioner, kommuner och lärosäten som hör till respektive sjukvårdsregion. Även andra berörda aktörer, såsom privata vårdaktörer, kan vara representerade i de sjukvårdregionala råden. Samverkansmodellen har sin bakgrund i ett gemensamt regeringsuppdrag som Socialstyrelsen och UKÄ hade 2016–2019. I slutrapporten av regeringsuppdraget lade myndigheterna fram förslaget med samverkansmodellen och menade att den sjukvårdsregionala samverkan bör bygga på ett gemensamt kunskapsutbyte om behov och planerade förändringar framåt, till exempel för omställningar i vården, såsom till en god och nära vård, forskningsrön som påverkar behoven, planerade förändringar av utbildningar och behov av verksamhetsförlagd utbildning (VFU).

Tanken med de sjukvårdsregionala vårdkompetensråden är att råden ska bidra till det övergripande målet om att effektivisera kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården och tandvården genom att länka samman det nationella rådet med arbetet på regional och lokal nivå, främja att nationella förslag på åtgärder realiseras och att det skapas tryck i arbetet regionalt.[38]

[37] Nationella vårdkompetensrådet (2024), *Om Nationella vårdkompetensrådet.* Information på webben.
[38] Nationella vårdkompetensrådet (2023), *Regional samverkan.* Information på webben.

Utmaningar och utvecklingsbehov

Utifrån det samlade utredningsunderlaget görs bedömningen att kompetensförsörjningen av både dagens och framtidens hälso- och sjukvård är en av de största hållbarhetsutmaningarna för hälso- och sjukvårdsystemet och även för tandvården. Utmaningen delas med många andra europeiska länder, och även med andra sektorer. Det kommer framöver behöva rekryteras och utbildas ett stort antal personer till hälso- och sjukvården enbart för att bibehålla nuvarande åtagande. De som utbildas och rekryteras måste också vilja stanna kvar inom hälso- och sjukvården. Den demografiska, teknologiska och medicinska utvecklingen driver dessutom både ett behov av nya kompetenser och kontinuerlig kompetensutveckling.

Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning är ett återkommande tema inom de kvalitativa insamlingar som utredningen genomfört. Kompetensförsörjningen beskrivs både som en av de största framtidsutmaningarna och ett av de största befintliga problemen för hälso- och sjukvården. Bristerna i kompetensförsörjningen kopplas ihop med såväl tillgänglighetsbrister som den ojämlika tillgången till diagnostik, vård och behandling i olika delar av landet.

Många aspekter av kompetensförsörjningen beskrivs i underlaget; brist på personal inom olika vårdyrken, ökande framtida brist på personal, brist på särskilda kompetenser och kunskaper som behövs för en högkvalitativ vård, brist på kompetens i vissa delar av landet, svårigheter att utbilda vårdpersonal, brist på fortbildning och andra brister när det gäller att ta del av ny kunskap och forskning. I detta sammanhang förekommer också beskrivningar av att regionerna inte samarbetar tillräckligt för att dela på den kompetens och kunskap som finns nationellt.

En annan aspekt i de inkomna svaren på den öppna konsultationen är förbättrad arbetsmiljö och behov av nationella krav och ansvarsutkrävande mekanismer för att säkerställa hälso- och sjukvårdens attraktivitet som arbetsplats. Behov av nationella krav, nationell reglering och/eller ökad nationell samordning lyfts till exempel i relation till kompetensutveckling och fortbildning för hälso- och sjukvårdens medarbetare. I underlaget beskrivs också behov av utökad nationell uppföljning i relation till kompetensförsörjningen och att statliga myndigheter ges ett utökat ansvar och mandat för

att kontinuerligt kontrollera och säkerställa aktuell kompetens bland hälso- och sjukvårdspersonal.

Sverige placerar sig på tionde plats över tillgången på läkare per 1 000 invånare jämfört med andra OECD-länder, samt på tolfte plats över tillgången på sjuksköterskor per 1000 invånare. Vårdtiden förväntas öka med 23 procent och antal specialistbesök med 13 procent fram till år 2042 om vårdkonsumtionen skulle vara densamma som 2022 men med en förväntad äldre befolkningssammansättning, utifrån SCB:s befolkningsprognos. Sjuksköterskor är den yrkesgrupp som flest kommuner och regioner rapporterar brist på för 2023, både grund- och specialistutbildade.[39]

De prognoser som genomförts av SCB och UKÄ visar att bristen på hälso- och sjukvårdspersonal kommer att kvarstå eller öka fram till och med år 2035. Under samma period väntas vårdbehoven öka. Socialstyrelsen har dragit slutsatsen att uppgifterna tyder på att det med nuvarande organisering av hälso- och sjukvården kommer vara utmanande att möta framtidens vårdbehov. Man pekar också på ett behov av att stärka kopplingen mellan hälso- och sjukvårdens nationella mål och personalförsörjning.[40]

Antalet sjuksköterskor skulle behöva öka med omkring 5 200 anställda till år 2033 till följd av demografiska förändringar, vilket innebär en ökning med omkring sju procent jämfört med dagens anställda. Därtill kommer 17 400 sjuksköterskor att gå i pension. Läkare och biomedicinska analytiker är två andra yrkesgrupper i regionerna där behoven av anställda beräknas öka under kommande tio år. Konkurrensen om undersköterskor och sjuksköterskor kommer således att vara stor under kommande år. Tillgången har också varit begränsad under lång tid tillbaka för de flesta kommuner och regioner.[41]

En väl fungerande kompetensförsörjning behövs både för att kunna förbättra dagens måluppfyllelse och för att bibehålla de goda resultat som finns i dag. Att arbeta för en väl fungerande kompetensförsörjning framstår därför som en av de viktigaste uppgifterna framöver. Det handlar både om att tillräckligt många utbildas och sedan jobbar kvar i hälso- och sjukvården men också om att kompetensen

[39] Socialstyrelsen (2024), *Nationella planeringsstödet.*
[40] Socialstyrelsen (2024), *Nationell översikt över tillgången och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 1 av 3.*
[41] Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Välfärdens kompetensförsörjning – personalprognos 2023–2033 och strategier för att klara kompetensförsörjningen.*

hos personalen vidareutvecklas i takt med nyuppkomna behov eller teknisk utveckling.

Regionala variationer i personaltäthet och tillgång till personal

Det finns väsentliga skillnader mellan olika delar av landet när det gäller förutsättningar för kompetensförsörjning och karaktären på utmaningarna kopplat till kompetensförsörjning. Tillgången till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har länge uppvisat stora regionala skillnader. Över hälften av den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen är koncentrerad till storstadslänen. Läkartillgången är generellt sett bättre i storstadslänen medan tillgången till undersköterskor och vårdbiträden är högre i de mer glesbefolkade länen.[42]

Antalet vårdpersonal per invånare ser alltså olika ut i olika delar av landet och variationen är större när det gäller läkare än sjuksköterskor. Störst är de geografiska skillnaderna när det gäller läkare i primärvården, från 65 per 100 000 i region Uppsala till 55 per 100 000 i region Norrbotten. Den ojämna fördelningen medför bland annat ett relativt stort beroende av bemanningsanställda, särskilt på landsbygden, vilket kan ha negativa effekter för patienter med mindre kontinuitet och därmed lägre kvalitet.[43] Fördelningen av psykologer är också ojämn över landet. I oktober 2023 bodde 12 370 legitimerade psykologer 67 år eller yngre i Sverige, även om alla inte är yrkesverksamma. 70 procent av alla psykologer bor i fyra regioner tillsammans med 57 procent av landets invånare. Antalet sysselsatta psykologer per 100 000 invånare ökade med 5 procent mellan åren 2015 och 2019. Men 19 av 21 regioner bedömde 2022 att det råder brist på psykologer.[44]

Utmaningar med att öka antalet utbildningsplatser

Att säkerställa att tillräckligt många utbildas är inte den enda lösningen på hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning, men det är en viktig grundförutsättning att så många som möjligt utbildas

[42] Socialstyrelsen (2024), *Stora skillnader i tillgång till vårdpersonal i landet – nya arbetssätt kan behövas i framtiden.*
[43] Janlöv N, Blume S, Glenngård AH, Hanspers K, Anell A, Merkur S. *Sweden: Health system review. Health Systems in Transition*, 2023; 25(3): i–198.
[44] Dagens Medicin (2023), *Här är kommunerna utan en enda bofast psykolog.*

utan att kvaliteten i utbildningarna för den sakens skull försämras. Flera insatser har gjorts för att öka antalet utbildade inom olika hälso- och sjukvårdsyrken.

Sjuksköterskor är ett av de yrken där det finns störst behov av att öka antalet anställda under kommande år. Analyser visar att tillgången på utbildade sjuksköterskor, med nuvarande utbildningsdimensionering, inte kommer svara mot behovet.[45] Trots ett relativt högt söktryck till sjuksköterskeutbildningen liksom medel till ytterligare utbildningsplatser har flera lärosäten inte byggt ut utbildningen i den takt som behövts för att möta hälso- och sjukvårdens behov. Ett av skälen till att utbildningarna inte kunnat byggas ut är att det finns en brist på platser i hälso- och sjukvården där studenterna kan genomföra sin VFU.[46]

SKR visar i en analys, baserad på intervjuer med berörda aktörer, att det finns flera utmaningar med att öka tillgången till VFU-platser. Att öka antalet studenter inom hälso- och sjukvårdsutbildningar leder på kort sikt till en ökad belastning på hälso- och sjukvården. Samtidigt behövs studenter för att på längre sikt komma till rätta med kompetensförsörjningsutmaningarna. Det största hindret, enligt intervjuade företrädare för såväl lärosäten som regioner och kommuner, är bristen på sjuksköterskor. Samtliga parter i VFU-systemet konkurrerar om samma kompetens, och tillgången till erfarna sjuksköterskor som kan undervisa och handleda utgör det största hindret för att kunna utbilda nya sjuksköterskestudenter.[47] Ökat nationellt stöd i form av finansiering och kunskapssammanställningar lyfts som en av flera insatser för att komma tillrätta med problemet gällande VFU.[48] Utredningen om ett samordnat arbete för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen har pekat på ett behov av ökad samordning mellan

[45] Sveriges Kommuner och Regioner (2023), *Insatser för att utöka VFU. En intervjustudie med regioner, kommuner och lärosäten om verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeprogrammet.*
[46] Sveriges Kommuner och Regioner (2023), *Insatser för att utöka VFU. En intervjustudie med regioner, kommuner och lärosäten om verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeprogrammet.*
[47] Sveriges Kommuner och Regioner (2023), *Insatser för att utöka VFU. En intervjustudie med regioner, kommuner och lärosäten om verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeprogrammet.*
[48] Sveriges Kommuner och Regioner (2023), *Insatser för att utöka VFU. En intervjustudie med regioner, kommuner och lärosäten om verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeprogrammet.*

lärosäten, regioner, kommuner och privata aktörer som en viktig åtgärd.[49]

När det gäller läkare har brist på AT-, BT- och ST-tjänster på motsvarande sätt lyfts som ett problem för att möta det framtida behovet av specialistläkare. Väntetiden till AT för nyexaminerade läkare har ökat över tid. Sveriges läkarförbund anser att staten behöver ta över ansvaret för dimensioneringen av antalet AT- och ST-tjänster för att dagens samordningsmodell inte har resulterat i det antal tjänster som behövs.[50] För att kunna dimensionera dessa tjänster behöver det, enligt Läkarförbundet, finnas heltäckande statistik över antalet utbildningsläkare eller specialistläkare per specialitet och region samt deras åldersfördelning och sysselsättningsgrad. I dag saknas denna statistik och ingen aktör har ansvaret för detta.[51]

Många samverkande faktorer bidar till situationen

Bristen på personal beror på flera olika samverkande faktorer. Det framkommer i det kvalitativa utredningsunderlaget uppfattningar om att regionerna tar olika stort ansvar för verksamhetsförlagda utbildningsplatser. Detta uppges bero på flera saker, budgetsvårigheter men också ett aktivt val hos vissa regioner att inte bidra med utbildningsplatser. Från professionsförbund har det lyfts att ett helstatligt huvudmannaskap där staten ansvarar för dimensionering och finansiering av utbildningsplatser är en nödvändig väg att gå för att få till en hållbar kompetensförsörjning. Det saknas i dag exempelvis en överblick av antalet ST-platser och behovet av ST-platser över tid. Den nationella samordning som uppges behövas gällande ST-platser har inte kommit till med dagens system. Andra menar att det är viktigt att arbetsgivarna har det huvudsakliga ansvaret men att staten kan stödja mer eller ta ett utökat ansvar för vissa delar.

Socialstyrelsen konstaterar att för få utbildningsplatser, brist på platser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) för sjuksköterskor samt AT- och BT-tjänster, hög konkurrens från andra arbetsgi-

[49] SOU 2024:9, *Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning– långsiktiga åtgärder för sjuksköterskeprogrammen*.
[50] Läkarförbundet (2024), *Behov av AT-tjänster,* Läkarförbundet (2021), *Kompetensförsörjningspolicy. Förutsättningar för en kompetensförsörjning i balans.*
[51] Läkarförbundet (2024), *Remiss – förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.*

vare, pensionsavgångar.[52] Ökade behov och mindre antal sysselsatta till följd av demografiska förändringar är exempel på faktorer som är utmanande för en stabil kompetensförsörjning. Försörjningskvoten, och även kompetensbehoven, skiljer sig åt mellan kommuner.[53]

Många läkare, sjuksköterskor och andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården har en dålig arbetsmiljö. Enligt en rapport från Myndigheten för arbetsmiljökunskap har läkare, sjuksköterskor och undersköterskor i den kommunala och regionala hälso- och sjukvården en sämre självskattad hälsa jämfört med arbetstagare på den svenska arbetsmarknaden i stort. Nästan tre av tio har symtom på arbetsrelaterad ohälsa i form av utmattning och upp emot hälften överväger att lämna sitt arbete.[54] I jämförelse med anställda i andra sektorer upplever hälso- och sjukvårdens anställda fler organisatoriska och sociala riskfaktorer, till exempel sämre balans mellan arbete och privatliv, mer moralisk stress, sämre stöd från chefer och en högre obalans mellan ansträngning och belöning.[55]

Till viss del är situationen med ökande arbetsmiljöproblem bland hälso- och sjukvårdspersonal ett globalt fenomen, men även i jämförelse med andra länder framstår arbetsmiljön i svensk hälso- och sjukvård som bristande. Allmänläkare i Sverige rapporterar till exempel oftare än läkare i andra länder att de har en stressig arbetsmiljö.[56] SKR pekar samtidigt på att de allra flesta medarbetare i kommuner och regioner är nöjda med sitt jobb och anser att det är meningsfullt, och att bilden i media av välfärdsjobben tenderar att vara ensidigt negativ, vilket ytterligare försvårar framtida kompetensförsörjning.[57] Hälso- och sjukvården är en stor sektor med många anställda, upplevelsen av arbetsmiljön kan därför skilja sig åt mellan verksamheter och enheter inom samma verksamhet. Även om både utmaningarna och lösningarna när det gäller hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning handlar om konkreta åtgärder gällande utbild-

[52] Socialstyrelsen (2022), *Nationella planeringsstödet 2022.*
[53] Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Välfärdens kompetensförsörjning – personalprognos 2023–2033 och strategier för att klara kompetensförsörjningen.*
[54] Mynak – Myndigheten för arbetsmiljökunskap (2023), *Arbetsmiljörisker och friskfaktorer bland hälso-och sjukvårdspersonal.*
[55]Myndigheten för arbetsmiljökunskap, Mynak (2023), *Arbetsmiljörisker och friskfaktorer bland hälso-och sjukvårdspersonal*.
[56] Janlöv N, Blume S, Glenngård AH, Hanspers K, Anell A, Merkur S. *Sweden: Health system review. Health Systems in Transition,* 2023; 25(3): i–198, Myndigheten för arbetsmiljökunskap (2023), *Arbetsmiljörisker och friskfaktorer bland hälso-och sjukvårdspersonal.*
[57] Sveriges Kommuner och Regioner (2022), *Välfärdens kompetensförsörjning. Personalprognos 2021–2031 och hur välfärden kan möta kompetensutmaningen.*

ningsplatser och förbättrad arbetsmiljö, behöver den långsiktiga utmaningen också betraktas i ett bredare perspektiv. Den demografiska utvecklingen, där andelen personer i arbetsför ålder inte ökar i en takt som motsvarar behoven, sätter press på hela välfärdssystemet.[58]

Det delade ansvaret kan medföra brist på helhetsperspektiv

Socialstyrelsen har pekat på att det delade ansvaret inom kompetensförsörjningsområdet innebär att ingen enskild aktör har förutsättningar eller resurser för att långsiktigt ta ansvar för helheten.[59] Detta är inget unikt för hälso- och sjukvården men det ställer höga krav på samverkan. Socialstyrelsen menar vidare att det är viktigt att synliggöra de målkonflikter som den nuvarande ansvarsfördelningen ger upphov till och pekar på ett behov av att se kompetensförsörjningen utifrån ett systemperspektiv.[60]

Även från professionshåll har man framfört att ett nationellt perspektiv är viktigt på frågorna. Läkarförbundet menar att kompetensförsörjningen kräver ett nationellt perspektiv utifrån att en del av problemen beror på att sjukvårdshuvudmännen i huvudsak planerar utifrån det egna behovet. Läkarförbundet anser att det behövs en nationellt ansvarig aktör när det gäller kompetensförsörjning av läkare, och att staten bör ha den rollen.[61] Vårdförbundet anser att regeringen omedelbart måste ta initiativ till en gemensam samling för att säkra kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården.[62]

Flera insatser har gjorts för att stärka samverkan och det nationella perspektivet på hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning, till exempel har det nationella vårdkompetensrådet inrättats och sjukvårdsregionala råd har etablerats. Socialstyrelsen har också fått fler uppdrag som syftar till att stärka planeringsunderlaget för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.

När det gäller problemet med VFU-platser har Utredningen om ett samordnat arbete för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen föreslagit att staten ingår ett nati-

[58] Sveriges Kommuner och Regioner (2022), *Välfärdens kompetensförsörjning. Personalprognos 2021–2031 och hur välfärden kan möta kompetensutmaningen.*
[59] Socialstyrelsen (2023), *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård*
[60] Socialstyrelsen (2023), *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård.*
[61] Läkarförbundet (2021), *Läkarförbundets kompetensförsörjningspolicy.*
[62] Vårdförbundet (2024), *Vårdens kompetensförsörjning*,

onellt avtal för vårdvetenskaplig utbildning, lärande och forskning (VULF) för sjuksköterskeutbildningen.[63]

Konsekvenser för patienter, medarbetare och invånare

Brister i och variationer när det gäller regionernas kompetensförsörjning beskrivs ofta som en grundläggande orsak till flera av problemen i hälso- och sjukvården, och som en faktor som hindrar utveckling och omställning. En delförklaring som brukar anges till att omställningen mot en god och nära vård inte kommit längre är exempelvis bristen på allmänläkare i primärvården runt om i landet. Brist på personal kan också vara en av förklaringarna till geografiska ojämlikheter i tillgång till vård.[64]

Nationella vårdkompetensrådet lyfter att vårdpersonal ofta ställs inför svåra prioriteringar i vardagen som en följd av att det saknas processer för gedigna analyser av kompetensförsörjningsbehoven och prioriteringar i regionerna. Detta påverkar vårdpersonalens arbetsmiljö negativt.[65] Att kompetensförsörjningen inte fungerar ändamålsenligt får även samhällsekonomiska konsekvenser. Under 2021 var till exempel drygt 13 000 sjuksköterskor inte sysselsatta i sin yrkesroll. En kompetensförlust som motsvarar en uppskattad samhällskostnad på 5,5 miljarder kronor.[66]

Ett helt statligt huvudmannaskap

Många olika samverkande faktorer påverkar hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning, vilket innebär att det också är många olika förbättringar som ett statligt huvudmannaskap behöver bidra till för att uppnå en mer hållbar kompetensförsörjning. Det samlade underlaget tyder på att de förändrade förutsättningar gällande styrning, finansiering och organisation som ett statligt huvudmannaskap medför inte skulle ha någon direkt betydelse för möjligheterna att uppnå en mer hållbar kompetensförsörjning.

[63] SOU 2024:9, *Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning – långsiktiga åtgärder för sjuksköterskeprogrammen*.
[64] Sveriges Kommuner och Regioner (2023), *Ekonomirapporten, oktober 2023.*
[65] Nationella vårdkompetensrådet (2024), *Debattartikel: Vårdpersonalen behöver stöd i att prioritera*.
[66] Nationella vårdkompetensrådet (2024), *Drygt 13 000 sjuksköterskor i kompetensförlust – kostar samhället 5,5 miljarder kronor.*

Ett undantag är möjligen planering och dimensionering av utbildningsplatser och utbildningstjänster, där flera aktörer har lyft under utredningsarbetet att en centralisering skulle vara en fördel. Argument som lyfts fram är bland annat att en centralisering av ansvaret skulle innebära ökade möjligheter att se över utbildningsbehoven nationellt och öka förutsättningarna att tillgodose verksamhetsförlagda utbildningsplatser över hela landet Förhoppningen är att verksamhetsförlagda utbildningsplatser skulle bli mer jämnt fördelat över landet än i dag. SKR har samtidigt lyft risker med att en centraliserad statlig myndighet ansvarar för att dimensionera och fördela utbildningsplatser. SKR pekar på behovet av att utreda detta i detalj för att komma fram till hur en sådan förändring av ansvar och organisation skulle stärka kompetensförsörjningen.

Sammanfattningsvis är det svårt att dra säkra slutsatser om hur statens och regionernas förutsättningar skiljer sig åt i fråga om att genomföra insatser för en stärkt kompetensförsörjning eller förbättrad arbetsmiljö för hälso- och sjukvårdens medarbetare. Ett statligt huvudmannaskap möjliggör dock ett ökat nationellt perspektiv och mer central styrning i frågorna.

Insatser som kan leda till en mer hållbar kompetensförsörjning

Sekretariatet menar att det är svårt att dra säkra slutsatser om vilka typer av interventioner som påverkar personalomsättningen i hälso- och sjukvården eftersom det kan bero på många samverkande faktorer.[67]

Några faktorer som påverkar kompetensförsörjningen i dag är brister i arbetsmiljön, stora pensionsavgångar, svårigheter att säkerställa tillräckligt många utbildningsplatser och ekonomiska begränsningar. Även strukturella faktorer i samhällsutvecklingen, så som demografisk utveckling, in- och utflyttningsmönster i olika delar av landet samt arbetsmarknadens utveckling i stort påverkar.

När det gäller de organisatoriska faktorerna visar forskning att organisatoriskt stöd, tydliga mål, medbestämmande och en lyhörd

[67] Sekretariatets slutsats baseras på en litterarutsökning genomförd av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) som SBU genomförde på uppdrag av kommittén under våren 2024.

och kompetent chef är viktiga faktorer för att vården ska vara en attraktiv sektor.[68]

Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv kan arbetskraftsdeltagandet öka genom strukturella reformer, som förändrad pensionsålder eller möjligheter till kompetensutveckling för personer som i dag står utanför arbetsmarknaden. Ett annat exempel är höjda löner och förbättrade arbetsvillkor för att på sikt attrahera en större del av arbetskraften, eller personer som i dag står utanför arbetskraften, till hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har pekat ut ett behov av fler studier och fortsatt metodutveckling för att bättre förstå framtida utmaningar med kompetensförsörjningen. Det handlar bland annat om hur pris- och löneutvecklingen mellan hälso- och sjukvården och äldreomsorgen jämfört med den övriga ekonomin påverkar förutsättningarna för kompetensförsörjning och kostnadsutvecklingen i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Då kan man få en tydligare och mer sammanhållen bild av de framtida utmaningarna.[69] En enkätundersökning visar att en övervägande majoritet av de unga i åldrarna 18–39 år uppfattar att arbetet inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen är meningsfullt.[70] Detta är positivt för kompetensförsörjningen eftersom det kan betyda att fler vill utbilda sig inom yrkena.

Nationella vårdkompetensrådet har gjort en kartläggning av tillgång och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal för sju legitimationsyrken. Resultatet visar att flera regioner och kommuner har svårt att bedöma efterfrågan utifrån beslutad budget. Rådet menar att svårigheten i att bedöma hur mycket personal som behövs i vården, ofta grundar sig i att det behövs en djupare genomlysning av verksamheten. Det saknas också krav på processer för planering av resurser och kompetensförsörjning. Det leder i slutänden till att vårdpersonalen får ett orimligt uppdrag och att tiden inte räcker till.[71] Bristen på fungerande processer för planering och prioritering

[68] Dagens Medicin (2025), *Facit från forskaren: Så blir vården attraktiv att jobba i.*
[69] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Redo för framtiden? Analys av hur det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen kan utvecklas till år 2040.* Rapport 2024:01.
[70] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Redo för framtiden? Analys av hur det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen kan utvecklas till år 2040.* Rapport 2024:01.
[71] Nationella vårdkompetensrådet (2024), *Drygt 13 000 sjuksköterskor i kompetensförlust – kostar samhället 5,5 miljarder kronor.*

påverkar arbetsbördan hos vårdpersonalen negativt. Vårdkompetensrådet ser att de ansvariga för vården på alla nivåer bör arbeta systematiskt med att stödja medarbetarna i att arbeta med arbetsuppgifter som är prioriterade i relation till deras kompetens. Detta är särskilt viktigt givet regionernas pressade ekonomiska läge där besparingar och effektiviseringar ökar arbetsbelastningen på hälso- och sjukvårdspersonalen.[72]

Nationella vårdkompetensrådet har tagit fram 25 förslag på insatser för att stärka kompetensförsörjningen. Bland annat bör regioner och kommuner besluta om ett normspann för antal medarbetare som den verksamhetsnära chefen har ansvar för samt bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete, stödja medarbetarna till att arbeta med arbetsuppgifter som är prioriterade och möjliggöra för fortbildning. Nationella vårdkompetensrådet anser också att lagkraven på vårdgivarens ledningssystem bör skärpas för att tydliggöra behov av resurser och bemanning.[73]

Förslagen från Nationella vårdkompetensrådet har varit på remiss hos bland annat regioner, fackförbund och lärosäten. Enligt en sammanställning av remissvaren som Dagens Medicin gjort delar remissinstanserna på det stora hela bilden av utmaningarna. Åsikterna om Vårdkompetensrådets förslag till lösningar går däremot isär. Flera av förslagen som delar remissinstanserna handlar om förslag kring ledarskapet i hälso- och sjukvården, bland annat Vårdkompetensrådets uppfattning att verksamhetschefer på universitetssjukhus ska ha vetenskapligt kunnande och kompetens. Flera remissinstanser har också lyft behovet att ta hänsyn till regionernas och kommunernas olika förutsättningar att genomföra rådets 25 förslag. Flera efterlyser också förslag kring privata vårdgivares ansvar för och medverkan till kompetensförsörjning inom vården. Det är också flera av förslagen som över lag får positiva omdömen, bland annat insatser för att behålla seniora medarbetare och ökade möjligheter till fortbildning och förenade anställningar för fler yrkesgrupper.[74]

Professions- och fackförbunden i hälso- och sjukvården har flera förslag på insatser för att stärka kompetensförsörjningen.

[72] Nationella vårdkompetensrådet (2024), *Debattartikel: Vårdpersonalen behöver stöd i att prioritera*.
[73] Nationella vårdkompetensrådet (2024), *Förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.*
[74] Dagens Medicin (2024), *Remissrundan klar – kritiska svar till Vårdkompetensrådet*.

Vårdförbundet menar att kompetensförsörjningen kan stärkas genom att regeringen initierar en gemensam samling. Vårdgivare måste satsa på en god arbetsmiljö med moderna arbetstider och högre och jämställda löner för att rekrytera och behålla personal med rätt kunskap och kompetens. Vårdgivare behöver också införa Akademisk specialisttjänstgöring, AST, för sjuksköterskor det vill säga specialistutbildning som en del av anställningen. Reglerade specialistutbildningar för biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor behöver införas för att möta den allt större efterfrågan på specialistutbildad personal. Övergången mellan studier och yrkesliv bör underlättas genom en god yrkesintroduktion och handledning för nyutexaminerade så att de kan växa in i yrkesrollen.[75]

Sveriges läkarförbund anser att staten behöver ta över ansvaret för dimensioneringen av antalet AT- och ST-tjänster.[76] Läkarförbundet tillstyrker flera av Nationella vårdkompetensrådets förslag, bland annat att regioner och kommuner bör arbeta systematiskt med att stödja medarbetarna till att arbeta med arbetsuppgifter som är prioriterade i relation till sin kompetens. Prioritering av arbetsuppgifter är också en av de friskfaktorer som forskningen identifierat och som parterna förbundit sig att arbeta med. Förbundet är även positiva till att det är prioriteringen av de professionsspecifika arbetsuppgifterna som står i fokus.[77]

Psykologförbundet anser att de 25 förslag som Nationella vårdkompetensrådet lägger fram över lag är bra och välgrundade. Psykologförbundet instämmer, liksom Läkarförbundet, i förslaget om stöd till medarbetarna att arbeta med prioriterade arbetsuppgifter. Enligt förbundet är emellertid det viktigaste för att medarbetarna ska kunna prioritera rätt arbetsuppgifter att vi får till en tydligare rollfördelning i organiseringen av vård- och omsorg jämfört med i dag. Den politiskt-administrativa nivåns uppgift bör vara att sätta övergripande mål/ramar och ange var den yttre gränsen för det offentliga åtaganden går. Själva utförandet av verksamheten kan sedan helt överlämnas utan detaljstyrning till de legitimerade yrkesgrupperna. Sådan reell tillitsbaserad styrning är i grunden enda sättet att

[75] Vårdförbundet (2024), *Vårdens kompetensförsörjning.*
[76] Läkarförbundet (2024), *Behov av AT-tjänster*, Läkarförbundet (2021), *Kompetensförsörjningspolicy. Förutsättningar för en kompetensförsörjning i balans.*
[77] Läkarförbundet (2024), *Remiss – förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.*

tillgodose att rätt beslut om insatser fattas i mötet med patienten eller brukaren.[78]

SACO hälso- och sjukvård består av nio SACO-förbund och de framför att det för att förbättra och effektivisera hälso- och sjukvården är viktigt att kompetenser används på rätt sätt och det måste finnas en ömsesidig respekt för varandras kompetenser. Hälso- och sjukvården måste organiseras så att rätt kompetens finns på rätt plats och alla medarbetare ges möjlighet att fokusera på de arbetsuppgifter de är bäst på.[79]

SKR pekar på att behovet av anställda inom äldreomsorgen och hälso-och sjukvården kommer att variera mellan kommuner och regioner då befolkningsutvecklingen skiljer sig åt. Förutsättningarna att rekrytera personal ser också olika ut över landet eftersom tillgången på arbetskraft varierar och har så gjort under lång tid. Arbetsgivarnas strategier och möjligheter att klara kompetensförsörjningen kommer därför att se olika ut.[80] SKR har tagit fram nio strategier för att möta kompetensutmaningen och har driver även tillsammans med de fackliga organisationerna och Sobona ett gemensamt arbete med välfärdens kompetensförsörjning. I 2024 års avtalsrörelse togs en gemensam avsiktsförklaring fram.[81] Parterna i välfärden har identifierat tre övergripande områden där insatser behöver vidtas:

- Stärkt kompetens för välfärdens anställda.
- Ökad hälsa för välfärdens anställda.
- Fler vägar till anställning i välfärden.[82]

Hypoteser och bedömningar om ett statligt huvudmannaskap i de kvalitativa momenten

Ett av de tematiska områdena i det kvalitativa underlag som samlats in under utredningsarbetet handlar om statligt ansvarstagande och statlig styrning för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.

[78] Psykologförbundet (2024), *Remiss. Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.*
[79] SACO (2024), *SACO hälso- och sjukvård.*
[80] Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Välfärdens kompetensförsörjning. Personalprognos 2023–2033*.
[81] Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Personal- och kompetensförsörjning*.
[82] Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Personal- och kompetensförsörjning*.

Exempelvis efterfrågas ett ”helhetsgrepp kring frågan”, ett ökat nationellt perspektiv, ökat nationellt stöd, stärkt statlig styrning eller att staten helt tar över det lagstadgade ansvaret för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.

Att det finns ett behov av ett samlat, nationellt och mer strategiskt och samordnat grepp kring hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning kännetecknar en del av svaren. Inom ramen för det kvalitativa underlaget understryks ett stort behov av att hitta nya lösningar för kompetensförsörjningen utan att peka ut om det är just en stärkt statlig styrning eller ökat ansvarstagande för kompetensförsörjningen som är den lämpliga lösningen.

Det lyfts också att effekterna av ett statligt huvudmannaskap beror på om staten har andra förutsättningar än regionerna att hantera utmaningarna med kompetensförsörjning eller kan skapa andra ekonomiska förutsättningar för hälso- och sjukvården. Ur detta perspektiv påpekas det också att effekterna av ett förändrat huvudmannaskap beror på vad staten skulle göra annorlunda än regionerna och på vilket sätt en eller flera statliga huvudmän skulle kunna skapa bättre förutsättningar för verksamheterna i hälso- och sjukvården.

Deltagarna i en workshop som sekretariatet genomförde tillsammans med Karlstads universitet Samhällsnytta AB identifierade inbjuda experter några möjligheter med ett helt statligt huvudmannaskap. Bland annat framhölls ökade möjligheter till kapacitetsutnyttjande i hela landet genom ett samlat ansvar för vårdutbud och översikt av kapacitet hos offentliga och privata vårdgivare, och detsamma gäller analys och planering av kompetensförsörjningen. Sammanhållna utbildningskedjor mellan praktiska och teoretiska delar av utbildningen för hälso- och sjukvårdspersonal lyftes fram som en viktig aspekt, som eventuellt skulle bli enklare att få till i ett helstatligt huvudmannaskap.

Observationer utifrån det samlade underlaget

Sammanfattningsvis har följande observationer gjorts utifrån det samlande utredningsunderlaget vad gäller betydelsen av ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning:

- Nationell planering och dimensionering av utbildningstjänster och utbildningsplatser underlättas.
- Ett ökat nationellt perspektiv och central styrning när det gäller hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning möjliggörs.
- Över lag finns det få mekanismer i ett förändrat huvudmannaskap som förändrar förutsättningarna för en hållbar kompetensförsörjning.
- Effekter på kompetensförsörjningen förutsätter många olika åtgärder vid sidan av huvudmannaskapsreformen.

Det krävs flera olika typer av insatser för att skapa en långsiktigt hållbar kompetensförsörjning. En övergripande utmaning är att hälso- och sjukvården behöver vara en attraktiv arbetsgivare i förhållande till andra sektorer så att fler väljer att arbeta i hälso- och sjukvården. För att kunna vara en attraktiv arbetsgivare behöver det finnas ett strategiskt arbetsmiljöarbete.

Nationella vårdkompetensrådet har lyft flera insatser som kan göras för att förbättra arbetsmiljön. De har bland annat synliggjort att regionernas processer för planering och prioritering har brister och att detta påverkar arbetsbördan hos vårdpersonalen negativt. Nationella vårdkompetensrådet anser att lagkraven på vårdgivarens ledningssystem bör skärpas för att tydliggöra behov av resurser och bemanning.[83] Detta skulle kunna göras i nuvarande förvaltningsmodell. Om staten tar över huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården behöver staten, liksom regionerna i dag, se till att processer för planering och prioriteringar fungerar ändamålsenligt. Exakt hur dessa processer skulle se ut vid ett helt statligt huvudmannaskap behöver utredas närmare.

Om staten tar över huvudmannaskapet för vården skulle de regionalt politiskt beslutade prioriteringarna inte finnas kvar. Färre styrsignaler från färre huvudmän skulle kunna underlätta arbetstagarnas arbetsbörda vilket kan förbättra arbetsmiljön. För att styrsignalerna ska bli färre vid ett statligt huvudmannaskap förutsätter det dock att staten lyckas skapa processer som hanterar målkonflikter och gör styrningen mer effektiv samt lyckas skapa legitimitet för beslutade prioriteringar. Det har också framförts en hypotes

[83] Nationella vårdkompetensrådet (2024), *Förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.*

inom ramen för de kvalitativa utredningsmomenten om att en stor statlig myndighet kan bli tungrodd och trögrörlig och att detta skulle kunna få negativ påverkan på rekrytering, arbetsförhållanden och motivation hos personalen.

Det saknas underlag för att med säkerhet kunna dra slutsatsen att staten skulle vara en bättre arbetsgivare för hälso- och sjukvårdspersonalen, men det är samtidigt inget i det samlade empiriska utredningsunderlaget som tydligt talar för att det skulle bli sämre än nuläget.

I den kvalitativa datainsamling som har genomförts under arbetet har det framkommit uppfattningar om att regionerna tar olika stort ansvar för verksamhetsförlagda utbildningsplatser. Detta uppges bero på flera saker. Budgetsvårigheter nämns men också ett aktivt val hos vissa regioner att inte bidra med utbildningsplatser. Från professionsförbund har det lyfts att ett helstatligt huvudmannaskap där staten ansvarar för dimensionering och finansiering av utbildningsplatser är en nödvändig väg att gå för att få till en hållbar kompetensförsörjning. Det saknas i dag exempelvis en överblick av antalet ST-platser och behovet av ST-platser över tid. Den nationella samordning som uppges behövas gällande ST-platser har inte kommit till med dagens system. Nationella vårdkompetensrådet har också identifierat ett behov av att samarbeta nationellt genom att ha gemensamma avtal för att skapa en ökad likvärdighet och kvalitet gällande VFU över landet.[84]

Med ett statligt huvudmannaskap kan det eventuellt bli lättare att skapa en nationell överblick över tillgängliga VFU- och andra utbildningsplatser och skapa processer för en mer jämlik nationell fördelning av dessa eftersom staten skulle ha ansvar för att planera, leda och styra hela hälso- och sjukvården i ett nationellt perspektiv. Med ett statligt huvudmannaskap, och tillika statlig finansiering och myndighetsorganisation, kan också resurserna för hälso- och sjukvården fördelas på ett annat sätt vilket kan ge mer jämlika förutsättningar för kompetensförsörjning och arbetsmiljösatsningar i olika delar av landet.

[84] Nationella vårdkompetensrådet (2024), *Förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.*

Ett delvis statligt huvudmannaskap

Om staten skulle ta över huvudmannaskapet för en del av hälso- och sjukvården, exempelvis primärvården eller den specialiserade vården, skulle det innebära att flertalet medarbetare skulle ha både en regional och en statlig arbetsgivare eftersom det förekommer att medarbetare delar sin arbetstid mellan olika delar av hälso- och sjukvården. Hur många medarbetare det skulle röra sig om beror på vilka delar av hälso- och sjukvården som staten blev huvudman för och hur många medarbetare som fortsatt skulle ha delade tjänster. Att ha delade tjänster mellan olika huvudmän är redan förekommande i hälso- och sjukvården. Det är förhållandevis vanligt med så kallade förenade anställningar i hälso- och sjukvården, där klinisk tjänstgöring kombineras med forskning. Förenade anställningar definieras som anställningar med universitetet som huvudarbetsgivare men där del av anställningen utgör ett uppdrag inom hälso- och sjukvården, och där individen betraktas som fullt anställd inom båda sektorerna.

Förenade anställningar regleras i 3 kap. 8 § högskolelagen och 4 kap. 2 § högskoleförordningen.[85] Därmed skulle det antagligen gå att finna vägar framåt för att lösa kombinerade anställningar mellan regionala och statliga huvudmän även i de fall staten skulle bli huvudman för en viss del av hälso- och sjukvården. Vad detta skulle innebära gällande anställningsvillkor och liknande behöver utredas vidare. I denna rapport har en initial genomförandeplan skisserats där olika steg i en huvudmannaskapsförändring listas, däribland arbetsrättsliga frågor.

Behovet av nationell samordning i kompetensförsörjningsfrågorna är ett återkommande perspektiv i tidigare rapporter och i medskick från exempelvis professions- och fackförbund. Om staten skulle vara huvudman för exempelvis all specialiserad hälso- och sjukvård eller all primärvård i Sverige skulle denna del av hälso- och sjukvården kunna planeras, ledas och styras i ett nationellt perspektiv. Ökad nationell samordning kan även uppnås med nuvarande förvaltningsmodell, om aktörerna finner lämpliga former för detta.

Det har inte varit möjligt att inom ramen för kommitténs uppdrag genomföra fördjupade analyser om kompetensförsörjnings-

[85] Regeringen föreslår i den nya FOI-propositionen en ändring i högskolelagen (1992:1434) för att öka möjligheterna till förenade anställningar. Lagändringen föreslås träda i kraft den 1 juli 2025.

perspektivet för de delstatliga scenarierna av huvudmannaskapet. Det går därför inte att dra slutsatser om vilka kompetensförsörjningsutmaningar som finns specifikt i olika delar av hälso- och sjukvården eller föra mer detaljerade resonemang om huruvida ett statligt huvudmannaskap skulle påverka detta.

7.3 Forskning, utveckling och innovation

Forskning och implementering av forskningsresultat pekas i kommitténs direktiv ut som en grund för en effektiv och modern hälso- och sjukvård och en stärkt innovations- och omställningsförmåga är ett av de mål som kommittén i inledningen av arbetet pekade ut för eventuella förändringar av ansvarsfördelningen. Forskning, utveckling och innovation i hälso- och sjukvården är ett brett fält som rymmer en stor mängd specifika frågor och verksamheter.

Det har inte varit möjligt att genomföra fördjupade beskrivningar eller analyser av alla frågor som är viktiga för den långsiktiga utvecklingsförmågan eller förutsättningarna för forskning och innovation i hälso- och sjukvården. Några faktorer som är särskilt viktiga att beakta är hur ett statligt huvudmannaskap skulle kunna påverka förutsättningarna för verksamhetsnära innovation, förutsättningarna för forskning i hälso- och sjukvården, implementering och spridning av kunskap och innovationer samt förutsättningarna för systemövergripande omställning och utveckling.

Nuvarande ordning

Både staten och regionerna har i dag ansvar för och uppgifter relaterade till forskning, utveckling och innovation i hälso- och sjukvården. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet präglas av både styrkor och svagheter när det gäller forskning, innovation och utveckling. På övergripande nivå är förutsättningarna för forskning och innovation goda i Sverige, men flera analyser pekar också på utvecklings- och förbättringsbehov, till exempel gällande förutsättningarna för klinisk forskning och kliniska forskare, spridning och nyttiggörande av ny kunskap och teknik samt systemövergripande omställning och utveckling.

Dagens ansvarsfördelning

Ansvaret för forskning i hälso- och sjukvården kan i dag beskrivas som delat. Enligt 18 kap 2§ HSL ska regioner och kommuner medverka vid finansiering, planering och genomförande av dels kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område, dels folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Regioner och kommuner ska i dessa frågor, i den omfattning som behövs, samverka med varandra och med berörda universitet och högskolor. Lag (2019:973). Sedan år 2021 finns också en bestämmelse i HSL (13 a kap. 1 § HSL om Primärvårdens grunduppdrag) som anger att regioner och kommuner inom ramen för primärvården ska möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

Staten har också ett centralt ansvar inom forsknings- och innovationsområdet. Statliga myndigheter, till stor del universitet och högskolor, är forskningshuvudmän för en stor del av den forskning som bedrivs inom hälso- och sjukvården, och staten står för en stor del av den offentliga forskningsfinansieringen, genom såväl medel till universitet och högskolor och medel som fördelas via de statliga forskningsråden. Det finns också en relativt omfattande lagstiftning via vilken staten sätter ramarna för den forskning som bedrivs.

Regioner och universitet har ett delat ansvar för den kliniska forskningen och i enlighet med ALF-avtalet[86] har varje region tecknat ett regionalt avtal med ett universitet med medicinsk fakultet, som står angivet i ALF-avtalet. Enligt ALF-avtalet ska respektive region och universitet bilda ett gemensamt ledningsorgan för ALF, där regionens och universitetets ledningsnivåer är representerade och verkar på jämbördiga villkor. I ALF-avtalet regleras bland annat hur mycket statliga medel som regionerna ska få för att medverka i utbildningen av läkare, bedriva klinisk forskning och utveckla hälso- och sjukvården. Ersättningen är uppdelad i två delar: ALF-ersättning för klinisk forskning och ALF-ersättning för utbildning av läkare. Det är Utbildningsdepartementet som betalar ut medlen.[87] Socialstyrelsen beslutade 2020 om 27 olika kvalitetskriterier, uttryckta som miniminivåer, som samtliga sjukvårdsenheter inom universitetssjukvården ska uppnå för att ALF-avtalet ska vara upp-

[86] Avtal mellan staten och sju regioner om läkarutbildning och forskning. Det finns ett centralt avtal som kompletteras av regionala avtal.
[87] Vetenskapsrådet (2023), *Utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet vid de regioner som omfattas av ALF-avtalet. 2023 års utvärderingsrapport.*

fyllt.[88] De statliga myndigheterna har också en granskande roll, till exempel genom att universitetssjukvården utvärderas av Socialstyrelsen och den kliniska forskningen utvärderas av Vetenskapsrådet.

Det är förhållandevis vanligt med förenade anställningar i hälso- och sjukvården, där klinisk tjänstgöring kombineras med forskning. Förenade anställningar definieras som anställningar med universitetet som huvudarbetsgivare men där del av anställningen utgör ett uppdrag inom hälso- och sjukvården, och där individen betraktas som fullt anställd inom båda sektorerna. Förenade anställningar regleras i 3 kap. 8 § i högskolelagen och 4 kap. 2 § i högskoleförordningen. Förenade anställningar är förbehållet för vissa yrkesgrupper – specialistutbildade läkare eller tandläkare eller de med en annan anställning än som läkare vid en sjukvårdsenhet som är upplåten för medicinsk utbildning och forskning.

När det gäller innovation har staten bland annat en roll som finansiär genom myndigheten Vinnova men även lärosätena spelar en viktig roll i innovationsarbetet. SKR arbetar också inom flera områden för att inspirera och stödja kommuner och regioner på innovationsområdet, bland annat genom Adda Kompetens.

Utmaningar och utvecklingsbehov

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet präglas i dag av både styrkor och svagheter när det gäller forskning, innovation och utveckling. På övergripande nivå är förutsättningarna för forskning och innovation goda i Sverige, men flera analyser pekar också på utvecklings- och förbättringsbehov.

Hög innovationskapacitet men utmaningar med systematik, samordning och implementering

EU-kommissionen mäter graden av innovation genom ett index av indikatorer som fångar olika förutsättningar för innovation. I 2024 års mätning av European Innovation Scoreboard (EIS) till-

[88] Socialstyrelsen (2023), *Utvärdering av universitetssjukvård inom ALF-avtalet 2018–2021 Uppföljning av klinisk forskning, läkarutbildning och hälso- och sjukvårdens utveckling – miniminivåer och kvalitetsutveckling.*

hör Sverige kategorin Innovation leaders inom EU.[89] Styrkorna består bland annat av höga investeringar i FoI, en hög utbildningsnivå och många forskarutbildade, vetenskapliga publiceringar och citeringar, tillgång till bredband och digital kompetens i befolkningen, tillgång till riskkapital och samverkan mellan privat och offentlig sektor. Svagheter som lyfts är till exempel rörligheten mellan jobb inom vetenskap och teknologi, resursproduktivitet (en indikator på miljömässig hållbarhet) och stöd till företags forskning och utveckling från regeringsnivån.

EU-kommissionen mäter på motsvarande sätt graden av innovation i 239 regioner inom EU, genom ett antal indikatorer. Sverige är här indelat i åtta regioner. Fyra av dem kategoriseras som innovation leaders i mätningen; Stockholm, Östra Mellansverige, Sydsverige och Västsverige. Stockholm benämns som den fjärde mest innovativa regionen i Europa. Innovationsförmågan bedöms av EU ha ökat i sex av de åtta regionerna sedan föregående mätning. Även den regionala analysen baseras på indikatorer som utbildningsnivå, FoU-utgifter, tillgång till riskkapital, hållbarhet och grad av digitalisering.

Det pågår en stor mängd innovationsprojekt runt om i landet, i hälso- och sjukvården samt på och i samverkan med lärosäten, näringsliv och civilsamhällets aktörer. En undersökning från SCB år 2021 visade att åtta av tio regioner bedriver ett systematiskt innovationsarbete.[90] Socialstyrelsen har i en analys av innovation inom vård och omsorg konstaterat att det finns ett stort engagemang och en stor vilja i vården, socialtjänsten och tandvården att driva förändring, vilket också är en viktig förutsättning för innovation. Drivkrafterna för att arbeta med innovation handlar enligt Socialstyrelsen framför allt om att lösa välfärdsutmaningar för att patienter och brukare ska få den bästa möjliga vården eller omsorgen.[91]

Samtidigt har myndigheten också sett problem med ett fragmenterat innovationssystem i meningen att innovationsverksamheten är relativt frånkopplad den löpande verksamheten. Socialstyrelsen pekar på att ett centralt problem är implementeringen av

[89] European commission (2024), *European Innovation Scoreboard 2024. Country profile Sweden*.
[90] Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Innovationsarbete i kommuner och regioner.* Information på hemsidan.
[91] Socialstyrelsen (2024), *Strategi för att möjliggöra och bidra till ansvarsfull innovation i hälso- och sjukvård, socialtjänst och tandvård.*

innovationer och att det hänger samman med frågor om omvärldsanalys, ny kompetens, ledarskap, tillgång på aktuell evidens, men också tid, resurser och upphandling. Myndigheten såg bland annat behov av långsiktigt stöd och resurser för att gå från projekt till breddinförande i hälso- och sjukvård och socialtjänst och att patienters, brukares och anhörigas behov behöver få en starkare röst inom vård och omsorg. Myndigheten identifierade också behov av en nationell IT-infrastruktur som möjliggör interoperabilitet och samverkan, behov av omvärldsanalys och extern kompetens samt behov av systemsyn för att kunna navigera innovationssystemet och bedriva innovation mer samordnat.[92]

Utvecklingsbehov har också identifierats när det gäller förutsättningarna och strukturerna för verksamhetsnära forskning, utveckling och innovation. Forskningsrådet för arbetsliv, hälsa och välfärd (Forte) har till exempel lyft att nya lösningar i högre utsträckning behöver utvecklas i nära samverkan med patienter och vårdens aktörer och att forskning och utveckling i högre grad behöver utgöra en integrerad del av vårdens och omsorgens kärnverksamhet på alla nivåer. Alla möten i vården, omsorgen och socialtjänsten har potential att bidra till kunskapsutveckling, men för att det ska ske behöver förutsättningarna för verksamhetsnära forskning och innovation stärkas.[93]

Hög kvalitet på klinisk forskning men förutsättningarna behöver förbättras

När det gäller forskning i hälso- och sjukvården har fokus i arbetet legat på den kliniska forskningens förutsättningar. Det bör därför påpekas att den nulägesbild som tecknas i avsnittet inte ger en bild av forskningen i hälso- och sjukvården som helhet.

Den medicinska forskningen inkluderar såväl klinisk som preklinisk forskning. Klinisk forskning är medicinsk och hälsovetenskaplig forskning som förutsätter vårdens strukturer och resurser och har som mål att lösa ett ohälsoproblem eller att identifiera faktorer som leder till ökad hälsa. Inom den kliniska forskningen ryms i sin tur såväl observationsstudier som interventionsstudier (till exempel

[92] Socialstyrelsen (2018), *Möjligheter och hinder för innovation i vård och omsorg*.
[93] Forskningsrådet för arbetsliv, hälsa och välfärd, Forte (2023), *Forskning för morgondagens socialt hållbara samhälle*. Fortes bidrag till regeringens forskningspolitik från och med 2025.

kliniska prövningar).[94] Den kliniska forskningen bedrivs med andra ord ofta inom eller i nära samverkan med hälso- och sjukvården. Etikprövningsmyndigheten godkänner årligen ungefär 2 000 kliniska studier, varav cirka 11 procent är kliniska läkemedelsprövningar.[95]

I en utvärdering av den kliniska forskningen i Sverige visar Vetenskapsrådet att svensk klinisk forskning generellt håller hög kvalitet och i flera fall mycket hög kvalitet.[96] Samtliga ALF-regioner visar på styrkor inom olika forskningsområden. Samtidigt finns också utvecklingsbehov inom samtliga ALF-regioner. Svensk klinisk forskning skulle, enligt utvärderingen, gynnas av fler och större nationella och internationella samarbeten. Svenska forskare är dessutom mindre rörliga, både inom landet och på internationell nivå, än i andra jämförbara länder. I utvärderingen pekas också på problemet med att forskningstid ofta måste prioriteras bort till förmån för vårdproduktion. Klinisk forskning i nära samverkan med hälso- och sjukvården och möjlighet att kunna kombinera klinisk tjänstgöring med forskning har varit, och kommer även fortsatt att vara, helt avgörande för den svenska hälso- och sjukvårdens utveckling, enligt Vetenskapsrådet.[97] Även förenade anställningar har beskrivits som oumbärliga både för hälso- och sjukvårdsutveckling, via klinisk och vårdvetenskaplig forskning, och för att professionsutbildningarna ska vara relevanta för samtiden och framtiden.[98]

Vetenskapsrådet har samtidigt också visat att det finns flera utmaningar med den kliniska forskningen och för kliniska forskare. Myndigheten beskriver att den kliniska forskningens förutsättningar behöver stärkas, inte minst genom att säkerställa tid till att genomföra forskning. Det finns också behov att skapa nya karriärvägar för att möjliggöra kompetensförsörjning inom klinisk forskning, med särskilda forskaranställningar, liksom postdoktorala anställningar och kombinerade kliniska forskningsanställningar för olika yrkeskategorier. Huvudmännen behöver enligt utvärderingen

[94] Vetenskapsrådet (2024), *Definitioner av begrepp inom medicinsk och klinisk forskning*.
[95] Vetenskapsrådet (2023), *Statistik och information om kliniska studier.* Information på hemsidan.
[96] Vetenskapsrådet (2023), *Utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet vid de regioner som omfattas av ALF-avtalet. 2023 års utvärderingsrapport.*
[97] Vetenskapsrådet (2023), *Utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet vid de regioner som omfattas av ALF-avtalet. 2023 års utvärderingsrapport.*
[98] Nationella vårdkompetensrådet (2021), *Förenade anställningar vid de medicinska Fakulteterna 2018–2020*.

säkerställa forskningstid, resurser och incitament för klinisk forskning och främja en stark forskningskultur inom hälso- och sjukvården.[99] Den långsiktiga trenden är till exempel att andelen forskarutbildade läkare minskar.[100] Det finns också utmaningar med att locka såväl läkare som andra yrkesgrupper till förenade anställningar. Söktrycket i utlysningar av sådana anställningar är lågt, och i Nationella vårdkompetensrådets undersökning blev 20 procent av tjänsterna inte tillsatta. Andelen ej tillsatta tjänster var 17 procent för läkare, 26 procent för övriga vårdyrken och 35 procent för sjuksköterskor.[101]

Ett annat utvecklingsbehov som har lyfts är att den kliniska forskningen i högre grad behöver integreras i verksamheterna. SKR har till exempel pekat på ett behov av att utveckla samverkan kring klinisk forskning mellan regioner, kommuner, universitet/högskolor, Life science industrin och andra aktörer, att statens engagemang i regionernas och i kommunernas kliniska forskningsfrågor behöver bli mer långsiktigt och utgå ifrån vårdens och samhällets långsiktiga behov samt att lagstiftning behöver anpassas så att klinisk forskning möjliggörs, framför allt beträffande hanteringen av vårddata och biobanker.[102]

Kunskapsutveckling och forskning har också identifierats som en viktig insats i relation till primärvårdens utveckling. Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården konstaterade till exempel att primärvårdsforskningen i dag är svag och utredningen menade att den måste stärkas ytterligare med långsiktiga insatser. Utredningen menade att kunskapsutvecklingen i primärvården måste stärkas om primärvården ska vara basen och navet i hälso- och sjukvården och såg ett behov av stöd för att skapa en stark forskningskultur och goda miljöer för forskning, utbildning och utveckling i primärvården. Vidare pekade delegationen på behovet av en kritisk massa av forskare och att fler universitetssjukvårdsenheter i primärvården behöver komma till stånd.[103]

---

[99] Vetenskapsrådet (2023), *De kliniska forskarnas förutsättningar i Sverige*.
[100] Sveriges läkarförbund (2023), *Läkarförbundets inspel 2023 till forsknings- och innovationspropositionen*.
[101] Nationella vårdkompetensrådet (2021), *Förenade anställningar vid de medicinska fakulteterna 2018–2020. PM 2021-10-04 Dnr. 4.3-13549/2021-10 löpnr. 2021:10*.
[102] Sveriges Kommuner och Regioner (2020), *Samhället, patienterna och hälso- och sjukvården behöver klinisk forskning. Positionspapper om klinisk forskning – för bästa möjliga vård – inte bara i dag utan även imorgon.*
[103] SOU 2022:22, *Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram*. Slutbetänkande av Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

En annan utmaning gäller förutsättningarna för kliniska prövningar. Det har skett en förhållandevis stor nedgång av antalet kliniska prövningar i Sverige.[104] År 2023 presenterades en utredning där det beskrivs att det i dialogmöten återkommande beskrivits bero på att kliniska studier och kliniska prövningar i hälso- och sjukvården nedprioriteras och att det är svårt att få tid och resurser för dessa aktiviteter parallellt med hälso- och sjukvårdens kärnverksamheter.[105] Även vid de möten som sekretariatet genomfört har bristande genomförandekapacitet beskrivits som en viktig förklaringsfaktor till utvecklingen.

Flera utmaningar med att sprida och nyttiggöra kunskap och teknik

Kunskapsspridning och nyttiggörande av forskning och innovationer sker på många olika sätt, och kan beskrivas som ett komplext ekosystem med många involverade aktörer. Här ligger fokus i huvudsak på de insatser som görs och kan göras på systemnivå för att stödja utveckling och förbättring. En viktig aspekt av detta är system och strukturer för att sprida kunskap och innovationer och stödja implementering.

Inom flera områden sker en snabb medicinsk utveckling som möjliggör nya behandlingar och effektivare arbetssätt i vården. Sverige har i vissa studier också beskrivits ligga långt fram i jämförelse med andra länder när det gäller införandet av ny medicinsk teknologi som dagkirurgi och nya behandlingsmetoder.[106]

Samtidigt finns också utmaningar i nuvarande system. Ett område som ofta nämnts som särskilt utmanande i sekretariatets dialoger är precisionsmedicinens[107] utveckling. Områden där precisionsmedicin är ett viktigt fält är exempelvis cancer, infektionssjukdomar, sällsynta tillstånd och komplexa sjukdomar (till exempel

[104] Läkemedelsverket (2024), *Statistik för kliniska prövningar av läkemedel och medicintekniska produkter 2023*.
[105] Ds 2023:8, *Förslag på åtgärder för att skapa bättre förutsättningar för kliniska prövningar – för en bättre välfärd och starkare life science-sektor*, s. 11.
[106] Rehnberg, C. (2019), *Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv.*
[107] Precisionsmedicin innefattar olika metoder för att välja och anpassa behandlingar utifrån information om en specifik individ. Det handlar till exempel om gensekvensering och olika former av avancerade terapier som anpassas till den enskilda individen. Källa: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *Genvägen till ökad precision. En framåtblickande analys av precisionsmedicin i hälso- och sjukvården*.

folksjukdomar som allergi, diabetes, psykiatriska och reumatiska sjukdomar).

Precisionsmedicinens utveckling medför flera utmaningar för hälso- och sjukvårdssystemet. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har till exempel konstaterat att utvecklingen kan medföra ett ökat tryck på hälso- och sjukvården och att det kommer behövas ny kunskap, kompetens, nya arbetssätt och rutiner om precisionsmedicin ska kunna erbjudas på ett jämlikt sätt.[108] Myndigheten beskriver också att utvecklingen ställer höga krav på vårdens infrastruktur i form av till exempel IT-system och organisering. För att potentialen med precisionsmedicin ska kunna tas tillvara behövs resurser för omställning, prioriteringar och politiskt ledarskap, ökad integrering av forskning och klinisk verksamhet, mer kunskap i hälso- och sjukvården och tillgängliggörande av hälsodata. Myndigheten drog också slutsatsen att en otydlig ansvarsfördelning och styrning samt bristande nationell samordning medförde brister i ändamålsenligheten och effektiviteten i införandet av precisionsmedicinen. Man såg också en risk att prioriteringar gällande precisionsmedicin inom ramen för det kommunala självstyret kunde leda olika prioriteringar och därmed också till ojämlikheter för patienter beroende på vilken region man bor i.[109] Även Vinnova har pekat på att omställningen mot precisionsmedicin ställer stora krav på nationell samordning, engagemang, nya arbetssätt och samverkan över organisationsgränser vilket för med sig stora strukturella utmaningar. Införandet av precisionsmedicin hindras enligt Vinnova av ett antal organisatoriska utmaningar på nationell och regional nivå. Utan nationell samordning mellan universitetssjukvården, akademin och myndigheter, och i samverkan med industrin, kommer Sverige inte att kunna dra nytta av den samlade expertis och infrastruktur som annars skulle kunna positionera landet i frontlinjen, enligt Vinnova.[110]

Exemplet precisionsmedicin illustrerar på flera sätt utmaningar som uppstår även när det gäller införande av andra medicinska och

[108] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *Genvägen till ökad precision. En framåtblickande analys av precisionsmedicin i hälso- och sjukvården*.
[109] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *Genvägen till ökad precision. En framåtblickande analys av precisionsmedicin i hälso- och sjukvården*.
[110] Vinnova (2023), *Acceleration mot en hållbar framtid. Vinnovas inspel till regeringens forsknings- och innovationsproposition 2025–2028.*

tekniska innovationer som ger nya möjligheter att förebygga, diagnostisera och behandla sjukdom.

Fortsatta behov av att utveckla kunskapsstyrningen

En central fråga när det gäller förutsättningarna för forskning, utveckling och innovation är systemet för kunskapsstyrning och förutsättningarna för att arbeta och utveckla hälso- och sjukvården i enlighet med riktlinjer och rekommendationer. Behovet av att svara mot en allt snabbare kunskapsutveckling i forskningen och ambitionerna om en evidensbaserad och jämlik hälso- och sjukvård har legat bakom ett ökat fokus under de senaste decennierna på insatser för att sprida och tillgängliggöra kunskap i syfte att stimulera och stödja utveckling, vilket ofta sammanfattas med begreppet kunskapsstyrning.

Trots insatser för att stärka tillgången till evidens och kunskap under 2000-talet har bland annat studier av Socialstyrelsen visat på svagheter och skillnader i efterlevnaden av riktlinjer och kunskapsstöd i hälso- och sjukvården.[111] Diskussioner har därför förts om huruvida riktlinjer bör vara obligatoriska, och flera utredningar och insatser har genomförts för att stärka kunskapsstyrningen och stödja implementering och efterlevnad. Med utgångspunkt i rekommendationer i Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården[112] beslutade regeringen att stödja utvecklingen av ett nytt nationellt system för evidensbaserad hälso- och sjukvård, ett initiativ av de 21 svenska sjukvårdsregionerna i samverkan.[113] Bildandet och den tidiga utvecklingen av Nationellt system för kunskapsdriven ledning har beskrivits i rapporter från Leading Health Care. Både dessa rapporter samt rekommendationer från SKR till de 21 regionerna i juni 2022 tyder på att det nya nationella systemet fortfarande är under utveckling.[114] Att problem

[111] Socialstyrelsen (2023), *Vård som inte bör göras. Följsamheten till nationella riktlinjer*, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015), *Lång väg till patientnytta – en uppföljning av nationella riktlinjers inverkan på vården i ett decentraliserat system*.
[112] SOU 2017:48, *Kunskapsbaserad och jämlik vård - Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård.*
[113] SOU 2020:36, *Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård*.
[114] Leading Health Care (2022), *Kunskap (s)om styrmedel. Organisationsteoretisk genomlysning av nationellt system för kunskapsstyrning*, Leading Health Care (2023), *Kunskapsstyrning i praktiken: Införande, mottaglighet och lokal omsättning av den nya*

med bristande följsamhet till evidensbaserade rekommendationer kvarstår visar också en rapport från Socialstyrelsen (2023), som visar varierande följsamhet till myndighetens ”icke-göra lista”.[115]

Kunskapsstyrning är också en central del av flera statliga myndigheters uppdrag. I en utvärdering av Statskontoret konstateras att kunskapsstyrning blivit en allt viktigare del av statens styrning. Statskontoret såg bland annat att de formaliserade strukturer som vuxit fram för samverkan inom kunskapsstyrningen, till exempel i form av partnerskapet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård, har bidragit till en bättre dialog mellan den nationella och regionala nivån. Samtidigt kvarstår ett behov av insatser för att säkerställa att statliga myndigheters kunskapsstöd samordnas och svarar bättre mot behoven i kommuner och regioner. Bristande samordning mellan myndigheter kan också bidra till en spretig styrning och det förekommer fortfarande överlappningar och dubbelarbete mellan myndigheterna.[116]

I mars 2024 presenterade regeringen och SKR en ny överenskommelse om kunskapsstyrningen. I den beskrivs att det stora antalet aktörer inom kunskapsstyrningen har medfört utmaningar gällande roller och ansvarsavgränsningar samt hur samarbetet mellan aktörerna ska se ut. Vidare konstateras att det resulterat i ett stort utbud av kunskapsstöd, som inte sällan dubblerar och överlappar, och i vissa fall till och med motsäger varandra. Regeringen och SKR konstaterar att det skapar en otydlighet i hur olika kunskapsstöd förhåller sig till varandra och vilka som bör vara vägledande. Det riskerar även att försvåra för beslutsfattare och professioner inom hälso- och sjukvården att nyttja kunskapsstöden och kan i förlängningen leda till en ojämlik hälso- och sjukvård. I överenskommelsen anges att kunskapsstyrning ska få ett starkare fokus på implementering. Insatser som beskrivs kunna stärka implementeringen är att förbättra tillgängligheten till stöden, underlätta användningen i den kliniska vardagen och att säkerställa att kunskapsstöd som är framtagna av olika aktörer är samstämmiga och sammanhängande, har tydligt identifierade målgrupper samt till-

kunskapsstyrningen, Sveriges Kommuner och Regioner (2022), *Meddelande från styrelsen – Rekommendation till regioner om inriktning för fortsatt utveckling av det nationella systemet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvårdsområdet 2023–2027.*

[115] Socialstyrelsen (2023), *Vård som inte bör göras. Följsamheten till nationella riktlinjer.*

[116] Statskontoret (2023), *Att styra med kunskap – En studie om statlig kunskapsstyrning riktad till kommuner och regioner.*

gängliggörs utifrån målgruppernas behov. Vidare betonas behovet av prioriteringar samt att undvika den vård som inte skapar värde, i enlighet med de förhållningssätt som speglas i Socialstyrelsens icke-göra lista och professionsinitiativet Kloka kliniska val.[117]

Systemövergripande omställning och innovation

I sekretariatets dialoger har det återkommande beskrivits att svårigheterna att uppnå systemövergripande innovation och omställning är en svaghet i det svenska hälso- och sjukvårds-systemet, samtidigt som annan typ av utveckling och innovation utgör styrkor. Två vanliga exempel som framförs är hälso- och sjukvårdens digitalisering och omställningen till en god och nära vård. Båda dessa områden har tagits upp som exempel på trögheter och svårigheter att realisera utveckling som kräver ett sammanhållet nationellt agerande. Andra har samtidigt lyft att det finns en orealistisk bild av hur snabbt det går att ställa om och att de uppföljningar som genomförts inte synliggör den pågående utvecklingen.

Exemplet digital utveckling och innovation

Att dra nytta av digitaliseringens möjligheter framhålls ofta som en av flera viktiga åtgärder för att möta den framtida resursproblematiken i hälso- och sjukvården. Det finns möjligheter för ökad produktivitet och bättre användning av medarbetares kompetens genom digitala lösningar. Användning av specialiserade algoritmer för repetitiva uppgifter kan till exempel frigöra tid för vårdpersonal som då kan använda sin tid för andra uppgifter. Digital teknik kan möjliggöra en mer personcentrerad och individualiserad vård, till exempel genom nya former för vård-kontakter, uppföljning och virtuell rådgivning som kan anpassas till individers behov och preferenser.[118]

Det pågår ett omfattande utvecklingsarbete med fokus på digitalisering i såväl hälso- och sjukvårdens verksamheter som på regional och nationell nivå.[119] Regionerna investerar varje år stora belopp

[117] Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Gemensam inriktning för en sammanhållen och ändamålsenlig kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården*.
[118] Anell, A. (2020), *Vården är värd en bättre styrning*. SNS Forskningsrapport 2020.
[119] Se till exempel Sveriges Kommuner och Regioner (2021), *Digitala möjligheter som stöd i den nära vården*.

i gemensam infrastruktur och digitala tjänster, både på egen hand och via Inera AB. Trots förhoppningarna och många projekt, utvecklingsinitiativ och satsningar samt en generellt hög innovationskapacitet har utvecklingstakten när det gäller hälso- och sjukvårdens digitalisering i praktisk verksamhet inte motsvarat förväntningarna. Detta har beskrivits som ett glapp mellan visioner och praxis - det finns öar av goda exempel där digital teknik och specialiserade algoritmer används, men hälso- och sjukvården har inte fullt ut anammat de nya möjligheter som finns.[120] Det finns fortfarande stora utmaningar med de vardagsnära IT-systemen, som ofta är gamla och fragmentiserade. Det som efterfrågas av personal är användarvänliga verksamhetssystem som är enkla att logga in i och fungerar. Det ska vara enkelt att se relevant information och systemen ska kunna kommunicera med varandra. Trots att tekniska möjligheter finns har det varit en stor utmaning att i praktiken säkerställa sådana användarvänliga system.[121]

När det gäller möjligheter till digitala vårdkontakter har utvecklingen gått snabbare. Utöver privata digitala vårdgivare erbjuder nu också flera regioner och offentliga vårdcentraler till exempel videobesök som alternativ till fysiska vårdkontakter. Användningen av AI i hälso- och sjukvården är ett område som vuxit snabbt och som väntas bli en alltmer självklar del av vården framåt. AI finns redan och växer fram ytterligare inom ett antal delar av vården, till exempel i form av besluts- och bedömningsstöd, diagnostik, riskanalys, prevention och logistik.

Ett problem har varit att digitaliseringen ofta skett i stuprör. Kommuner, regioner, statliga myndigheter och privata utförare har under många år byggt och infört egna IT-system och lösningar som inte alltid är kompatibla med varandra. Detta har försvårat samarbetet mellan olika offentliga aktörer, men också kontakten med invånare och företag. Den bristande samordningen har beskrivits som ett hinder för att uppnå digitaliseringens fulla potential.[122]

[120] Anell, A. (2020), *Vården är värd en bättre styrning*. SNS Forskningsrapport 2020.
[121] Anell, A. (2020), *Vården är värd en bättre styrning*. SNS Forskningsrapport 2020.
[122] Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Regioner (2020), *En avsiktsförklaring mellan staten och Sveriges kommuner och regioner om utveckling av välfärdens digitala infrastruktur*.

Behov av nationell samordning samt nationella standarder och strukturer beskrivs ofta som ett utvecklingsbehov.[123]

Utvecklingen går mot att staten tar ett tydligare ansvar för att främja digital utveckling och innovation på nationell nivå. Detta uttrycks till exempel genom flera statliga utredningar inom hälsodataområdet, den nationella läkemedelslistan samt regerings-uppdragen om nationell digital infrastruktur och interoperabilitet. Utredningarna arbetar med frågor om interoperabilitet, lagstiftning och regelverk för primär- och sekundäranvändning av hälsodata och nationell digital infrastruktur för hälsodata och standarder samt specifikationer.

Exemplet omställningen till en god och nära vård

I sekretariatets dialoger har det vid flera tillfällen påpekats att omställningen till en nära vård är avgörande för att uppnå mål om ökad personcentrering, tillgänglighet och jämlikhet i hälso- och sjukvården. Omställningen har pågått sedan 2018, då regeringen tog initiativ för att ställa om vården med fokus på att primärvården ska bli det tydliga navet och första linjen i vården. Omställningen ska leda till att patienterna får en god, nära och samordnad vård, att patienterna är delaktiga utifrån sina förutsättningar och att hälso- och sjukvårdens resurser ska användas mer effektivt. Under åren 2019–2024 har regeringen betalat ut cirka 31,5 miljarder kronor för ändamålet till regioner, kommuner och SKR.[124]

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i utvärderingar av omställningen konstaterat att mycket av arbetet inom omställningen fram till och med den senaste delrapporten har bedrivits på strategisk nivå utan synliga effekter i verksamheterna. En av slutsatserna som dragits i utvärderingen är att verksamheterna inte har fått bättre förutsättningar för att nå omställningens mål eller uppfylla väsentliga delar i primärvårdens grunduppdrag. Myndigheten har sett en bred uppslutning kring omställningens syfte och mål bland dem som arbetar i verksamheterna och konstaterat att mycket

[123] Se till exempel Sveriges Kommuner och Regioner (2021), *Digitala möjligheter som stöd i den nära vården* och Dir. 2023:177, *Samordnare för en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården.*
[124] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2025), *Omtag för omställning – Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: slutrapport*.

arbete pågår med att genomföra omställningen i regioner och kommuner, både på strategisk nivå och i projektform.[125]

Den sammantagna bilden från utvärderingen är dock att det finns ett stort gap mellan vad verksamhetsföreträdare och yrkesverksamma lyfter fram som viktigt och de insatser som hittills varit i fokus för regionernas och kommunernas genomförande av reformen. Myndighetens uppföljning har också visat att primärvårdens ekonomiska resurser endast har ökat marginellt. I en majoritet av regionerna har resursandelen stått stilla eller till och med minskat. I regionernas handlingsplaner för omställningen är det också otydligt om regionerna avser att förstärka primärvårdens resurser framöver, och i så fall hur.[126]

Flera utvecklingsbehov har också beskrivits i det kvalitativa utredningsunderlaget

Utvecklingsbehov gällande forskning, utveckling, omställning och innovation har beskrivits i såväl de svar som inkommit i den öppna konsultationen som i de olika möten och workshops som genomförts i utredningsarbetet. I svaren som inkom i den öppna konsultationen beskrevs till exempel behov av att förtydliga forskningsansvaret i hälso- och sjukvården, att dimensionera systemet så att det i högre grad än i dag rymmer både vård-produktion och forskning och att skapa bättre förutsättningar för att kunna bedriva klinisk forskning parallellt med kliniskt arbete inom hälso- och sjukvården. Andra behov på samma tema var att det behövs stärkta incitament för att utbilda sig till klinisk forskare, tydligare och bättre karriärvägar och en tydlig struktur i grund-utbildningen som motiverar och väcker nyfikenhet hos studenter till att bidra i klinisk forskningsaktivitet. Mer kontrakterad och formaliserad forskningstid, bättre möjligheter till nationella och internationella samarbeten och fler kombinerade tjänster genom samverkan mellan sjukvård och universitet, näringslivet och civilsamhället beskrevs också.

Bland svaren finns också beskrivningar av utvecklingsbehov gällande patienters möjligheter till medverkan i klinisk forskning,

[125] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023), *Ordnat för omställning? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport.*
[126] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023), *Ordnat för omställning? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport.*

exempelvis genom kliniska läkemedelsprövningar. Antalet kliniska prövningar beskrevs också behöva öka i Sverige. Vidare beskrevs behov av en stärkt förmåga och möjlighet till samverkan mellan olika typer av aktörer samt bättre förutsättningar för internationella investeringar inom svensk life science och ett behov av att hitta nya lösningar för klinisk forskning på särläkemedel. Behov beskrevs också av en infrastruktur för patient- och närståendesamverkan för att en bättre forskning och vård ska kunna utvecklas.

Bland inspelen förekommer också beskrivningar av behov av ökad nationell samordning och nationell styrning med fokus på forskning, utveckling och innovation. Några exempel är att hälso- och sjukvårdens forsknings- och utvecklingsuppdrag behöver tydliggöras och resurssättas på nationell nivå för att den kliniska forskningen inte ska behöva stå tillbaka för vårdproduktion. Forskningen och utvecklingen inom genterapier och precisions-läkemedel beskrivs kräva ett sammanhållet politiskt agerande som binder samman nationella ambitioner med implementering i den i dag regionala hälso- och sjukvården. Bland inspelen fanns också beskrivningar av att sjukvården kan vinna snabbhet, resurser och framför allt ökad vårdkvalitet genom en nationellt styrd introduktion av nya behandlingar, läkemedel, och ny teknik och samordning rörande hälsodata/vårddata.

Andra problem och utvecklingsbehov som framkommit under utredningsarbetet är till exempel att forskningsuppdraget i dag tolkas på olika sätt på olika kliniker, samtidigt som patienterna finns i hela vården. Detta har beskrivits leda till olika förut-sättningar i olika delar av landet. Ett behov av ökad nationell styrning och samordning har beskrivits i flera av utredningens kontakter, kring vilket det bland annat framförts att det behövs en stärkt statlig styrning och uppföljning med fokus på forskning i hälso- och sjukvården, till exempel genom ett tydligare ansvars-utkrävande när det gäller hur forsknings- och utbildningsuppdraget utförs i vården. En nationell digital infrastruktur och gemensam syn på regelverk för hälsodata har beskrivits kunna bidra till förbättrade förbättringar för forskning och innovation. Det har också lyfts att en ökad nationell samordning och styrning skulle kunna förbättra förutsättningarna för kliniska prövningar, och sannolikt även klinisk forskning generellt.

Ett helt statligt huvudmannaskap

Under utredningsarbetet har det framförts hypoteser om såväl tänkbara fördelar som tänkbara nackdelar med ett statligt huvudmannaskap när det gäller förutsättningarna för forskning, utveckling och innovation. Utifrån det samlade underlaget kan samtidigt inga säkra bedömningar göras om vilka konsekvenser och effekter ett helt statligt huvudmannaskap i praktiken skulle få.

Hypoteser om ett statligt huvudmannaskap

Hypoteser om tänkbara för- och nackdelar samt konsekvenser av ett statligt huvudmannaskap har framförts i den öppna konsultationen och i de möten och workshops som genomförts. I möten och workshops har flera aktörer har betonat vikten av FoU-perspektiv i en analys av för- och nackdelar med ett statligt huvudmannaskap eller andra sätt att förändra hälso- och sjukvårdens ansvarsfördelning. Frågor relaterat till förenade anställningar har beskrivits som särskilt viktiga att ta hänsyn till i det fall att förändringar av ansvarsfördelningen görs.

Tänkbara fördelar med ett samlat ansvar för vård och forskning

I några av de svar som inkom i den öppna konsultationen och i vissa av de möten och workshops som genomförts har det framförts att det kan finnas tänkbara fördelar med att samla ansvaret för vård och forskning hos en och samma huvudman. Det har till exempel förts resonemang om att styrning och prioritering av forskningen gentemot annan verksamhet skulle underlättas om det var en och samma huvudman för både vårdproduktion och forskning, att medicinsk forskning skulle gynnas av en starkare ekonomi och en effektiv styrning av resurser och att hälso- och sjukvårdens forskningsansvar i sin helhet skulle gynnas av ett ökat statligt ansvar mot bakgrund av statens samlade ansvar för forskningspolitiken. Ett samlat ansvar för forskning och vård har också beskrivits kunna ge synergieffekter och leda till mer effektiv styrning av insatser i gränslandet mellan utbildnings-, forskning-, innovation- och hälso- och sjukvårdspolitik.

Huvudmannagränsen mellan universiteten och hälso- och sjukvården har beskrivits leda till problem ur ett forskningsperspektiv och vara en bidragande orsak till att svensk forskning inom vissa områden halkar efter andra länder. En annan tänkbar fördel som framförts med att staten ansvarar för såväl universiteten som vården är att det strategiska arbetet kring forskning och utveckling skulle kunna bedrivas mer effektivt om ansvaret samlades nationellt, bland annat för att utvecklingen inte skulle vara lika beroende av viljan att samarbeta och samverka som i dag.

Andra har i stället påpekat ett statligt ansvar i sig inte skulle ge de önskade effekterna, utan att det som behövs är ett tydligare uppdrag, tydligare mål för forskningen och tydligare uppföljning. Om ett statligt huvudmannaskap kan bidra till att sådana mål införs och också får större genomslag så kan det bidra till bättre förutsättningar för forskning, utveckling och innovation, enligt detta resonemang. Andra har pekat på att ett gemensamt forskningsuppdrag, tydligare regler kring förenade anställningar och ökad nationell samordning och styrning med fokus på utbildningsplatser och utbildningstjänster skulle kunna vara lättare att uppnå med ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården, ofta utifrån en tanke om att nationell enhetlighet samt nationell planering och samordning kan underlättas av ett statligt huvudmannaskap.

Tänkbara nackdelar och tveksamheter om önskade effekter kan nås

I de kvalitativa utredningsmomenten har det också framförts tänkbara nackdelar med ett statligt huvudmannaskap. Flera har pekat på att det är långt ifrån säkert att de effekter man vill åt skulle uppnås med en sådan reform. Några exempel på hypoteser som framförts i den riktningen är att det finns en övertro på vad ett förstatligande skulle kunna åstadkomma och att flera av problemen som beror på organisatoriska gränser och ett delat ansvar troligen skulle kvarstå även om gränserna var mellan två statliga organisationer. Det har därför beskrivits som tveksamt vad som skulle bli bättre av att samla ansvaret för forskning hos staten.

Ytterligare en uppfattning som framförts i sekretariatets möten är att positiva effekter av ett statligt huvudmannaskap är beroende av att staten prioriterar forskningen högre än i dag och att den ökade

nationella styrningen som behövs kommer till. Eftersom det är svårt att veta vad staten har för ambitioner inom detta område har en del aktörer ansett det vara svårt att bedöma om några positiva effekter skulle kunna uppnås. Det har också framförts att det finns en risk att ett statligt huvudmannaskap ytterligare förstärker att produktion av vård prioriteras på bekostnad av forskningen.

Möjliga för- och nackdelar ur ett innovationsperspektiv

När det gäller innovation har det bland annat framförts att ett statligt huvudmannaskap skulle kunna förbättra förutsättningarna för att fånga upp och sprida innovationer och nya arbetssätt. Samtidigt har det lyfts att det ur ett innovationsperspektiv måste beaktas att det pågår samtidiga och bitvis paradoxala utvecklingstrender– vården blir mer digital och därmed gränslös samtidigt som mer kan göras i hemmet, vilket ökar betydelsen av kopplingen till det lokala. Detta har i sin tur beskrivits innebära att innovation och implementering inom vissa områden kan stärkas av centralisering, ett nationellt perspektiv och storskalighet, medan innovation och utveckling inom andra områden behöver vara decentraliserat eftersom det är så tydligt lokalt förankrat.

Ytterligare en hypotes som framförts är att utvecklingen av digital vård skulle kunna underlättas av ett statligt huvudmannaskap, eftersom länsgränser och geografi inte är avgörande för sådan vård och för att det skulle kunna vara mer effektivt med en nationell ingång och samordning för sådan vård för såväl patienter som vårdgivare. Ett annat tema som lyfts i anslutning till innovationsförmågan är betydelsen av att patienters erfarenheter och kunskaper kan ligga till grund för utveckling och innovation i vården.

I anslutning till detta har det förts resonemang om att detta kan utvecklas jämfört med i dag, men att det är svårt att avgöra om staten skulle kunna skapa bättre förutsättningar för sådan innovation än regionerna. Vidare har det framförts att incitament och regelverk som möjliggör och bjuder in till innovation är en viktig förutsättning. Vissa har ansett att staten skulle kunna vara bättre än regionerna på att tydligt efterfråga och följa upp innovation i vården.

Olika bedömningar om konsekvenserna för spridning och implementering av kunskap och teknik

Även när det gäller förutsättningarna för införande och nyttiggörande av ny teknik och kunskap har olika bedömningar gjorts av de aktörer sekretariatet haft kontakt med. Vissa har menat att ett statligt huvudmannaskap skulle vara positivt i förhållande till ny kunskap, teknik och innovation, medan andra har gjort motsatt bedömning. Argument som framförts av de som sett vinster med ett statligt huvudmannaskap ur detta perspektiv är till exempel att nyttiggörande av teknisk utveckling till stor del är beroende av upphandlingsförmågan och kan gynnas av standardisering och möjlighet för datadelning, och att ett starkare nationellt ansvar kan gynna detta.

De som varit mer tveksamma till om ett statligt huvudmannaskap skulle gynna detta har bland annat lyft att det kan finnas vinster med ett nationellt ansvar när det gäller införande av ny teknik, men att effekterna i verksamheter är svårt att uttala sig om. Några har pekat på att nya system och tekniska lösningar som utreds och godkänns en gång för hela landet är mer effektivt än att 21 regioner ska göra samma process. Samtidigt så kan det ur andra perspektiv, inte minst företagsperspektivet, bli svårare än i dag eftersom en nationell marknad blir mer av ett nålsöga än de 21 regionerna. Resonemang har också förts om att de viktigaste faktorerna för införande av ny kunskap och teknik är samarbete, dialog och olika verksamhetsnära faktorer. Det har beskrivits som att det inte enbart är en fråga om styrning och att det talar för att en huvudmannaskapsförändring skulle ha begränsad effekt när det gäller innovation och utveckling i verksamheter.

Vissa har menat att kunskapsstyrningen eventuellt skulle kunna fungera bättre med ett samlat nationellt ansvar för vården, men att det samtidigt inte skulle vara en lösning på de större systemrelaterade problemen. De fördelar som lyfts med ett statligt huvudmannaskap i fråga om kunskapsstyrningen rör framför allt möjligheten att då samla ansvaret för hela kunskapsstyrningen under ett och samma huvudmannaskap, vilket skulle kunna möjliggöra ett mer sammanhållet och samordnat system för kunskapsstyrning.

Vissa specifika för- och nackdelar med ett statligt ansvar för den digitala infrastrukturen

En del aktörer som sekretariatet har träffat har sett tydliga fördelar med ett statligt huvudmannaskap när det gäller hälso- och sjukvårdens digitala infrastruktur. Exempel som har nämnts är att den ökade möjligheten till nationell styrning som ett statligt huvudmannaskap medför skulle medföra en utökad möjlighet till att uppnå en större enhetlighet gällande till exempel vilken information som visas i olika nationella system, vilket ger en ökad jämförbarhet. Ett annat antagande som förekommit är att ett statligt huvudmannaskap skulle ge bättre förutsättningar för att skapa nationella specifikationer och standarder samt att följsamheten till sådana skulle bli bättre.

Det har också lyfts vissa specifika nackdelar med ett statligt huvudmannaskap när det gäller digitalisering och digital infrastruktur. Ett exempel är att det lyfts en risk för en ökad sårbarhet om det blir vanligare att en och samma lösning eller system upphandlas och införs för hela landet.

Risker med centralisering när det gäller innovation

Ett annat återkommande tema i sekretariatets dialoger är risker med ett statligt huvudmannaskap ur ett innovationsperspektiv. I detta sammanhang har det bland annat lyfts att innovationsförmågan skulle kunna minska av ett statligt huvudmannaskap, om det regionala perspektivet skulle försvagas och enhetligheten skulle öka.

Vissa har menat att statens meriter gällande innovation och digitalisering är svaga och att det därför är svårt att se varför staten skulle lyckas bättre än regionerna i detta avseende. Ett annat perspektiv som lyfts är att variationerna mellan olika delar av landet som det decentraliserade ansvaret möjliggör bidrar till innovation och utveckling genom att olika lösningar provas på olika håll. Ett syfte med ett statligt huvudmannaskap har av en del uppfattats vara att minska de variationerna, vilket då skulle hämma innovations- och utvecklingskraften.

Det har också förts resonemang om att avståndet mellan ledningsnivåerna i den nya statliga myndighetsorganisationen och verksam-

heten ”längst ut” i patientmötet kan bli för långt. Eftersom det är där stora delar av innovationsarbetet bedrivs kan det enligt detta resonemang finnas en risk för att staten blir sämre på att främja och fånga upp utvecklingsinitiativ från till exempel personal och patienter. Att organisera hälso- och sjukvården kring att en aktör (staten) ska avgöra vilken väg, lösning eller åtgärd som är rätt i olika frågor har av vissa beskrivits som ett sätt att öka risktagandet när det gäller hälso- och sjukvårdens utveckling.

Lärdomar från andra länder

Ett viktigt underlag när det gäller lärdomar från andra länder har varit rapporten från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys om lärdomar från strukturreformer i Norden.[127] Rapporten berör dock inte frågan om forskning, innovation och utveckling i relation till reformerna, vilket innebär att underlaget är begränsat för slutsatser om effekter av de nordiska reformerna avseende forskning, utveckling och innovation. Nedan redogörs för några avgränsade utblickar till andra system, baserat på tidigare utredningar och det arbete som genomförts inom ramen för arbetet med den här rapporten.

Lärdomar från andra länder gällande förutsättninga för kliniska prövningar

I en utredning genomfördes en internationell utblick för att identifiera lärdomar från andra länder gällande förutsättningar för kliniska prövningar. Med utgångspunkt i lärdomarna från andra länder konstaterade den utredningen att gemensamma framgångs-faktorer var en uttalad ambition, ett nationellt övergripande ansvar och konkreta handlingsplaner, sektorns förmåga att samverka, investeringar i genomförandekapacitet i hälso- och sjukvården och ett uttalat fokus på leveranssäkerhet och att utveckla synergier med den akademiska forskningen.[128]

Den utredningen konstaterade också att hälso- och sjukvårdens organisering och finansiering inte förefaller vara avgörande för att

[127] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Strukturreformer i Norden. Analys av hälso- och sjukvårdsystemen i Norge, Danmark och Finland*, PM 2024:4.
[128] Ds 2023:8, *Förslag på åtgärder för att skapa bättre förutsättningar för kliniska prövningar – för en bättre välfärd och starkare life-science sektor*, s. 19.

genomföra åtgärder för att förbättra förutsättningarna och attrahera och genomföra företagsinitierade kliniska prövningar. Ett statligt helhetsansvar för den specialiserade sjukhusvården, som i Danmark och Norge, bedömdes däremot vara en fördel när det kommer till att på relativt kort tid kunna genomföra åtgärder, få genomslag, kunna följa upp effektivitet och redovisa konkreta resultat. Utredningen noterade samtidigt att Australien hade uppnått goda resultat med en organisation av sjukvården som är mer lik den vi har i Sverige.[129]

Ett centraliserat ansvar medför andra typer av styrning och organisation kring forskning, utveckling och innovation i Storbritannien

Det engelska hälso- och sjukvårdssystemet kan utgöra grund för lärdomar kring ett helt statligt huvudmannaskap, eftersom NHS är ett centraliserat system som omfattar stora delar av hälso- och sjukvården. När det gäller forskning, utveckling och innovation kan det konstateras att styrningen och den organisatoriska strukturen ser annorlunda ut än den svenska till följd av det centraliserade ansvaret för hälso- och sjukvården.

Ett exempel är att det sätts fler och andra typer av nationella mål när det gäller forskning, utveckling och innovation, vilket bland annat uttrycks genom NHS Long term plan, i vilken mål och ambitioner för utvecklingen inom NHS sätts upp. I planen finns till exempel mål om att öka antalet personer som inkluderas i olika typer av hälsoforskning, att bli det första nationella hälso- och sjukvårdssystemet som erbjuder helgenomsekvensering som en del av rutinsjukvården och att öka takten i att implementera innovationer för snabbare patientnytta av nya tekniska och medicinska lösningar.[130] Utvecklingen av strategier sker centralt i NHS och det finns olika nationella organisationer med uppdrag att främja, stödja, finansiera, genomföra och implementera forsknings- utvecklings- och innovationsarbeten så som NHS Innovation Service och Nationella Institute of Health research (NIHR).

[129] Ds 2023:8, *Förslag på åtgärder för att skapa bättre förutsättningar för kliniska prövningar – för en bättre välfärd och starkare life-science sektor*, s. 143.
[130] NHS (2019), *The NHS Long Term Plan*.

Sekretariatet saknar underlag för att bedöma om det centraliserade ansvaret bidrar till bättre utfall och kvalitet vad gäller förutsättningarna för forskning, innovation och utveckling i hälso- och sjukvården. Storbritannien är ett av de ledande länderna i världen när det gäller forskning inom hälsovetenskaperna, men bland de andra världsledande nationerna finns samtidigt också länder med andra typer av hälso- och sjukvårdssystem och även Sverige rankas förhållandevis högt.[131] Lärdomarna från NHS avser i nuläget därför i huvudsak vilka möjliga former för styrning och organisation som ett centraliserat ansvar kan möjliggöra.

Observationer utifrån det samlade underlaget

Det har inte varit möjligt att genomföra fördjupade analyser för att undersöka alla hypoteser som framkommit i utvärderingsarbetet. Men med utgångspunkt i det underlag som inhämtats har ett antal observationer gjorts om hur ett statligt huvudmannaskap skulle kunna påverka förutsättningarna för forskning, utveckling och innovation. Bedömningen har gjorts att observationerna över lag är giltiga för såväl ett helt statligt huvudmannaskap som ett statligt huvudmannaskap för specialiserad hälso- och sjukvård.

För det första kan det konstateras att underlaget inte ger något tydligt stöd för att ett statligt huvudmannaskap skulle förbättra förutsättningarna för verksamhetsnära innovation och utveckling eller implementering av nya lösningar och kunskap. Det har i utredningens dialoger också framförts hypoteser både om att förutsättningarna kan förbättras och försämras genom ett statligt huvudmannaskap.

En andra observation är att det saknas möjlighet att förutsäga om ett statligt huvudmannaskap skulle bidra till ökat utrymme och prioritet för forskning i hälso- och sjukvårdens verksamheter. Ett statligt huvudmannaskap skulle kunna bidra till detta om kompetensförsörjningen stärks och om styrning, finansiering och uppföljning inriktas särskilt på att åstadkomma just detta.

En tredje observation är att såväl ett helt statligt huvudmannaskap som ett statligt huvudmannaskap för specialiserad hälso- och

[131] Se till exempel Nature Index, *2024 Research Leaders: Leading countries/territories*/Health sciences.

sjukvård skulle troligen kunna bidra till bättre förutsättningar för kliniska prövningar. Detta eftersom det samlade nationella ansvaret för forskningen som en huvudmannaskapsreform medför kan underlätta ökad nationell samordning, vilket beskrivits som en viktig faktor för utveckling och framgångsfaktor i andra länder. Samtidigt skulle detta troligen också vara möjligt att uppnå även utan en huvudmannaskaps-reform.

Den fjärde observationen är att ett statligt huvudmannaskap skulle medföra behov av förändrade former för styrning och finansiering samt utveckling av nya strukturer för att hantera frågor om till exempel precisionsmedicin och läkemedelsfrågor i hälso- och sjukvården. I vissa avseenden skulle detta troligen påverka förutsättningarna positivt, men samtidigt kan ökad nationell styrning och samordning också åstadkommas med ett decentraliserat huvudmannaskap. Vilken väg till ökad nationell samordning, finansiering och styrning som är mest effektivt från dagens läge är svårt att avgöra.

När det gäller systemövergripande innovation, reformer och omställning förekommer olika uppfattningar kring om detta skulle underlättas eller försvåras av ett statligt huvudmannaskap. Ett nationellt ansvar kan öka möjligheterna att få genomslag för omställningsambitioner i hela landet och ett statligt huvudmannaskap ger direkt möjlighet att förändra resurs-tilldelningen, men i övrigt skulle regeringen väsentligen ha samma förutsättningar som regionerna att driva omställning och förändring. Det bör samtidigt också beaktas att genomslag i verksamheter kan försvåras av ett ökat avstånd till styrning och ledning, vilket gör den sammantagna effekten svårbedömd.

Många som sekretariatet har haft kontakt med har pekat på ett behov av ett ökat statligt ansvar för att digitaliseringen av hälso- och sjukvården samordnas i en enhetlig struktur. Ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården skulle medföra att staten får hela ansvaret för digitaliseringen inom den hälso- och sjukvård som regionerna i dag ansvarar för, vilket kan innebära bättre förutsättningar för en nationellt samordnad utveckling på systemnivå. Det är samtidigt också troligt att ett ökat statligt ansvar och en ökad nationell samordning kan uppnås även utan att förändra huvudmannaskapet. Som tidigare påpekats går utvecklingen redan i dag mot ett ökat statligt ansvar för att främja digital utveckling och innovation i hälso- och sjukvården, och flera på-

gående initiativ finns. Om regeringen går vidare och genomför förslagen från befintliga utredningar och svar på regeringsuppdrag innebär det förändrade förutsättningar för analys, forskning och utveckling, både i regioner och på nationell nivå. Ett utökat statligt ansvar för frågor relaterat till hälso- och sjukvårdens digitala infrastruktur innebär också förutsättningar för staten att styra tydligare. Det kan innebära bättre förutsättningar för följsamhet till standarder, att specifikationer skapas och efterlevs samt att komponenter och tjänster i en nationell digital infrastruktur i övrigt används för att underlätta utbyte av information och tillgängliggörande av hälsodata nationellt och internationellt.

I fråga om kunskapsstyrningen kan det konstateras att ett helt statligt huvudmannaskap skulle innebära ett samlat statligt ansvar för kunskapsstyrning. Det har däremot inte varit möjligt att utreda hur ett sådant system närmare skulle utformas eller om det skulle bidra till förbättrade förutsättningar för implementering och prioritering av kunskapsstyrningens rekommendationer, i enlighet med de utvecklingsbehov som identifierats. Om ett statligt huvudmannaskap kombineras med nya och mer effektiva lösningar för att stödja implementering och nyttiggörande av innovationer och kunskap kan förutsättningarna för detta stärkas, men i avsaknad av information om ambitioner eller avsikter gällande detta går det inte att förutsäga vilka närmare konsekvenser som skulle uppstå.

En övergripande kommentar till underlaget är att de tänkbara fördelarna med ett statligt huvudmannaskap i högre utsträckning kan relateras till förutsättningarna för forskning och införande av ny teknik och nya medicinska behandlingar medan nackdelarna i högre utsträckning kan relateras till förutsättningarna för verksamhetsnära utveckling och innovation. En annan övergripande observation är att flera underlag pekar på ett behov av ökad nationell samordning och styrning gällande forskning, innovation och utveckling. Om detta bäst uppnås genom ett statligt huvudmannaskap eller andra åtgärder för ökad nationell samordning och styrning är dock svårt att avgöra med någon högre grad av säkerhet.

Ett delvis statligt huvudmannaskap

I anslutning till forskning, utveckling och innovation är det särskilt relevant att överväga eventuella för- och nackdelar med ett statligt huvudmannaskap för de delar av hälso- och sjukvården som har de största kontaktytorna mot forskningen och där den statliga styrningen redan är förhållandevis stark via till exempel ALF-avtalet och arbetsprocessen för Nationell högspecialiserad vård. I denna rapport utgörs detta av scenarierna för ett statligt huvudmannaskap för universitetssjukvården, universitetssjukhusen och den högspecialiserade vården.

Det har i vissa av sekretariatets dialoger framförts att ett statligt huvudmannaskap för universitetssjukvården/universitetssjukhusen eller den nationellt högspecialiserade vården skulle kunna ha vissa särskilda fördelar ur ett forsknings- och innovationsperspektiv, framför allt utifrån att det kan finnas fördelar med att samla ansvaret för vård, utbildning och forskning under en och samma huvudman. En tänkbar fördel med detta skulle till exempel vara att det skulle underlätta samverkan mellan universitet och sjukvård och möjliggöra en utökad nationell styrning, finansiering och samordning. Det har i detta sammanhang framförts att den akademiska friheten även fortsatt måste säkerställas.

Utvärderingen av ALF-avtalet har visat att en gemensam budget kan understödja att behoven av såväl vård, forskning och utbildning beaktas i relation till olika beslut, som till exempel tillsättande av förenade anställningar.[132] Att uppnå en fullständig integrering av till exempel universitetssjukhus och universitet skulle dock sannolikt kräva att universitet och universitetssjukhus slås ihop, vilket är en lösning som skulle kräva en djupare analys än vad som varit möjligt att genomföra i detta arbete. I det fall att ett statligt huvudmannaskap medför att en statlig myndighet ges ansvar för vården så kvarstår de organisatoriska gränserna mellan verksamheterna, med skillnaden att det vid ett statligt huvudmannaskap skulle handla om två statliga verksamheter som ska samverka. Det är inte uppenbart hur förutsättningarna för samverkan mellan universitet och sjukvård skulle förändras på något genomgripande sätt av att båda verksamheterna står under statligt huvudmannaskap.

[132] Socialstyrelsen (2023), *Utvärdering av universitetssjukvård inom ALF-avtalet 2018–2021, Uppföljning av klinisk forskning, läkarutbildning och hälso- och sjukvårdens utveckling – miniminivåer och kvalitetsutveckling.*

Oavsett organisatorisk lösning skulle dessa scenarier vara praktiskt svåra att hantera eftersom det skulle innebära en huvudmannagräns mellan eller till och med inom sjukhusen i en viss region. Begreppet universitetssjukvård syftar i dag på ”den del av hälso- och sjukvården som utformas med särskild hänsyn tagen till forskningens och utbildningens behov”.[133] Ett statligt huvudmannaskap, i meningen statligt tillhandahållaransvar, har i vissa dialoger beskrivits som närmast omöjligt att genomföra eftersom vården bedrivs integrerat med annan vård och i flera delar av hälso- och sjukvårdssystemet. Även i tidigare utredningar har det påpekats att en sådan ordning skulle medföra svårhanterliga gränssnitt mellan huvudmän och leda till en organisatorisk förvirring som inte skulle gynna hälso- och sjukvården.[134]

Sammanfattningsvis har det under utredningsarbetet framförts till sekretariatet att det ur ett forsknings- och utvecklingsperspektiv finns flera angelägna utvecklingsbehov när det gäller universitetssjukvården, universitetssjukhusen och högspecialiserad vård samt att det kan finnas skäl att stärka den nationella samordningen och styrningen av dessa verksamheter. Det har hittills däremot inte framkommit några tydliga argument för att ett delvis statligt huvudmannaskap för enbart universitetssjukvården, universitetssjukhusen eller nationell högspecialiserad vård skulle vara den åtgärd som bäst svarar mot utvecklingsbehoven.

När det gäller scenarierna för ett delvist statligt huvudmannaskap för primärvården, luftburen hälso- och sjukvård, screening och vaccinationer samt rättspsykiatri har inga särskilda bedömningar gjorts av hur ett statligt huvudmannaskap skulle påverka förutsättningarna för forskning, utveckling och innovation. De förändrade förutsättningar som beskrivits vad det gäller ett helt statligt huvudmannaskap och ett statligt huvudmannaskap för specialiserad hälso- och sjukvård/universitetssjukvård kan till viss del antas vara gällande även för dessa scenarier, även om den konkreta innebörden kan variera något.

[133] Socialstyrelsen (2024), *Definition av universitetssjukvård, Underlag beslutat av den nationella styrgruppen för ALF.*
[134] Ds 2003:56 *Högspecialiserad sjukvård – Kartläggning och förslag.*

7.4 En personcentrerad hälso- och sjukvård

Vårdansvarskommittén ska enligt sitt utredningsdirektiv analysera ansvarsfördelningen i hälso- och sjukvården och lämna förslag som säkerställer ett mer effektivt hälso- och sjukvårdssystem som utgår från patienter och tar hänsyn till medarbetares behov. I detta avsnitt behandlas frågan om konsekvenser för patienterna av en huvudmannaskapsförändring när det gäller förutsättningarna för att erbjudas en personcentrerad hälso- och sjukvård.

Inom hälso- och sjukvården är frivillighet liksom respekt för patientens människovärde och integritet viktiga ledord. Detta följer sedan decennier av såväl dokument om mänskliga fri- och rättigheter som av medicinetiska principer. Sedan patientlagens ikraftträdande 2015 finns lagstadgade krav på samtycke, information och delaktighet. I praktiken pågår utveckling mot en ökad så kallad personcentrering[135] i vården där patienter och närstående ses som kunskapsbärande medskapare till, snarare än passiva mottagare av, vård. Detta innebär bland annat att patienters och närståendes behov, resurser och förutsättningar används som utgångspunkter för att forma vårdprocesser och för att utveckla hälso- och sjukvården på organisations- och systemnivå.[136]

Personcentrering kan vara ett mål för hälso- och sjukvården att arbeta mot, men också ett medel för att uppnå en jämlik, kvalitativ och kostnadseffektiv hälso- och sjukvård. Begreppet personcentrering har över tid också kommit att betraktas som en viktig dimension i uppföljning och utveckling av hälso- och sjukvården.[137] Det förekommer ofta som ett mål för olika utvecklingsarbeten, till exempel i relation till omställningen till en mer nära vård.[138]

Personcentrering som begrepp förekommer inte i hälso- och sjukvårdslagstiftningen, men det finns skrivningar som pekar i den riktningen. Enligt 5 kap. 1 § HSL innebär en god vård bland annat

[135] Enligt det nationella tvärvetenskapliga forskningscentrumet GPCC (Centrum för personcentrerad vård) bygger personcentrerad vård på ett partnerskap mellan patienter och de som arbetar inom hälso- och sjukvården. Utgångspunkten är att vårdpersonalen lyssnar på patientens berättelse. I berättelsen identifieras personens förutsättningar, resurser och hinder, som tillsammans med övriga undersökningar används till att tillsammans skriva en hälsoplan. GPCC (2024), *Centrum för personcentrerad vård.*
[136] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018), *Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård.* Rapport 2018:8.
[137] Se till exempel Vård- och omsorgsanalys (2022), *Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården.* PM 2022:3.
[138] Socialstyrelsen (2023), *Uppföljningen av omställningen till en mer nära vård 2022.* Sveriges Kommuner och Regioner (2023). *Personcentrerat förhållningssätt*.

att respektera patientens självbestämmande och integritet samt att främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Studier har visat att en personcentrerad hälso- och sjukvård där patienter är involverade i sin egen vård oftare leder till att de följer behandlingsråd, vilket bidrar till bättre medicinska resultat och nöjdare patienter. Personcentrerad vård kan också öka jämlikheten i vården när hänsyn tas till individens förutsättningar.

Personcentrad vård som medel har möjlighet att genom ökad patientdelaktighet och stärkt hälsokompetens i befolkningen, leda till minskad sjukdomsförekomst och vårdefterfrågan och därmed verka kostnadsbesparande via effektivare sökbeteenden i befolkningen. Evidensen om personcentrering som kostnads-besparande effektivisering är dock relativt svag. Personcentrering är ett förhållningssätt och arbetssätt som sannolikt leder till ambitionshöjningar i verksamheterna genom ökad tjänstekvalitet för patienter och brukare, vilket då också kan vara kostnads-drivande.[139]

Nuvarande ordning

Flera kända utvecklingsbehov finns också i svensk hälso- och sjukvård i fråga om kvalitetsdimensioner som kan anses kopplade till frågan om en personcentrerad hälso- och sjukvård. För att tillvarata patienters och närståendes erfarenheter involveras patient- och anhörigrepresentanter på flera nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet i dag. Det handlar både om involvering i den egna vård-processen och i utvecklingen, ledningen och styrningen av hälso- och sjukvården.[140]

De medskick som sekretariatet har tagit del av inom ramen för den öppna konsultationen lyfter att regionerna på flera håll har fungerande samverkansstrukturer med patientföreningar. En studie från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys visar samtidigt att regionerna i dag har olika rutiner för patientmedverkan i sin ledning och

[139] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Redo för framtiden? Analys av hur det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen kan utvecklas till år 2040*. Rapport 2024:1.
[140] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *En för alla. Erfarenheter av patientmedverkan i styrning och ledning av hälso- och sjukvården.* PM 2024:1.

styrning av hälso- och sjukvården, vilket resulterat i ett fragmenterat system.[141]

En del av personcentrerad vård handlar om att patienten är en människa med förmågor och resurser som är viktiga för en framgångsrik behandling. Med detta perspektiv ses patienter som medskapare av vård och hälsa med en erfarenhetsbaserad kunskap om hur det är att leva med en viss sjukdom eller ett visst tillstånd.[142]

Utmaningar och utvecklingsbehov

Det finns ett flertal brister gällande patienters upplevelser av hälso- och sjukvården. De intervjuer som sekretariatet har genomfört och de medskick som sekretariatet har tagit del av inom ramen för den öppna konsultationen visar att vården är svårnavigerad för patienter och att samordningen mellan vårdaktörer brister samt att vårdkedjorna behöver bli tydligare och mer anpassade till patienters förutsättningar.

En internationell enkätundersökning visar också att Sveriges befolkning har sämre erfarenheter av vården än befolkningen i nio andra länder[143] bland annat när det handlar om ifall vårdpersonalen känner till ens sjukdomshistoria, ägnar en tillräckligt med tid och involverar en i beslut. Det är också färre patienter med kroniska sjukdomar i Sverige som svarar att de har diskuterat mål med behandlingen för sin sjukdom och olika behandlingsalternativ samt fått en plan för egenvård. Ytterligare en observation är att Sverige får sämst resultat bland länderna gällande upplevelsen av att bli orättvist behandlad och att inte bli tagen på allvar inom hälso- och sjukvården.[144] Uppföljningar visar också att det finns flera brister i patientlagens genomslag och få tecken på förbättringar i lagens efterlevnad över tid. Det finns brister i vårdens tillgänglighet, delaktighet, kontinuitet och samordning.[145]

[141] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *En för alla. Erfarenheter av patientmedverkan i styrning och ledning av hälso- och sjukvården.* PM 2024:1.
[142] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018), *Från mottagare till medskapare Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård.* Rapport 2018:8.
[143] De nio länder som deltog i undersökningen var Australien, Frankrike, Kanada, Nederländerna, Nya Zeeland, Schweiz, Storbritannien, Sverige, Tyskland och USA.
[144] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Vården ur befolkningens perspektiv. International Health Policy Survey (IHP) 2023.* PM 2024:3.
[145] Se bland annat Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *En lag som kräver omtag. Uppföljning av patientlagens genomslag med en fördjupning om valfrihet.* Rapport 2021:10.

Konsekvenser för patienter och invånare

De patientorganisationer som sekretariatet varit i kontakt med menar att bristen på samordning i hälso- och sjukvården leder till ett stort samordningsansvar för den enskilde och dess närstående. Brist på möjligheter för data och information att följa med patienten och ett fragmenterat vårdsystem beskrivs äventyra patientsäkerheten och riskerar att påverka vårdens effektivitet.

Bostadsorten beskrivs i dag ha stor betydelse för vilken vård den enskilde erbjuds, både gällande vilka typer av insatser man har tillgång till och innehållet i insatserna. Skillnader i vården beskrivs leda till att personer med vissa diagnoser blir begränsade i sina livsval och sin mobilitet, eftersom vårdutbudet påverkar var man kan bo och en flytt kan innebära att tillgången till behandling och hjälpmedel påverkas.

Ett helt statligt huvudmannaskap

Om ett helt statligt huvudmannaskap ska leda till kvalitetsförbättringar kopplade till personcentrering behöver flera förutsättningar för en personcentrerad vård stärkas. Positiva utfall när det gäller hälso- och sjukvårdens personcentrering kan till exempel nås om hälso- och sjukvården blir lättare att navigera i för patienter och anhöriga, om den relationella kontinuiteten i primär-vården stärks, om informationsöverföringen och samverkan mellan vårdgivare och huvudmän förbättras eller om det skapas bättre förutsättningar än i dag att utveckla och förbättra hälso- och sjukvårdens verksamheter med utgångspunkt i patienternas kunskap och erfarenheter. Det samlade utredningsunderlaget visar dock på få mekanismer i en centralisering som i sig bidrar till sådana utfall. Att nå sådana mål genom en huvudmannaskapsreform förutsätter i stället ett långsiktigt utvecklingsarbete från den nya plattform som reformen innebär.

Faktorer som bidrar till en personcentrerad hälso- och sjukvård

Bristen på fast läkarkontakt i primärvården kan, enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, vara en förklarande faktor till att Sveriges befolkning upplever en lägre grad av personcentrering i

hälso- och sjukvården jämfört med befolkningen i flera andra länder. Personer med en fast läkarkontakt på sin vårdcentral har bättre upplevelser av kontinuitet, delaktighet och samordning. Även primärvårdsläkare som har en personlig lista med invånare som de är fast vårdkontakt för anser oftare att den vårdcentral de arbetar på är väl förberedd på att erbjuda vård till patienter med kroniska sjukdomar och med psykisk ohälsa.

Det finns också ett samband mellan att man som patient upplever att vårdpersonalen inte ägnat en tillräckligt med tid under vårdbesöket och att svara att ens hälsoproblem inte tagits på allvar. Det framstår därmed som viktigt att ge primärvårdsläkare goda förutsättningar att arbeta med relationell kontinuitet för att skapa och upprätthålla en personcentrerad hälso- och sjukvård.[146] Att ha en fast läkarkontakt har lyfts som viktigt även av de patientorganisationer som deltagit i kommitténs empiriinsamling.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys menar att det är av vikt att patienter, brukare och närstående involveras på alla nivåer i hälso- och sjukvårdsystemet, även inom styrning och ledning, för att skapa en mer personcentrerad hälso- och sjukvård. Myndigheten anser att patient-, brukar- och närståendemedverkan behöver samordnas nationellt i högre grad än i dag. En statlig strategi för patientmedverkan skulle öka samordningen i regionernas arbete och ge patientföreträdarna mer jämlika förutsättningar för att bidra i styrning och ledning.[147] Patient-organisationerna som på olika sätt deltagit i kommitténs data-insamling har också poängterat att ett mer enhetligt arbete med, och involvering av, patientorganisationer eventuellt kan ske lättare vid ett helstatligt huvudmannaskap eller med en starkare statlig styrning.

En annan faktor som kan hindra utvecklingen av personcentreringen i hälso- och sjukvården är bristande samverkan och samordning. Samverkan och informationsöverföring mellan vård-nivåer, verksamheter och huvudmän är ett dokumenterat förbättringsområde.[148] Att samordningen och samverkan brister i dag har patientorganisationerna i kommitténs datainsamling gett flera exempel på.

[146] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Vården ur befolkningens perspektiv*, International Health Policy Survey (IHP) 2023, PM 2024:3.
[147] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *En för alla. Erfarenheter av patientmedverkan i styrning och ledning av hälso- och sjukvården*, PM 2024:1.
[148] Se bland annat Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016), *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*, PM 2016:1.

Observationer utifrån det samlade underlaget

En faktor för att stärka personcentreringen är patient- och anhöriginvolvering, både i den egna vårdprocessen och i styrningen och ledningen av hälso- och sjukvården för att tillvarata patienters och anhörigas erfarenheter. Hur förutsättningarna för den organiserade samverkan med patientorganisationer skulle påverkas har behandlats i tidigare kapitel. När det gäller möjligheterna att i övrigt åstadkomma bättre förutsättningar för en personcentrerad hälso- och sjukvård genom ett statligt huvudmannaskap har följande observationer gjorts utifrån det samlade underlaget:

- En huvudmannaskapsreform träffar i huvudsak hälso- och sjukvårdens strukturer och förutsättningar. Förutsättningarna för den enskildes möte med vården påverkas därför inte mer än indirekt.
- Utfallet av en huvudmannaskapsreform avseende förutsättningarna för en personcentrerad hälso- och sjukvård är beroende bland annat av de resultat som kan nås i fråga om kompetensförsörjningen, samverkan och samordning med kommuner och mellan aktörer inom det statliga systemet samt möjligheterna för informationsöverföring mellan olika vårdgivare och huvudmän.

Ett statligt huvudmannaskap skulle sannolikt inte direkt påverka utformandet av ett enskilt vårdmöte men kan skapa förutsättningar för att hälso- och sjukvårdsprofessionerna ska kunna arbeta mer personcentrerat givet att staten som huvudman gör vissa prioriteringar. Att stärka den relationella kontinuiteten i primär-vården är en viktig åtgärd för att möjliggöra en mer person-centrerad hälso- och sjukvård. En fast läkarkontakt har bland annat visat sig öka patienternas upplevelse av delaktighet i sin egen vård och det är en faktor som lyfts som viktig av olika patientföreningar.

Primärvårdsläkare är över lag en pressad yrkesgrupp och primärvården har generellt inte fått det stöd som krävs för att ställa om till en god och nära vård. För att lösa arbetsmiljöproblemen behöver staten lyckas med de horisontella prioriteringarna och kunskapsstyrningen för att underlätta primärvårdsläkarnas uppdrag, och kompetensförsörjningen behöver bli bättre. Detta sker inte automatiskt

med ett byte av huvudmannaskapet. Däremot finns det andra förutsättningar för en enhetlig kompetensförsörjnings- och utbildningsplan över landet. Med ett statligt huvudmannaskap skulle resurser också kunna fördelas över landet på ett annat sätt jämfört med i dag och hälso- och sjukvården skulle kunna nivåstruktureras på ett sätt som stärker primärvården.

Ett delvis statligt huvudmannaskap

Vårdansvarskommittén ska enligt direktivet pröva ett helt statligt huvudmannaskap och ett delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. De delstatliga scenarierna som beskrivs i denna rapport handlar om primärvård, fyra varianter av specialiserad hälso- och sjukvård, luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuk-transporter, vaccinationer och screening samt rättspsykiatrisk vård.

Tidigare studier och information som patientorganisationer har förmedlat under utredningsarbetet har visat att graden av personcentrering varierar. Det finns variationer i hur regionerna arbetar med patientinvolvering i ledningen och styrningen av hälso- och sjukvården, hur olika verksamheter arbetar med patientinvolvering och det kan även skilja sig i själva vårdmötet. Sekretariatet har inte haft möjlighet att inom ramen för denna utredning specifikt kartlägga hur personcentrerad hälso- och sjukvården är för scenarierna som utgör delvis statligt huvudmannaskap. Det är därför svårt att dra några säkra slutsatser om ett delvis statligt huvudmannaskap skulle påverka personcentreringen till det bättre eller sämre.

Under utredningsarbetet har det, inte minst från den öppna konsultationen och i workshops, lyfts fram risker med att införa ytterligare en huvudman, vilket alla delstatliga scenarier innebär. Det som identifieras är möjliga risker för försvårad samverkan och ett vårdsystem som blir mer komplext för såväl patienter som medarbetare. Det behöver också genomföras konsekvensanalyser av hur övergången till, och samverkan med, den regionala hälso- och sjukvården ska se ut i de fall där staten skulle ta över huvudmannaskapet.

Sammantaget kan det finnas risker med ett delvis statligt huvudmannaskap när det gäller förutsättningarna för en personcentrerad vård. En särskild risk att beakta är att informationsöverföring och samverkan kring den enskilde riskerar att försämras med ytterligare

en huvudman. Detta riskerar dessutom att få störst konsekvenser för patienter med behov av många vårdkontakter.

7.5 Demokrati och legitimitet

Vårdansvarskommittén ska enligt utredningsdirektivet analysera hur en huvudmannaskapsförändring skulle påverka möjligheterna till ansvarsutkrävande, demokratiskt inflytande och kontroll. Professor Bo Rothstein har på uppdrag av kommittén skrivit en underlagsrapport med huvudfokus på vilka konsekvenser ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården kan få för medborgarnas inflytande och demokratiska ansvarsutkrävande och för legitimiteten i hälso- och sjukvårdssystemet. Detta avsnitt består av utdrag från Rothsteins underlagsrapport, om inte annan källa uppges.[149]

Nuvarande ordning

Den regionala demokratin i Sverige är ett relativt outforskat område. Det saknas bland annat studier om hur de politiska partierna fungerar på den regionala nivån, till exempel hur nomineringsprocesserna går till och i vilken utsträckning partierna producerar särskilda program för den regionala politiken. Det saknas också studier av hur partiernas agerande på den regionala nivån liknar eller skiljer sig från hur de agerar på den primärkommunala respektive den nationella nivån. Det finns heller ingen stats-vetenskaplig forskning om hur SKR, som är en betydelsefull aktör, fungerar i den svenska demokratin.[150] Forskningen om demokrati-effekter av förändrat huvudmannaskap för mera omfattande offentliga politikområden är också den mycket knapphändig.

När det gäller kvaliteten på den nationella demokratin brukar Sverige falla ut väl i internationella jämförelser. Beroende på jämförelsepunkt får man dock olika utfall. Tar man exempel principen

[149] Rothstein, B. (2024), *En förstatligad hälso- och sjukvård? Konsekvenser avseende demokrati, legitimitet och ansvarsutkrävande*. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén.
[150] Det finns dock rättsvetenskapliga analyser, se bland annat Marcusson, L. (2021), *Staten och SKR – styrning och samarbete. En rättslig analys.* Förvaltningsrättslig tidskrift nr. 4 2021, s. 687–708 och SOU 2024:43 *Staten och kommunsektorn – samverkan, självstyrelse och styrning*, betänkande av utredningen om statens samverkan med kommunsektorn.

att demokrati ska innebära att alla medborgare har lika möjligheter att påverka de politiska besluten ligger varje nu existerande demokrati långt borta från idealet.

Det finns ett tämligen stort avstånd mellan den ideala visionen av den regionala demokratin som bygger på idén om ”folkviljans förverkligande” och den bild som tillgängliga undersökningar ger av hur demokratin fungerar. Valen till regionfullmäktige kommer ofta i skuggan av valen till riksdag och kommunfullmäktige, väljarnas kunskaper om de politiska alternativen, partiernas ståndpunkter och kandidaterna är tämligen skral och den mediala bevakningen av regionvalen är med något undantag ringa. Med tanke på den stora vikt som väljarna lägger vid sjukvården är det något överraskande att det politiska intresset för regionvalen är så lågt. Det faktum att allt fler väljare röstar annorlunda i regionvalet än i de två andra valen kan sannolikt inte förklaras av deras ambition att göra ett välinformerat val. Mycket talar för att den ökande ”röstsplittringen” i stället beror på en generellt svagare parti-identifikation i väljarkåren.

En majoritet av väljarna uppger att de inte har informerat sig om den sjukvårdspolitik det parti som de röstat på i regionvalet står för och likaså är det en majoritet av väljarna som inte vet vilket eller vilka partier som styr deras region. En majoritet av väljarna önskar enligt tillgängliga enkätundersökningar att sjukvården ska förstatligas och man kan också i många fall ifrågasätta hur pass stark den regionala identiteten är hos befolkningen i Sverige. När det gäller förtroendet för den demokratiska styrningen, det vill säga för de politiker som ansvarar för sjukvården, är det folkliga förtroendet inte högt. Hela femtio procent av de som svarat på SOM-institutets enkäter anger att de har lågt förtroende för de ansvariga politikerna inom området.[151]

Ansvarsutkrävande kan ske på fler sätt än att medborgare röstar i demokratiska val. Det kan även ske genom tillsyn och uppföljning av hälso- och sjukvården där ett tydligt exempel är Inspektionen för vård och omsorg. Ett annat exempel på ansvarsutkrävande är den kommunala revisionen. En undersökning visar att politiker och tjänstemän i kommuner och regioner generellt har ett gott förtroende

[151] SOM står för Samhälle, Opinion och Medier och är en oberoende centrumbildning vid Göteborgs universitet.

till revisionen men det minskar över tid och det finns signaler om sviktande kvalitet hos revisorer och sakkunniga.[152]

Konsekvenser för patienter och invånare

Ett fungerande ansvarsutkrävande av hälso- och sjukvårdsfrågor i en representativ partidemokrati som den svenska och med det system som finns i dag kräver att väljarna är någorlunda väl orienterade om vilket eller vilka partier som styr regionen och att de också har information om vad som har åstadkommits av den styrande majoriteten. En nyligen utförd enkätundersökning visar dock att en majoritet av väljarna inte tror att det är regionerna som ansvarar för hälso- och sjukvården, de vet inte vilka partier som styr regionen och de känner inte till något om vilken sjukvårds-politik det parti de röstade på har utlovat att föra.[153]

Sammantaget menar sekretariatet att detta indikerar att det demokratiska ansvarsutkrävandet i hälso- och sjukvårdsfrågor inte fungerar ändamålsenligt. Detta försvårar i sin tur folkviljans förverkligande och patienters, medarbetares och invånares möjlighet att påverka utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Ett helt statligt huvudmannaskap

Ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården skulle kunna stärka möjligheterna till demokratiskt ansvarsutkrävande i hälso- och sjukvårdsfrågor eftersom ansvarsförhållandena skulle bli tydligare för invånarna. Sammantaget finns det dock lite som talar för att ett helt statligt huvudmannaskap skulle vara en fördel ur ett demokratiperspektiv.

Faktorer som kan stärka det demokratiska ansvarsutkrävandet

För väljarna/medborgarna är klarhet om var ansvaret ligger för sjukvården nödvändigt för att ett demokratiskt ansvarsutkrävande ska kunna ske. Vikten av en tydlig och transparent ansvarsfördel-

[152] Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Förtroendet för revisionen. En undersökning om hur den kommunala revisionen upplevs av ledande politiker och chefer i kommuner och regioner.*
[153] Rothstein, B. (2024), *En förstatligad hälso- och sjukvård? Konsekvenser avseende demokrati, legitimitet och ansvarsutkrävande*. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén.

ning är också något som lyfts i utredningens intervjuer och öppna konsultation.

Både den regionala demokratin och systemet med statlig styrning via avtal har brister vad gäller det demokratiska ansvars-utkrävandet. De många olika organ och enheter som verkar på området försvårar ansvarsutkrävandet. Ett problem i vissa regioner förefaller vara att skillnaden mellan majoritetens och oppositionens budgetalternativ är knappt märkbar. När sådant inträffar blir det svårt för väljarna att i efterhand utkräva ansvar av den styrande majoriteten genom att försöka rösta bort dem eftersom det politiska alternativet de facto inte är något alternativ.

Till skillnad från i riksdagen så råder det inte någon ”rak parlamentarism” på regionnivån. I stället gäller principen om permanent samlingsregerande, vilken dock har fått ge vika för vad forskarna på området benämner som en ”kvasi-parlamentarism”. Systemet innebär exempelvis att både majoritetens och oppositionens förtroendevalda finns representerade i regionernas verkställande organ. Den har också gjort att i många regioner är skillnaden mellan den styrande majoritetens och oppositionens politik för området och inte minst deras budgetalternativ svår att uppfatta för väljarna. Därtill kommer att skillnader i budget-alternativen också visat sig vara svår att uppfatta för de förtroendevalda.

Även SKR som kommit att bli en inflytelserik organisation är problematisk ut detta perspektiv på grund av att organisationen styrs av indirekt utsedda politiker och också har ett permanent samlingsstyre. Så är även fallet med de sex sjukvårdsregionerna. Systemet gör det svårt för väljarna att se vilket eller vilka partier som bär ansvar för vilka beslut. Detta skapar ytterligare svårigheter vad gäller möjligheterna till demokratiskt ansvarsutkrävande.[154] Att många olika aktörer är involverade i styrningen av hälso- och sjukvårdssystemet och att det försvårar ansvarsutkrävandet är ett återkommande medskick i de intervjuer som genomförts inom ramen för utredningen och i de svar som skickats in i den öppna konsultationen.

Den regionala identiteten har visat sig vara komplicerad att bygga upp och kombinera med identiteter med annan geografisk skärning. Nästan alla statliga myndigheter som har att bedriva verksamhet i hela landet följer inte heller den regionindelning som

[154] Rothstein, B. (2024), *En förstatligad hälso- och sjukvård? Konsekvenser avseende demokrati, legitimitet och ansvarsutkrävande*. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén.

gäller för den svenska demokratin. Detta kan vara en orsak till att väljarna inte blir lika engagerade i politiken och ansvarsutkrävandet på den regionala nivån. Eftersom sjukvården ligger så högt vad gäller vilka frågor som engagerar väljarna finns det skäl att tro att ett separat val till regionerna skulle öka väljarnas kunskaper om verksamheten och de politiska alternativen.

När man diskuterar hur man kan förbättra en demokratis sätt att fungera, så sätter enbart den kreativa fantasin gränser för hur de faktiska institutionella lösningarna kan utformas eftersom de reella variationsmöjligheterna är synnerligen stora. Den nuvarande formen för regional demokrati i Sverige är inte given.

Analyser från inspektions- och utvärderingsmyndigheter tyder på att det finns betydande möjligheter för att stärka legitimiteten för hälso- och sjukvården alldeles oberoende var huvudmannaskapet för verksamheten är placerat. Eftersom rättssäkerhet har visat sig vara en viktig källa för legitimitet blir en slutsats att staten bör avstå från att anta lagar om för medborgarna viktiga förhållanden som tillgänglighet (till exempel vårdgaranti och fast läkarkontakt) om staten inte är beredd att använda tillräckligt starka styrmedel för att lagarna i fråga också ska realiseras i den konkreta implementeringen. Detta gäller både vid ett eventuellt förstatligande där det skulle vara statliga organ på den lokala eller regionala nivån som har att tillämpa dessa lagar eller om det som nu är regionerna.[155]

Observationer utifrån det samlade underlaget

Utifrån Rothstein (2024) kan man dra slutsatsen att det inte med säkerhet går att säga att ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården skulle föra några demokratiska fördelar med sig. Forskningen om demokratieffekter av förändrat huvudmannaskap för mera omfattande offentliga politikområden är mycket knapphändig. Det finns däremot indikationer på att ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården kan tydliggöra ansvars-fördelningen och skapa förutsättningar för att stärka hälso- och sjukvårdssystemets legitimitet hos medborgarna.

[155] Rothstein, B. (2024), *En förstatligad hälso- och sjukvård? Konsekvenser avseende demokrati, legitimitet och ansvarsutkrävande*. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén.

Ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården skulle kunna stärka möjligheterna till demokratiskt ansvarsutkrävande i hälso- och sjukvårdsfrågor eftersom ansvars-förhållandena skulle bli tydligare. Den regionala demokratin och statens försök att styra hälso- och sjukvården både via lagar och via avtal med SKR har sina brister i dag. Exempel på sådant som bidrar till att det inte är helt tydligt var ansvaret ligger är de många statliga organ och nationella samordnare som finns på hälso- och sjukvårdsområdet och regeringens många specialinsatser via avtal med SKR. Om staten skulle vara huvudman för hälso- och sjukvården skapas förutsättningar för väljarna att hålla regeringen och särskilt statsrådet för hälso- och sjukvårdsområdet ansvarig för verksamheten i riksdagsvalen. Det skulle exempelvis bli tydligare att det är regeringens ansvar att de lagar som riksdagen antagit om sådant som vårdgaranti eller rätt till en fast läkarkontakt genomförs.

Sekretariatet har inte haft möjlighet att undersöka i vilken omfattning som medborgare involveras, eller försöker bli involverade, i hälso- och sjukvårdsfrågor i den regionala politiken i dag och har således ingen jämförelsepunkt att utgå från för att bedöma vilka effekter ett statligt huvudmannaskap skulle få i detta avseende. Med ett statligt huvudmannaskap skulle maktfördelningen antagligen bli ännu mer koncentrerad till tjänstemän i förhållande till politiken eftersom antalet förtroendevalda skulle minska. En stor del av inflytandet över hälso- och sjukvården skulle sannolikt utövas av statliga tjänstemän och de professioner som arbetar inom området. Detta är dock redan förekommande i dagens förvaltningsmodell där politiken på olika nivåer samverkar med olika myndigheter och intresseorganisationer för att arbeta fram politik, få legitimitet för den förda politiken och lyckas med implementeringen av politiska beslut.

I styrelserna för en eller flera statliga myndigheter med tillhandahållaransvar kan man också tänka sig ett inslag av politisk representation, från regioner eller från kommunerna i regionen eller en blandning, som ett sätt att kompensera för detta demokratiska underskott. Man kan också tänka sig att det ingår företrädare från olika professioner i dessa styrelser för att säkra professionsperspektivet i styrningen av vården. Ett patientråd som styrelsen har återkommande dialog med kan också tillskapas för att tydliggöra patienters och anhörigas inflytande på den övergripande

styrningen av vården. Detta bidrar dock antagligen inte till en, för väljarna, tydligare ansvarsfördelning jämfört med i dag.

För att kunna bedöma vilka demokratieffekter som ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården kan få behöver man också fundera på vad som talar för och emot att just hälso- och sjukvårdsfrågor ska beslutas på regional nivå. Är det för att den regionala nivån bäst kan undersöka och omhänderta befolkningens behov? Är det för att det finns synergieffekter mellan att ansvara för hälso- och sjukvårdsfrågor och regional utvecklingspolitik, eller något annat? Vilka typer av hälso- och sjukvårdsfrågor vill medborgarna ha möjlighet att påverka och talar detta för eller emot en viss ansvarsfördelning?

I sekretariatets datainsamling har det inte framkommit några tydliga argument eller belägg för vilken nivå i samhällsorganisationen som bäst lämpar sig för att undersöka och tillgodose befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Sannolikt är det så att behovsanalyser behöver genomföras kontinuerligt både på nationell och lokal nivå och utifrån olika parametrar. Eftersom det förefaller saknas gedigna kunskapsunderlag om hur behovs-analyser görs i dag är det svårt att landa i en tydlig bedömning av hur detta skulle förändras vid ett helstatligt huvudmannaskap. Det framstår dock tydligt att det blir en av de viktigaste sakerna att utreda vidare hur befolkningens behov ska undersökas och tillgodoses vid en huvudmannaskapsförändring.

Det är också svårt att besvara frågan vilken politisk nivå som bäst lämpar sig för hälso- och sjukvårdspolitiken utifrån vilka frågor som är viktiga för väljarna att påverka. Bo Rothsteins rapport visar att till skillnad från andra politikområden är det i hälso- och sjukvårdsfrågor inte lika tydligt vad de politiska besluten ska handla om eller vilka skillnader som finns mellan partiernas ideologier. I hälso- och sjukvårdspolitiken finns i dagsläget relativt få tydliga motsättningar, ett exempel där det finns tydligare ideologiska skiljelinjer är hur stor del av vården som ska utföras av privata eller offentliga utförare. Det finns exempel från tidigare politiska skeenden och studier som visar att väljarna mobiliserar sig kring, och värderar, att få påverka lokaliseringen av exempelvis sjukhus men inte prioriteringsbeslut som rör hur resurser i praktiken ska fördelas mellan sjukdomsgrupper.

Hälso- och sjukvårdsfrågor har blivit viktigare för väljarna över tid, och med tanke på de demografiska förändringarna som sker med bland annat en åldrande befolkning kommer detta politikområde sannolikt även fortsatt vara högt värderat av väljarna och medborgarna. Vilka politiska beslut som inom hälso- och sjukvårdsområdet framstår som viktigast kan fluktuera över tid och påverkas av omvärldsfaktorer som exempelvis teknisk utveckling och utvecklingen i ekonomin i stort. Det är därför svårt att argumentera för och emot vilken politisk nivå som bäst lämpar sig för att ansvara för hälso- och sjukvårdsfrågor. Eftersom frågor om lokalisering av sjukhus och vårdinrättningar verkar viktigt för väljarna att få påverka talar det dock för att en mer lokal beslutsnivå är lämplig eftersom sådana beslut kan få större plats när konkurrensen med andra politikområden inte är lika stor.

Som konstateras tidigare i rapporten finns ett tämligen stort avstånd mellan den ideala visionen av den regionala demokratin som bygger på idén om ”folkviljans förverkligande” och hur den regionala demokratin fungerar i praktiken. Men även med de brister som kan konstateras när det gäller hur den regionala demokratin fungerar i dag är det tveksamt om det finns demokratiska fördelar med att ett så viktigt politikområde för väljarna som hälso- och sjukvården får ett stort tapp av antalet förtroendevalda på lokal nivå. Väljarna skulle vid ett helstatligt huvudmannaskap fortfarande, precis som i dag, kunna kontakta ansvariga politiker på olika sätt och också då kontakta den riksdagsledamot som företräder sin valkrets. Men de förtroende-valda på nationell nivå har ansvar för en större mängd politik-områden än vad de regionala politikerna har vilket i sig kan innebära att ett för väljarna mycket viktigt politikområde kanske får mindre uppmärksamhet och blir svårare att påverka.

Det finns indikationer på att ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården kan skapa förutsättningar för att stärka hälso- och sjukvårdssystemets legitimitet hos medborgarna. Forskning visar att den offentliga förvaltningens och servicens opartiskhet spelar en avgörande roll för skapandet av det demokratiska systemets legitimitet. För ett område som hälso- och sjukvården som i sin verksamhet har synnerligen täta och direkta kontakter med stora delar av väljarkåren är detta naturligtvis centralt. Forskning har visat att det i statlig förvaltning råder en tydligare dualism till skillnad från kommunal och regional förvaltning som över lag är

mer politiserad. Detta kan tala för ett helstatligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Samtidigt beror medborgarnas förtroende och i sin tur legitimiteten för offentliga institutioner mycket på tjänsternas utfall – till exempel upplevd kvalitet i hälso- och sjukvården. För att utfallen i hälso- och sjukvården ska bli bättre krävs alltså att ett statligt huvudmannaskap lyckas åstadkomma detta.

Rothstein (2024)[156] påvisar att analyser från inspektions- och utvärderingsmyndigheter tyder på att det finns betydande möjligheter för att stärka legitimiteten för hälso- och sjukvården alldeles oberoende var huvudmannaskapet för verksamheten är placerat. Eftersom rättssäkerhet har visat sig vara en viktig källa för legitimitet blir en slutsats att staten bör avstå från att anta lagar om för medborgarna viktiga förhållanden som tillgänglighet (till exempel vårdgaranti och fast läkarkontakt) om staten inte är beredd att använda tillräckligt starka styrmedel för att se till att dessa bestämmelser efterföljs.

När man diskuterar hur man kan förbättra en demokratis sätt att fungera, så sätter enbart den kreativa fantasin gränser för hur de faktiska institutionella lösningarna kan utformas eftersom de reella variationsmöjligheterna är synnerligen stora. Detta gäller naturligtvis även om man inte skulle förändra huvudmannaskapet – den nuvarande formen för regional demokrati i Sverige är inte given utan kan utvecklas på flera olika sätt.

Ett delvis statligt huvudmannaskap

Delvis statligt huvudmannaskap innebär att en huvudman till införs i systemet och att vården kommer att ha tre huvudmän; staten, regionerna och kommunerna. Det här skulle ställa ännu högre krav än i dag på medborgarna att vara välinformerade om vårdens organisation och arbetssätt. Som medborgare måste man veta att till exempel vården på universitetssjukhus, primärvården eller den luftburna ambulanssjukvården styrs av riksdagen och att man därför ska rösta om den i riksdagsvalet, medan vården på vårdcentralen eller på det särskilda boendet är ett ansvar för regionen respektive kommunen.

[156] Rothstein, B. (2024), *En förstatligad hälso- och sjukvård? Konsekvenser avseende demokrati, legitimitet och ansvarsutkrävande*. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén.

Redan i dag är kunskapen låg i valmanskåren kring vilken förvaltningspolitisk nivå politiska beslut fattas som rör hälso- och sjukvården. Att då införa ytterligare en huvudman riskerar att göra systemet än mer otydligt och svårt att förstå.

7.6 Beredskap och säkerhet

Ett perspektiv som blivit alltmer aktuellt de senaste åren är utvecklingen av säkerhetsläget i vår omvärld. Det gäller exempelvis Rysslands invasion av Ukraina, kriget mellan Israel och Hamas samt omläggningen av USA:s utrikespolitik, men också den höjda terrorhotnivån och Sveriges NATO-medlemskap. Enligt regeringen har riskerna för svensk säkerhet ökat och hotbilden mot Sverige har blivit bredare och mer komplex.[157] Den här utvecklingen påverkar hälso- och sjukvården på olika sätt och kan kopplas till olika aktörers ansvar både under normala förhållanden och i händelse av kriser och krig.

Enligt Vårdansvarskommitténs direktiv är det viktigt att öka hälso- och sjukvårdens kapacitet utifrån ett beredskapsperspektiv, detta för att öka Sveriges förmåga att klara situationer av kris och höjd beredskap. Redan inledningsvis kan påpekas att det pågår en mängd utvecklingsinsatser för att stärka den svenska beredskapen och säkerheten, inte minst inom hälso- och sjukvårdens område. Detta avsnitt bygger i huvudsak på publicerade myndighetsrapporter och tidigare betänkanden.

Nuvarande ordning

Kommuner och regioner är enligt HSL skyldiga att erbjuda god hälso- och sjukvård till befolkningen. Skyldigheten gäller i alla lägen det vill säga även under svåra förhållanden som vid fredstida kriser och vid krig.

[157] Prop. 2023/24:1, *Budgetpropositionen för 2024*, s. 47.

Dagens ansvarsfördelning

All vård ska ges till patienter inom den tid som är medicinsk motiverad och de kvalitetskrav som gäller för vård ska upprätt-hållas. En statlig utredning har föreslagit en ny bestämmelse i HSL som innebär att hälso- och sjukvården vid fredstida kriser och i krig ska ha kapacitet att utföra sådan vård som inte kan anstå.[158] Denna bestämmelse är ännu inte genomförd. Oavsett hur kommuner och regioner väljer att organisera sig måste de dock se till att de kan planera och leda sina verksamheter på ett sådant sätt att de kan uppfylla gällande författningskrav. Detta gäller såväl vid en långdragen händelse, till exempel en pandemi med många sjuka, som vid en snabbare övergående händelse, till exempel en omfattande tågolycka med många skadade eller ett cyberangrepp.

I krig förväntas Försvarsmakten i första hand ta hand om skadade på stridsfältet men regioner måste stödja Försvarsmakten med till exempel specialiserad vård och rehabilitering.[159] Sverige är indelat i fem militärregioner: nord, mitt, väst, syd och Gotland.[160] Varje region har en stab som har till uppgift att leda insatser vid nationella krissituationer och stöd till samhället. Det kan till exempel vara naturkatastrofer eller sökande efter försvunna personer. Vid nationella krissituationer är det de regionala stabernas ansvar att samordna den militära insatsen med andra myndigheters räddningsarbete. Det kan behövas när hjälpinsatser görs från flera håll samtidigt som vid bränder eller översvämningar. Då fungerar de regionala staberna som kontaktpunkter mellan till exempel Försvarsmakten, Polisen, Sjöfartsverket men också gentemot kommuner och regioner.

Generellt bygger krisberedskapen och det civila försvaret i Sverige på ett antal principer vilka även omfattar aktörer inom hälso- och sjukvården:[161]

- Ansvarsprincipen – innebär att den som har ansvar för en verksamhet i normala situationer också har motsvarande ansvar vid störningar i samhället. Aktörer har ett ansvar att agera även i osäkra lägen. Den utökade ansvarsprincipen innebär att aktörerna ska stödja och samverka med varandra.

[158] SOU 2021:19, *En förstärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården*.
[159] SOU 2022:6, *Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga*.
[160] Försvarsmaktens hemsida *Militärregioner.*
[161] Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps hemsida *Strukturreform av krisberedskap och civilt försvar.*

- Närhetsprincipen – innebär att samhällsstörningar ska hanteras där de inträffar och av de som är närmast berörda och ansvariga.
- Likhetsprincipen – innebär att aktörer inte ska göra större förändringar i organisationen än vad situationen kräver. Verksamheten under samhällsstörningar ska fungera som vid normala förhållanden, så långt det är möjligt.

Till dessa principer kommer också ett geografiskt områdesansvar på tre nivåer: lokalt (kommunerna), regionalt (länsstyrelserna) och nationellt (regeringen). I det geografiska områdesansvaret ingår bland annat att ge olika aktörer möjlighet att samordna sina åtgärder vid en samhällsstörning. Detta är ett viktigt ansvar när det gäller aktörsgemensam hantering.[162]

Kommuner och regioner ska enligt gällande författningar vidta de förberedelser som behövs för verksamheten under höjd beredskap (beredskapsförberedelser). I detta ingår att varje kommun och region ska ha de planer som behövs för verksamheten under höjd beredskap. Dessa planer ska innehålla uppgifter om den verksamhet som är avsedd att bedrivas under höjd beredskap. Av planerna ska också framgå krigsorganisationen, den personal som ska tjänstgöra i denna och vad som i övrigt behövs för att kommunen eller regionen ska kunna höja sin beredskap och bedriva verksamheten under höjd beredskap. Planeringen ska avse såväl beredskaps-höjningar efter hand som omedelbart intagande av högsta beredskap.[163]

I regionerna ansvarar regionstyrelsen under höjd beredskap för ledning av den civila hälso- och sjukvården samt övrig verksamhet inom det civila försvaret som regionen bedriver, till exempel kollektivtrafik. I kommunerna ansvarar kommunstyrelsen under höjd beredskap för ledningen av den del av det civila försvaret som kommunen ska bedriva. Kommuner har vidare ett geografiskt områdesansvar. Vid höjd beredskap ska kommunstyrelsen därför verka för att den verksamhet som bedrivs i kommunen av olika aktörer samordnas och för att samverkan kommer till stånd mellan dem som bedriver verksamheten. Detta regleras i lag (2006:544) om kommu-

[162] Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps hemsida, *Det lokala geografiska områdesansvaret under en samhällsstörning.*
[163] Ds 2023:34, *Kraftsamling. Inriktningen av totalförsvaret och utformningen av det civila försvaret.*

ners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

Vad gäller beredskapen inom regioner och kommuner har en utredning lämnat förslag om kommuners och regioners grundläggande ansvar och huvudsakliga uppgifter inför och under fredstida kriser och höjd beredskap. Utredningen föreslår en ny lagstiftning på området.[164] Den nya lagen föreslås betecknas *lagen om kommuners och regioners grundläggande beredskap inför fredstida krissituationer och höjd beredskap*. Det övergripande syftet ska vara att säkerställa att kommuner och regioner under fredstida krissituationer och höjd beredskap har en ändamålsenlig och likvärdig förmåga att fullgöra sina författningsenliga uppgifter och upprätthålla sina samhällsviktiga verksamheter (grundläggande verksamhetsförmåga). Kommuner och regioner ska därigenom under sådana förhållanden ha en förmåga att värna människors liv och hälsa, upprätthålla grundläggande värden i samhället samt rädda egendom eller miljön.

Utmaningar inom säkerhets- och beredskapsområdet

Enligt Vårdansvarskommitténs direktiv medför det decentraliserade hälso- och sjukvårdssystemet och lärdomar från coronapandemin ett behov av stärkt statligt ansvar och styrning inom kris-beredskapen. I direktivet framhålls att den kommunala själv-styrelsen är ett hinder för regeringen att ta ledarskapet för den nationella krisledningen. Detta medför enligt regeringen en begränsning för statens möjlighet att säkerställa en god beredskap, ett tillräckligt effektivt utnyttjande av resurser och jämlikhet över hela landet. Detta påverkar i sin tur landets sammantagna möjlighet att säkerställa en god krisberedskap.

Coronakommissionen pekade på att den höga graden av decentralisering i den svenska förvaltningsmodellen tillsammans med den kommunala självstyrelsen är något som försvårar den statliga styrningen och därmed även arbetet med att hantera en kris.[165] Att det kommunala självstyret är en utmaning för regeringens möjlighet att styra vid kriser har även Statskontoret konstaterat.[166] Regeringens

[164] SOU 2024:65, *Kommuners och regioners grundläggande beredskap inför kris och krig*.
[165] SOU 2022:10, Volym 2 *Sverige under pandemin Förutsättningar, vägval och utvärdering* s. 288.
[166] Statskontoret (2020), *Förvaltningsmodellen under coronapandemin.*

möjligheter att styra myndigheter och verksamheter är desamma oavsett om det är ett normalläge eller ett krisläge. Men under en kris behöver regeringen fatta beslut snabbare och ibland utifrån knapphändig information. Modellen med organisatoriskt fristående myndigheter och ett förhållandevis litet regeringskansli med små departement innebär att expert-kunskapen i hög grad är placerad i myndigheterna snarare än i Regeringskansliet. Erfarenheterna av kriser i Sverige visar att ansvarsprincipen har sina begränsningar och att en strikt tillämpning till och med kan försämra krishanteringen. Som exempel anför Coronakommissionen att signalerna till omvärlden kan fördröjas från den myndighet som inte förmår lösa krisen på egen hand.[167] Detta torde gälla även regioner och kommuner. Principen riskerar även att få hämmande konsekvenser om aktörerna inte vågar agera utanför det vardagliga samtidigt som en kris ofta ställer andra och ibland högre krav än under normala förhållanden.

Även principen om det geografiska områdesansvaret har visat på utmaningar. Det finns bland annat gränsdragningsproblem avseende regeringens, länsstyrelsernas och kommunernas geografiska områdesansvar, dels mellan respektive nivå, dels i förhållande till andra aktörer enligt kommissionens förmenande. Uppkommen gränsdragningsproblematik handlar exempelvis om gränsen mellan det kommunala verksamhetsansvaret och det geografiska områdesansvaret på lokal och regional nivå. Gränsdragningsproblematiken uppkommer även i frågan om huruvida det åligger kommunerna som lokalt geografiskt områdesansvariga eller länsstyrelserna som regionalt geografiskt områdesansvariga att samverka med andra aktörer på regional nivå.[168] Coronakommissionen uttalar också att det framstår som problematiskt att en betydande del av ansvaret för pandemi-bekämpningen i realiteten vilade på SKR, en organisation som inte ansvarar inför vare sig riksdag, regering eller medborgare för sina beslut eller åtgärder.[169]

Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten konstaterar att det svenska Nato-medlemskapet är ett exempel där Sverige också behöver utöka bland annat vård- och transportkapaciteten samt för-

[167] SOU 2022:10, Volym 2 *Sverige under pandemin Förutsättningar, vägval och utvärdering.*
[168] SOU 2022:10, Volym 2 *Sverige under pandemin Förutsättningar, vägval och utvärdering*, s. 298.
[169] SOU 2021:89, Volym 2 *Sverige under pandemin Smittspridning och smittskydd*, s. 749.

mågan till planering och ledning i ett nationellt perspektiv.[170] Myndigheterna menar att nya koncept för förstärkningsresurser på sjuktransportområdet behöver utvecklas, och aktuella regelverk behöver stödja sådan utveckling. Det finns även ett behov av en nationell digital lägesbild för sjuktransporter vid krissituationer eller händelser som involverar flera regioner. Myndigheterna har lämnat flera förslag på åtgärder som de, med andra aktörer, identifierat för att skapa en nationell samordnad plan för sjuktransporter.[171]

Insatser för förstärkt säkerhet och beredskap

Det finns många förslag och initiativ kring hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap och hur hälso- och sjukvårdens strukturer kan utvecklas för att hantera höjd beredskap varav ett antal nämns i detta avsnitt. Socialstyrelsen och MSB har tillsammans utvecklat en ny modell för försörjningsanalys.[172] Modellen syftar till att stärka totalförsvaret och samhällets motståndskraft genom att kartlägga behovet av och tillgången till kritiska produkter, som exempelvis läkemedel och dricksvatten, vid kris eller krig. Modellen ska även ligga till grund för att identifiera och föreslå åtgärder som tryggar tillgången till nödvändiga produkter och tjänster.

I januari 2024 lämnade även Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) förslag som syftar till att stärka beredskapen för hela apoteksmarknaden. Myndigheten föreslår bland annat att en aktörsgemensam samverkan för apoteksmarknaden ska utvecklas och att 300 apotek ska utses till beredskapsapotek.

Socialdepartementet har lämnat förslag som syftar till att säkerställa att Sveriges lagstiftning på hälso- och sjukvårdsområdet är anpassad för internationella samarbeten, särskilt med avseende på kriser, katastrofer samt säkerhet och försvar. Fokus har varit att förbättra de rättsliga förutsättningarna för internationellt hälso- och sjukvårdssamarbete i Sverige och utomlands. I uppdraget har också ingått att anpassa regelverket för att möjliggöra gränssamverkan med övriga nordiska länder inom ambulanssjukvården i Sverige. I denna del görs bedömningen att det inte behövs några

[170] Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten (2025), *Sjuktransporter i Sverige vid kris och krig.*
[171] Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten (2025), *Sjuktransporter i Sverige vid kris och krig*.
[172] Myndigheten för samhällsskydd och beredskap och Socialstyrelsen (2024), *Nationell försörjningsanalys – modell och genomförande*.

nya eller ändrade bestämmelser i fråga om huvudmannaskap för den hälso- och sjukvård som sker i Sverige vid gränssamverkan inom ambulanssjukvården.[173]

Myndigheten för totalförsvarsanalys (MTFA) har regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera myndigheternas implementering av den nya strukturen för civilt försvar och samhällets krisberedskap och myndigheternas förutsättningar för detta.[174] En slutredovisning ska lämnas till regeringen senast den 1 december 2025.

Regionerna har slutit ett gemensamt avtal inför kris eller krig

Under 2023 slöt de 21 regionerna ett säkerhetsskyddsavtal med varandra.[175] Avtalet syftar till att gemensamt planera och hantera hälso- och sjukvården vid höjd beredskap och krig. Genom avtalet har regionerna skrivit under på att följa uppställda säkerhetskrav. Regionerna har beslutat att inrätta ett gemensamt kansli, Nationell samordning planering och ledning (NSPL), med säte i Uppsala. Kansliet ska strukturera samordningen och vara ett stöd för regionledningarna. NSPL ska fungera som en kontaktyta gentemot myndigheter och kommuner och gemensamt organisera och strukturera allt från IVA-kapacitet och transporter till vårdplatser och planerad vård.

Avtalet är ett led i uppbyggnaden av ett välfungerande nationellt totalförsvar och försvar i samarbete med Nato. I fredstid, men i synnerhet vid förhöjd beredskap eller krig, måste regionerna kunna samordna resurser som information, traumakapacitet, vårdplatser, ambulanser, sjukvårdsmaterial och läkemedel. Målet är att Sveriges regioner tillsammans ska säkra att landets samlade hälso- och sjukvård fungerar inför och under höjd beredskap och krig. I händelse av höjd beredskap eller krig ska de 21 regionerna fortsätta att sköta sina ordinarie uppdrag och dessutom stödja Försvarsmakten, framför allt gällande sjukvård. För att klara allt detta krävs att regionerna planerar tillsammans och samordnar sina resurser i landet.

[173] Ds 2024:33, *Det nödvändiga ska vara tillåtet – en lag om internationellt hälso- och sjukvårdsarbete.*
[174] Myndigheten för totalförsvarsanalys (2025), *Analys- och utvärderingsplan 2025 – 2028*.
[175] Dagens medicin (2024), Sveriges regioner tecknar säkerhetsskyddsavtal, artikeln publicerad på hemsidan 28 oktober 2024.

Beredskapssektorer och civilområden

Inom ramen för myndighetsreformen 2022 beslutades om en struktur med statliga myndigheter indelade i tio beredskaps-sektorer. Beredskapssektorerna ska organiseras med utgångspunkt i samhällsviktiga verksamheter och funktioner som är av särskild betydelse att upprätthålla i fredstida krissituationer, höjd beredskap och då ytterst krig. Detta enligt förordning (2022:524) om statliga myndigheters beredskap. För hälsa, vård och omsorg är Socialstyrelsen sektorsansvarig myndighet. Ansvaret innebär att Socialstyrelsen har en utökad roll för att stärka samordningen mellan myndigheter och andra aktörer, men också att driva på utvecklingen av beredskapen inom vård och omsorg inför och vid fredstida kriser, höjd beredskap och krig. Inom sektorn för vård hälsa och omsorg ingår även E-hälsomyndigheten, Folk-hälsomyndigheten och Läkemedelsverket.

Inom ramen för en myndighetsreform i oktober 2023 inrättades sex geografiska civilområden som i stort motsvarar den sjukvårdsregionala indelningen:[176]

- Norrbotten (Norra civilområdet).
- Örebro (Mellersta civilområdet).
- Stockholm (Östra civilområdet).
- Östergötland (Sydöstra civilområdet).
- Västra Götaland (Västra civilområdet).
- Skåne län (Södra civilområdet).

Intentionerna med att införa civilområdena var i korthet att förtydliga lednings- och ansvarsförhållanden och att skapa förutsättningar för effektivare samverkan inom det civila försvaret, samt mellan det civila och det militära försvaret.[177]

I varje civilområde ingår mellan två och sju länsstyrelser vilket regleras i förordning (2022:525) om civilområdesansvariga länsstyrelser. För varje område utses en ansvarig länsstyrelse där landshövdingen benämns civilområdeschef. Civilområdesansvariga

[176] Skillnaden består i att hela Halland ingår i Västra civilområdet medan länet är uppdelat i två sjukvårdsregioner (Västra och Södra sjukvårdsregionen).
[177] Myndigheten för totalförsvarsanalys (2024), *Uppbyggnaden av civilområden*.

länsstyrelser har uppgifter som bland annat syftar till att det civila försvaret inom civilområdet får en enhetlig inriktning. I samarbete med Försvarsmakten arbetar de också för att totalförsvaret inom civilområdet får en enhetlig inriktning.

Smittskyddsfrågor

På smittskyddsområdet ska en särskild utredare göra en översyn av regleringen av smittskydd för att bättre anpassa den till situationer med omfattande smittspridning i syfte att stärka beredskapen inför framtida pandemier. I uppdraget ingår också att lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier, att se över vissa organisatoriska frågor som rör smittskyddsläkare samt att lämna förslag på utformning av ett nationellt samordningsansvar för vårdhygienfrågor. I direktivet anges inte att utredningen ska pröva frågan om förändrat huvudmannaskap i någon del kring smittskyddet. Uppdraget slutredovisas i januari 2026.[178]

Socialstyrelsen har i en översyn av det regionala smittskyddet bedömt att det även fortsättningsvis bör vara ett övergripande ansvar för regionerna och ett samlat ansvar för smittskyddsläkarna i regionerna. Myndigheten bedömer inte att ändamålsenligheten skulle förbättras vid byte av huvudman för hela eller delar av smittskyddet, vare sig i normalläge eller vid kris, snarare det motsatta.[179]

Konsekvenser för patienter och invånare

Framför allt påverkas patienter, medarbetare och invånare när en kris uppstår eller i värsta fall krig bryter ut. En kris eller ett krig medför dramatiska konsekvenser för folkhälsan i stort och därtill negativa ekonomiska och sociala konsekvenser för hela samhället.

Hur väl politiker och myndigheter hanterar en kris färgar också invånarnas syn på hur väl samhällsinstitutionerna fungerar och därför möjligheterna att klara nästa kris.

[178] Dir. 2023:106, *Stärkt beredskap inför framtida pandemier*.
[179] Socialstyrelsen (2022), *Smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet – Översyn och förslag till utveckling*.

Ett helt statligt huvudmannaskap

Coronapandemin krävde åtgärder inom verksamheter som till stora delar faller under regionernas och kommunernas ansvar. Den kommunala självstyrelsen och ansvarsprincipen, det vill säga den princip som anger att den som har ansvar för en verksamhet under normala förhållanden ska ha samma ansvar under en kris, innebar därför en utmaning för statens möjlighet att styra.

Faktorer som kan stärka beredskapen och säkerheten

Lärdomarna från coronapandemin har visat att den nationella styrningen av hälso- och sjukvårdens beredskap behöver stärkas. Som beskrivits ovan menar kommissionen därför att frågan om en omfattande förvaltningsreform snarast på allvar måste bli föremål för nya förutsättningslösa överväganden.[180] Kommissionens bedömning har inte omsatts i utredningsförslag av regeringen, enligt vad sekretariatet erfar, utöver skrivningarna i Vårdansvarskommitténs direktiv.

Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap har haft i uppdrag att göra en översyn av hälso- och sjukvårdens beredskap inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap och lämnat förslag på hur hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera denna typ av händelser långsiktigt bör utvecklas.[181] Utredningen föreslår inga förändringar vad gäller huvudmannaskap inom hälso- och sjukvården. Förslagen syftar dock till att stärka hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera allvarliga händelser i fredstid och under höjd beredskap.

I korthet innebär dessa förslag att kommuner och regioner ska planera sina verksamheter och vidta åtgärder utifrån alla de faktorer som riskerar att negativt påverka förmågan att bedriva god vård (risker och sårbarheter) samt utifrån statliga planeringsansvisningar för civilt försvar. Vidare ställs krav på att kommuner och regioner tänker igenom, och i planer redovisar, hur de avser leda sina komplexa organisationer, med många olika utförare, vid händelser som

[180] SOU 2022:10, *Volym 2 Sverige under pandemin Förutsättningar, vägval och utvärdering*.
[181] Utredningen har lämnat tre betänkanden: SOU 2021:19, *En förstärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården*, SOU 2020:23, *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning* samt slutbetänkandet SOU 2022:6, *Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga*.

negativt påverkar förmågan att bedriva vård. Vidare föreslår utredningen att kommuner och regioner ska ge hjälp till en annan kommun eller region i händelse av att denna kommun eller region inte längre själv kan erbjuda vård som inte kan anstå. Hjälp ska så långt möjligt ges på frivillig grund, men om detta inte sker ska regeringen eller en myndighet som regeringen bestämmer kunna besluta att kommuner eller regioner ska ge hjälp.

En direkt åtgärd som utan organisatoriska förändringar skulle leda till en höjning vad avser hälso- och sjukvårdens krigsduglighet, är om regering och riksdag beslutar om nämnda förslag som lämnades i utredningen Hälso- och sjukvårdens beredskap. För regionernas del skulle sådana beslut ge en förbättrad förmåga att lösa sina kärnuppdrag i höjd beredskap och krig enligt vad utredningen erfar. Det kan också konstateras att vad avser hälso- och sjukvårdssystemets nationella kapacitet så utgör samverkan med kommunerna och privata aktörer en viktig beredskapsfråga för den samlade hälso- och sjukvårdens förmåga och funktionalitet vid kriser och krig.

Observationer utifrån det samlade underlaget

Det har konstaterats att ett statligt huvudmannaskap redan på kort sikt skapar en ansvarsfördelning som kan upplevas tydligare och minimerar riskerna för oklarheter om vilken politisk nivå som är ansvarig i olika situationer. Redan på kort sikt uppstår därmed en minskad risk för otydligheter om gränser mellan hälso- och sjukvården vid kris och krig jämfört med nuvarande ordning. Den ökade tydligheten gäller både under normala förhållanden som vid kriser och krig.

Kraven på ökad styrbarhet, planering och ledning inom hälso- och sjukvården i ett nationellt perspektiv kan öka i frågor om beredskap och civilt försvar. Analysen visar att samverkan mellan regioner inte alltid räcker till för att möta den nya omvärldens krav och att organiseringen genom 21 huvudmän för hälso- och sjukvård kan medföra begränsningar i Sveriges förmåga att möta sådana nationella och internationella krav. Det är en följd av att regionerna i nuvarande ansvarsfördelning inte har nationella uppdrag, utan regionala uppdrag. Om staten ersätter de 21 huvudmännen skulle det nationella perspektivet kunna stärkas och positiva aspekter av en minskad mängd huvudmannaskapsgränser möjligen kunna realiseras, exempelvis vad gäller planering av IVA-kapacitet och transporter

till vårdplatser och planerad vård. Samtidigt finns fördelar med decentraliserad organisation i ett säkerhets- och beredskapsperspektiv eftersom sårbarheten på ett sätt är mindre och risk-spridningen större. Det som är av yttersta vikt är ändå att det kan fattas snabba beslut med nationell verkan.

Vad som kan konstateras är att de förutsättningar som ett statligt huvudmannaskap skapar på kort sikt när det gäller styrning, finansiering och organisation av hälso- och sjukvården skulle behöva omsättas i ett utvecklingsarbete för att anpassa beredskapsstrukturen till den nya ordningen. Om denna utvecklas på ett ändamålsenligt sätt är det möjligt att en huvudmannaskapsreform på sikt kan bidra till en utvecklad beredskap. Det skulle då svara mot Coronakommissionens identifierade behov av ett tydligare statligt ansvarstagande.

Coronakommissionen har föreslagit att det skapas större regionala enheter för att underlätta den statliga styrningen i händelse av kris. Utvecklingen inom kris- och beredskapsområdet har också gått i den riktningen med inrättandet av en ny beredskapsstruktur som omfattar sex civilområdena samt tio beredskapssektorer. De sex civilområdena motsvarar i stort den sjukvårdsregionala indelningen. En skillnad är att region Halland är delat i sjukvårdsregionala sammanhang men ingår i västra civilområdet.

Det pågår i dag en hel del utvecklingsarbete inom totalförsvaret, som nämnts i tidigare avsnitt, vilket kommer att prägla den fortsatta utvecklingen även inom krisberedskapen. Med ett statligt huvudmannaskap för den hälso- och sjukvård som regionerna i dag ansvarar för skulle hälso- och sjukvården organiseras i större enheter vilket skulle möta de utmaningar som många utredningar noterat. Dock skulle befintliga utmaningar med samverkan med kommuner kvarstå. Även myndigheter behöver sinsemellan kunna reda ut oklarheter i ansvarsförhållanden när nya frågor behöver hanteras i händelse av kris eller ytterst krig med de samhällsstörningar som uppstår.

Ett delvis statligt huvudmannaskap

Det finns särskilda risker med ett delvis statligt huvudmannaskap vad gäller säkerhet och beredskap. Den ökade grad av tydlighet kring ansvar och ansvarsutkrävande som kan komma med ett helt statligt huvudmannaskap i jämförelse med dagens ordning, kan vid

ett delvis statligt huvudmannaskap snarare bli det motsatta. Med införandet av en huvudman till i systemet kan frågor om ansvar och styrning bli mer otydliga i jämförelse med dagens förvaltningsstruktur. Denna otydlighet torde gälla under normala förhållanden men kan få större negativa konsekvenser i händelse av krig eller krig.

7.7 Administrativ börda

I kommitténs direktiv anges att de förslag som kommittén lämnar inom ramen för beslutsunderlaget om ett statligt huvudmannaskap ska bidra till att minska detaljstyrningen och den administrativa bördan. Den administrativa bördan är också central ur ett effektivitetsperspektiv – ju mer av hälso- och sjukvårdens resurser och hälso- och sjukvårdspersonalens tid som behöver användas till administration, desto mindre tid och resurser finns för direkt patientarbete. En minskad administrativ börda för hälso- och sjukvårdspersonal skulle alltså kunna vara en väg till stärkt produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvården. Det skulle också kunna bidra till en förbättrad arbetsmiljö.

För att kunna belysa frågan om den administrativa bördan mer fördjupat har en underlagsrapport med fokus på administration i hälso- och sjukvården tagits fram till kommittén av Anders Ivarsson Westerberg & Daniel Castillo som är verksamma som forskare på Förvaltningsakademin vid Södertörns högskola.[182] De resonemang och bedömningar som görs av hur ett statligt huvudmannaskap skulle påverka den administrativa bördan i hälso- och sjukvården utgår i huvudsak från den rapporten.

Nuvarande ordning

I underlagsrapporten till kommittén konstateras att det inte är alldeles enkelt att avgöra vad som menas med administrativ börda. Westerberg och Castillo beskriver att begreppet administration kan förstås som information som behandlas på olika sätt, med olika slags syften och riktas internt eller extern mot olika intressenter. I rapporten konstateras också att det finns svårigheter med att mäta ad-

[182] Ivarsson Westerberg, A.& Castillo, D. (2024), *Administration i hälso- och sjukvården - några organisationsteoretiska iakttagelser.* Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén.

ministration, vilket gör det svårt att med säkerhet uttala sig om huruvida administrationen ökar, minskar eller är oförändrad.

Ett helt statligt huvudmannaskap

Ett statligt huvudmannaskap skulle kunna bidra med vissa förutsättningar för en minskad administrativ börda i hälso- och sjukvården. Det handlar till exempel om att ett statligt huvudmannaskap skulle innebära en minskad fragmentering på systemnivån.

Samtidigt innebär ett statligt huvudmannaskap inte nödvändigtvis en minskad fragmentering på verksamhetsnivån. Det kan också finnas faktorer i införandet av en stor statlig organisation som kan driva administration. Att uppnå en betydande effekt för hälso- och sjukvårdens personal förutsätter därför att reformen genomförs med en medvetenhet om vilka faktorer som driver administration och att såväl styrning som organisation utformas med detta i åtanke.

Underlagsrapport om den administrativa bördan

När det gäller hur administrationen uppstår och hänger samman med ansvarsfördelning, styrning och organisationer pekar författarna på styrningens ”snöbollseffekt”, som innebär att styrsignaler och krav har vuxit i både omfattning och djup när de når mottagaren. Det syftar på att relativt begränsade krav i lagstiftningen uttolkas, förmedlas, översätts och förstärks av andra aktörer i en längre tolkningsprocess som går från lagstiftning, till myndigheter, vidare till regioner och huvudmän för att sedan omsättas i praktiken i hälso- och sjukvårdens verksamheter, vilket kan beskrivas som en administrativ tolkningstrappa. I denna process bidrar många aktörer med att formulera och bearbeta kravens form och innehåll för olika områden. Dessa omfattande krav som riktas mot hälso- och sjukvården genererar ofta, men inte alltid, administrativt arbete på verksamhetsnivån. Ett resonemang kring styrningens snöbollseffekt är att de administrativa kraven tenderar att öka ökar ju fler aktörer som är indirekt inblandade i kravställandet.

Vidare beskriver Westerberg och Castillo att det verkar som att ju större handlingsutrymme de ursprungliga kraven från styrningen medger, desto större blir behovet av att fylla detta med ytterligare

preciseringar och uttolkningar. Allmänna och vida lagstiftningskrav tenderar därför att skapa tolkningsutrymme för fler aktörer inblandade i tolkningsprocessen, exempelvis de organisationsprofessionella, och detta innebär sannolikt att mer administrativt arbete genereras då antalet och omfattningen av råd, rekommendationer och riktlinjer ökar. De som är målet för kraven, till exempel regioner och hälso- och sjukvårdspersonal, försöker göra allt rätt, och detta resulterar inte sällan i en överproduktion av dokumentation och administration för att tillfredsställa kravställaren.

När det gäller frågan om hur ett statligt huvudmannaskap skulle kunna påverka den administrativa bördan konstaterar Westerberg och Castillo att frågan är svår att svara på och att de svar som kan ges delvis blir spekulativa. De ger dock några utgångspunkter för resonemang kring detta:

- En lärdom från organisationsforskningen är att antalet organisatoriska enheter i ett organisationssystem påverkar administrationen. Ju fler organisatoriska enheter som har kontakt med varandra i ett organisatoriskt system, desto fler relationer av administrativ karaktär som ger upphov till transaktionskostnader uppstår. Påverkan på administrationen kan därmed antas vara beroende av om ett statligt huvudmannaskap leder till ett ökat eller minskat antal organisationer och administrativa relationer. Med utgångspunkt i det kan det antas att ett minskat antal organisationer skulle skapa förutsättningar för en minskad administrativ börda.
- Administrationen påverkas av längden på den så kallade styrkedjan. Om ett statligt huvudmannaskap innebär att ytterligare en nivå adderas i styrkedjan skulle det troligen leda till mer administration, men om styrkedjan förenklas och blir kortare kan det minska administrationen.

Slutsatsen är enligt Westerberg och Castillo att man samtidigt med en huvudmannaskapsförändring måste reducera antalet organisatoriska enheter och nivåer för att kunna minska fragmentiseringen i hälso- och sjukvårdssystemet och således minska administrationen.

Vidare påpekas att administrationen också beror på andra faktorer än antalet organisatoriska enheter och nivåer. Administration påverkas också av graden av kravställande från omgivningen. Det

kan vara från överordnade hierarkiska nivåer, eller komma från andra delar av omgivningen. Ett statligt huvudmannaskap är inte automatiskt kopplat till (eller immunt) mot sådant kravställande eftersom dessa krav finns i lagstiftning, riktlinjer, standarder eller från andra starka normer om till exempel hållbarhet, organisering, ledarskap, samverkan, krishantering, värdegrundsarbete, jämställdhet eller liknande. Mot bakgrund av detta konstateras att den administration som beror på kravställande troligen inte skulle påverkas av en förflyttning av huvudmannaskapet.

Slutligen beskriver Westerberg och Castillo också särskilt den administration som genereras av det fria vårdvalet, vilket till exempel handlar om administration kopplat till ersättningssystem som kräver redovisningar, rapportering och fakturering m.m. För att minska sådan administration behöver det ske en mer strukturell förändring av vårdvalssystemet, vilket konstateras vara en fråga som inte är avhängigt huvudmannaskapet.

Observationer utifrån det samlade underlaget

Det scenario som beskrivits för ett helt statligt huvudmannaskap kan på systemnivån beskrivas som ett mindre fragmenterat system än nuvarande system, vilket med utgångspunkt i underlagsrapporten om administrativ börda skulle kunna skapa förutsättningar för en minskad administrativ börda.

De regionala enheterna är färre och de 21 politiska organisationerna ersätts av en och vissa styrinstrument som ansetts driva den administrativa bördan, så som riktade statsbidrag, skulle sannolikt bli mindre framträdande i styrningen. Samtidigt innebär scenariot inte nödvändigtvis en minskad fragmentering på verksamhetsnivån, vilket innebär att många av de organisatoriska relationer som driver administration skulle kvarstå vid ett statligt huvudmannaskap. En större effekt på den administrativa bördan för hälso- och sjukvårdens personal kräver därför sannolikt att det bedrivs ett medvetet arbete för att minska den administrativa bördan på verksamhetsnivån.

Den andra vägen till minskad administration som beskrivs av Westerberg och Castillo är en kortare styrkedja. Eftersom en politisk nivå försvinner ur styrkedjan i detta scenario utgör detta en kortare styrkedja jämfört med nuläget om man utgår från den

styrning som sker på den nationella nivån. Samtidigt innebär ett statligt huvudmannaskap också att både den operativa och strategiska styrningen flyttar längre bort från verksamhetsnivån – den operativa styrning som i dag har sitt ursprung på den regionala nivån sker i färre och större geografiska enheter i detta scenario än vid nuvarande ansvarsfördelning och den strategiska styrningen samlas helt hos riksdagen. Ur ett verksamhets-, professions- och medborgarperspektiv, särskilt i små regioner, kommer den samlade politiska styrningen därmed ske på längre avstånd från verksamheterna jämfört med i dag. Styrkedjan kan ur detta perspektiv ses som längre än i dag för vissa delar av styrningen, med skillnaden att stegen i styrkedjan består av nivåer inom en myndighet i stället för två politiska nivåer med deras respektive nämnder, förvaltningar och myndigheter.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att om ett av målen med en huvudmannaskapsreform är att uppnå en minskad administrativ börda i hälso- och sjukvården så framstår det som centralt att det aktivt arbetas för att minimera antalet steg i styrkedjan när den närmare organisationen och strukturerna för styrning utformas.

Ett delvis statligt huvudmannaskap

När det gäller ett delvis statligt huvudmannaskap kan det konstateras att det innebär fler aktörer och fler samverkansytor i systemet. Även om en minskad fragmentering och färre organisatoriska nivåer skulle åstadkommas inom den del av hälso- och sjukvården som staten tar över huvudmannaskapet för så kan ett delvis statligt huvudmannaskap troligen också medföra risker för en ökad administrativ börda i systemet som helhet. Denna risk följer i huvudsak av de ökade behov av informationsöverföring, och därmed ökade transaktionskostnader, som skulle tillkomma med ytterligare en huvudman för hälso- och sjukvård. Beroende på vilket scenario för delvis statligt huvudmannaskap som avses så kan konsekvenserna dock bli olika stora.

8 Möjligheten att uppnå en mer jämlik, tillgänglig och effektiv vård

I detta kapitel presenteras underlag och analyser gällande möjligheterna att genom en huvudmannaskapsreform uppnå mål om en mer jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård. En utgångspunkt för de mål och konsekvensområden som behandlas i detta avsnitt är att utfallen inom dessa områden till stor del är beroende av utfallen inom de områden som behandlats i kapitel 6 och 7. I dessa tidigare kapitel har det konstaterats att det i många delar är osäkert vilka faktiska utfall en huvudmannaskapsreform skulle få, vilket till exempel gäller möjligheterna att stärka hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning eller förutsättningarna för forskning, utveckling och innovation. Mot bakgrund av detta är det ett ingångsvärde i analyserna i detta kapitel att det inte är möjligt att förutsäga konsekvenser och effekter med någon hög grad av säkerhet. Denna osäkerhet är väntad med tanke på de långa och förhållandevis komplexa orsaks- och effektkedjor som finns mellan ett förändrat huvudmannaskap och effekter på hälso- och sjukvårdens jämlikhet, tillgänglighet och effektivitet.

Jämlikhet, tillgänglighet och effektivitet behandlas i varsitt avsnitt. Avsnitten inleds med en redogörelse för nuläge och utvecklingsbehov inom respektive område. Analyserna baseras på det samlade underlag som inhämtats inom utredningen, inklusive de underlag som presenterats i rapportens tidigare kapitel.

8.1 Jämlik hälso- och sjukvård

Enligt kommitténs direktiv är ett av målen med att ompröva statens ansvarstagande och styrning inom hälso- och sjukvården att förbättra förutsättningarna för patienternas rätt till hälso- och sjukvård på lika villkor oavsett bostadsort. Detta benämns i den här rapporten som en ökad geografisk jämlikhet i hälso- och sjukvården. Analyser av geografisk jämlikhet kan göras mellan regioner likväl som mellan vårdinrättningar inom regioner. Geografisk ojämlikhet kan också finnas mellan till exempel glesbygd och storstadsområden.

Utöver geografisk ojämlikhet finns också flera andra former av ojämlikhet i hälso- och sjukvården, till exempel skillnader mellan individer och grupper beroende på socioekonomiska förhållanden eller förekomst av funktionsnedsättning. Inte heller faktorer som kön, ålder eller etnicitet ska påverka patientens rätt till en hälso- och sjukvård på lika villkor och behöver därför också adresseras. En ojämlik vård oberoende av andra faktorer än geografiska benämns i denna rapport som socialt ojämlik vård.

I det följande fokuseras framför allt på geografiska skillnader och i vad mån vissa av dessa skillnader kan sägas medföra en ojämlik vård.

Nuvarande ordning

Att vård ska ges på lika villkor för hela befolkningen är ett centralt mål i hälso- och sjukvårdslagen (2017:39), HSL. Samtidigt finns många skillnader och variationer mellan olika delar av landet i hälso- och sjukvården. Skillnader finns till exempel när det gäller utbud av vård, tillgång till kompetens, villkor, regelverk och avgifter. Det finns också skillnader i vårdens resultat och kvalitet. Vilka av skillnaderna som kan ses som motiverade och ska betraktas som olika, men likvärdiga, erbjudanden är inte alldeles enkelt att avgöra. Alla skillnader är dock inte att betrakta som exempel på ojämlikhet, eftersom hälso- och sjukvården kan behöva se olika ut för olika individer och anpassas till varierande förutsättningarna i olika delar av landet. Samtidigt står det också klart att det finns flera omotiverade skillnader mellan olika delar av landet när det gäller hälso- och sjukvårdens utbud och resultat. Många olika faktorer ligger bakom att

dessa skillnader uppstår, varav vissa men inte alla kan kopplas till det decentraliserade ansvaret för hälso- och sjukvården. Det pågår och har genomförts flera olika åtgärder och insatser som syftar till att stärka förutsättningarna för att uppnå målet om vård på lika villkor inom nuvarande ordning. Några exempel är utjämning av de ekonomiska förutsättningarna genom det kommunala utjämningssystemet samt olika former av samverkan och samordning för en jämlik vård, inte minst genom kunskapsstyrning och stöd till utvecklingsarbete.

Utgångspunkter om en jämlik vård

Målet med hälso- och sjukvården är enligt HSL en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 §). Enligt förarbetena innebär detta att det i princip bör vara möjligt för alla – oavsett var man bor i landet – att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Av det följer att möjligheterna att vid behov få vård inte får hindras av ekonomiska, sociala, språkliga, religiösa, kulturella eller geografiska förhållanden. Möjligheterna att få vård får inte heller påverkas av sådana förhållanden som ålder, kön, förmåga att ta initiativ, utbildning, betalningsförmåga, nationalitet, kulturella olikheter, sjukdomens art eller varaktighet.[1] Däremot är det angeläget att värna om vissa grupper som är särskilt utsatta och att sträva efter att jämna ut skillnader, så att alla får likvärdiga möjligheter att till exempel förstå en diagnos eller sätta sig in i vad ett planerat behandlingsprogram har för innebörd.[2] Hänsyn ska alltså alltid tas till skillnader i individuella förutsättningar.[3] I förarbetena uttrycks det att sådana skillnader som inte motiveras av ekonomiska begränsningar eller hänsyn till den medicinska säkerheten i möjligaste mån bör begränsas. Behovet av vård ska, inom ramen för huvudmannens ekonomiska resurser, ensamt avgöra vårdens karaktär och omfattning.[4]

Jämlik vård kan vara förenlig med skillnader, så länge skillnaderna är i linje med de bestämmelser som finns för hur hälso- och sjukvården ska arbeta. Vårdbehov, medicinska förutsättningar,

[1] Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.* s. 27 f.
[2] Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.* s. 28 och 113.
[3] Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.* s. 113–114.
[4] Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.* s. 27.

alternativa likvärdiga behandlingar och samtycke kan legitimera skillnader, utan att vården är ojämlik. Det är när det uppstår skillnader som inte kan förklaras av behovsmässiga skillnader som vården är ojämlik. Därför är det av vikt att analytiskt skilja på motiverade och omotiverade skillnader. Det är den senare typen av skillnader som gör vården ojämlik.[5]

Vilka skillnader som bör betraktas som omotiverade respektive motiverade är dock inte helt enkelt att fastslå. En fråga i detta sammanhang är till exempel om de skillnader mellan regioner som rör exempelvis prioriteringar, vårdutbud och patientavgifter, och som är regionala politiskt fattade beslut, är att betrakta som omotiverade skillnader eller inte. Om dessa skillnader kan förklaras av att behoven av vård skiljer sig åt geografiskt och att skillnaderna i utbud svarar mot faktiska behov torde det inte vara att betrakta som ojämlik vård. Om skillnaderna däremot inte kan förklaras av skillnader i vårdbehov är det svårt att hävda vård på lika villkor. Vissa skillnader mellan regionerna, såsom avstånd till vårdinrättningar eller tillgång till personal, kan innebära att vårdprocesser behöver utformas på olika sätt vilket kan leda till olikheter regionerna emellan gällande utbud. Patienters individuella förutsättningar kan också innebära att behandlingen av en viss sjukdom kan behöva anpassas i olika individuella fall. Sekretariatet har dock inte funnit några indikationer på att det för personer med samma hälsotillstånd eller en viss sjukdom skulle finnas tydliga geografiska skillnader i behov av hälso- och sjukvård.

Att möjliggöra en jämlik vård är angeläget ur både ett patient- och invånarperspektiv. För varje enskild patient, närstående eller invånare är det viktigt att veta att det finns tillgång till bästa möjliga vård vid det tillfälle den behövs. För vårdens medarbetare kopplar den jämlika vården till upplevelsen att göra ett bra jobb och att ge vård efter varje patients behov utifrån ett etiskt perspektiv. Omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande kan påverka skillnader i vårdens resultat och även resultera i en ojämlik hälsa. En jämlik vård kan därför ses som en förutsättning för att också jämna ut skillnader i medicinska utfall och hälsa.

[5] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019), *Omotiverat olika. Socioekonomiska och regionala skillnader i cancervården*.

Utmaningar och utvecklingsbehov

Förekomsten av omotiverade skillnader i tillgång till diagnostik, vård, behandling och hälsoutfall inom hälso- och sjukvården är en välkänd svaghet i det svenska hälso- och sjukvårdsystemet. Skillnader finns redovisade i en rad betänkanden, myndighetsrapporter och vetenskapliga publikationer.[6] Betydande omotiverade skillnader finns exempelvis mellan olika regioner i tillgång till vård och behandling av cancer.[7] Dessa skillnader gör att två personer med samma sjukdomstillstånd kan få olika utredning, behandling och uppföljning beroende på var i landet de söker vård. Det finns också regionala skillnader i andel patienter som dör till följd av cancer.[8] Under 2021 observerades högst dödlighet för kvinnor i Södermanland medan Värmland hade den lägsta dödligheten. För män var dödligheten som högst i Västernorrland och som lägst i Norrbotten.[9] Skillnaderna kan exempelvis bero på närhet till vård, geografiska skillnader i införandet av screeningprogram samt på benägenheten hos olika patienter att delta i befintliga screeningprogram.[10] Även tillgång till rehabilitering, habilitering, och medicintekniska produkter skiljer sig åt mellan regioner. Hjälpmedelsförskrivning är ett annat område inom rehabilitering och habilitering där det finns stora skillnader avseende regelverk, sortiment, avgifter och tillgång till rätt förskrivarkompetens.[11]

Även mellan grupper finns det betydande skillnader. Cancer upptäcks till exempel oftare i ett tidigt stadium bland personer med eftergymnasial utbildning än bland dem med kortare utbildning.[12] Bröstcancerpatienter med insatser enligt LSS diagnosticeras senare

[6] Se bland annat Socialstyrelsen (2019), *Arbetssätt för jämlik vård*. SOU 2019:29 *God och nära vård - Vård i samverkan.* SOU 2017:47, *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa* och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014), *En mer jämlik vård är möjlig - Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande*.
[7] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019), *Omotiverat olika. Socioekonomiska och regionala skillnader i cancervården*.
[8] Cancerfonden (2022), *Dödligheten i cancer minskar – men med regionala skillnader. Information på webben.*
[9] Cancerfonden (2022), *Dödligheten i cancer minskar – men med regionala skillnader. Information på webben.*
[10] Cancerfonden (2022), *Dödligheten i cancer minskar – men med regionala skillnader. Information på webben.*
[11] SOU 2017:43, *På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen*.
[12] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019), *Omotiverat olika. Socioekonomiska och regionala skillnader i cancervården*.

än övriga bröstcancerpatienter.[13] Bland diabetespatienter får endast hälften så många patienter med funktionsnedsättning blodfettssänkande behandling, jämfört med patienter utan en funktionsnedsättning.[14] Också när det gäller så kallad undvikbar slutenvård (sjukdomar och tillstånd som kan behandlas framgångsrikt inom öppna vårdformer) finns det betydande skillnader mellan lågutbildade och högutbildade individer. Motsvarande skillnader finns också när det gäller män och kvinnor, och när det gäller utlandsfödda jämfört med sverigefödda. Män och utlandsfödda har till exempel högre dödlighet i behandlingsbara sjukdomar jämfört med kvinnor och svenskfödda.[15] En kunskapsöversikt från SKR visar att föreställningar om kön och bristande kunskap om biologiska skillnader kan leda till att kvinnor och män inte får likvärdig vård och behandling.[16]

Det finns också regionala skillnader vad gäller standardiserade vårdförlopp (SVF). SVF beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos, samt vilka tidsgränser som ska eftersträvas från välgrundad misstanke till start av första behandling. Ett av målen med införandet av SVF - som implementerades 2015–2018 - var att bidra till en mer jämlik cancervård och för att korta väntetiderna i cancervården. Men de regionala skillnaderna kvarstår enligt Riksrevisionen.[17] Myndighetens analyser visar en svag eller obefintlig nedgång i spridningen i regionernas medianledtider från välgrundad misstanke till behandlingsstart under perioden 2012–2019.[18]

I de kvalitativa moment som genomförts i utredningsarbetet har brister vad gäller hälso- och sjukvårdens jämlikhet återkommande tagits upp som ett problem och som ett motiv till att se över hälso- och sjukvårdens ansvarsfördelning och styrning. I den öppna konsultationen, workshops och intervjuer har det till exempel beskrivits att det finns problematiska skillnader avseende tillgången till evidensbaserade insatser, vårdutbud och behandlingsriktlinjer inom

[13] Socialstyrelsen (2024), *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2024*.
[14] Socialstyrelsen (2024), *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2024.*
[15]Socialstyrelsen (2020), *Öppna jämförelser. Sex frågor om vården. Övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat.*
[16] Sveriges Kommuner och Regioner (2019), *kunskapsöversikten (O)Jämställd hälsa och vård*.
[17] Riksrevisionen (2023), *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*.
[18] Riksrevisionen (2023), *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*.

flera olika områden, tillgången till nya läkemedel och behandlingar, screening, vacciner, vårdförlopp och möjligheten att medverka i forskningsstudier. Inom ramen för utredningsarbetet har det framförts att en jämlik implementering av precisionsmedicin förutsätter en jämlik användning av den precisionsmedicinska diagnostiken vilket inte finns i dag. Detta eftersom resurserna för diagnostik både inom och mellan regionerna är olika fördelade. Det har bland annat framhållits att det regionala ansvaret skapar flaskhalsar där diagnostikverktyg och personal varken är lokalt eller geografiskt optimalt fördelade eller anpassade efter de behov som patienter och verksamheter har.

Flera olika förklaringar till att skillnader uppstår

När det gäller skillnader mellan befolkningsgrupper (det som här benämns social ojämlikhet) brukar vårdmötet mellan patient och vårdpersonal framhållas som den viktigaste påverkbara källan till ojämlikhet.[19] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys urskiljer tre mekanismer som kan förklara att vårdmötet resulterar i olika beslut för patienter som tillhör olika grupper:

1. otillräcklig kompensation och anpassning efter patienters varierande egenskaper eller förutsättningar;
2. tillämpning av information om patienter på gruppnivå för beslut om enskilda patienter (generaliseringar), exempelvis ett antagande om att en viss patient har dålig följsamhet till läkemedelsbehandling för att andra patienter med samma egenskaper i allmänhet har det; och
3. omedvetet beteende med grund i normer och värderingar från vårdpersonalens sida.

Även systemrelaterade faktorer har betydelse som förklaring till förekomsten av ojämlik vård mellan grupper.[20] Det finns till exempel ett stort antal empiriska studier som visat en samvariation mellan en väl utbyggd och fungerande primärvård, lägre undvikbar morta-

[19] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014), *En mer jämlik vård är möjlig - Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande*.
[20] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014), *En mer jämlik vård är möjlig - Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande*.

litet och mer jämlik vård.[21] Primärvård har i allmänhet en mer jämlik fördelning gällande utnyttjande bland befolkningen medan patienter inom den specialiserade vården i högre grad tillhör de mer bemedlade i samhället. Dessa resultat uppkommer även efter en justering utifrån skillnader i individers behov.[22]

När det gäller skillnader mellan regioner är det svårt att ge ett entydigt och heltäckande svar på vilka faktorer som förklarar förekomsten av omotiverade skillnader.[23] Inom ramen för den workshop som arrangerades med experter på temat jämlik vård framhölls också att mer kunskap behövs för att förstå regionala skillnader och ojämlikheter. Även behovet av en bättre uppföljning av vården ur ett jämlikhetsperspektiv har betonats av flera aktörer. Många samverkande faktorer antas bidra och sambanden är komplexa. Några systemrelaterade faktorer som har framhållits är den nationella och regionala styrningen, men också utförarrelaterade faktorer som organisation, utrustning, resurser och personal, ledarskap och kompetens. Lokala rutiner, arbetssätt och behandlingstraditioner kan också ligga bakom geografiska skillnader. Därutöver kan skillnader bero på geografiska variationer i patientrelaterade faktorer som preferenser, kunskaper, förutsättningar och behov.[24]

Det decentraliserade politiska ansvaret för hälso- och sjukvården bidrar i sig till viss variation mellan regioner. All variation är dock inte att betrakta som en ojämlik vård. Att regioner gör olika medvetna politiska prioriteringar är inget anmärkningsvärt inom nuvarande förvaltningsmodell med kommunal självstyrelse via direktvalda regionala politiska församlingar. HSL:s utformning ger regioner och kommuner ett stort utrymme att utforma vården efter lokala behov och förutsättningar. De politiskt fattade besluten om till exempel olika typer av vårdval, ersättningssystem och läkemedelsintroduktioner skiljer sig mellan regioner vilket medför varierande villkor för både offentliga och privata aktörer som i sin tur bidrar till varierande tillgång till vård för invånare och att olika prioriteringar styr verksamheten. Att 21 självstyrande regioner styr

[21] SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform.*
[22] SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform.*
[23] Johansson, Naimi, *Vad kan förklara regionala skillnader i svensk hälso- och sjukvård?* SNS Analys 75, september 2021.
[24] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014), *En mer jämlik vård är möjlig.* Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019), *Olik eller ojämlik? En analys av regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan.*

och prioriterar på olika sätt är således inte att förvånas över eftersom regionernas grunduppdrag och huvudsakliga fokus är att se till behov hos patienter och invånare inom den egna regionen och de förutsättningar som finns att svara mot dessa behov. Det finns därmed en inbyggd målkonflikt mellan regionernas uppdrag, att se till sin egen befolknings behov och erbjuda hälso- och sjukvård efter detta, och mål om nationell jämlikhet.

En annan bidragande orsak till skillnader mellan regioner kan vara en varierande efterlevnad av befintliga lagar inom hälso- och sjukvårdens område. Exempelvis har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppmärksammat brister i följsamhet till patientlagen (2014:821) vad gäller bestämmelser om bland annat delaktighet, kontinuitet och samordning.[25] Härtill har IVO uppmärksammat brister i följsamhet gentemot patientsäkerhetslagen (2010:659).[26] Även varierande tolkningar av lagstiftning och därigenom olika tillämpning kan därför vara en underliggande källa till ojämlikheten. I de svar på öppna konsultationen samt i intervjuer och workshops utredningen genomfört har det framförts att det finns skillnader mellan regioner i efterlevnad av lagstiftning. Det finns också betydande variationer när det gäller följsamheten till och implementering av nationella riktlinjer och kunskapsstöd, något som både Myndigheten för vård och omsorgsanalys och Socialstyrelsen konstaterat.[27] Detta antas bidra till att utbudet av insatser och arbetssätt i vissa regioner inte motsvarar det som rekommenderas nationellt. En ojämn spridning och implementering av metoder och riktlinjer inom vården är något som därmed bidrar till skillnader som i sig kan vara omotiverade.

En centralt bidragande orsak till att ovan beskrivna variationer uppstår antas vara att regionerna har varierande ekonomiska, personalmässiga och geografiska förutsättningar. Detta har bland annat betonats i en stor del av sekretariatets genomförda möten och workshops. Dessa skillnader medför olika möjligheter att säkerställa efterlevnaden till nationella ambitioner samt att upprätthålla kompetensförsörjningen och därmed förmågan att implementera evi-

[25] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017), *Vården ur patienternas perspektiv 65 år och äldre - En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*.
[26] Inspektionen för vård och omsorg (2024), *Vad har IVO sett 2023?*
[27] Se bland annat Socialstyrelsen (2020), *Nationell utvärdering livmoderhalsscreening* och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015), *Lång väg till patientnytta – en uppföljning av nationella riktlinjers inverkan på vården i ett decentraliserat system*.

densbaserade metoder och andra behandlingsriktlinjer. Regioner med en åldrande befolkning, minskande skatteunderlag och stora geografiska avstånd har ett sämre utgångsläge än andra regioner, vilket bidrar till att skillnader uppstår, vidmakthålls och i värsta fall förvärras. Skillnaderna i skattekraft mellan regionerna har också ökat de senaste tio åren och kommer sannolikt fortsätta öka samtidigt som kostnaderna för hälso- och sjukvård troligen kommer att fortsätta att stiga vilket riskerar att påverka det regionala hälso- och sjukvårdsutbudet.[28] Inom ramen för de intervjuer och workshops som sekretariatet genomfört har uppfattningen framförts att ett antal av Sveriges regioner helt enkelt är för små, sett till befolkningsmängd, för att kunna klara sitt vårduppdrag. Även demografisk struktur och förutsättningar i fråga om hälsans olika bestämningsfaktorer, till exempel utbildningsnivå samt sociala och kulturella miljöfaktorer skiljer sig åt mellan regioner. Dessa skillnader rör faktorer som är svåra att påverka från hälso- och sjukvårdens sida men de kan bidra till en ojämlik vård och förstärka olikheter i hälsa. Flera av dessa strukturella och för regionerna icke påverkbara faktorer ingår i dag i det kommunala utjämningssystemet, som syftar till att utjämna för dessa och skapa så likvärdiga ekonomiska förutsättningar för regionerna som möjligt.

Orsaker till geografiskt ojämlik vård *inom* regioner kan utgöras av variationer i arbetssätt och organisation.[29] Oavsett vad som beslutats på regionövergripande nivå kan till exempel implementeringen av politiska beslut leda till olika resultat till följd av organisatoriska faktorer medicinsk praxis, behandlingstraditioner och ledarskap. I detta sammanhang bör också framhållas att de legitimerade professionerna inom svensk hälso- och sjukvård har ett förhållandevis stort handlingsutrymme.

I intervjuer och workshops som sekretariatet anordnat har uppfattningen framförts att det saknas en sammanhållen idé och strategi om horisontella prioriteringar[30] och hur hälso- och sjukvården

[28] Åsa Hansson (2024). *Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård*, Lunds universitet och Ratio. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén.
[29] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014), *En mer jämlik vård är möjlig - Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande*.
[30] Detta begrepp avser prioriteringar mellan till exempel verksamhetsområden, kliniker eller sjukdomsgrupper, till skillnad från vertikala prioriteringar, som handlar om val av åtgärder för sjukdomar inom en sjukdomsgrupp eller mellan olika behandlingsformer för en enskild patient. (Källa: Prioriteringscentrum).

strategiskt ska ta sig an detta. Avsaknad av gemensamma horisontella prioriteringar i kombination med en i övrigt omfattande och ibland motstridig styrning från flera olika nivåer kan därför också ses som en bidragande orsak till skillnader och bristande genomslag för nationella ambitioner både mellan och inom regioner. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys menar att för regionerna är vård efter behov mellan sjukdomsgrupper ett undanskymt mål i praktiken samtidigt som statliga styrmedel inte heller fokuserar på detta. Styrningen blir osammanhängande eftersom det saknas en gemensam bild av hur horisontella prioriteringar bör göras i praktiken, utifrån de olika mål och krav som gäller.[31]

Samordning och samverkan för en jämlik vård

Regionernas ansvar för hälso- och sjukvården gäller i princip regioner var och en för sig. Regionerna har i grunden inte ett nationellt utan regionala uppdrag och det finns inget krav i lagen på regionerna att gemensamt ta ansvar för styrningen av hälso- och sjukvården. Däremot finns vissa krav på samverkan. I HSL anges att i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare (till exempel offentliga, privata, apotek, tandvårdsaktörer) och enligt HSL ska regionen samverka med andra regioner i frågor om hälso- och sjukvård som berör flera regioner. Det är inte angivet vare sig i lagen eller i förarbetena mer konkret i vilka frågor regionerna ska samverka.

Det decentraliserade ansvaret för att tillhandahålla vård driver på behovet av samordning och samverkan för att uppnå gemensamma nationella mål. Mot denna bakgrund har regionerna sedan 2018 ett gemensamt system för samverkan och samarbete inom nationell kunskapsstyrning, som samordnas av SKR. Samarbetet syftar till att tydliggöra vårdens och patientens gemensamma utvecklingsarbete för att skapa rätt vård och behandling för varje enskild individ.[32]

Basen i den nationella kunskapsstyrningen är de 26 nationella programområdena (NPO). På den statliga sidan har tio myndig-

[31] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020), *Styra mot horisonten. Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar*.
[32] Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Om kunskapsstyrning.* Information på webben.

heter samordnat sig i Rådet för statlig styrning med kunskap inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och tandvård där Socialstyrelsens generaldirektör är ordförande. Rådet regleras i en förordning från 2015 och avser myndigheter som har i uppdrag att styra med kunskap eller att bidra till att ta fram underlag för sådan styrning. Inom kunskapsstyrningen spelar också de sex sjukvårdsregionerna en viktig roll. Sjukvårdsregionerna är bas för de olika nationella programområdena och ansvarar också för regionala programområden (RPO). Som exempel på framgångsrik samverkan inom ramen för sjukvårdsregionerna kan verksamheten hos regionala cancercentrum (RCC) nämnas.[33] De tjänstemannaledningar från de sex sjukvårdsregionerna som sekretariatet träffat uttrycker också att de samverkar aktivt för en jämlik vård inom sina geografiska ansvarsområden. Över lag finns många exempel från svaren på den öppna konsultationen och de intervjuer som utredningen genomfört att regionerna arbetar framgångsrikt med olika typer av samverkan. Bland svaren finns också beskrivningar av att många regioner kommit långt i frågan om patientmedverkan och samverkan med patientorganisationer och att många har goda samverkansstrukturer med kommuner och omgivande lokalsamhälle.

Konsekvenser för patienter, medarbetare och invånare

Vilken region man bor i har i dag en stor betydelse för vilken vård den enskilde erbjuds, både gällande vilka typer av insatser man har tillgång till och innehållet i insatserna. Inom vissa områden kan de skillnaderna i tillgång till diagnostik, vård, läkemedel, hjälpmedel och behandling etc. leda till skillnader i hälsoutfall för patienter och invånare. Skillnader i tillgång till cancerscreening innebär till exempel olika möjligheter till tidig upptäckt och behandling, vilket i förlängningen påverkar möjligheterna att överleva en cancerdiagnos. När det finns tydlig evidens för ett visst arbetssätt eller en viss insats, och detta i olika grad eller på olika sätt är implementerat i landet, innebär det att den enskilde patienten – beroende på regiontillhörighet - har tillgång till vård av olika hög kvalitet och därmed har olika chanser till goda hälsoutfall.

[33] Regionala cancercentrum i samverkan (2020), *10 år med Nationella Cancerstrategin.*

För den enskilde kan skillnaderna i vårdutbud också bli avgörande för var man väljer att bo. Personer med kroniska sjukdomar eller med sällsynta hälsotillstånd kan till exempel uppleva sig begränsade i sina livsval och sin mobilitet, eftersom valet av bostadsort påverkar vilken vård och behandling samt vilka hjälpmedel man får tillgång till. Att flytta mellan regioner kan i dag vara förenat med stora förändringar i hur vården fungerar och hur olika tillstånd behandlas.

Utöver att skillnaderna kan leda till skillnader i hälsa och mobilitet kan de också leda till minskad legitimitet för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården om patienter och medborgare uppfattar systemet som orättvist. Omvänt så stärker alltså en jämlik vård legitimiteten för hälso- och sjukvården i sin helhet.

Avslutningsvis kan det också framhållas att skillnader mellan och inom regioner kan vara positiva ur ett patient- och invånarperspektiv om de speglar en medveten anpassning till regionala och lokala förhållanden. Olika arbetssätt, behandlingar och processer kan vara likvärdiga ur ett kvalitetsperspektiv. Ibland saknas evidens, vilket innebär att utrymmet för variation måste ses som större, särskilt om skillnaderna bidrar till lärande och utveckling. Som påtalats i inledningen av detta kapitel innebär därmed inte alla skillnader att vården är ojämlik.

Om man kontrollerar för demografi och socioekonomiska faktorer verkar det dock inte som att behov av hälso- och sjukvård på gruppnivå skiljer sig mellan regioner Det finns i dag, med några få undantag[34], inte sjukdomar som konsekvent över tid existerar, och drabbar en större del av befolkningen, i enbart en eller några regioner i Sverige. Detta talar för att en reducering av variation av vårdutbud, arbetssätt och processer både mellan och inom regioner torde vara utgångspunkten för en jämlik vård.

[34] Det finns några ärftliga sjukdomar som främst är koncentrerade till vissa delar av landet, såsom Vittangisjukan och Skellefteåsjukan. Det finns också virussjukdomar som främst existerar i vissa delar av landet, som exempelvis Ockelbosjukan som sprids via myggor. Klimatförändringar såsom temperaturökningar och extrema väderhändelser i form av värmeböljor, torka och översvämningar beräknas påverka regionerna i olika stor omfattning vilket i sin tur kan skapa regionala skillnader i behov av hälso- och sjukvård. Källor: Region Norrbotten (2023), *Gällivareläkaren som upptäckte Vittangisjukan*, information på webben.
Folkhälsomyndigheten (2024), *Sjukdomsinformation om Ockelbosjukan*, information på webben.
Folkhälsomyndigheten (2024), *Hälsokonsekvenser av klimatförändring i Sverige. En risk- och sårbarhetsanalys*, information på webben.

Ett helt statligt huvudmannaskap

Nedan presenteras de slutsatser som dragits avseende förutsättningarna att uppnå en mer jämlik hälso- och sjukvård genom ett statligt huvudmannaskap. Först presenteras de hypoteser och bedömningar som framförts i de olika kvalitativa utredningsmoment som genomförts inom ramen för utredningen. Därefter presenteras de slutsatser som dragits utifrån det samlade materialet, inklusive de analyser som presenterats i rapportens tidigare kapitel.

Hypoteser och bedömningar om ett statligt huvudmannaskap i de kvalitativa momenten

Flera av de inkomna svaren i den öppna konsultationen speglar en förväntan om, eller bedömning av, att ett statligt huvudmannaskap skulle skapa förutsättningar för färre omotiverade geografiska skillnader när det gäller tillgång till diagnostik, vård och behandling och en jämnare kvalitet. Att vården skulle utvecklas och styras i en nationell och mer centraliserad organisation lyfts som en potentiell fördel om de centraliserade samverkansformerna innebär ökad patientdelaktighet. Det lyfts också en förhoppning om att en centraliserad styrning kan leda till större och snabbare genomslag för förbättrade rutiner gällande behandling och bemötande. Motsvarande uppfattningar har också framförts i flera av de möten och andra dialoger som sekretariatet genomfört.

Ett förhållandevis vanligt antagande som framförts till sekretariatet är till exempel att ett statligt huvudmannaskap skulle kunna bidra till att utjämna regionernas ekonomiska förutsättningar mer än vad dagens utjämningssystem gör, vilket också skulle kunna minska de geografiska skillnaderna i tillgång till diagnostik, vård och behandling. I den expertdialog om jämlik vård som anordnades var deltagarna till exempel förhållandevis överens om att staten skulle ha lättare att styra resursfördelning geografiskt samt mellan vårdområden och patientgrupper.

Ett annat antagande som framförts i workshops och dialoger är att ett statligt huvudmannaskap skulle kunna medföra en mer enhetlig styrning och ett enhetligt beslutsfattande kring bland annat vårdutbud och läkemedel, och att detta skulle bidra till en mer jämlik vård. Nationella prioriteringar och ökade möjligheter till kapaci-

tetsutnyttjande i hela landet har också framförts som vägar till en mer jämlik vård genom ett statligt huvudmannaskap. I samband med detta har det dock också påpekats att en sådan styrning förutsätter ett förtydligande och en konkretisering av innebörden i målet om vård på lika villkor och efter behov. Andra förutsättningar för att en statlig styrning ska kunna bidra till en mer jämlik vård som framhållits är att det behöver finnas en fungerande styrkedja från regering ned till verksamheterna, ersättningssystem som ger incitament för jämlikhet och prioritering av de med störst vårdbehov.

I såväl den öppna konsultationen som de övriga kvalitativa momenten har det samtidigt också problematiserats och ifrågasatts om ett statligt huvudmannaskap verkligen skulle kunna bidra till en mer jämlik vård. Flera har till exempel betonat jämlikhetens nära koppling till kompetensförsörjningen och menat att denna troligen inte skulle lösas av ett statligt huvudmannaskap, vilket i sig skulle begränsa möjligheterna att uppnå en mer jämlik hälso- och sjukvård. Många har också framfört att staten inte skulle ha bättre förutsättningar att påverka medarbetarnas beteende eller följsamhet gentemot riktlinjer och andra styrsignaler inom hälso- och sjukvården eller att skapa effektiva lärprocesser, vilket också begränsar möjligheterna att uppnå en mer jämlik vård.

I de dialoger och workshops som genomförts har det också framförts en risk för att ett statligt huvudmannaskap skulle kunna leda till ett ökat fokus på större patientgrupper och deras tillgång till vård snarare än små patientgrupper och patientgrupper med komplexa behov, vilket skulle kunna leda till nya typer av ojämlikheter. Samtidigt har det också framförts att det just för mindre patientgrupper, till exempel patienter med sällsynta tillstånd, skulle kunna uppnås en mer jämlik hälso- och sjukvård.

Farhågor har också uttryckts kring att den samverkan som i dag bedrivs mellan regioner och kommuner skulle riskeras med ett statligt huvudmannaskap vilket i sig kan få negativa följder för den jämlika vården för patienter med behov av insatser från flera huvudmän, exempelvis sköra äldre med insatser från både hemtjänst och regional vård. Vidare har det lyfts att vårdvalsfrågan blir svår att hantera med ett statligt huvudmannaskap. Givet att marknaden för vårdtjänster ser så olika ut i olika delar av landet skulle ett nationellt vårdvalssystem kunna förstärka ojämlikheten.

I förhållande till frågan om en mer jämlik hälso- och sjukvård genom ett statligt huvudmannaskap har det återkommande i de kvalitativa utredningsmomenten också påpekats att nuvarande förvaltningsmodell ger utrymme för både regional och sjukvårdsregional anpassning utifrån regionala vårdbehov, något som troligen skulle försämras med ett statligt huvudmannaskap. Det har uttryckts farhågor om att en strävan mot en mer jämlik vård i praktiken skulle likställas med en likadan vård, vilket skulle kunna innebära att det visserligen blir mer lika, men inte nödvändigtvis bättre. I sammanhanget framhölls att "en jämlik vård är inte samma sak som en likadan vård överallt". Det har också ifrågasatts vilka mekanismer i ett statligt huvudmannaskap som skulle kunna bidra till en ökad medicinsk kvalitet.

Observationer utifrån det samlade underlaget

I detta avsnitt analyseras hur de direkta konsekvenser och konsekvenser på längre sikt som identifierats i kapitel 6 och 7 kan stödja eller motverka en jämlik vård. I analysen beaktas också de hypoteser som framförts inom de kvalitativa momenten som redogjorts för tidigare i detta avsnitt. Sammanfattningsvis har följande observationer gjorts utifrån det samlade underlaget när det gäller möjligheterna att uppnå en mer jämlik hälso- och sjukvård genom ett statligt huvudmannaskap:

- De geografiska variationer i vårdutbud och villkor som beror på olika politiska beslut och prioriteringar kan troligen utjämnas genom ett statligt huvudmannaskap.
- Storleken på den statliga myndighetsorganisationen för att tillhandahålla vård kan försvåra de politiska styrsignalernas genomslag, vilket i sin tur kan begränsa möjligheterna att uppnå en mer jämlik vård.
- Variationer som beror på skilda ekonomiska förutsättningar kan möjligen utjämnas, men statens förmåga att uppnå förbättringar avseende kompetensförsörjningen kan begränsa effekten.
- Geografiska variationer som beror på skilda behandlingstraditioner och medicinsk praxis påverkas inte direkt av en huvudmannaskapsreform.

- Särskilda policyåtgärder behöver vidtas i samband med reformen för att understödja utvecklingen mot en mer jämlik vård.
- Det finns alternativa vägar för att öka jämlikheten.

Nedan redogörs närmare för respektive observation utifrån punktlistan ovan.

De geografiska variationer i vårdutbud och villkor som beror på olika politiska beslut och prioriteringar kan utjämnas

I scenariot med ett helt statligt huvudmannaskap samlas systemansvaret, finansieringsansvaret, tillhandahållaransvaret samt åtminstone initialt också verksamhetsansvaret hos staten. Detta medför i praktiken en centralisering av det politiska ansvaret och den politiska styrningen som tillfaller riksdag och regering vilket diskuterats tidigare i rapporten. Det politiska ansvaret koncentreras till två politiska nivåer (riksdag och kommuner) i stället för tre.

Som beskrivits i kapitel 6 medför detta förutsättningar för en mer enhetlig och mindre detaljerad politisk styrning och att genomslaget för den nationella politiska styrningen ökar jämfört med i dag. Vid ett statligt huvudmannaskap skulle riksdag och regering få väsentligt mer direkta möjligheter att strategiskt och operativt styra hälso- och sjukvårdens utveckling jämfört med nuvarande ordning. Ytterligare en konsekvens som följer av den centraliserade politiska styrningen är en minskad mängd politiska styrsignaler vilket också innebär en potential för en minskad mängd motstridiga politiska styrsignaler jämfört med i dag. Även möjligheten till ett stärkt nationellt perspektiv och nyttjande av stordriftsfördelar i hantering av gemensamma frågor och funktioner följer som en konsekvens av att den politiska styrningen centraliseras.

Ett helt statligt huvudmannaskap kan mot bakgrund av det centraliserade politiska beslutsfattandet, och den därtill kopplade centraliserade politiska styrningen, bidra till att undanröja hinder för de skillnader som kommer ur politiska beslut som de 21 regionerna i dag fattar, skillnader som kan påverka den jämlika vården. Med detta sagt kan ett statligt huvudmannaskap medföra ett ökat inslag av enhetliga prioriteringar, processer, patientavgifter och riktlinjer och andra kunskapsstöd för ett mer likartat vårdutbud

av god kvalitet inom hälso- och sjukvården. Att ett helt statligt huvudmannaskap antas medföra bättre förutsättningar för en samordnad styrning av hälso- och sjukvården som i sin tur kan skapa mer jämlikhet kring läkemedelsintroduktioner och nya behandlingar lyftes exempelvis i den workshop där jämlik vård fokuserades.

Möjligen skulle ett statligt huvudmannaskap kunna stärka förutsättningarna för efterlevnad av lagstiftningen inom hälso- och sjukvårdsområdet i den mån efterlevnaden av lagstiftningen i dag kommer ur olika politiska prioriteringar i regionerna. De förbättrade förutsättningar som identifierats innebär dock inte per automatik att vården blir mer jämlik utan att just *förutsättningarna* för en jämlik vård förbättras. I samband med reformen behöver politiskt ansvariga genomföra åtgärder som stödjer en jämlik vård. Att statens styrning skulle få en annan effekt är beroende av om riksdag och regering vill göra något som regionen inte velat eller att man kan göra något som regionen inte kunnat. Några garantier för att detta skulle ske går inte att ställa ut på förhand även om ett rimligt antagande är att en jämlik hälso- och sjukvård även inom ramen för ett statligt huvudmannaskap skulle vara en prioriterad fråga. Utfallen för patienter och invånare beror under alla omständigheter på vad riksdag och regering faktiskt beslutar om. Men utifrån fattade politiska beslut kan riksdagen exempelvis stifta lagar utan hänsyn till den kommunala självstyrelsen.

En avgörande utgångspunkt torde i detta sammanhang vara att det finns en tillräcklig politisk enighet om hur jämlik vård ska definieras, operationaliseras, genomföras och följas upp. Ett tema som återfinns i det kvalitativa underlaget rör just själva definitionen av jämlik vård. Inom ramen för den särskilda workshop med experter på temat jämlik vård framhöll många av deltagarna svårigheten med att definiera jämlikhet eftersom olika grupper ser på jämlikhet på olika sätt. Det poängterades att fler aktörer än enbart politiska företrädare behöver vara delaktiga i att definiera jämlik vård. Det framfördes att jämlikheten skulle kunna definieras i samråd med representanter för akademin, professionerna och patienterna. En risk som fördes fram med att jämlikheten endast ska definieras av riksdagen var att den geografiska representationen är ojämlik bland riksdagsledamöterna vilket skulle kunna medföra en geografiskt sett obalanserad definition.

Många patientföreningar har inom ramen för den öppna konsultationen framhållit att det sannolikt är svårare för staten att driva nationella planer med visioner, mål och tillhörande prioriteringar i sektorer där de inte själva är huvudman för verksamheten och att det på så vis kan det vara en fördel om staten tar över huvudmannaskapet. Vidare uttrycks en förhoppning i dessa inspel att ett statligt huvudmannaskap skulle kunna medföra en tydlig specifikation kring vilken vård som måste finnas tillgänglig för alla invånare i Sverige på rimligt avstånd och med rimliga väntetider.

En fråga med stor betydelse för vårdutbudet är hur vårdval och ersättningsystem ska beslutas med ett centraliserat politiskt beslutsfattande. Sekretariatet utgår från att det även i scenariot med ett helt statligt huvudmannaskap skulle vara en politisk fråga om vilka områden som omfattas av vårdvalssystemet. Därmed skulle vårdvalen och ersättningssystemen kunna utformas mer enhetligt utifrån ett nationellt perspektiv om den nationella politiken så beslutar. Den varierande tillgången till vård för invånarna som följer av dagens vårdvalssystem samt av att olika prioriteringar styr verksamheterna inom primärvården kan då hanteras på annat sätt. Det är också möjligt att riksdagen beslutar om övergripande principer medan den mer operativa hanteringen av frågor om vårdval och ersättningsmodeller är ett ansvar för en statlig myndighet. Hur ett nationellt vårdvalssystem som understödjer en jämlik vård och ger patienter med störst behov företräde skulle organiseras och implementeras behöver utredas i särskild ordning.

Storleken på den statliga myndighetsorganisationen för att tillhandahålla vård kan försvåra genomslaget i verksamheterna

I scenariot om ett helt statligt huvudmannaskap som skisseras i avsnitt 3.2 beskrivs en organisation bestående av en eller sex statliga myndigheter för tillhandahållande av hälso- och sjukvård. Denna reformering innebär en centralisering av förvaltningsorganisationen jämfört med nuläget. Det innebär också att förvaltningsorganisationerna blir väsentligt större än nuvarande regionala organisationer. Detta medför att driften av vården sker inom väsentligt större administrativa enheter än i dag. Den politiska styrkedjan blir kortare men sekretariatets uppfattning är att en längre administrativ styrkedja tillkommer. Det har framförts hypoteser inom ramen för

utredningsarbetet att implementeringen av nationella ambitioner genom en statlig förvaltningsorganisation där den regionalpolitiska nivån inte längre är en faktor borde få positiv effekt på genomslaget av dessa ambitioner.

Som beskrivits i kapitel 4 innehåller Statskontorets analyser av tidigare enmyndighetsreformer flera lärdomar som bör beaktas inför ett förändrat huvudmannaskap för hälso- och sjukvården.[35] Statskontorets analyser visade att det var ett återkommande problem att det inom ramen för dessa reformer varit svårt att få genomslag för styrsignalerna ute i organisationen.[36] Vidare visar Statskontorets analys att det i flera myndigheter har kvarstått oklarheter när det gäller ansvar och befogenheter för olika delar av organisationen i några år efter reformen. Det förekommer också exempel på när det behövs genomföras flera omorganiseringar av den centrala verksamheten efter reformen. Motiv till detta har varit att det ökade avståndet mellan enmyndighetens högsta ledning och den operativa nivån varit problematisk. Motsvarande logik kan inträda vid en huvudmannaskapsreform för hälso- och sjukvården.

Oavsett val av myndighetsorganisation medför en huvudmannaskapsförändring en centralisering som ökar avståndet till beslutsfattare och därmed inträder en risk för svårigheter att få genomslag för styrningen. Detta skulle till viss del kunna avhjälpas genom en decentraliserad myndighetsorganisation och beslutsstruktur, men då med nackdelen att enmyndighetens fördelar när det gäller tydlighet i styrning och kan ledning gå förlorad. Statskontoret har pekat på att enmyndighetsorganisationen ger vissa grundförutsättningar, till exempel när det gäller styrning och uppföljning av verksamheten. Den operativa styrningen av stora myndigheter kan dock i sig vara utmanande vilket Statskontoret också visat, vilket kan medföra hinder för genomslaget av en jämlik vård vid ett helt statligt huvudmannaskap. Exempel på utmaningar inom en stor myndighet är att motstridiga signaler inom den operativa styrningen kan prägla verksamheten och att det kan vara svårt att hitta en rimlig balans mellan central styrning och lokalt ansvar. Det kan

[35] Statskontoret (2010), *När flera blir en – om nyttan med enmyndigheter*.
[36] Dessa beskrivs här som lärdomar om effekter av centralisering, utifrån antagandet att enmyndighetsreformer i grunden handlar om en ökad centralisering. Ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården skulle innebära just en ökad centralisering, detta oavsett om hälso- och sjukvårdens tillhandahållande skulle organiseras i en enmyndighetslösning eller i en struktur med flera regionala myndigheter. Graden av centralisering skiljer sig däremot mellan de två alternativen.

också vara en utmaning för regeringen att säkerställa långsiktighet och helhetsgrepp i sin myndighetsstyrning när en myndighet är stor och verksamheten komplex.[37] Statskontorets analyser visar också att förändringsarbete i stora myndigheter ofta tar längre tid och kostar mer att genomföra än planerat och att det kan vara utmanande att få samarbetet mellan central och operativ nivå att fungera.[38]

Om en enmyndighetsreform genomförs skulle storleken på organisationen – med cirka 300 000 anställda - bli extraordinär i jämförelse med storleken på befintliga myndigheter inom svensk statlig förvaltning. Detta skulle säkerligen i hög grad aktualisera Statskontorets identifierade utmaningar vad gäller den operativa styrningen. Även om det statliga huvudmannaskapet skulle organiseras inom ramen för sex statliga myndigheter med geografiskt ansvar att tillhandahålla vård till befolkningen skulle det medföra styrningsutmaningar. Dessa myndigheter skulle behöva ha en hög grad av samverkan mellan sig och med andra statliga myndigheter och det finns, enligt vad sekretariatet erfar, inga belägg för att statliga myndigheter klarar sådan samverkan bättre än vad regioner gör.

Det finns därmed en risk att vissa aspekter av ojämlikhet som präglar dagens förvaltningsmodell med 21 regioner skulle kvarstå både med en förvaltningsmodell bestående av en eller sex statliga myndigheter. Sammantaget antas att myndighetens storlek kan försvåra styrningens genomslag och begränsa möjligheterna till en ökad effektivitet i styrningen och att förutsättningarna för implementering av förändringsambitioner i verksamheter är oförändrade eller möjligen försämrade jämfört med nuvarande ordning, vilket tidigare diskuterats i kapitel 6.

Inom ramen för den statliga myndighetsorganisationen behöver staten ta över det nu pågående arbetet med att utveckla och stärka samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården. Sekretariatet har inte funnit något stöd för antagandet att ett statligt huvudmannaskap skulle medföra bättre förutsättningar än ett regionalt huvudmannaskap för att utveckla samverkan med kommunerna och åstadkomma en mer sammanhållen hälso- och sjukvård för patient-

[37] Statskontoret (2024), *Utmaningar i styrningen inom stora myndigheter* och *Förändringsarbete inom stora myndigheter*. Information på hemsidan.
[38] Statskontoret (2024), *Utmaningar i styrningen inom stora myndigheter* och *Förändringsarbete inom stora myndigheter*. Information på hemsidan.

grupper i behov av detta. Vid de möten och workshops som sekretariatet genomfört har starka farhågor i stället framförts att den befintliga samverkan mellan regioner och kommuner skulle riskeras, åtminstone i ett initialt skede. Denna farhåga har framhållits inom ramen för de möten sekretariatet haft med tjänstemannaledningarna i regionerna. Även många patientföreningar har i svar på den öppna konsultationen och i intervjuer uttryckt att statliga aktörer kan ha problem i sin samverkan som till exempel samverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, i arbetet kring rehabilitering, eller mellan polisen och kriminalvården. Även om det framhålls att ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården skulle kunna öka vissa förutsättningar för en mer jämlik och mindre fragmenterad vård skulle samverkan mellan olika huvudmän bli en stor utmaning.

Inom ramen för de intervjuer och möten som genomförts har också uppfattningen framförts att ojämlikheten, kontinuiteten och andra problem delvis hänger samman med andra faktorer och har andra orsaker än nuvarande styrning och organisering och därför inte heller löses med ett statligt huvudmannaskap. Som förklaring till den ojämlika vården anges att problemen snarare ligger i det nära ledarskapet och den verksamhetsnära styrningen och att en huvudmannaskapsreform inte kommer åt detta problem. Att ägna reformkraft åt en ny ansvarsfördelning beskrivs kunna leda till att annan angelägen utveckling inte kan prioriteras. Det beskrivs också i svaren på den öppna konsultationen att det generellt finns en osäkerhet kring om ett statligt huvudmannaskap kan realisera de förväntningar som finns gällande till exempel en jämlik vård. Några lyfter att det är oklart hur grundläggande problem som hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning eller regionernas varierande geografiska, ekonomiska och demografiska förutsättningar skulle förbättras med ett statligt huvudmannaskap, vilket diskuteras i nästa avsnitt.

En annan typ av hypotes som framförts är att en förstärkt jämlikhet inom ramen för nuvarande resursram kan leda till att invånare som i dag bor i regioner med den bästa tillgången till vård av hög kvalitet upplever en nivåsänkning. Ett par patientorganisationer uttrycker i sina svar på den öppna konsultationen en angelägenhet om att en jämlik vård uppnås genom att vården i de regioner

som i dag släpar efter blir bättre och inte genom att de bästa försämras.

Variationer som beror på skilda ekonomiska förutsättningar kan utjämnas om skilda ekonomiska förutsättningar mellan regioner utjämnas

En centralt bidragande orsak till variationer i vårdens utbud och villkor är, som redogjorts för tidigare i rapporten, att regioner har varierande förutsättningar. Dessa skillnader medför olika möjligheter att säkerställa efterlevnaden till nationella ambitioner samt att upprätthålla kompetensförsörjningen och därmed förmågan att implementera evidensbaserade metoder och andra behandlingsriktlinjer. Regioner med en åldrande befolkning, minskande skatteunderlag och stora geografiska avstånd har ett sämre utgångsläge än andra regioner, vilket kan bidra till att skillnader uppstår, vidmakthålls och i värsta fall förvärras.

Ett statligt huvudmannaskap skulle kunna stärka förutsättningarna för en mer strategisk och effektiv styrning i förhållande till att utjämna omotiverade skillnader som förklaras av att regionerna har varierande ekonomiska och personalmässiga förutsättningar. Utjämnande av geografiska förutsättningar är svårare att åstadkomma med ett statligt huvudmannaskap och dessa kommer att kvarstå oaktad huvudman vilket medför att avståndet till vårdinrättningar fortsatt kommer att skilja sig åt beroende på var i landet man bor.

För att utjämna skillnader i vårdutbud och villkor som kommer ur regionernas olika ekonomiska förutsättningar krävs ett utjämnade av de ekonomiska förutsättningarna för hälso- och sjukvården i olika delar av landet. Som diskuteras tidigare i rapporten förändras formerna för finansiering och resursfördelning väsentligt genom att en skatteväxling sker och att staten ansvarar för att både inhämta och fördela resurser till hälso- och sjukvården. Genom en skatteväxling skulle skillnader i skatteintäkter inte vara avgörande för hälso- och sjukvårdsutbudet vilket är en risk i dag. Vidare skulle en resursfördelningsmodell möjligen kunna skapas för en mer jämlik resursfördelning över landet. Däremot innebär inte en huvudmannaskapsförändring att sjukvården automatiskt tillförs mer resurser. Eftersom det är osäkert om och hur en huvudmannaskapsreform bidrar till en förändrad situation avseende kompetensförsörjning är

det också osäkert i vilken utsträckning förändringarna avseende om en mer enhetlig styrning och jämlik ekonomi kan omsättas i ett mer jämlikt vårdutbud.

Att kompetensförsörjning är en utmaning för hälso- och sjukvården i dag är något som återkommit under utredningsarbetet. Som visats tidigare i rapporten kan ett statligt huvudmannaskap medföra ett ökat nationellt perspektiv och central styrning när det gäller hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Detta kan underlätta för nationell planering och dimensionering av utbildningstjänster och utbildningsplatser. I övrigt är det få mekanismer i ett förändrat huvudmannaskap som förändrar förutsättningarna för en hållbar kompetensförsörjning. Effekter på kompetensförsörjningen för att bland annat åstadkomma en mer jämlik vård förutsätter därför särskilda åtgärder vid sidan av huvudmannaskapsreformen.

Geografiska variationer som beror på skilda behandlingstraditioner och medicinsk praxis påverkas inte direkt av en huvudmannaskapsreform

Den geografiska ojämlikhet inom regioner som förklaras av lokala skillnader i medicinsk praxis och behandlingstraditioner kommer troligen staten vare sig ha bättre eller sämre förutsättningar än regionerna att påverka. I detta sammanhang bör återigen framhållas att de legitimerade professionerna inom svensk hälso- och sjukvård har ett stort handlingsutrymme. Om de politiska besluten fattas längre bort från verksamheterna, som är fallet vid ett statligt huvudmannaskap för vården, kan man till och med argumentera för att lokala behandlingstraditioner kan få ännu starkare fäste.

Med ett statligt huvudmannaskap skulle alltså utmaningarna troligen kvarstå vad gäller att utjämna de omotiverade geografiska skillnader i vårdens utbud och innehåll som i dag finns *inom* regioner som kopplar an till lokala behandlingstraditioner och bemötandefrågor. Även med ett statligt huvudmannaskap kommer det vara en fortsatt utmaning att åstadkomma en jämlik vård mellan olika grupper. Erfarenheter från andra statliga sektorer och andra länder visar vidare att omotiverad variation och skillnader mellan delar av landet finns även i centralt styrda system. Erfarenheter från Danmark, Norge och England indikerar exempelvis att det är oklart i vilken utsträckning som förändring av ansvarsfördelningen för

vården kan påverka socioekonomiska skillnader.[39] Det finns också fortfarande ojämlikheter i vården i både Norge, Danmark och Finland utifrån både geografi och socioekonomi efter genomförda strukturreformer.[40]

Förutsättningarna att komma åt den socialt betingade ojämlikheten kommer även att vara en utmaning inom ramen för ett statligt huvudmannaskap enligt utredningens samlade bedömning. För att nå framgång med att utjämna omotiverade skillnader inom dessa områden bedömer sekretariatet att det i första hand krävs kunskap hos verksamhetsnära chefer och vårdpersonal om olika patientgrupper samt i förekommande fall förändrade arbetssätt. Den demografiska strukturen och förutsättningar i fråga om hälsans olika bestämningsfaktorer, till exempel utbildningsnivå samt sociala och kulturella miljöfaktorer kommer skilja sig geografiskt även med ett statligt huvudmannaskap. Som beskrivits tidigare i detta avsnitt kopplar dessa skillnader till faktorer som är svåra att påverka från hälso- och sjukvården sida generellt. Eftersom de kan bidra till en ojämlik vård och förstärka olikheter i hälsa är det en utmaning för vården som går utöver frågan om huvudmannaskap.

Särskilda policyåtgärder behöver vidtas i samband med reformen som understödjer utvecklingen mot en mer jämlik vård

Enligt sekretariatets samlade analys medför inte ett statligt huvudmannaskap per automatik att vården blir mer jämlik. Vad analyserna visat är att ett statligt huvudmannaskap kan bidra till att undanröja hinder för de skillnader som kommer ur politiska beslut som de 21 regionerna i dag fattar. Ett förbehåll för implementering av förändringsambitioner i verksamheterna utgörs av storleken på den statliga organisationen för tillhandahållande av vård. Storleken kan i sig försvåra styrningens genomslag och begränsa möjligheterna till en ökad effektivitet i styrningen.

Vad gäller en mer jämlik vård finns heller inga tydliga utfall i länder som centraliserat ansvaret för hälso- och sjukvården vilket diskuterades i kapitel 4. Till del beror det på att det är svårt att följa

[39] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014), *Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem. Erfarenheter från Danmark, Norge, England och Nederländerna*.
[40] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Strukturreformer i Norden*, *Analys av hälso- och sjukvårdssystemen i Norge, Danmark och Finland.*

effekterna eftersom länderna inte har preciserat målen eller omsatt dem i konkreta insatser. Om strukturreformen år 2002 i Norge resulterade i en mera jämlik geografisk fördelning av specialistvården har dock studerats av Nerland SM och Hagen TP.[41] Den huvudsakliga slutsatsen i studien är ”at staten ikke har oppnådd målet om større likhet i tilgangen på spesialisthelsetjenester”. Studien kunde inte dra några slutsatser om problem med ojämlikhet blivit större eller mindre jämfört med före reformen. I kapitel 4 konstaterades att Norge, Danmark och Finland står ungefär inför samma utmaningar i vården som före reformerna, och det handlar till viss del om just de problem som reformerna skulle lösa. En övergripande lärdom mot denna bakgrund är att garantier för en för en mer jämlik vård inte går att ställa ut på förhand inför en centralisering inom hälso- och sjukvårdssektorn. I samband med reformen behöver politiskt ansvariga således genomföra åtgärder för stärkt jämlikhet. Utfallen för patienter och invånare beror på vad staten faktiskt beslutar om och gör inom ramen för sitt huvudmannaskap.

En avgörande utgångspunkt torde vara att det finns en tillräcklig politisk enighet om hur jämlik vård ska definieras, operationaliseras, genomföras och följas upp. Som diskuterats tidigare i rapporten kan det också finnas skäl att överväga en särskild funktion i likhet med Försvarsberedningen vid ett statligt huvudmannaskap för att säkerställa någon form av långsiktig lösning för politisk enighet i övergripande frågor kring hälso- och sjukvårdens utveckling. En hälso- och sjukvårdsberedning skulle vid ett statligt huvudmannaskap kunna utgöra ett värdefullt stöd för regeringens styrning och säkerställa långsiktighet i vissa grundläggande frågor. Detta skulle kunna vara en åtgärd för att minska den kortsiktighet i den politiska styrningen som ofta framhålls som ett problem för hälso- och sjukvårdens funktionssätt och utveckling.

Det är möjligt att inom ramen för ett statligt huvudmannaskap påverka strukturer vad gäller exempelvis ökade satsningar på primärvård i socioekonomiskt utsatta områden och att hålla ned avgifterna till olika typer av vård. Detta skulle kunna medföra en ökad tillgång till vård för socioekonomiskt utsatta grupper. Andra initiativ kan handla om att öka tillgängligheten till hälso- och sjuk-

[41] Nerland, S. och Hagen, T. (2008), *Forbruk av spesialist-helsetjenester*. Tidsskrift for samfunnsforskning Vol.49. s. 65.

vården för alla invånare, uppmärksamma särskilda behov hos utsatta grupper samt stärka det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande perspektivet. Strukturella aspekter av detta slag är beroende av politiska beslut.

Alternativa förändringar för en mer jämlik vård

Inom ramen för den kvalitativa datainsamling som sekretariatet genomfört har ett flertal idéer förts fram kring hur en mer jämlik vård kan uppnås utan förändringar i huvudmannaskapet. I svar på den öppna konsultationen finns exempel från aktörer, som företräder olika perspektiv, att utjämnande av omotiverade skillnader som kan uppnås med en huvudmannaskapsreform också kan uppnås genom att antalet regioner blev färre. Bland annat nämns en regional indelning utifrån dagens sex samverkansregioner som en möjlig och mindre ingripande reform för att uppnå en mer jämlik vård.

Ett minskat antal huvudmän skulle kunna underlätta en samstämmig och jämlik implementering av nya vårdprogram och riktlinjer men också möjliggöra en mer enhetlig uppföljning. Detta förutsätter dock en mer ändamålsenlig nationell samordning och styrning. I svaren uttrycks också flera varianter av hur den statliga styrningen, den nationella samordningen och uppföljningen kan stärkas för att i högre grad säkerställa efterlevnad till lagstiftningen, nationella mål och riktlinjer samt rekommendationer om vård- och screeningprogram. I detta sammanhang betonas bland annat ett behov av att stärka myndigheternas ställning.

Från många patientföreningar framförs en önskan om en skarpare tillsyn kompletterat med möjlighet till sanktioner i de fall efterlevnaden av lagstiftningen på hälso- och sjukvårdens område brister. Riktlinjer om ett enhetligt vårdutbud för att stärka den jämlika vården bör formuleras som krav och inte bara som rekommendationer. Det finns ett behov av att säkerställa att riktlinjer som tas fram följs och att de inte ska vara beroende av regionala beslutsfattares egna prioriteringar. I ett svar på den öppna konsultationen uttrycks det på följande sätt:

> De statliga myndigheterna behöver få ett sant mandat och utökat ansvar att kunna genomföra långsiktiga initiativ som verkar för en mer jämlik vård. Riktlinjer och rekommendationer som tas fram ska följas, de ska inte vara avhängiga regionala beslutsfattares egna prioriteringar.

> Det bör även vara de statliga myndigheternas roll att efterse att de lagar vi har som reglerar hälso- och sjukvården samt patienträttigheter efterlevs av de olika aktörerna inom vården och att ha mandat att införa sanktioner eller restriktioner om så inte görs.

I det kvalitativa utredningsunderlaget beskrivs generellt ett behov av fler nationella mål som en stärkt nationell uppföljning, tillsyn och kontroll kan kopplas till. Ett förslag är att det behövs tydligare nationella mål gällande lägstanivåer i olika delar av hälso- och sjukvården. Bland svaren lyfts också ett behov av stärkt kontroll av vårdkvalitet och fler nationella och mätbara mål när det gäller jämlikhet i hälso- och sjukvården. Oberoende uppföljning, utvärdering och kontroll av hälso- och sjukvårdens effektivitet och produktivitet, kostnader, prestationer och utfall beskrivs som områden där insatserna bör förstärkas och där staten bör ta ett större ansvar för att möjliggöra en mer jämlik vård.

I den workshop på temat jämlik vård som arrangerades med experter lyftes att de fördelar man ändå såg med ett helt statligt huvudmannaskap, i form av en mer enhetlig och långsiktig styrning, i stället kan tillskapas om regionernas uppdrag kring jämlik vård tydliggörs, deras skattebas utökas eller att staten tar ett större finansieringsansvar. Sekretariatet menar att fördelar med ett statligt huvudmannaskap som inte kan uppnås med endast en ändrad ansvarsfördelning mellan stat och regioner eller med en förändrad statlig styrning gäller de skillnader som kommer ur de beslut som regionerna fattar i dag.

Ett delvis statligt huvudmannaskap

I det här avsnittet görs en sammanvägd bedömning av förutsättningarna för en jämlik vård genom att staten tilldelas huvudmannaskapet för vissa delar av vården. Flera av analyserna om ett helt statligt huvudmannaskap är överförbara till ett delvis statligt huvudmannaskap i den del som övergår till staten. Det finns dock särskilda risker med ett delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvårdssystemet i sin helhet.

Inom den öppna konsultationen och vid mötena som sekretariatet genomfört uttrycks färre uppfattningar om ett delvis statligt huvudmannaskap i jämförelse med ett helt statligt huvudmanna-

skap. I den workshop som arrangerades med experter där jämlik vård fokuserades uttrycktes dock ett flertal farhågor med ett delvis statligt huvudmannaskap. Ett tema som framkom under workshopen var att tilliten till och förståelsen för hälso- och sjukvårdssystemet kan minska vid ett delstatligt huvudmannaskap. Det uttrycktes även en farhåga kring att ansvar och ansvarsutkrävandet kan bli mer otydligt än vad det är i dag. Det framfördes också en risk att ingen aktör skulle känna sig ansvarig för helheten på grund av en ökad fragmentisering vilket i sig skulle riskera en jämlik vård. Även vårdkedjor skulle fungera sämre om fler aktörer har huvudmannaskap för olika delar av vården enligt deltagarnas uppfattning. Att dela upp primär- och specialistvård skulle vidare vara svårt eftersom de är så tätt sammanhängande i praktiken. Särskilt påtalades risken för försämringar för patienter som i dag befinner sig i gränssnittet mellan kommunal och regional hälso- och sjukvård. Som diskuterades i kapitel 4 innebär ett ökat inslag av flernivåstyrning en ökad grad av institutionell komplexitet; fler aktörer är involverade i styrningen och behoven av samordning tillsammans med inslagen av nätverksstyrning, samarbete och utbyte leder till en komplex institutionell miljö med många arenor.

Sekretariatet bedömer att ett delvis statligt huvudmannaskap för *specialiserad vård* kan skapa andra förutsättningar än i dag för att planera, prioritera, finansiera och styra den specialiserade vården i ett nationellt perspektiv i syfte att åstadkomma en mer jämlik hälso- och sjukvård. Scenariot innebär samtidigt att regioner och kommuner är huvudmän för all övrig vård. Därmed kommer inte de förutsättningarna att gälla för hela hälso- och sjukvården, utan enbart den specialiserade vården och för undervarianternas respektive del. De förbättrade förutsättningarna att ur ett nationellt perspektiv styra vården enhetligt och mer strategiskt som konstaterats möjliga att uppnå med ett statligt huvudmannaskap skulle därmed endast komma vissa patienter till del.

Beroende på variant av scenariot varierar antalet patienter som berörs av dessa förbättrade förutsättningar. Vad som påverkar patienterna varierar också. Om man till exempel har en cancerdiagnos men är frisk i övrigt kan en sådan här huvudmannaskapsreform skapa förutsättningar för ökad kvalitet och effektivitet, genom ett nationellt sammanhållet huvudmannaskap i en tydligare vårdkedja. Om man som patient tillhör gruppen sköra äldre med kroniska

sjukdomar kommer vårdkedjan involvera tre huvudmän i stället för som i dag två och den tillkommande huvudmannen är statlig. Om staten tilldelas huvudmannaskapet för specialistvården finns en risk för att man skapar en hierarki där staten och den specialiserade vården blir överordnad övrig vård.

Ett statligt huvudmannaskap för den *primärvård* som regionerna i dag ansvarar för kan skapa andra förutsättningar än i dag för att planera, prioritera, finansiera och styra primärvården i ett nationellt perspektiv i syfte att åstadkomma en mer jämlik hälso- och sjukvård. Scenariot innebär att kommuner har kvar sitt nuvarande primärvårdsuppdrag och att regioner och kommuner är huvudmän för all övrig vård. Därmed kommer inte de beskrivna förutsättningarna att gälla för hela hälso- och sjukvården, utan enbart för den del av primärvården som regionerna i dag ansvarar för. Den ökade jämlikhet som det kan skapas förutsättningar för att uppnå skulle därmed komma vissa patienter till del men inte patienterna i andra delar av hälso- och sjukvården. En fråga som har lyfts under utredningsarbetet är huruvida ett statligt huvudmannaskap för primärvården skulle kunna påskynda omställningen mot en nära vård vilket i sig antas vara viktigt för en jämlik vård på lika villkor mellan olika patientgrupper. Omställningen har ur ett systemperspektiv hittills bara lett till mindre förändringar när det gäller ekonomiska resurser, kompetensförsörjning och vårdkonsumtion för den primärvård som regionerna ansvarar för.[42] Det har blivit tydligt att staten i nuläget har högst begränsade möjligheter att påverka en ökad reformtakt i arbetet med att utveckla den nära vården. Staten har hittills satsat 28 miljarder i stimulansbidrag 2019–2023 till regioner och kommuner men dessa satsningar har inte kommit att återspeglas i regionernas styrning av primärvården.[43] Den statliga styrningen av omställningen är omfattande men delvis otydlig och saknar ansvarsutkrävande komponenter. Det saknas också en helhetssyn på hur olika delar av vården ska samverka för att uppnå målen, i synnerhet hur resurser ska prioriteras mellan olika delar av vården.[44] Om staten som beskrivs i scenariot tar över huvudmannaskapet för den primärvård som regionerna i dag ansvarar för skulle förutsättningar för en förbättrad tillgänglighet kunna skapas genom en ökad styr-

[42] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *Nära vård i sikte*.
[43] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *Nära vård i sikte*.
[44] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2025), *Omtag för omställning – Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: slutrapport.*

barhet, möjligheter att planera, prioritera och fördela resurser i ett nationellt perspektiv.

Ett statligt huvudmannaskap för *vaccinationer och screening* kan förväntas leda till större jämlikhet över landet, eftersom utbudet av och avgifterna för vaccinationer och screening kan komma att enhetliggöras. Utöver de nationella vaccinationsprogrammen (allmänna och särskilda) kan Folkhälsomyndigheten i dag ge rekommendationer om vaccinationer. Dessa rekommendationer skulle kunna göras nationellt bindande med ett statligt huvudmannaskap (men de skulle också kunna göras bindande redan i dag om riksdagen så beslutar). Behoven av att utforma en statlig myndighetsorganisation som har ansvar för det statliga systemet med screening och vaccinationer inklusive tillhandahållandet och finansieringen är tydligt. Sannolikt är det dock inte nödvändigt med en större myndighetsorganisation. Om staten skulle ta över huvudmannaskapet för screening skulle sannolikt det nationella screeningrådet som i dag är ett rådgivande organ till Socialstyrelsen övergå till att bli ett beslutande råd, om inte en annan organisationsform skulle beslutas.

Ett statligt huvudmannaskap för *luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter* kan skapa andra förutsättningar än i dag för att planera, prioritera, finansiera och styra denna vård i ett nationellt perspektiv, i syfte att öka jämlikheten. Staten kommer att utöva sitt ansvar genom en eller flera myndigheter som får i uppdrag att tillhandahålla och finansiera luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter. Det kan också innebära att staten utifrån system- och tillhandahållaransvaren kompenserar delar av landet med stora avstånd så att invånarna där får tillgång till fler helikoptrar. Scenariot innebär samtidigt att regioner och kommuner är huvudmän för all övrig vård. Därmed kommer inte de beskrivna förutsättningarna att gälla för hela hälso- och sjukvården. Den ökade jämlikhet som det kan skapas förutsättningar för att uppnå skulle därmed endast komma vissa patienter till del men inte patienterna i andra delar av hälso- och sjukvården.

Det är sedan länge känt att förutsättningarna för att bedriva en högt specialiserad *rättspsykiatrisk vård* varierar mellan regionerna. Det råder en stor ojämlikhet mellan olika regioner vad gäller tillgången till kompetent personal, vårdens innehåll och vårdtider. Vidare finns stora variationer över landet i hur behandlingsmetoder införs och används samt stora regionala skillnader i fråga om verk-

samheternas arbete med patienternas delaktighet, trygghet och möjlighet till återhämtning.[45] Det finns också stora brister i uppföljning och kvalitetssäkring och det saknas därför en nationell bild över läget inom den rättspsykiatriska vården. Ett statligt huvudmannaskap för den rättspsykiatriska vården kan skapa andra förutsättningar än i dag för en mer likartad rättspsykiatrisk vård över landet genom nationella rutiner för behandling och vårdens innehåll. Det är mer osäkert om utmaningarna i fråga om kompetensförsörjning kan lösas genom ett statligt huvudmannaskap. Den rättspsykiatriska vården är dessutom i hög grad beroende av samverkan kring patienterna med bland annat kommunernas socialtjänst och denna samverkan fungerar varierande över landet.[46] Ett statligt huvudmannaskap för den rättspsykiatriska vården kan därmed skapa vissa förutsättningar för en större geografisk jämlikhet, men vissa geografiska skillnader i förutsättningarna för att bedriva vården kommer sannolikt kvarstå.

8.2 Tillgänglig hälso- och sjukvård

I 5 kap. HSL och 2 kap. patientlagen anges att hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig. 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 handlar också om geografisk närhet, behovsanpassade öppettider, gott bemötande och möjligheter till digitala kontaktlösningar med vården. Vidare innebär tillgänglighet att hälso- och sjukvården ska utformas så att den inte utestänger personer med särskilda behov, som exempelvis personer med funktionsnedsättningar eller personer som har ett annat modersmål än svenska. Det är av särskild vikt att berörda aktörer beaktar eventuella risker för undanträngningseffekter, det vill säga att patienter med mindre medicinska behov ges vård före patienter med större medicinska behov, vid utformandet av olika tillgänglighetsinsatser.

[45] Se bland annat Socialstyrelsen (2023), *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård-Kartläggning och utvecklingsförslag* och SOU 2015:52, *Rapport från Bergwallkommissionen*.
[46] Socialstyrelsen (2023), *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård – Kartläggning och utvecklingsförslag* s. 41 f.

Nuvarande ordning

Väntetider är en tillgänglighetsbarriär som särskilt pekas ut i direktivet till kommittén och då med referens till den bristande måluppfyllelsen av vårdgarantins gränser. Vården behöver organiseras och bedrivas på sådana sätt att väntetider inte uppstår och där exempelvis lagstiftning kan följas.[47] Det kan finnas flera olika barriärer till hälso- och sjukvården som påverkar hur tillgänglig den är för befolkningen. För att befolkningen överhuvudtaget ska söka vård behöver det finnas ett förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet och en förväntan på att man som patient får vård efter sina behov.

Utmaningar och utvecklingsbehov

Hälso- och sjukvårdsbarometern är en nationell undersökning som visar hur människor lokalt och nationellt uppfattar hälso- och sjukvården i Sverige. Samtliga regioner deltar i undersökningen som samordnas av SKR. Den statistik som presenteras i det följande är hämtad från hälso- och sjukvårdsbarometern 2024.[48] För år 2024 anger 67 procent av invånarna att de har stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i den egna regionen. Över landet varierar förtroendet från 54 procent i region Västernorrland till 82 procent i region Jönköping. En majoritet, 87 procent, uppger att de har tillgång till den vård de har behov av. Det finns variationer över landet i upplevelsen av tillgång till vård, från 92 procent i region Halland till 80 procent i region Norrbotten. Enligt barometern ansåg 53 procent av invånarna 2024 att väntetiderna till besök och behandling på sjukhus är rimliga. Högst är andelen bland invånarna i Region Jönköpings län och Region Kalmar län med 70 procent vardera. Lägst är andelen i Region Norrbotten med 40 procent. Motsvarande siffror för primärvården är 67 procent. Högst andel invånare som anser att väntetiderna till primärvården är rimliga finns i Region Kalmar län med 84 procent.

[47] I 5 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 2 kap. patientlagen (2014:821) står att hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig. I 2 kap. patientlagen står också att medicinsk bedömning ska ske snarast om det inte är uppbenbart obehövligt och att patienten ska erbjudas en vårdgaranti.
[48] Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Hälso- och sjukvårdsbarometern – Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården*.

Lägst andel finns i Region Stockholm och Region Västernorrland med 61 procent.

Tillgänglighet handlar också om i vilken grad vården anpassas till medborgares och patienters förutsättningar, som möjligheten att ta sig till en vårdgivare eller få kontakt via digitala kanaler och att kunna betala för vården. Ur ett internationellt perspektiv är det relativt få i Sverige som avstår vård på grund av höga kostnader och lång restid. Ungefär 2 procent av Sveriges befolkning uppger att de avstått från att söka vård till följd av kostnad, avstånd eller långa väntetider.[49] Det är en låg siffra jämfört med andra länder. De allra flesta uppger också att de har tillgång till den vård de behöver och att det är lätt att komma i kontakt med primärvården. Detta tyder sammantaget på låga trösklar in i vården.

Tillgänglighet handlar också om att vården ges på ett sätt som patienten kan ta till sig. I en rapport från 2016 – vilket är den senaste kartläggningen på området - pekar Socialstyrelsen på att det råder brist på kontakttolkar i de mest efterfrågade språken och det är särskilt ont om kvalificerade, utbildade tolkar.[50] Bristen på tolkar skapar dessutom en konkurrenssituation om tolkresurserna mellan vårdgivare och andra tolkanvändare inom offentlig sektor. De flesta av de dåvarande landstingen och regionerna, 16 av 21, erbjöd dessutom lägre arvodesnivåer och sämre villkor jämfört med tolkanvändare hos statliga myndigheter, vilket leder till att många tolkar väljer bort hälso- och sjukvårdens och tandvårdens uppdrag.[51] Frågan om regioner har rätt att ta ut avgift för tolkhjälp har prövats rättsligt av förvaltningsrätten som kom fram till att regioner inte har stöd i lag eller annan författning för att ta ut en sådan avgift.[52] Domen är i skrivande stund överklagad till kammarrätten. Tillgänglighet handlar också om att hänsyn tas till olika funktionsnedsättningar som en patient kan ha. Då används tillgänglighetsbegreppet för att beskriva i vad mån personer med funktionsnedsättning – på lika villkor som andra - har tillträde till den fysiska miljön, transporter och anläggningar, och tillgång till information, kommunikation, varor, produkter och tjänster.[53]

[49] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022), *Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården.*
[50] Socialstyrelsen (2016), *Tolkar för hälso- och sjukvården och tandvården*.
[51] Socialstyrelsen (2016), *Tolkar för hälso- och sjukvården och tandvården*.
[52] Förvaltningsrätten i Växjös dom den 18 oktober 2024 i mål nr 578–24. Se också SVT Nyheter (2024), Domslut: *Tolkavgifter i Region Blekinge stoppas*. Publicerad 2024-10-18.
[53] Socialstyrelsen (2022), *Tillgänglighet – kunskapsguiden.* Information på webben.

Kontakt med vården

Det framgår av förvaltningslagen (2017:900) att myndigheter ska se till att kontakter med enskilda blir smidiga och enkla. En myndighet ska hjälpa den enskilde så att hen kan tillvarata sina intressen. Dessa bestämmelser omfattar även kommuner och regioner. Tillgänglighet kan utifrån detta definieras med avseende på hur lätt det är att komma i kontakt med vården och få den hjälp man behöver. För att kunna söka vård behöver patienter veta var de ska vända sig när de behöver vård och på vilka sätt de kan ta kontakt med vårdgivare (via exempelvis telefon, digitala kanaler eller fysiska besök).

Tillgänglighet är också ett mått på hur lätt det är att komma i kontakt med vården via olika kanaler och att patienterna vet var de ska vända sig. Nuvarande vårdgaranti är en lagstadgad rättighet som innebär att regionen ska erbjuda vård åt den som är bosatt inom regionen inom en viss tid. Enligt vårdgarantin ska alla som ringer få kontakt med vårdcentralen för rådgivning och/eller tidsbokning samma dag. Andel patienter som fick kontakt med primärvården samma dag var i genomsnitt 84 procent i januari 2025. Skillnaderna mellan regioner är dock stora och varierar från 96 procent i region Kalmar till 66 procent i region Gävleborg och region Norrbotten.[54]

Ur invånarnas perspektiv är inte heller primärvården i form av vårdcentraler eller mottagningar de enda alternativen i första linjens vård. I allt högre grad söker personer råd och vård på internet, genom telefon till 1177 eller via kommersiella digitala vårdgivare och vårdappar av olika slag. I andra fall söker patienter vård direkt vid sjukhusens akutmottagningar. Här finns stora variationer i utnyttjandet och därmed tillgängligheten beroende var man som invånare bor och socioekonomiska faktorer som utbildning och inkomst, vilket kan resultera i ojämlikhet. Den digitala mognaden är relativt hög i den svenska befolkningen, men det finns stora variationer exempelvis beroende på ålder.[55]

[54] Sveriges Kommuner och Regioner, *Väntetider i vården*, siffrorna avser januari 2025.
[55] Janlöv N., Blume S., Glenngård AH., Hanspers K., Anell A., Merkur S., *Sweden: Health system review. Health Systems in Transition*, 2023; 25(3): i–198.

Väntetider till primärvård

Om en patient bedöms behöva en medicinsk bedömning av ett hälsoproblem ska en sådan ges av legitimerad personal inom tre dagar enligt vårdgarantin. Andelen patienter som har fått medicinsk bedömning inom 3 dagar av legitimerad personal i primärvård låg runt 90 procent för riket i januari 2025, men i regionerna varierade det från 45 procent i region Örebro till 96 procent i region Stockholm.[56] Uppfyllelsen av vårdgarantin skiljer sig också åt mellan olika legitimerade professioner. För medicinsk bedömning inom primärvården av läkare eller sjuksköterska låg måluppfyllelsen i januari 2025 generellt runt 90 procent, medan den på genomsnittsnivå varierar mer mellan andra yrkesgrupper som psykologer (49 procent), arbetsterapeuter (62 procent) och fysioterapeuter (57 procent). Även här finns variationer över landet.[57] Dessa siffror antyder att det kan vara ännu viktigare att säkra tillgången till andra kompetenser än sjuksköterskor och läkare inom primärvården.

Det har konstaterats att väntetiderna i Sverige är långa jämfört med andra jämförbara länder. Andelen patienter som får ett första besök i vården (ej inräknat besök på akutmottagningar) inom fem dagar är till exempel 62 procent i Sverige i jämförelse med medianen i jämförelseländer på cirka 80 procent.[58]

Väntetider till specialiserad vård

Vid överenskommelse om remiss från primärvården till specialiserad vård ska patienten erbjudas första besök med den specialiserade vården inom 90 dagar. Det gäller även om man sökt vård med så kallad egenremiss. Efter beslut om behandling, till exempel en operation, ska patienten ges en tid för detta inom 90 dagar. Regionerna kan ha andra tidsgränser än vad som gäller enligt den nationella vårdgarantin. Tidsgränserna kan vara kortare, men de får inte vara längre. I januari 2025 väntade knappt 472 000 patienter inom specialistvården på ett första besök och knappt 155 000 patienter på

[56] Siffrorna avser januari 2025, *Medicinsk bedömning i primärvården*, Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner.
[57] Sveriges Kommuner och Regioner, *Medicinsk bedömning i primärvården*, siffrorna avser januari 2025.
[58] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022), *Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården.* I den internationella jämförelsen ingår bara patientupplevda väntetider, eftersom ländernas sätt att rapportera verksamhetsbaserade väntetider skiljer sig väsentligt.

operation eller åtgärd. Medelväntetiden till första kontakt i den specialiserade vården var 101 dagar i januari 2025 och 133 dagar till operation eller åtgärd. I genomsnitt hade en knapp tredjedel av patienterna (32 procent) väntat längre än 90 dagar på ett första besök och 39 procent hade väntat längre än 90 dagar på operation eller åtgärd. I januari 2025 fick således 61 procent av patienterna i genomsnitt sin operation eller åtgärd inom 90 dagar. Variationerna mellan regionerna är dock stora, från 25 procent i region Norrbotten till 93 procent i region Gävleborg.[59]

Variationerna är också stora mellan sjukhus inom regionerna. I region Skåne varierar andelen patienter som väntat på operation över 90 dagar inom ortopedin från 33 procent (Hässleholms sjukhus) till 80 procent (Skånes universitetssjukhus).[60] I region Stockholm har 5 procent av patienterna vid Sophiahemmet väntat i upp till ett år på en höftoperation medan motsvarande andel är drygt 37 sprocent vid Danderyds sjukhus.[61] Sekretariatet ser att det är svårt att tolka dessa siffror och få en bild av hur stora variationerna faktiskt är. Därmed är det inte sagt att skillnaderna kan betraktas som omotiverade och därmed inte heller vara uttryck för en ojämlik vård. Det är nämligen inte otänkbart att variationerna åtminstone till del beror på att såväl sjukhus som universitetssjukhus har olika utbud, innehåll och funktioner i olika regioner, vilket innebär att de tar emot sinsemellan olika patientgrupper och utför olika sorters vård.

När det gäller nybesök till den specialiserade vården visar en internationell jämförelse att andelen patienter som väntar mer än 90 dagar på operation är avsevärt högre i Sverige än i flera av jämförelseländerna.[62] I Sverige har 75 procent fått en planerad operation inom 90 dagar. Motsvarande andel i jämförbara länder är 99 procent i Tyskland, 94 procent i Schweiz och 77 procent i Norge.[63]

[59] Sveriges Kommuner och Regioner, *Väntetider i vården*, siffrorna avser januari 2025 för första besök respektive operation/åtgärd i specialiserad vård.
[60] Dagens Nyheter (2024-10-01), *Karina väntade i årtal på vård – hennes syster blev opererad direkt.*
[61] Dagens Nyheter (2024-10-01), *Karina väntade i årtal på vård – hennes syster blev opererad direkt.*
[62] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022), *Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården.* I den internationella jämförelsen ingår bara patientupplevda väntetider, eftersom ländernas sätt att rapportera verksamhetsbaserade väntetider skiljer sig väsentligt.
[63] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022), *Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården.*

Bristande tillgång till vårdplatser

Tillgång till vårdplatser är också en tillgänglighetsaspekt. För att hälso- och sjukvården ska kunna ta emot patienter som kräver slutenvård på ett patientsäkert sätt, behövs tillräckligt många vårdplatser på rätt plats och vid rätt tidpunkt. Socialstyrelsen bedömer att nuvarande antal disponibla vårdplatser inom somatisk vård (år 2023) inte räcker för att möta behoven.[64] Eftersom vårdplatsbrist och hög beläggningsgrad är förknippade med tillgänglighets- och patientsäkerhetsrisker ser myndigheten det som prioriterat att åtgärder vidtas för att snarast öka antalet disponibla vårdplatser inom den somatiska vården, trots de utmaningar som finns i hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Även inom rättspsykiatrin är det i dag en mycket ansträngd platssituation. Enligt uppgift från Kriminalvårdens insynsråd har rättspsykiatrin en beläggning på 99 procent (år 2023).[65]

Antalet disponibla vårdplatser inom somatisk slutenvård har minskat med nästan 20 procent sedan 2012 enligt SKR:s verksamhetsstatistik.[66] Eftersom befolkningen ökat under samma tidsperiod har antalet disponibla vårdplatser per capita minskat ännu mer. Förra året slog även IVO fast att det råder betydande patientsäkerhetsrisker på många av landets sjukhus till följd av platsbristen.[67] Vårdplatsbehovet på kort sikt, exklusive intensivvårdsplatser, är 2 300 vårdplatser för år 2023. I regionerna visar Socialstyrelsens riktvärde på kort sikt att antalet platser behöver öka i 20 av 21 regioner (en ökning på mellan 3 och 31 procent, eller mellan 6 och 617 vårdplatser). Inom intensivvård pekar riktvärdena på ett behov av att utöka antalet platser i 14 regioner, med mellan 6 och 45 procent av befintligt antal. Sammanlagt handlar det om 60 intensivvårdsplatser.[68]

Socialstyrelsen har tagit fram ett förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser som syftar till att påskynda och

[64] Socialstyrelsen (2023), *Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser. Delredovisning av uppdraget att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering*.
[65] Kriminalvården (2024), *Årsredovisning för 2023*.
[66] Sveriges Kommuner och Regioner (2025), *Överbeläggningar och utlokaliserade patienter*, Väntetider i vården, Information på webben.
[67] Inspektionen för vård och omsorg (2021), *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Slutredovisning av regeringsuppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet och lämna förslag på hur tillsynen kan utvecklas*.
[68] Socialstyrelsen (2024), *Plats för vård. Förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården*.

stödja pågående arbete för att förbättra vårdplatssituationen. Varje region och kommun behöver avgöra vilka specifika insatser som är mest angelägna att fokusera på utifrån sina behov och förutsättningar. De fem fokusområdena är:

1. Utveckla systematisk produktions- och kapacitetsstyrning för en mer behovsbaserad planering av sjukhusens vårdplatser.
2. Säkerställ hållbar kompetensförsörjning så att flera vårdplatser kan öppnas på sjukhusen.
3. Använd kompetensen ändamålsenligt för att möjliggöra fler vårdplatser på sjukhus med tillgänglig personal.
4. Ställ om till en god och nära vård för att minska behovet av sluten vård på sjukhus.
5. Agera för säker vård för att minimera undvikbar sluten vård.

Utifrån jämförelser mellan regioner gör Socialstyrelsen bedömningen att det kan vara möjligt att uppnå en balanserad vårdplatssituation till år 2026, genom att öka antalet disponibla vårdplatser med cirka 1 220 och minska behovet med cirka 1 010 disponibla vårdplatser. Denna analys utgår från att insatser för att öka vårdplatskapaciteten och minska vårdplatsbehovet genomförs i enlighet med den nationella planen.

Myndigheten för vård och omsorgsanalys har i uppdrag att utvärdera satsningar på fler vårdplatser. I uppdraget ingår att bedöma i vilken utsträckning målen uppnås och om regionernas insatser varit ändamålsenliga. I en första delredovisning av uppdraget konstateras att det finns en positiv inställning till den nationella planen bland företrädare i regionerna.[69] De disponibla vårdplatserna har dock inte ökat sedan planens tillkomst. En slutrapportering av uppföljningsuppdraget sker i april 2026.

[69] Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2025), *Utvärdering av satsningen på vårdplatser inom hälso- och sjukvården – Delredovisning.*

Behov av ökad tillgänglighet har beskrivits i flera inspel till utredningen

I svaren på den öppna konsultationen och inom ramen för de möten sekretariatet genomfört har brister i hälso- och sjukvårdens tillgänglighet betonats som en av de centrala utmaningarna och problemen i hälso- och sjukvården. Bland svaren finns beskrivningar av väntetider och vårdköer som ett övergripande problem i den svenska hälso- och sjukvården. Beskrivningar finns om att väntetidernas påverkan på olika sjukdomsförlopp är allvarliga, till exempel när det gäller cancer samt psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. I svaren beskrivs också att lagstiftade mål inte uppnåtts och att intentioner i olika satsningar på en stärkt tillgänglighet inte förverkligats. Bristande tillgänglighet till olika delar av vården lyfts också i svaren, där vissa särskilt betonar att tillgängligheten till primärvården inte blivit bättre, medan andra pekar på att tillgängligheten till specialistvård brister för patienter med specifika diagnoser.

Relaterat till tillgänglighetsproblematiken lyfts också problem med att det saknas nationell dimensionering, redovisning och uppföljning av vårdplatser och att detta är problematiskt ur bland annat patientsäkerhetsperspektiv. Det har påpekats att regioner i större omfattning ändå borde kunna se till att patienter tar del av kapacitet hos andra utförare eller i andra regioner när den egna kapaciteten inte räcker till. Långa väntetider och en diskrepans mellan vårdgarantins bestämmelser och verkligheten framhålls också. En bättre efterlevnad till mål och bestämmelser om tillgänglighet efterlyses och i vissa svar framförs att det bör bli enklare att söka vård i en annan region än den man bor i. Av svaren framkommer också att tillgängligheten inom hälso- och sjukvården, varierar mellan och inom regioner samt mellan patientgrupper. Många faktorer orsakar bristande tillgänglighet och kompetensförsörjningen är särskilt viktig.

Tillgänglighetsdelegationen konstaterade i sitt slutbetänkande att det inte finns några enkla förklaringar till varför Sverige haft väntetidsproblem och köer sedan 1960-talet och varför läget försämrats trots stora ekonomiska satsningar, överenskommelser mellan staten och SKR och en lagstadgad vårdgaranti.[70] Utredningen pekar ändå ut några möjliga förklaringar som att Sverige i interna-

[70] SOU 2022:22, *Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram*.

tionell jämförelse har få vårdplatser med hög beläggningsgrad och få intensivvårdsplatser. Delegationen pekar också på befolkningstillväxten, förändrad befolkningssammansättning, medicinsk utveckling med teknologiska genombrott och indikationsförändringar som gör att behovet av vård ökar. Även brist på viss kompetens pekas ur som en möjlig förklaring till att väntetider uppstår eller förvärras. Problem med att rekrytera och behålla sjuksköterskor är till exempel en bidragande orsak till vårdplatsbrist på sjukhus.[71]

Inom primärvården finns utmaningar med att rekrytera och behålla personal inom ett flertal professioner. Tillgången till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har länge uppvisat stora regionala skillnader som redogjorts för i avsnitt 7.2. Över hälften av den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen är koncentrerad till storstadslänen. Läkartillgången är generellt sett bättre i storstadslänen medan tillgången till undersköterskor och vårdbiträden är högre i de mer glesbefolkade länen.[72] I de tolv största kommunerna bor hälften av landets 48 386 läkare.[73] 76 kommuner har färre än tio läkare bland sina invånare. Läkartätast är det i Danderyd, där också medianinkomsten är högst i Sverige.

Tillgänglighetsdelegationen konstaterande också att det förefaller ha utvecklats en syn på vårdgarantins gränser som målsättningar att ta sikte på, snarare än som yttersta gränser inom vilka medicinska prioriteringar ska ske. Delegationen konstaterade att arbetssätten och organisationen av vården kan medföra ineffektiv vård med låg produktion och därmed längre väntetider.[74] Regionernas försök till organisering och förändrade arbetssätt för att öka tillgängligheten, med till exempel patientkontor och vårdlotsar, har haft varierande effekt för patienterna har Riksrevisionen visat.[75] Riksrevisionen konstaterar också att vårdgarantin inte har haft någon tydlig, långvarig effekt på väntetiderna.[76] Eftersom regionens betalningsansvar för vården sammanfaller med vårdgarantins tidsgränser, innebär det i praktiken att många patienter tvingas vänta tills vårdgarantins gräns om 90 dagar inom den specialiserade vården har

[71] Socialstyrelsen (2018), *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet. Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten.*
[72] Socialstyrelsen (2024), *Nationella planeringsstödet 2024.*
[73] Dagens Medicin (2023), *Ragunda enda kommunen där ingen läkare bor.* Publicerad den 25 oktober 2023.
[74] SOU 2022:22, *Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram.*
[75] Riksrevisionen (2023), *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*.
[76] Riksrevisionen (2023), *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*.

passerat innan de, med regionens hjälp och utan extra kostnad, kan få vård hos en annan vårdgivare.[77] Förutsättningarna för patienter att få vård utanför sin hemregion skiljer sig också åt betydligt mellan olika regioner.

Utredning om förstärkt vårdgaranti

Regeringen har tillsatt en särskild utredare som ska analysera och föreslå en ny och stärkt vårdgaranti samt lämna förslag som ökar kontinuiteten inom den specialiserade vården.[78] Enligt regeringen bör den nya vårdgarantin tydliggöra såväl patientens möjligheter att få vård hos en annan vårdgivare i de fall vårdgarantins tidsgränser inte kommer kunna uppfyllas som regionens ansvar att tillgodose detta. Utredaren ska bland annat föreslå en vårdgaranti inom den specialiserade vården med väsentligt kortare tidsgränser än i dag, som bland annat innebär att barn och unga som är i behov av specialiserad vård vid psykisk ohälsa inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning samt ytterligare 30 dagar på en fördjupad utredning eller behandling.

Vidare ska utredningen analysera och föreslå en reglering som ger patienten möjlighet att utan extra kostnad fritt välja utförare i den offentligt finansierade vården i hela landet, i de fall vårdgarantin inom den specialiserade vården inte bedöms kunna uppfyllas av hemregionen. En särskild del av uppdraget är att föreslå statliga engångsinsatser för att minska väntetiderna vilket ska redovisades i januari 2025. Övriga delar av uppdraget ska redovisas senast den 25 maj 2026.[79]

Konsekvenser för patienter, medarbetare och invånare

Att tvingas vänta på vård kan förvärra det medicinska hälsotillståndet hos patienten och medföra att sjukfrånvaron från arbetet blir onödigt lång samt bidra till långvarigt lidande och förkortad livs-

[77] Dir. 2024:50, *Bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet.*
[78] Dir. 2024:50, *Bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet.*
[79] Dir. 2024:50, *Bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet.*

längd.[80] Vårdplatsbristen leder till bland annat bristande tillgänglighet, patientsäkerhetsrisker och arbetsmiljöproblem.[81] Sverige har generellt goda medicinska resultat och låg åtgärdbar dödlighet trots långa väntetider. De långa väntetiderna orsakar dock oro hos många patienter, som även kan tvingas leva med smärta och minskad funktionsförmåga som i sin tur kan påverka anhörigas livssituation.[82]

Det finns också en risk att de långa väntetiderna kan leda till undanträngningseffekter och spä på redan existerande hälsoklyftor mellan olika grupper, vilket också påverkar jämlikheten. Även vårdpersonalens arbetsmiljö påverkas negativt. I förlängningen riskeras också befolkningens förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet i stort. Upplevelse av brister i tillgänglighet, kontinuitet och relationella faktorer som att bli lyssnad på att få tillräckligt med tid i mötet med vården är vanliga skäl till att ha ett litet förtroende.[83] I patienters perspektiv kan väntetiderna sammantaget bli långa även i de fall vårdgarantin uppfylls i enskilda delar. Väntan på specialistbesök efter remiss från primärvården följs av väntetider för utredningar, nya specialistbesök och eventuellt beslut om operation som sedan ska följas upp. I patienters perspektiv kan osäkerheten kring att inte veta när man ska få vård skapa otrygghet. Värdet av att få en tid uppmärksammades av Tillgänglighetsdelegationen som också föreslog att vårdgarantin skulle omfatta information om tidpunkten för viss vård.[84] Det är känt sedan tidigare att en brist på vårdplatser innebär en ökad risk för patientsäkerheten och för vårdskador.

Även hälso- och sjukvårdens medarbetare påverkas negativt av brister i tillgänglighet och vårdkapacitet, inte minst genom en ansträngd arbetssituation och etisk stress som leder till dålig arbetsmiljö och personalflykt, vilket i sin tur påverkar kvaliteten i hälso- och sjukvården.[85]

---

[80] Inspektionen för vård och omsorg (2021), *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Slutredovisning av regeringsuppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet och lämna förslag på hur tillsynen kan utvecklas*.
[81] Socialstyrelsen (2024), *Plats för vård. Förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården*.
[82] Västra Götalandsregionen (2023), *Rapport Patientnämnderna*.
[83] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018), *Förnuft och känsla. Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården*.
[84] SOU 2022:22, *Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram.*
[85] Socialstyrelsen (2024), *Plats för vård. Förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården*.

Ett helt statligt huvudmannaskap

Nedan presenteras de observationer som sekretariatet gjort avseende förutsättningarna att uppnå en mer tillgänglig hälso- och sjukvård genom ett statligt huvudmannaskap. Först presenteras de hypoteser och bedömningar som framförts i de olika kvalitativa utredningsmoment som genomförts. Därefter presenteras observationer och slutsatser som utifrån det samlade materialet, inklusive de analyser som presenterats i rapportens tidigare kapitel.

Faktorer och områden som är viktiga för en stärkt tillgänglighet

De faktorer som sekretariatet identifierat som viktiga för en mer tillgänglig vård är bland annat ett effektivt genomförande av omställningen till en God och nära vård. För att hälso- och sjukvårdssystemet ska fungera effektivt behövs en utbyggd primärvård som kan ta hand om merparten av befolkningens vårdbehov. För detta krävs bland annat fler läkare, sjuksköterskor och övrig personal i primärvården.

Hälso- och sjukvården i Sverige är fortfarande i hög utsträckning organiserad utifrån ett slutenvårds- och sjukhusfokus. Sjukhusbunden slutenvård är en betydligt dyrare vårdform än öppenvård och behöver prioriteras för de patienter och de åkommor som kräver sjukhusens specialiserade vård och teknik. En sammanhållen personcentrerad nära vård som utgår från behov och förutsättningar samt har ett främjande, förebyggande och proaktivt förhållningssätt kan minska undvikbara sjukhusvistelser.[86] God och nära vård kan därmed medföra förbättringar för såväl tillgänglighet och kvalitet i den vård som ges.

Ett bättre nyttjande av den samlade vårdkapaciteten i landet, till exempel genom att väntande patienter kan erbjudas vård hos en tillgänglig vårdgivare oavsett var i landet denna vårdgivare finns torde också förbättra tillgängligheten. Möjlighet till matchning och omflyttning av vårdbehov och tillgänglig vårdkapacitet mellan olika vårdgivare måste då förstärkas.

Övriga faktorer som sekretariatet identifierat inom ramen för utredningsarbetet handlar om fortsatt utveckling av metoder och

[86] Sveriges Kommuner och Regioner (2023), *God och nära vård. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav*.

former för strategisk, taktisk och operativ produktions- och kapacitetsplanering på olika tidshorisonter, med utgångspunkt i en samlad bild av vårdbehov och förväntningar. Även fortsatt arbete med uppgifts- och arbetsväxling samt förstärkt tillsyn och uppföljning av vårdgarantin har identifierats som viktiga faktorer för en tillgänglig vård. Andra faktorer för en mer tillgänglig vård som identifierats handlar om en ökad takt i arbetet med förebyggande hälsoinsatser för att på lång sikt minska vårdbehoven och fortsatt utveckling av arbetet med mobila team för att nå patienter med stora behov.

Hypoteser och bedömningar i den kvalitativa datainsamlingen

I vissa svar som inkom i den öppna konsultationen framfördes hypoteser om att ett statligt huvudmannaskap skulle kunna leda till förbättrad tillgänglighet i form av kortade vårdköer. Sättet på vilket ett statligt huvudmannaskap skulle kunna leda till förbättrad tillgänglighet beskrivs vara till exempel ett nationellt vårdval eller en nationell upphandling av vård enligt samma villkor i hela landet. Det finns också de som pekar på att det i ett nationellt hälso- och sjukvårdssystem skulle vara möjligt för patienter att ta del av vårdutbudet i ett större geografiskt område (hela landet eller sex regioner), vilket skulle leda till att behoven fördelades bättre. I anslutning till detta tema beskrivs också som en förväntad effekt att patienters rörlighet och valfrihet skulle förbättras, genom att det skulle bli möjligt att söka vård i hela landet.

Observationer utifrån det samlade underlaget

Med utgångspunkt i rapportens tidigare kapitel och ovan presenterade underlag har följande konstaterats när det gäller möjligheterna att uppnå en stärkt tillgänglighet till hälso- och sjukvården genom ett helt statligt huvudmannaskap:

- Det finns inte några uppenbara mekanismer i en huvudmannaskapsreform som medför kortare väntetider till vård. Kortare köer genom en huvudmannaskapsreform förutsätter att staten

utvecklar nya lösningar på problemen eller lyckas förbättra kompetensförsörjningen.

- Ökad helhetssyn, nationella informationssystem och större geografiska enheter för tillhandahållande av vård kan möjligen skapa förutsättningar för en mer effektiv användning av den samlade kapaciteten.
- Omställningen till en God och nära vård är avgörande för tillgängligheten. Underlaget ger dock inga entydiga svar på hur omställningen skulle påverkas av en huvudmannaskapsreform.
- Det är oklart hur en huvudmannaskapsreform skulle påverka avstånd till vård, men det är en vanlig hypotes att koncentrationen och centraliseringen av vård skulle öka.

Inga uppenbara mekanismer som medför kortare väntetider till vård

Med ett statligt huvudmannaskap sker en centralisering av den politiska styrningen. Implementeringen av den politiska styrningen sker i en stor myndighetsorganisation samtidigt som finansiering och resursfördelning sker nationellt och hanteringen av flera gemensamma funktioner centraliseras. Vidare sker tillhandahållande av hälso- och sjukvård i färre och större geografiska enheter.

I scenariot där staten har det samlande ansvaret för den regionala hälso- och sjukvården präglar det kommunala självstyret inte längre styrningen av hälso- och sjukvården. Detta ger staten en mer direkt möjlighet att påverka hälso- och sjukvårdens utveckling med ökad tillgänglighet som målsättning. Regeringen kan genom uppdrag och instruktioner till myndigheter till exempel ställa krav på antal vårdplatser och krav på visst antal läkare inom exempelvis primärvården. Samtidigt finns lagstiftning redan i dag som inte efterlevs, exempelvis vad gäller vårdgarantin, och kompetensförsörjningen kommer vara en utmaning även vid ett statligt huvudmannaskap. Frågan är därmed hur stor skillnad de nya styrförutsättningarna skulle göra för möjligheten att minska väntetiderna.

Orsakerna till bristande tillgänglighet i vården skiljer sig åt mellan olika delar av landet och mellan olika verksamheter inom regionerna. Förutsättningarna skiljer sig exempelvis åt mellan glesbygd och storstad bland annat när det gäller fysiska avstånd till vården,

öppettider på vårdinrättningar, antalet vårdgivare samt möjligheter att rekrytera och behålla personal. Därmed finns det troligen inte en enskild nationell lösning på problemen.

När det gäller väntetider och annan tillgänglighetsproblematik är det över lag oklart vilka komponenter i en huvudmannaskapsförändring som medför förändrade förutsättningar jämfört med nuläget att minska väntetiderna. Utan en tydlig idé om hur staten skulle ta sig an dessa frågor som huvudman är det svårt att förutsäga hur tillgängligheten skulle kunna påverkas. Med en befolkningstillväxt, förändrad befolkningssammansättning och medicinsk utveckling kommer behovet av vård att öka vilket gör att de finns en påtaglig risk för att tillgänglighetsproblemen kommer att förvärras. Lagstiftade mål har inte uppnåtts och intentioner i olika satsningar på en stärkt tillgänglighet inte förverkligats. I sammanhanget bör återigen poängteras att nuvarande ordning med ett regionalt huvudmannaskap inte lyckats förbättra tillgängligheten, som varit ett problem i svensk hälso- och sjukvård under årtionden.

Det är möjligt att staten skulle kunna korta väntetiderna, men bara om man lyckas utveckla nya lösningar på problemet, till exempel åtgärder för stärkt kompetensförsörjning eller effektivare utnyttjande av den samlade nationella vårdkapaciteten. En nackdel för möjligheten att hitta nya lösningar, gentemot i dag, är att centraliseringen till *en* huvudman kan medföra färre försök att pröva alternativa och innovativa sätt att lösa tillgänglighetsproblemen om inte staten på andra sätt kan främja innovation och utveckling. Som diskuterats tidigare i rapporten torde benägenheten att prova olika lösningar på lokal nivå för att sen utvärdera och kunna skala upp framgångsrik verksamhet under alla omständigheter vara större i en decentraliserad struktur. En innovation eller alternativ lösning som inte ger avsedda effekter får dessutom mindre negativa konsekvenser på totalen i en decentraliserad organisation. Det är samtidigt tänkbart att det i ett nationellt system enklare kan utformas processer och modeller för ett strukturerat lärande genom till exempel medvetna systematiska policyexperiment eller försöksverksamheter som utvärderas.

Bristande kompetensförsörjning har inom utredningsarbetet pekats ut som en avgörande förklaring till att väntetider uppstår eller förvärras. Som visats tidigare i rapporten finns inget som tydligt talar för att staten skulle ha bättre förutsättningar att lyckas med

hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning, vilket också begränsar möjligheterna att stärka tillgängligheten.

De förändringar som följer av ett statligt huvudmannaskap, som centralisering av det politiska ansvaret, finansieringen och förvaltningsorganisationen, är därmed inte direkt avgörande faktorer för att komma till rätta med tillgänglighetsproblematiken, vilket gör nyttan av en huvudmannaskapsreform mindre tydlig när det kommer till att korta vårdköer och öka tillgängligheten till vården.

Förutsättningar för en mer effektiv användning av den samlade kapaciteten

Vissa aspekter av centraliseringen skulle kunna medföra fördelar i förhållande till att stärka hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Det handlar om att en ökad nationell helhetssyn och ledning, tydligare nationella prioriteringar, större planeringsenheter och möjlighet till utbyggda nationella informationssystem möjligen kan bidra till förbättrade förutsättningar när det gäller arbetet för ett bättre kapacitetsutnyttjande.

De förutsättningar för en mer tillgänglig vård som framförts i de kvalitativa datainsamlingarna som hypoteser under utredningsarbetet handlar om ökad styrbarhet, möjligheter att planera, prioritera och fördela resurser i ett nationellt perspektiv. De skillnader i väntetid som finns både inom och mellan olika regioner, samt mellan olika vårdgivare inom samma specialistområde, pekar på att det finns möjlighet att korta patientens väntetid om vårdgivarnas och regionernas samlade kapacitet används mer effektivt. Om detta kan uppnås kan det i förlängningen också bidra till att minska väntetiderna för patienter och invånare.

Regeringens arbete med nationell vårdförmedling som innebär att väntande patienter ska kunna erbjuds vård hos en annan vårdgivare med kortare väntetider oavsett var i landet denna vårdgivare finns skulle möjligen ges förbättrade förutsättningar givet att en huvudman i stället för 21 skulle omfattas av vårdförmedlingen. Matchningen och omflyttning av vårdbehov och tillgänglig vårdkapacitet skulle då ledas, styras och genomföras inom större geografiska enheter vilket möjligen kan skapa förutsättningar för en mer effektiv användning av den samlade kapaciteten.

Ett tydligt mål med sjukhusreformen i Norge 2002 och strukturreformen i Danmark 2007 med var att öka tillgängligheten till vården, framför allt i termer av förkortade väntetider. Väntetiderna har också kortats till både den specialiserade vården och till primärvården i dessa länder.[87] Men det är svårt att direkt koppla den positiva utvecklingen till de centraliseringsreformer som genomförts.[88] Härtill skiljer sig ländernas system på flera sätt gentemot Sverige vilket försvårar jämförelser. Som exempel kan nämnas att Danmark har en vårdgaranti med mer strikt tillämpning än den svenska motsvarigheten då hemregionen har krav på sig att erbjuda behandling vid annat sjukhus om inte vårdgarantin efterlevs.

Ett sätt att korta väntetider inom vården är att minska inflödet. Ett sätt att göra detta genom satsningar på att främja tidiga preventiva och hälsofrämjande insatser som minskar vårdbehoven. Regeringen har tagit nationella initiativ på detta område som exempelvis Nationella stödlinjen. Denna satsning syftar till att erbjuda ett professionellt och anonymt samtalsstöd till personer med psykisk ohälsa och suicidalitet samt till anhöriga och närstående. Ett statligt huvudmannaskap skulle möjligen ge bättre förutsättningar att planera förebyggande insatser utifrån en nationell lägesbild dessutom med en eventuellt större investeringsförmåga. Förebyggande vård har sannolikt mer att vinna på att vara under centralt huvudmannaskap på grund av externa effekter vid förebyggande hälso- och sjukvård.[89] En nationell planering medför dock inte per automatik att insatser implementeras och eventuellt implementerade insatser leder såklart inte automatiskt att önskad effekt uppnås. Detta är villkor som måste vara uppfyllda för att en förbättrad tillgänglighet ska kunna realiseras.

Relaterat till tillgänglighetsproblematiken har det lyfts problem med att det saknas nationell dimensionering, redovisning och uppföljning av vårdplatser och att detta är problematiskt ur bland annat patientsäkerhetsperspektiv. Dock har Socialstyrelsen utvecklat just arbetet med redovisning och uppföljning av vårdplatser ur ett na-

[87] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Strukturreformer i Norden, Analys av hälso- och sjukvårdssystemen i Norge, Danmark och Finland.*
[88] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Strukturreformer i Norden, Analys av hälso- och sjukvårdssystemen i Norge, Danmark och Finland.*
[89] Hansson, Å. (2024), *Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård*, Lunds universitet och Ratio. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén.

tionellt perspektiv. I Socialstyrelsens nationella plan för att minska bristen på vårdplatser som syftar till att påskynda och stödja pågående arbete för att förbättra vårdplatssituationen, pekas bland annat en utvecklad produktions- och kapacitetsstyrning och en förstärkt kompetensförsörjning ut som viktiga delar. Även omställningen till en god och nära vård för att minska behovet av sluten vård på sjukhus anges av Socialstyrelsen som en viktig insats för att minska behovet av sluten vård på sjukhus vilket diskuteras i nästa avsnitt.

Omställningen till en god och nära vård är avgörande för tillgängligheten

I sekretariatets dialoger har det vid flera tillfällen påpekats att omställningen till en nära vård är en avgörande för att uppnå mål om ökad personcentrering, tillgänglighet och jämlikhet i hälso- och sjukvården. Omställningen till en god och nära vård har pågått aktivt sedan 2018 och regeringen har tillsammans med SKR satsat drygt 29 miljarder kronor, utöver det som regioner och kommuner själva har satsat i termer av både ekonomiska och personella resurser. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har konstaterat att mycket av arbetet inom omställningen fram till och med den senaste delrapporten har bedrivits på strategisk nivå utan synliga effekter i verksamheterna. En av slutsatserna från utvärderingen var att verksamheterna inte har fått bättre förutsättningar för att nå omställningens mål eller uppfylla väsentliga delar i primärvårdens grunduppdrag. Myndigheten såg dock en bred uppslutning kring omställningens syfte och mål bland dem som arbetar i verksamheterna och konstaterade att mycket arbete pågår med att genomföra omställningen i regioner och kommuner, både på strategisk nivå och i projektform.[90]

I en majoritet av regionerna har resursandelen stått stilla eller till och med minskat. I regionernas handlingsplaner för omställningen är det också otydligt om regionerna avser att förstärka primärvårdens resurser framöver, och i så fall hur.[91] Det har framförts till

[90] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023), *Ordnat för omställning? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport.*
[91] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023), *Ordnat för omställning? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport.*

sekretariatet inom ramen för den kvalitativa datainsamlingen att staten kan ha starkare utvecklingskraft än de enskilda regionerna var för sig för att klara den nödvändiga omställningen till en god och nära vård som är ett fundament för tillgängligheten inom primärvården vilket också kan förbättra tillgängligheten till specialistvården. Detta eftersom förutsättningar att planera utifrån en gemensam lägesbild ökar men även möjligheten att prioritera och styra nationellt.

En faktor som kan komma att realiseras med ett statligt huvudmannaskap är det nationella mandatet och förmågan att fördela ekonomiska resurser mellan regioner utifrån där de gör som mest nytta. Detta kräver dock både en politisk vilja som kan omsättas i nödvändig resurstilldelning för att tillse behovet av nödvändig kompetens inom primärvården. Inom ramen för den öppna konsultationen och de möten som sekretariatet genomfört finns också de som anser att en huvudmannaskapsreform kan medföra en avstannad utvecklingstakt i omställningen till en god och nära vård eftersom en reformering av huvudmannaskapet skulle ta så mycket resurser och fokus i anspråk. När det gäller bedömningar och resonemang om huruvida ett statligt huvudmannaskap kan bidra till en ökad omställningstakt mot en God och nära vård konstaterar sekretariatet att aktörer och experter gör olika bedömningar.

En vanlig hypotes är att koncentrationen och centraliseringen av vård skulle öka

Det är okänt hur hälso- och sjukvårdsstrukturen eller utbudet av vård skulle förändras jämfört med i dag med ett statligt huvudmannaskap. Inom sekretariatets dialoger och workshops har det framförts att ett minskat regionalt perspektiv i styrningen skulle kunna missgynna glesbygdsområden eftersom hälso- och sjukvårdspolitiken i mindre utsträckning skulle bygga på lokala och regionala hänsyn. En hypotes som framförts är att ett statligt huvudmannaskap kan medföra att vården koncentreras och centraliseras vilket skulle öka avståndet till vård för patienter i exempelvis glesbygd.

Ett annat tema som framkommit i workshops är att en centralisering av det politiska ansvaret för hälso- och sjukvården kan underlätta beslut om förändringar i hälso- och sjukvårdsstrukturen och koncentration av hälso- och sjukvård (nivåstrukturering).

I dialoger och workshops har det framförts hypoteser om att en centralisering av det politiska ansvaret skulle kunna underlätta beslut om sjukhusnedläggningar och därmed påverka avståndet till sjukhusvård för många patienter. Även Åsa Hansson (2024) menar att det i ett centralt system kan det vara lättare att göra omorganiseringar av hälso- och sjukvården för att anpassa till de förändringar i behov och teknik som kan uppstå.[92]

Många av de aktörer som utredningen träffat inom ramen för den kvalitativa datainsamlingen menar att vårdvalsfrågan blir svår att hantera med ett statligt huvudmannaskap. Sammantaget gör sekretariatet bedömningen att det är oklart hur en huvudmannaskapsreform skulle påverka avstånd till vård. Detta gäller då såväl sjukhusstrukturen som primärvården.

Ett delvis statligt huvudmannaskap

Om staten skulle vara huvudman för *den specialiserade vården* kan det skapas förutsättningar för att förbättra tillgängligheten till just denna vård, i likhet med resonemanget om en jämlik vård. Beroende på undervariant berörs olika stora grupper av patienter och medarbetare, och de berörs på olika sätt. Förutsättningarna kan skapas bland annat för ökad styrbarhet, möjligheter att planera, prioritera och fördela resurser i ett nationellt perspektiv. Men för flera patientgrupper, till exempel multisjuka äldre, innebär scenariot ytterligare en huvudman, vilket innebär behov av mer samverkan

Ett statligt huvudmannaskap för specialiserad vård kommer oavsett variant att medföra att ytterligare en huvudman tillkommer i hälso- och sjukvårdssystemet och att den strategiska, politiska och operativa styrningen i hälso- och sjukvårdssystemet kommer ske från kommun, region och stat. Under utredningsarbetet har det, inte minst från intervjuer och öppen konsultation, lyfts fram risker med att införa ytterligare en huvudman. Det som identifieras är möjliga risker för försvårad samverkan och ett vårdsystem som blir mer komplext för såväl patienter som medarbetare. Det bedöms särskilt gälla patienter som har flera vårdkedjor och särskilda vårdbehov av olika slag.

[92] Hansson, Å. (2024), *Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård*, Lunds universitet och Ratio. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén.

Om staten skulle vara huvudman för *den luftburna ambulanssjukvården och de luftburna sjuktransporterna* kan det skapas förutsättningar för att förbättra tillgängligheten till denna vård, med hjälp av samma medel som i föregående analysområde. Förutsättningarna kan skapas bland annat för ökad nationell styrbarhet, möjligheter att planera, koordinera, prioritera och fördela resurser i ett nationellt perspektiv. Detta kan också skapa bättre förutsättningar för internationell samverkan inom vårdtransportområdet, exempelvis inom Nato eller med de nordiska grannländerna. Mekanismer för att åstadkomma det kan till exempel vara myndighetsuppdrag, nationell förmåga till ledning och prioritering samt nationella upphandlingskrav och standardisering av utrustning.

Det finns flera studier som visat att *primärvården* har särskild betydelse för att öka jämlikheten i tillgången till vård och hälsa totalt sett. En förbättrad tillgänglighet till primärvården skulle härtill kunna avlasta den specialiserade vården. Det är inte alls säkert att staten som huvudman för den del av primärvården som regionerna i dag ansvarar kan skapa förutsättningar för att förbättra tillgängligheten utifrån samma analys som gjordes kring ett helt statligt huvudmannaskap. Resultaten av analysen är i princip överförbara. De patientgrupper som staten skulle har ansvar för skulle företrädesvis finnas inom vårdcentralernas verksamhet samt inom mödrahälsovård, barnhälsovård och ungdomsmottagningar. Även verksamheten inom 1177 skulle tillföras det statliga ansvaret. Det är fullt möjligt att staten skulle kunna korta väntetiderna, men bara om man lyckas utveckla nya lösningar på problemet, till exempel åtgärder för stärkt kompetensförsörjning eller effektivare utnyttjande av den samlade nationella vårdkapaciteten. När det gäller bedömningar och resonemang om huruvida ett statligt huvudmannaskap kan bidra till en ökad omställningstakt mot en God och nära vård konstaterar sekretariatet att aktörer och experter gör olika bedömningar.

Tillgänglighetsaspekten är central i svensk sjukvård även när det gäller *screening och vaccinationer*. Forskning och tidigare erfarenheter visar att det är viktigt att anpassa screening- och vaccinationsarbete till behoven och förutsättningarna i olika grupper för att få en så hög och jämlik täckningsgrad som möjligt.[93] Tillgängligheten

[93] Folkhälsomyndigheten (2022), *Metod för att förstå förändringar i vaccinationstäckning och vaccinationsvilja*.

till screening och vaccinationer ser i dag olika ut i olika delar av landet eftersom regionerna själva, bortsett från de nationella screening- och vaccinationsprogrammen, beslutar om implementeringen. Skulle staten tilldelas huvudmannaskapet för dessa verksamheter skulle den nationella politiska nivån besluta om vilka screening- och vaccinationsprogram som ska finnas. Att öka täckningsgraden kräver dock andra verktyg och är inget som ett statligt huvudmannaskap i sig löser ut.

Rättspsykiatrisk vård är en speciell form av hälso- och sjukvård, eftersom det inte är individen själv som väljer att bli patient. I stället initieras vården (oftast) av att en person begår en brottslig handling och överlämnas till rättspsykiatrisk vård som en påföljd, genom beslut av allmän domstol. Rättspsykiatrisk vård ska påbörjas utan dröjsmål när domstolens beslut om sådan vård har vunnit laga kraft (7 § lagen [1991:1129] om rättspsykiatrisk vård). Det har under utredningens gång framkommit att nuläget inom den rättspsykiatriska vården är mycket ansträngt med en hög beläggningsgrad. Det har dock inte framkommit något som talar för att regionerna generellt sett inte uppfyller kravet på att så snart som möjligt tillhandahålla den dömde en plats inom den rättspsykiatriska vården, även om det finns undantag från detta.[94] Något som i stället har påpekats är att den tydliga tidsfristen för att tillhandahålla rättspsykiatrisk vård kan leda till undanträngningseffekter i den vanliga psykiatriska vården, som redan är hårt ansträngd. En annan fråga är om staten kan ha andra förutsättningar att förbättra kvaliteten och innehållet i den rättspsykiatriska vården, genom att förbättra tillgången till vård och behandling för den som vårdas inom den rättspsykiatriska vården. Huruvida staten som huvudman kan förbättra den rättspsykiatriska vårdens kvalitet är svårt att förutsäga och är till viss del beroende av statliga beslut och ambitioner på området.

8.3 Effektivitet och produktivitet

Ju mer effektivt hälso- och sjukvårdssystemet fungerar, desto mer hälsa kan skapas med de tillgängliga resurserna. Den sammantagna effektiviteten i hälso- och sjukvårdssystemet har därför stor bety-

[94] JO:s beslut den 27 februari 2025, dnr 4389-2024.

delse för patienter, invånare och hälso- och sjukvårdens medarbetare. Att resurser används på ett effektivt sätt är också viktigt för invånarnas långsiktiga förtroende för hälso- och sjukvården och systemets långsiktiga hållbarhet.

I Vårdansvarskommitténs direktiv (dir. 2023:73) anges att det finns utrymme att öka effektiviteten i hälso- och sjukvården och det anges att ett av målen med att ompröva huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården är att förbättra förutsättningarna för ett mer effektivt resursutnyttjande. De förslag som kommittén lämnar ska enligt direktivet säkerställa ett mer effektivt hälso- och sjukvårdssystem.

Nuvarande ordning

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet uppvisar både styrkor och svagheter ur ett effektivitetsperspektiv. Inom många områden är måluppfyllelsen god, i form av goda medicinska resultat och hög kvalitet men kostnaden för hälso- och sjukvård har ökat över tid. Vissa analyser visar på minskad produktivitet över tid och en lägre produktivitet i jämförelse med andra länder, men mätproblem och begränsade analyser försvårar en fullständig bild. Det finns också regionala variationer i effektivitet och produktivitet. I flera tidigare utredningar har det konstaterats att en ökad produktivitet och effektivitet är viktigt för att hantera den resursutmaning som följer av den demografiska utvecklingen och ökande vårdbehov.

Vissa utgångspunkter om effektivitet och produktivitet

Effektivitet är ett begrepp som kan ges olika innebörd beroende på sammanhang och ofta skiljer man på olika typer av effektivitet. I den här utredningen ligger fokus på den sammantagna effektiviteten, vilket avser förhållandet mellan hälso- och sjukvårdens resurser, prestationer och kvalitet. Den samlade effektiviteten avgörs av en stor mängd olika faktorer på såväl systemnivå, verksamhetsnivå och den enskilde patientens vårdmöte och vårdprocess. Det finns inga enskilda mått som fångar alla aspekter av effektiviteten, men bedömningar kan göras utifrån förhållandet mellan resurser/kost-

nader och måluppfyllelse/kvalitet, kända källor till ineffektivitet och konstaterad effektiviseringspotential.

I den nu gällande HSL från 2017 infördes en förtydligad paragraf som återfinns i 4 kap. 1 §. Paragrafen anger att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Det innebär att hälso- och sjukvårdsverksamheten i sin helhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.[95]

Effektivitet kan avse både allokativ och teknisk effektivitet. *Allokativ effektivitet* avser om fördelningen mellan olika verksamheter och tjänster överensstämmer med målen, om man producerar ”rätt saker”. Vad som är en lämplig resursfördelning beror på vilken nytta olika verksamheter eller tjänster genererar och vilka kostnader som uppstår. Beroende på verksamheters/tjänsters nytta i relation till kostnader är det mer eller mindre fördelaktigt att investera i desamma. Allokativ effektivitet anknyter därför till vertikala och horisontella prioriteringar, dvs. förmågan att bedöma vad som är lämpliga insatser inom varje specialitet eller verksamhetsområde, men även förmågan att bedöma prioriteringar över specialitets- eller verksamhetsgränser. Allokativ effektivitet avser också fördelningen mellan olika sektorer, exempelvis mellan regional och kommunal sjukvård.

Även om man vet vad som ska produceras kan man göra detta mer eller mindre effektivt, vilket anknyter till *teknisk effektivitet* eller *produktivitet*. Regeringen beskriver *produktivitet* som effektiviteten i produktionen, det vill säga ett mått på hur mycket värde som skapas i förhållande till insatserna. En definition av produktivitet i offentlig sektor är relationen mellan å ena sidan volymer och kvalitet för de tjänster som tillhandahålls och å andra sidan kostnaderna för att producera dessa. Högre produktivitet kan alltså åstadkommas antingen genom att producera fler eller bättre tjänster för en given kostnad, eller genom att producera samma mängd tjänster med oförändrad kvalitet för en lägre kostnad. I praktiken är dock kvaliteten på tjänsterna ofta svår att mäta.[96]

För att hälso- och sjukvården ska kunna vara effektiv behöver produktiviteten vara hög. Samtidigt bidrar en hög produktivitet till vårdens effektivitet enbart om det är rätt saker som görs i förhål-

[95] Prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag* s. 131.
[96] Dir. 2023:58, *Högre produktivitetstillväxt.*

lande till hälso- och sjukvårdsbehoven i befolkningen. En hög produktivitet av onödiga eller skadliga insatser är till exempel negativt för effektiviteten. På motsvarande sätt kan det vara ineffektivt med besparingar om de får stora konsekvenser för kvaliteten. Ytterligare en aspekt av effektiviteten är hur olika administrativa uppgifter, beslutsfattande och den offentliga förvaltningen kring hälso- och sjukvården fungerar. Ju mer effektivt sådana processer fungerar, desto mer resurser kan frigöras som kommer patienter och invånare till del.

Befintliga sätt att mäta effektivitet och produktivitet över tid har kritiserats för att inte i tillräckligt hög utsträckning ta hänsyn till kvalitetsförbättringar, på så vis att värdet av snabbare, effektivare och skonsammare behandlingar inte fångas av de effektivitets- och produktivitetsmått som finns.[97] Produktivitetskommissionen har till exempel konstaterat att ett problem vid analysen av produktivitet i offentlig sektor är att det är svårt att mäta kvaliteten i produktionen. Det innebär att kvantitativa mått riskerar att underskatta och felbedöma utvecklingen. Därför behöver en mångfald av källor användas när produktiviteten i offentlig sektor analyseras.[98]

Utmaningar och utvecklingsbehov

Sammanfattningsvis kan det konstateras att hälso- och sjukvårdssystemet uppvisar både styrkor och svagheter ur ett effektivitetsperspektiv.

Effektivitet

Inom många områden är måluppfyllelsen god, i form av goda medicinska resultat och hög kvalitet. Sverige presterar väl i jämförelse med andra länder när det gäller olika former av medicinska resultatmått och hälsoutfall, till exempel överlevnad efter cancer, medicinsk kvalitet inom olika kroniska sjukdomar, mödra- och spädbarnsdödlighet, undvikbar dödlighet och slutenvård vid astma,

[97] Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Ekonomirapporten*, oktober 2024 samt maj 2024.
[98] SOU 2024:29, *Goda möjligheter till ökat välstånd. Delbetänkande av Produktivitetskommissionen.*

KOL, hjärtsvikt och diabetes samt överlevnad i cancer.[99] Sverige tillhör de länder i EU som har lägst hälso- och sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet[100] och resultaten har förbättrats över tid.[101] Den låga hälso- och sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten indikerar att den svenska hälso- och sjukvården på övergripande systemnivå är förhållandevis effektiv.[102]

Det har under de senaste decennierna skett en snabb utveckling av möjligheterna att behandla olika sjukdomar och införande av nya metoder och arbetssätt har gjort att tillstånd som tidigare krävde specialiserad hälso- och sjukvård nu kan behandlas i primärvård eller hanteras i hemmet eller med egenvårdsinsatser. Möjligheterna att behandla fler patienter till en lägre kostnad än tidigare kan ses som en indikator på en ökad effektivitet över tid. En viktig faktor för denna ökade effektivitet är kunskaps- och teknikutveckling som har implementerats framgångsrikt i hälso- och sjukvården. Sverige har till exempel konstaterats ligga långt fram i jämförelse med andra länder när det gäller införandet av ny medicinsk teknologi som dagkirurgi och nya behandlingsmetoder.[103]

Samtidigt finns också områden där Sverige presterar sämre än andra länder eller där önskad förbättring uteblivit, till exempel dödlighet i beroendesjukdomar[104], självmord och dödsfall med oklar avsikt[105] och väntetider till vård.[106] I samtliga regioner i landet saknas det disponibla vårdplatser på akutsjukhusen och tillgången till vårdplatser är mindre än behovet, vilket medför överbeläggningar och

[99] Socialstyrelsen (2020), *Fakta och statistik – mer än bara mamma.* Information på hemsidan; Janlöv, N. Blume, S. Glenngård, AH. Hanspers, K. Anell, A. Merkur, S. (2023), *Sweden: Health system review*. Health Systems in Transition, 2023; 25(3): i–198.
[100] Indikatorn speglar förtida dödlighet i ett antal dödsorsaker med koppling till diagnoser som bedöms vara särskilt möjliga att påverka med medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling. I måttet ingår dödsfall orsakade av en rad sjukdomar, till exempel ischemisk hjärtsjukdom, stroke, diabetes och olika cancersjukdomar (Socialstyrelsen 2024, *Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård. Lägesrapport 2024)*.
[101] Socialstyrelsen (2024), *Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård. Lägesrapport 2024.* Eurostat (2024) *Preventable and treatable mortality statistics. March 2024.*
[102] Janlöv, N. Blume, S. Glenngård, AH. Hanspers, K. Anell, A. Merkur, S. (2023), *Sweden: Health system review*. Health Systems in Transition, 2023; 25(3): i–198.
[103] Rehnberg, C. (2019), *Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv s.12.*
[104] Folkhälsomyndigheten (2024), *Narkotikarelaterade dödsfall*.
[105] Socialstyrelsen (2024), *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2024.*
[106] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022), *Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022*.

utlokaliseringar respektive överbelastade akutmottagningar.[107] Andra aspekter som beskrivits som svagheter i jämförelse med andra länder är personalomsättning, sjukfrånvaro och hur personalen används.[108]

De goda resultaten ska också beaktas utifrån att kostnaderna för hälso- och sjukvård är relativt höga i Sverige. Att mäta den sammantagna kostnadseffektiviteten är svårt, men ett sätt är att ställa den åtgärdbara dödligheten i relation till de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna. En analys av detta har till exempel visat att hälso- och sjukvårdsutgifterna per capita år 2019 var högre i Sverige än i vissa andra länder som presterade på liknande nivå i fråga om åtgärdbar dödlighet.[109]

Regionernas kostnader för hälso- och sjukvård ökade under perioden 2012–2019 med ca 2,1 procent per år i fasta priser (0,8<procent per år när hänsyn tas till demografiska förändringar). Under de två första pandemiåren, 2020–2021, var kostnadsökningarna väsentligt högre än tidigare år och även 2022 var kostnaderna påverkade av pandemin. Under 2023 återgick kostnadsökningen i fasta priser återigen till den historiska trenden.[110] Den årliga kostnadsökningen förklaras enligt SKR av den medicintekniska utvecklingen som innebär att mer kan göras för patienterna. Vidare pekar SKR på att olika underlag tyder på att det är personalkostnader som driver kostnadsutvecklingen över tid. Även om den bakomliggande orsaken är medicinskteknisk utveckling så leder den till ett ökat behov av personal, till exempel genom att avancerad apparatur kan innebära att flera patienter kommer i fråga för diagnostik eller behandling, vilket i sin tur förutsätter bemanning.[111] Läkemedelskostnaderna ökar i en högre takt än de övriga hälso- och sjukvårdskostnaderna. Historiskt har regionernas kostnader för läkemedelsförmånen ökat med runt 5 procent årligen, men år 2024 ökade kostnaderna med 10 procent för andra året i rad. SKR menar att det är svårt att se en situa-

[107] Socialstyrelsen (2024), *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2024.*
[108] Janlöv N, Blume S, Glenngård AH, Hanspers K, Anell A, Merkur S. (2023), *Sweden: Health system review*. Health Systems in Transition, 2023; 25(3): i–198.
[109] Se till exempel Janlöv, N. Blume, S. Glenngård, AH. Hanspers, K. Anell, A. Merkur, S. (2023), *Sweden: Health system review*. Health Systems in Transition, 2023; 25(3): i–198.
[110] Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Ekonomirapporten*, oktober 2024.
[111] Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Ekonomirapporten*, oktober 2024.

tion där tvåsiffriga kostnadsökningar på förmånsläkemedel kan fortgå under en längre tid.[112]

Produktivitet

Samtidigt som kostnaderna har ökat för hälso- och sjukvården har också de producerade vårdvolymerna minskat. Produktivitet beskrivs ibland genom måttet kostnad per producerad DRG-poäng[113], och enligt detta mått ökade kostnaderna per producerad DRG-poäng med i genomsnitt 3,7 procent per år under perioden 2017–2021, omräknat till fasta priser. Ökningen signalerar enligt Rådet för kommunala analyser att produktiviteten i den specialiserade somatiska vården har sjunkit, men pekar samtidigt också på att åtminstone en del av minskningen kan förklaras av färre utförda insatser på grund av covidpandemin.[114]

I en jämförande studie från 2019 konstateras att tillgången på personal och utrustning generellt sett är god i svensk hälso- och sjukvård, men att såväl arbetsproduktiviteten som sjukvårdens totalproduktivitet är lägre i Sverige än andra jämförbara länder, i synnerhet i sjukhusvården.[115] En tidigare jämförelse mellan de nordiska länderna har också pekat ut produktiviteten vid svenska sjukhus som svag jämfört med Danmark, Norge och särskilt Finland.[116]

Även för primärvårdens del finns studier som indikerar en svag produktivitet jämfört med andra länder. Informationsöverföringen mellan primärvård och specialistvård har brister och primärvårdsläkarna är i regel mer stressade än sina kollegor i flera andra länder. Svenska allmänläkare träffar färre patienter per arbetad timme än

[112] Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Ekonomirapporten*, oktober 2024.
[113] DRG-poäng är ett sätt att mäta mängden producerad vård där en justering görs för skillnader i patientsammansättning (även kallat casemix). Klassificeringsprincipen är att medicinskt likartade vårdkontakter, som dessutom är ungefär lika resurskrävande, sorteras in i en och samma grupp. Grupperingen till en DRG görs från de data som registreras i sjukvårdens patientadministrativa datasystem så som huvuddiagnos, bidiagnos, åtgärder, ålder, vårdtid och inskrivningssätt. Se vidare i Rådet för kommunala analyser (2022).
[114] Rådet för främjande av kommunala analyser (2022), *Produktivitet i regioner - En rapport om kostnader och volymer inom hälso- och sjukvården.*
[115] Rehnberg, C. (2019), *Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv.*
[116] Kittelsen et al. (2008), *Hospital productivity and the Norwegian ownership reform. A Nordic comparative study.* HERO Working Paper, 10/2008, Oslo University.
Kittelsen et al. (2015), *Costs and Quality at the Hospital Level in the Nordic Countries.* Health Economics, Dec;24 Suppl 2:140–163.

läkare i andra länder och ägnar varje patient relativt mycket tid,[117] vilket dock till stor del förklaras av den svenska primärvårdens teamarbete.[118] I svensk primärvård har sjuksköterskor och andra yrkeskategorier en stor betydelse och svarar för en majoritet av alla besök, inklusive många uppföljningsbesök av patienter med kronisk sjukdom. Detta innebär att en rättvisande bild av produktiviteten förutsätter analyser som inkluderar fler yrkesgrupper och att den bild som kan ges enbart utifrån läkarbesök och läkares situation blir begränsad. I tidigare analyser har det samtidigt påpekats att internationella jämförelser och den svenska utvecklingen, trots att det finns metodologiska problem med produktivitetsanalyser, indikerar problem med relationen mellan resursinsatser och aktivitet inom svensk hälso- och sjukvård, inklusive sjukhusen.[119] Även Produktivitetskommissionen konstaterar i sitt delbetänkande att det trots mätproblem finns tydliga indikationer på att produktivitetsutvecklingen i offentlig sektor kan förbättras, bland annat de tydliga variationer i produktion och utfall som finns mellan olika kommuner, regioner och myndigheter.[120]

Variationer mellan regionerna

Effektiviteten och produktiviteten varierar mellan regionerna. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys visar i en uppföljningsrapport från år 2022 att vissa regioner uppnår högre sammanviktade kvalitetsresultat samtidigt som de har lägre totala hälso- och sjukvårdskostnader jämfört med andra regioner, och är därmed mer effektiva än andra. Myndigheten konstaterar också att det i stor utsträckning är samma regioner som uppvisar en högre grad av effektivitet och produktivitet jämfört med övriga som i tidigare uppföljningar och att det saknas signifikanta samband mellan höga resultat i kvalitetsindex och den justerade kostnadsnivån, vilket tyder på att hög kvalitet kan uppnås utan höga kostnader. [121] Även när det gäller

[117] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023), *Vården ur primärläkarnas perspektiv. International Health Policy Survey (IHP) 2022.* Rapport 2023:1.
[118] Janlöv, N. Blume, S. Glenngård, AH. Hanspers, K. Anell, A. Merkur, S. (2023), *Sweden: Health system review*. Health Systems in Transition, 2023; 25(3): i–198.
[119] Rehnberg, C. (2019), *Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv.*
[120] SOU 2024:29 *Goda möjligheter till ökat välstånd* s. 473.
[121]Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022), *Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården* 2022.

produktiviteten finns skillnader mellan regionerna, men ingen region har hög eller låg produktivitet i både primärvård och specialiserad somatisk vård, vilket innebär att det är svårt att bedöma om den sammantagna produktiviteten skiljer sig mellan regioner.[122]

Ökad effektivitet behövs för fortsatta ambitionshöjningar

Med en åldrande befolkning, ökande vårdbehov och stora utmaningar med kompetensförsörjning av framtidens hälso- och sjukvård blir prioriteringar och ökad effektivitet en viktig framtidsfråga – en ökad effektivitet har beskrivits som viktigt för att ekvationen ska gå ihop.[123] För hälso- och sjukvårdens del visar en analys att det är möjligt finansiera dagens omfattning av det offentliga åtagandet fram till 2040, men att fortsatta ambitionshöjningar däremot skulle kräva effektiviseringar som motsvarar ett årligt resurstillskott på 4 miljarder kronor eller totalt nästan 73 miljarder kronor (i 2022 års penningvärde) fram till 2040. Nästan alla regioner bedömer att hälso- och sjukvården skulle kunna tillgodose de samlade vårdbehoven hos befolkningen i samma utsträckning som i dag till 2040 genom att använda resurserna effektivare.[124]

I den öppna konsultationen och de övriga kvalitativa utredningsmomenten har flera olika aspekter av hälso- och sjukvårdens effektivitet och produktivitet berörts. Ett behov av ökad effektivitet beskrevs i inspel från såväl patientföreningar som andra civilsamhällesorganisationer, professionsföreningar och privata aktörer. Behov beskrevs också av att minska byråkratiseringen och den administrativa bördan i hälso- och sjukvården samt att i högre grad tillvarata precisionsmedicinens möjligheter till effektivisering och bättre hälsa, till exempel genom ökat nyttjande av hälsodata. Flera har också påpekat att det finns ineffektivitet i att regionerna behöver utveckla och upprätthålla parallella system och lösningar på samma frågor.

---

[122] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022), *Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022*.
[123] Rådet för främjande av kommunala analyser (2022), *Produktivitet i regioner – En rapport om kostnader och volymer inom hälso- och sjukvården.*
[124] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Redo för framtiden?* Analys av hur det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen kan utvecklas till år 2040. Rapport 2024:1.

Ett helt statligt huvudmannaskap

Nedan presenteras de slutsatser som dragits avseende förutsättningarna att uppnå en mer effektiv hälso- och sjukvård genom ett statligt huvudmannaskap. Först presenteras de hypoteser och bedömningar som framförts i de olika kvalitativa utredningsmoment som genomförts. Därefter presenteras de slutsatser som dragits utifrån det samlade materialet, inklusive de analyser som presenterats i rapportens tidigare kapitel.

Hypoteser och bedömningar om effektivitet från den kvalitativa datainsamlingen

Ett resultat från de kvalitativa utredningsmomenten avser vilka faktorer som är centrala att ett statligt huvudmannaskap påverkar för att systemeffektiviteten ska kunna öka. Några områden som framförts som särskilt avgörande för effektiviteten är ny kunskap, teknik och innovation, fokus på prevention och förebyggande insatser, arbete med ingångar och flöden i systemet, styrningen av hälso- och sjukvården, formella och kulturella incitamentsstrukturer, uppföljning och lärande, bekämpandet av välfärdsbrottlighet samt att göra rätt prioriteringar så att vårdens resurser tillkommer de med störst behov. Om ett statligt huvudmannaskap skulle lyckas skapa bättre förutsättningar än i dag för dessa faktorer skulle den samlade effektiviteten kunna stärkas.

När det gäller frågan om huruvida ett statligt huvudmannaskap skulle kunna bidra till en ökad systemeffektivitet visar resultaten från de kvalitativa utredningsmomenten (möten, intervjuer, workshops och strukturerade dialoger) att olika experter och aktörer gör olika bedömningar i frågan. En hypotes som framförts är att statens möjligheter att omfördela resurser skulle kunna bidra till ökad effektivitet, om detta leder till att resurserna i högre utsträckning fördelas så att de svarar mot befolkningens behov. Vissa har gjort bedömningen att kapacitet och resurser för systematiska behovsanalyser är större på den nationella nivån än på den regionala, och att en centralisering därför skulle kunna leda till ökad kvalitet i sådana analyser. Vidare har en del ansett att ett statligt huvudmannaskap skulle kunna möjliggöra jämförbara data och annan information som kan ligga till grund för bättre nationella analyser. Me-

toder och processer för hur befolkningens behov undersöks skulle då också kunna bli mer likartade vid ett statligt huvudmannaskap, enligt detta sätt att resonera. Om sådant underlag skulle utvecklas och ligga till grund för resursfördelningen skulle det i förlängningen kunna bidra till planering och resursfördelning som i högre grad svarar mot behoven och därmed förbättra den allokativa effektiviteten, enligt denna hypotes.

Andra har lyft att ett statligt huvudmannaskap skulle kunna påverka kostnadskontrollen i hälso- och sjukvården negativt. Vissa har sett en risk för att ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården skulle kunna bli kostnadsdrivande utan att det nödvändigtvis skulle ge bättre resultat, vilket skulle minska den samlade effektiviteten. Risken för minskad kostnadskontroll har kopplats till att det vid en huvudmannaskapsreform skulle uppstå behov av att lägga mycket resurser på att få det nya systemet att fungera, samtidigt som många skulle ha investerat politiskt kapital och prestige på att det ska bli bättre.

Ett ökat avstånd mellan resursägare och utförare skulle också kunna ge mindre möjlighet att styra den faktiska resursanvändningen i verksamheterna samt leda till en minskad ekonomisk ansvarskänsla i verksamheterna. Dessa mekanismer har beskrivits kunna leda till ökade hälso- och sjukvårdskostnader under en längre period efter reformens genomförande. Vissa har också bedömt att kostnaderna för hälso- och sjukvården skulle kunna öka vid ett statligt huvudmannaskap eftersom det statliga ansvarsområdet generellt har högre ersättningsnivåer i kollektivavtal och liknande.

Ett återkommande tema i de diskussioner som förts med olika experter och intressenter har varit hur styrningen av hälso- och sjukvården skulle fungera vid ett statligt huvudmannaskap. Vissa har sett fördelar ur ett effektivitetsperspektiv med att styrningen sker längre bort från verksamheten, medan andra sett detta som i huvudsak en nackdel. Fördelarna har beskrivits som ett minskat politiskt detaljstyre och möjlighet till ökat utrymme för professionerna, medan nackdelarna har beskrivits som ett ökat avstånd mellan styrande och verksamhet - vilket skulle leda till ökade svårigheter att styra utvecklingen. När det gäller styrningen har vissa framfört att den operativa styrningen skulle kunna bli mer trögrörlig än i nuläget av ett statligt huvudmannaskap. Över lag kan diskussionerna kring styrningen sammanfattas med att de som ansett

att styrningen skulle bli mer effektiv har fokuserat på den nationella styrningens genomslag medan de som ansett att styrningen skulle bli mindre effektiv haft fokus på den operativa styrningen och betonat riskerna med ett ökat tjänstemannastyre, minskade möjligheter till flexibilitet och längre avstånd mellan politik och verksamhet.

Ett annat tema i genomförda dialoger och workshops har avsett den organisatoriska effektiviteten. I detta sammanhang har det bland annat påpekats att den organisation som skisserats i scenariot för ett helt statligt huvudmannaskap, med sex regionala områden för drift av hälso- och sjukvård, till stor del liknar de tankar som tidigare funnits om sex storregioner. Vissa har då lyft att de rent organisatoriska och administrativa fördelar som skulle kunna finnas med större regioner till stor del inträder även vid ett statligt huvudmannaskap. När det gäller den statliga organisationen har det samtidigt även i detta sammanhang framförts att en sådan kan blir trögrörlig och svårstyrd med behov av många administrativa nivåer, vilket kan bli mindre effektivt än nuvarande ordning.

Ett annat tema som framkommit i workshops är att en centralisering av det politiska ansvaret för hälso- och sjukvården kan underlätta beslut om förändringar i hälso- och sjukvårdsstrukturen och koncentration av hälso- och sjukvård (nivåstrukturering). En ökad koncentration av vård har också beskrivits som den mest uppenbara vägen till effektiviseringar i ett nationellt hälso- och sjukvårdssystem. Det har beskrivits att reformer för en mer effektiv sjukhusstruktur samt färre och större sjukhus skulle vara en trolig konsekvens av ett statligt huvudmannaskap. Huruvida detta har betraktats som en fördel eller nackdel har dock varierat beroende på perspektiv.

Flera har resonerat kring hur den samlade effektiviteten skulle påverkas av att den politiska styrningen skulle ske på längre avstånd från verksamheterna jämfört med i dag. Detta har beskrivits både som en risk och en möjlighet i förhållande till styrningens genomslag och hälso- och sjukvårdens samlade effektivitet. Vissa har sett fördelar ur ett effektivitetsperspektiv med att den politiska styrningen inte kan vara lika detaljorienterad som i dag, medan andra har betonat riskerna för en mindre effektiv styrning när styrningen blir mer distanserad från lokala behov och verksamheternas vardag.

Som en nackdel med ett statligt huvudmannaskap ur ett effektivitetsperspektiv har det framförts att den centralisering av besluts-

fattandet som ett statligt huvudmannaskap skulle medföra på sikt kan leda till att förståelse för och kvalitativ kunskap om lokala behov och förutsättningar minskar bland beslutsfattare. Vissa har menat att det på sikt skulle kunna missgynna glesbygdsområden eftersom hälso- och sjukvårdspolitiken i mindre utsträckning skulle bygga på lokala och regionala hänsyn. Utifrån antagandet att detta skulle försämra kvaliteten har detta också beskrivits som en nackdel för effektiviteten.

Sammantaget har det i de kvalitativa momenten i utredningsarbetet synliggjorts att olika aktörer och experter gör olika bedömningar av om ett statligt huvudmannaskap skulle kunna främja en ökad effektivitet i hälso- och sjukvården. Sekretariatets uppfattning är att de olika bedömningarna beror på vilka antaganden som görs om statens förmåga att styra och utveckla hälso- och sjukvården på längre sikt. De som har en positiv bild av statens förutsättningar och kapacitet har sett möjligheter att stärka effektiviteten, medan de som anser att staten skulle ha svårt att leva upp till kraven landar i att effektiviteten i hälso- och sjukvården skulle vara oförändrad eller försämras av ett statligt huvudmannaskap.

Ett delvis statligt huvudmannaskap

När det gäller scenarierna för ett delvis statligt huvudmannaskap har det i workshops och intervjuer framförts olika uppfattningar om för- och nackdelar. När det gäller de scenarier som innebär att ansvaret för primärvården och den specialiserade hälso- och sjukvården delas upp mellan två olika huvudmän har en förhållandevis samstämmig bild framkommit kring att detta inte skulle främja en ökad effektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet som helhet.

Flera har också betonat att inga uppdelningar som innebär fler huvudmän och ansvarsgränser i systemet kan främja en ökad effektivitet för hälso- och sjukvårdssystemet som helhet. Vissa har samtidigt lyft att det kan finnas vissa särskilda fördelar med ett statligt huvudmannaskap för den specialiserade vården ur ett effektivitetsperspektiv och att det inom områden där det finns uppenbara stordriftsfördelar skulle vara möjligt att öka effektiviteten med ett statligt huvudmannaskap.

Observationer utifrån det samlade underlaget

Med utgångspunkt i rapportens tidigare kapitel och ovan presenterade underlag har sekretariatet gjort följande observationer när det gäller hur effektiviteten skulle påverkas av ett helt statligt huvudmannaskap:

- Det finns teoretiska effektivitetsargument för både decentralisering och centralisering. Argumenten för centralisering fokuserar på stordriftsfördelar och specialisering, medan argumenten för decentralisering har mer fokus på den allokativa effektiviteten och anpassning till olika förutsättningar och behov.
- Eftersom det är okänt hur såväl hälso- och sjukvårdens kostnader som kvalitet skulle påverkas av en huvudmannaskapsreform går det inte att göra närmare bedömningar av hur hälso- och sjukvårdens sammantagna effektivitet skulle påverkas.
- Underlaget ger inget entydigt svar på sambandet mellan produktivitet/effektivitet och storleken på de geografiska enheter som hälso- och sjukvård planeras och styrs i.
- Ett statligt huvudmannaskap kan medföra såväl möjligheter till besparingar och stordriftsfördelar som kostnadsdrivande faktorer och incitament.
- Statens förmåga och förutsättningar att realisera omställning och utveckling i hälso- och sjukvårdssystemet är avgörande för hur den sammantagna effektiviteten i systemet påverkas.

Det finns teoretiska effektivitetsargument för både decentralisering och centralisering

Genomgången i kapitel 4 visar att det finns teoretiska effektivitetsargument för både centralisering och decentralisering. Decentralisering anses ofta möjliggöra en högre allokativ effektivitet och en högre effektivitet i serviceproduktionen, eftersom decentralisering möjliggör en högre grad av anpassning till och kunskap om lokala förutsättningar och behov. Samtidigt kan en hög grad av decentralisering också medföra bristande effektivitet, om det leder till att verksamhet bedrivs i en mindre skala än vad som vore optimalt. Vidare kan oklara gränser mellan olika nivåers och aktörers ansvar leda till

dubbelarbete och ineffektiv resursanvändning. Decentraliseringens potential i fråga om effektivitet kan också begränsas om det på regional nivå saknas tillräcklig teknisk, administrativ eller strategisk kapacitet.

Hälso- och sjukvårdssystemet som helhet inrymmer verksamheter med väsentligen olika inneboende logik, vilket innebär att vissa verksamheter kan vara mest lämpade för en hög grad av decentralisering och andra för en hög grad av centralisering utifrån de teoretiska argumenten. I en av de genomförda expertdialogerna framfördes till exempel att vissa vårdprocesser skulle kunna effektiviseras genom att i högre utsträckning standardiseras enligt en industrilogik medan effektivisering när det gäller nära vård eller vård för patienter med komplexa behov och många vårdkontakter i stället kan handla om en mindre detaljerad styrning och lägre grad av standardisering.

Vad den samlade effekten av ett statligt huvudmannaskap för all hälso- och sjukvård skulle bli går därför inte med säkerhet att säga. Sannolikt kan stordriftsfördelar utnyttjas bättre än i nuvarande ordning, men samtidigt är det möjligt att verksamheter med stora behov av lokal och regional anpassning blir mindre effektiva jämfört med i dag.

Inte möjligt att göra säkra bedömningar av hur hälso- och sjukvårdens sammantagna effektivitet skulle påverkas.

Med utgångspunkt i beskrivningen av vad ett statligt huvudmannaskap skulle innebära går det inte att avgöra varken hur hälso- och sjukvårdens kostnader eller kvalitet skulle påverkas på längre sikt, vilket innebär att det också saknas möjlighet att göra några mer exakta förutsägelser gällande konsekvenserna för hälso- och sjukvårdssystemets samlade effektivitet på längre sikt. Många av de i nuläget kostnadsdrivande faktorerna, så som den demografiska utvecklingen samt de ökade möjligheterna att bota och behandla sjukdom, skulle kvarstå och behöva hanteras även vid ett statligt huvudmannaskap.

En ökad systemeffektivitet handlar troligen i liten utsträckning om att genomföra enskilda eller specifika insatser, utan i stället om att bedriva ett ständigt utvecklingsarbete i förhållande till hälso- och sjukvårdens olika mål och styrande principer. Analyser har till

exempel visat att de regioner som uppvisar bäst produktivitet själva lyfter fram långsiktighet gällande systematiskt förbättringsarbete, att se till helheten och stimulera ansvarstagande liksom att följa upp, analysera och ha ett faktafokus som framgångsfaktorer.[125] Jämförelser mellan regioner och verksamheter, utvärdering, spridning av goda exempel och utmönstring av tjänster med liten patientnytta har till exempel beskrivits som viktiga verktyg för ökad effektivitet.[126]

Statens förmåga och förutsättningar att realisera omställning och utveckling i hälso- och sjukvårdssystemet är avgörande för effektiviteten

Stora effektivitetsvinster genom ett statligt huvudmannaskap är beroende av att flera olika åtgärder och insatser genomförs, av de val som görs när det gäller hälso- och sjukvårdens styrning och organisering samt andra faktorer som inte fullt ut kan förutsägas i den här analysen. Några villkor för en ökad systemeffektivitet genom ett statligt huvudmannaskap är att nödvändig omställning och förändring i praktiken genomförs och att olika tänkbara stordriftsfördelar i praktiken kan realiseras. Ett annat villkor är att de fördelar som en centralisering medför kan utnyttjas samtidigt som de drivkrafter för ineffektivitet som kan uppstå till följd av centralisering kan motverkas. Olika experter och aktörer gör olika antaganden om statens förmåga att lyckas med detta och sekretariatet har inte funnit några andra underlag som pekar i en tydlig riktning.

Att uppfylla villkoren för en ökad systemeffektivitet genom ett statligt huvudmannaskap ställer höga krav på den statliga styrningen av hälso- och sjukvården. Bedömningen av huruvida ett statligt huvudmannaskap kan leda till effektivitetsvinster är därför till stor del beroende av vilka antaganden som görs om statens förmåga och förutsättningar att både leverera en övergripande systemstyrning som är anpassad till hälso- och sjukvårdens komplexitet och utveckla former för operativ styrning av verksamheten som bidrar till högre effektivitet.

[125] Rådet för främjande av kommunala analyser (2022), *Produktivitet i regioner – En rapport om kostnader och volymer inom hälso- och sjukvården.*
[126] Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Ekonomirapporten*, oktober 2024.

I de workshops och expertdialoger som genomförts inom ramen för utredningsarbetet har det framkommit att forskare och experter inom området gör olika antaganden om statens förutsättningar och förmåga att driva nödvändig omställning och utveckling för stärkt systemeffektivitet, vilket avspeglas i att de också landar i olika slutsatser om hur den samlade effektiviteten skulle kunna påverkas av ett statligt huvudmannaskap.

Inga uppenbara samband mellan storleken på de organisatoriska enheterna och produktivitet och effektivitet

Scenariot för helt statligt huvudmannaskap, så som det beskrivits i den här rapporten, medför större administrativa enheter för planering och tillhandahållande av hälso- och sjukvård jämfört med nuvarande system. Produktions- och kapacitetsstyrning[127] skulle sannolikt till stor del ske i de sex statliga sjukvårdsområdena i detta scenario. Inom områden där det bedöms lämpligt kan det också utvecklas nationella system för produktions- och kapacitetsstyrning. Nationella informationssystem med fokus på kapacitet, väntetider och vårdutbud behöver då utformas, vilket är viktiga förutsättningar för planering och styrning av kapacitet utifrån behov.

Det är möjligt att ett statligt huvudmannaskap skulle kunna förenkla utvecklingen av den typen av informationssystem, eftersom all information skulle tillhöra samma huvudman. Huruvida den typen av förändrade förutsättningar faktiskt skulle leda till ökad produktivitet är däremot svårt att avgöra. Det har inom ramen för arbetet med denna underlagsrapport inte varit möjligt att göra fördjupade analyser när det gäller sambanden mellan till exempel planeringsenheternas storlek och hälso- och sjukvårdens produktivitet. De observationer som kunnat göras avseende detta pekar i olika riktning:

[127] Produktions- och kapacitetsstyrning handlar enligt Socialstyrelsen om att skapa förutsättningar för arbetssätt som innebär att vårdens kapacitet matchas mot rådande vårdbehov. Det syftar till att genom faktabaserad planering, uppföljning och relevanta åtgärder, skapa förutsättningar för vårdens verksamheter att på ett ändamålsenligt sätt och utifrån patienters behov, löpande och strategiskt fatta beslut om resursfördelning, prioriteringar och arbetssätt. Källa: Socialstyrelsen 2024, *Stöd till regioner för produktions- och kapacitetsstyrning. Delredovisning av regeringsuppdrag.*

- I de mätningar som gjorts av den svenska hälso- och sjukvårdens produktivitet finns inget uppenbart samband mellan regionstorlek och produktivitet. Bland regionerna med högst produktivitet finns både små och stora regioner. Stora regioner har alltså inte entydigt högre produktivitet än små. Detta visar att många olika faktorer har betydelse för produktiviteten och skulle kunna tala för att sambandet mellan planeringsenheternas storlek och produktiviteten generellt är svagt.
- Statskontorets analyser av enmyndighetsreformer visar att möjligheterna att fördela om resurser och uppgifter inom organisationer i flera fall förbättrats genom centraliseringen. Det kan tala för att ett nationellt hälso- och sjukvårdssystem skulle ha bättre förutsättningar än dagens decentraliserade system att använda de samlade resurserna mer flexibelt, vilket i förlängningen skulle kunna stärka produktiviteten.
- I Norge och Danmark noterades ökad produktivitet efter centraliseringsreformerna, men det går inte att avgöra om detta berodde på reformen eller andra parallella faktorer och åtgärder.

Det har tidigare konstaterats att det finns begränsade möjligheter att utveckla produktiviteten inom befintliga arbetsformer och att det är genom innovation och utveckling av nya arbetssätt som de stora produktivitetsvinsterna kan uppnås. Detta har bekräftats i de dialoger och workshops som genomförts, men det samlade underlaget talar varken tydligt för eller tydligt emot att graden av centralisering eller decentralisering är avgörande för den typen av utvecklings- och förändringsarbete.

Ett statligt huvudmannaskap kan medföra både besparingar och kostnadsdrivande faktorer

Det har tidigare konstaterats ett statligt huvudmannaskap kan medföra möjligheter till vissa administrativa stordriftsfördelar och besparingar men samtidigt också nya kostnader och potentiella källor till ineffektivitet som följer av den stora förvaltningsorganisation som ett statligt huvudmannaskap skulle innebära. En central fråga ur ett effektivitetsperspektiv är därutöver i vilken utsträck-

ning ett statligt huvudmannaskap på längre sikt skulle möjliggöra nyttjande av stordriftsfördelar i vårdorganisationen.

I sekretariatets dialoger har det framförts antaganden om att ett statligt huvudmannaskap skulle kunna underlätta och komma att leda till ökad koncentration av hälso- och sjukvård och reformer med fokus på en effektivare sjukhusstruktur. Effektiviseringar genom förändringar i sjukhusstrukturen var dessutom både ett mål med och en tydlig effekt av centraliseringsreformerna som genomförts i Norge och Danmark. Erfarenheterna från dessa länder kan ge visst stöd för antagandet att sådana reformer är enklare att genomföra med ett centraliserat ansvar och beslutsfattande. De norska strukturförändringarna har samtidigt beskrivits som en politiskt känslig fråga. I genomförandet förekom motsättningar mellan lokalsamhället och regionala hälsoföretag, och demonstrationer och folkrörelser mot strukturförändringarna genomfördes. Frågan om närsjukhus fick särskild uppmärksamhet och det beslutades senare att inget närsjukhus skulle läggas ner.[128] Att ett centraliserat beslutsfattande kan underlätta beslut om förändringar i sjukvårdens struktur ska därför inte sammanblandas med att besluten blir enkla.

Ett statligt huvudmannaskap skulle medföra att hälso- och sjukvårdspolitiken i högre utsträckning än i dag separeras från politiken för regional utveckling samt att planering och samordning av större hälso- och sjukvårdsinvesteringar enklare kan samordnas nationellt. Om detta skulle leda till eller underlätta reformer för ökad koncentration av sjukvård jämfört med nuvarande ansvarsfördelning är dock beroende av många andra faktorer.

Ett delvis statligt huvudmannaskap

Det underlag och de bedömningar som presentats ovan när det gäller ett helt statligt huvudmannaskap kan till stor del överföras till scenarierna för ett delvis statligt huvudmannaskap, med skillnaden att de konsekvenser som beskrivits enbart gäller den del av hälso- och sjukvården som scenariot avser. I avsnitten nedan kommenteras därför särskilt de konsekvenser och effekter ur ett effektivi-

[128] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Strukturreformer i Norden – Analys av hälso- och sjukvårdsystemen i Norge, Danmark och Finland.* PM 2024:4.

tetsperspektiv som kan antas vara specifika för alla eller vissa av scenarierna för ett delvis statligt huvudmannaskap.

En gemensam nämnare för scenarierna för ett delvis statligt huvudmannaskap är att det i dessa scenarier finns tre huvudmän i hälso- och sjukvårdssystemet med ansvar för olika delar av hälso- och sjukvården; staten, regionerna och kommunerna. Konsekvenserna för den sammantagna effektiviteten är tydligast när det gäller de scenarier som innebär att ansvaret för primärvården och den specialiserade vården delas upp mellan staten och regionerna. I de workshops, dialoger och möten som genomförts under utredningsarbetet har det relativt samstämmigt framförts att scenarier som innebär att ansvaret för primärvården och den specialiserade hälso- och sjukvården delas upp mellan två olika huvudmän inte skulle främja en ökad effektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet som helhet. Det huvudsakliga argumentet för detta är att behoven av samverkan och samordning skulle öka för att uppnå samma resultat, samtidigt som det skapas nya risker för diken mellan primär- och specialistvård.

Utöver att samverkansbehoven skulle öka så skulle staten också behöva bygga upp omfattande organisatoriska system och strukturer för att styra, finansiera och tillhandahålla hälso- och sjukvård samt att vara arbetsgivare och leva upp till alla krav som kommer med det, utan att motsvarande besparing uppstår på regionsidan, som vid ett helt statligt huvudmannaskap. Att det skulle behövas parallella statliga och regionala organisationer för primär- och specialistvård kan leda till ökade kostnader för styrning, förvaltning och administration jämfört med nuläget. Att dela på ansvaret för primär- och specialiserad vård kan också innebära problematiska incitament i relation till omställningen till en nära vård, som är viktig för ett mer effektivt hälso- och sjukvårdssystem.

När det gäller ett statligt huvudmannaskap för *primärvården* har det över lag framkommit få specifika fördelar med ett delvis statligt huvudmannaskap för enbart primärvården ur ett effektivitetsperspektiv. De fördelar som kan finnas med centralisering, till exempel vad gäller möjligheten att nyttja stordriftsfördelar, framstår generellt som svårare att dra nytta av inom primärvården, som präglas just av behovet av närhet till invånare och anpassning till lokala förutsättningar. I vissa av de dialoger som sekretariatet haft med aktörer och intressenter i hälso- och sjukvården har dock några tänk-

bara fördelar ur ett effektivitetsperspektiv med ett statligt huvudmannaskap för primärvården framförts, till exempel att ett statligt huvudmannaskap för primärvården skulle kunna möjliggöra ett nationellt ersättningssystem och nationella krav och villkor för aktörer inom primärvården. Det skulle kunna minska de administrativa kostnaderna som är förknippade med vårdvalet i primärvården på såväl beställar- som utförarsidan. Ett statligt huvudmannaskap har av vissa också antagits kunna bidra till ökad status för och satsningar på primärvården för att öka tillgänglighet och kvalitet.

Under utredningsarbetet har det framförts hypoteser om att det kan finnas fördelar med ett statligt huvudmannaskap för enbart *den specialiserade hälso- och sjukvården.* I likhet med ett helt statligt huvudmannaskap har dock olika aktörer och experter gjort olika bedömningar och landat i olika slutsatser kring om effektiviteten i den specialiserade vården skulle stärkas av ett statligt huvudmannaskap. Ett statligt huvudmannaskap skulle kunna underlätta strukturella reformer med fokus på en mer effektiv och koncentrerad sjukhusstruktur, under förutsättning att sådana reformer bedöms lämpliga.

Samtidigt kan det också konstateras att det ur ett effektivitetsperspektiv finns vissa aspekter av ett statligt huvudmannaskap för den specialiserade hälso- och sjukvården som kan betraktas som nackdelar. Alla varianter som innebär ett statligt huvudmannaskap för delar av den specialiserade vården, till exempel nationell högspecialiserad hälso- och sjukvård eller universitetssjukvård, medför till exempel en rent praktisk gränsdragningsproblematik, på så vis att en huvudmannagräns skulle behöva dras mellan olika verksamheter på ett och samma sjukhus. I stora delar av sjukhussektorn utförs högspecialiserad hälso- och sjukvård, och det som utgör universitetssjukvård, av samma personal som också utför bassjukvård på samma sjukhus. Med något undantag skulle det vara problematiskt att avgöra vilken del av verksamheten som staten ansvarar för och vilken del som är regionernas. Det har i flera av de dialoger och workshops som genomförts framförts att det är svårt att ser hur styrning, finansiering och arbetsgivaransvar för olika verksamhetsdelar som till stor del bedrivs integrerat skulle organiseras och styras från två olika huvudmän på ett kostnadseffektivt sätt.

Ett statligt huvudmannaskap för högspecialiserad hälso- och sjukvård har tidigare övervägts (Ds 2003:56). Utredningen tog bland annat ställning till frågan om att införa ett statligt huvudman-

naskap för den högspecialiserade vården, men landade i att man inte såg några skäl till det. Den högspecialiserade sjukvården ansågs svår att avgränsa från vårdkedjan och gruppen menade att det därför inte fanns några vinster med ändrat huvudmannaskap i den delen. I den mån det skulle vara möjligt att begränsa universitetssjukhusens vårdutbud till enbart riks- eller regionsjukvård så skulle ett ändrat huvudmannaskap i denna del kunna vara en tänkbar möjlighet enligt projektgruppen. Projektgruppen bedömde dock att det skulle medföra svårhanterliga gränssnitt mellan statens och landstingets ansvar och att ett partiellt skifte av huvudmannaskap skulle skapa organisatorisk förvirring som inte skulle gynna hälso- och sjukvården. Man betonade också värdet i att samma huvudman ansvarar för hela vårdkedjan. Delade ansvarsförhållanden ansågs inte kunna leda till besparingar eller kunna tillföra vården någonting.[129]

En gemensam nämnare för de övriga scenarier som prövas är att de omfattar mindre delar av hälso- och sjukvårdssystemet. De fördelar som kan finnas med dessa scenarier ur ett effektivitetsperspektiv är därför mer avgränsade och har mindre betydelse för den sammantagna effektiviteten. Det kan finnas vissa fördelar med dessa ur ett effektivitetsperspektiv inom det specifika område som scenariot avser.

När det gäller scenariot för ett statligt huvudmannaskap för *luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter* skulle ett statligt huvudmannaskap till exempel kunna möjliggöra vissa stordriftsfördelar genom inköp av större volymer av utrustning och förutsättningar att fördela och omfördela kapacitet över landet.

För den *rättspsykiatriska vården* kan ett statligt huvudmannaskap bidra till en ökad effektivitet genom gemensamt resursutnyttjande och standardisering av exempelvis vårdförlopp, behandlingar och fortbildning. Vidare kan platskapaciteten troligen utnyttjas på ett mer effektivt sätt. Det finns samtidigt också viss risk för effektivitetsförluster, om den rättspsykiatriska vårdens möjlighet till samarbete med annan psykiatrisk vård försvåras.

När det gäller scenarierna avseende *screening* och *vaccinationer* är det tänkbart att det kan finnas stordriftsfördelar i både upphandling och genomförande. Större effektivitetsvinster för hälso- och sjukvården och folkhälsan skulle också kunna uppnås om det centraliserade ansvaret för verksamheten skulle leda till ökad täcknings-

[129] Ds 2003:56, *Högspecialiserad sjukvård - Kartläggning och förslag*, s. 163.

grad i vaccinationsprogram och ett högre och mer jämlikt deltagande i screening som bedömts vara kostnadseffektiv, eftersom det kan förebygga sjukdom respektive bidra till tidig upptäckt.

Även när det gäller de mer avgränsade scenarierna uppstår en praktisk problematik avseende hur ett statligt huvudmannaskap för mindre delar av hälso- och sjukvården ska kunna fungera. Screening och vaccinationer sker till exempel i stor utsträckning integrerat med annan hälso- och sjukvård. Det skulle sannolikt få negativa konsekvenser för vaccinationstäckningen och vara mindre resurseffektivt att flytta ut dessa vaccinationer utanför den vanliga hälso- och sjukvården, till exempelvis en statlig vaccinationsmottagning. Ett statligt huvudmannaskap för enbart vaccinationer och screening bygger därför på att verksamheten kan fortsätta genomföras integrerat i regionernas hälso- och sjukvård, eller hos privata mottagningar.

Om utgångspunkten är att de verksamheter staten tar över huvudmannaskapet för ska kunna fortsätta bedrivas integrerat med hälso- och sjukvård som regionerna ansvarar för så skulle ett statligt tillhandahållaransvar sannolikt behöva hanteras genom upphandling av hälso- och sjukvård eller genom särskilda avtal med regionerna. Då uppstår dock frågan om vilken aktör som ska ha sistahandsansvaret. Om staten har tillhandahållaransvaret och av någon anledning inte skulle lyckas eller vilja tillhandahålla denna vård genom upphandling eller avtal med regionerna så skulle det behöva finnas beredskap att också utföra vården i egen regi.

Referenser

Offentligt tryck

Propositioner

Prop. 1961:181, *Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen angående hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena m.m.*

Prop. 1963:171, *Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen angående landstingskommunernas övertagande av statens mentalsjukvård m.m.*

Prop. 1965:60, *Kungl. Maj.ts proposition till riksdagen angående reform av de offentliga tjänstemännens förhandlingsrätt m. m.*

Prop. 1973:90, *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning m. m.; given Stockholms slott den 16 mars 1973.*

Prop. 1975/76:209, *om ändring i regeringsformen*.

Prop. 1980/81:95, *om ändrat huvudmannaskap för Karolinska sjukhuset, m.m.*

Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*

Prop. 1981/82 :145, *om ändrat huvudmannaskap för akademiska sjukhuset i Uppsala, m.m.*

Prop. 1990/91:14, *om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m. m.*

Prop. 1990/91:58, *om psykiatrisk tvångsvård m.m.*

Prop. 1990/91:117, *om en ny kommunallag.*

Prop. 1992/93:61, *om ändrat huvudmannaskap för vissa institutioner inom ungdomsvård och missbrukarvård.*

Prop. 1993/94, *Inkorporering av Europakonventionen och andra fri- och rättighetsfrågor*.

Prop. 1993/94:150, *Förslag till slutlig reglering av statsbudgeten för budgetåret 1994/95, m.m.*

Prop. 1994/95:27, *Fortsatt reformering av instansordningen m.m. i de allmänna förvaltningsdomstolarna.*

Prop. 1994/95:102, *Övergång av verksamheter och kollektiva uppsägningar.*

Prop. 1995/96:187, *Patientskadelag m.m.*

Prop. 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*

Prop. 1997/98:179, *Lag om förbud mot diskriminering i arbetslivet av personer med funktionshinder.*

Prop. 2000/01:71, *Nytt huvudmannaskap för vårdhögskoleutbildningar*.

Prop. 2000/01:147, *Offentliganställdas bisysslor.*

Prop. 2008/09:160, *Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten*.

Prop. 2009/10:80, *En reformerad grundlag.*

Prop. 2009/10:210, *Patientsäkerhet och tillsyn*.

Prop. 2012/13:20, *Inspektionen för vård och omsorg – en ny tillsynsmyndighet*.

Prop. 2013/14:106, *Patientlag.*

Prop. 2013/14:110, *En ny organisation för polisen*.

Prop. 2013/14:118, *Privata utförare av kommunal verksamhet*.

Prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag.*

Prop. 2016/17:122, *Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården*.

Prop. 2016/17:171, *En ny kommunallag.*

Prop. 2021/22:177, *Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.*

Prop. 2023/24:1, *Budgetpropositionen för 2024.*

Prop. 2023/24:99, *Vårändringsbudget för 2024.*

Prop. 2024/25:1, *Budgetpropositionen för 2025*.

Utskottsbetänkanden

Bet. 1992/93:SOU04, *Familjehemsvård för barn och ungdom*.

Bet. 1992/93:SoU10, *Ändrat huvudmannaskap för vissa institutioner inom ungdomsvård och missbrukarvård*.

Bet. 1996/97: SoU14, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*

Bet. 2012/13:JuU1, *Utgiftsområde 4 Rättsväsendet*.

Bet. 2022/23:FiU1, *Statens budget 2023 – Rambeslutet.*

Kommittébetänkanden

SOU 1958:15, *Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena*.

SOU 1958:38, *Mentalsjukvården. Planering och organisation. Betänkande 3 av Mentalsjukvårdsdelegationen.*

SOU 1975:75, *Medborgerliga fri- och rättigheter.*

SOU 1979:78, *Mål och medel för hälso- och sjukvården. Förslag till hälso- och sjukvårdslag. Betänkande av hälso- och sjukvårdsutredningen, HSU.*

SOU 1992:18, *Tvångsvård inom socialtjänsten – ansvar och innehåll*.

SOU 1993:38, *Hälso- och sjukvården i framtiden – tre modeller. Rapport från expertgruppen till Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000)*.

SOU 1993:40, *Fri- och rättighetsfrågor.*

SOU 1995:5, *Vårdens svåra val.*

SOU 1997:154, *Patienten har rätt.*

SOU 1999:66, *God vård på lika villkor? - om statens styrning av hälso- och sjukvården. Betänkande från Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000)*.

SOU 2002:32, *Den arbetsgivarpolitiska delegeringen i staten – en samlad utvärdering.*

SOU 2007:10, *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*, Ansvarskommitténs slutbetänkande.

SOU 2007:11, *Staten och kommunerna - uppgifter, struktur och relation. Sekretariatsrapport från Ansvarskommittén.*

SOU 2007:12, *Hälso- och sjukvården. Sekretariatsrapport från Ansvarskommittén.*

SOU 2007:75, *Att styra staten – regeringens styrning av sin förvaltning*.

SOU 2007:93, *Den kommunala självstyrelsens grundlagsskydd*.

SOU 2008:125, *En reformerad grundlag*.

SOU 2008:127, *Patientens rätt. Några förslag för att stärka patientens ställning*.

SOU 2011:48, *Vård efter behov och på lika villkor – en mänsklig rättighet.*

SOU 2011:65, *Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem – en kartläggning. Delbetänkande av Statens vård- och omsorgsutredning.*

SOU 2012:13, *En sammanhållen svensk polis. Betänkande av Polisorganisationskommittén.*

SOU 2015:52, *Rapport från Bergwallkommissionen*.

SOU 2015:98, *Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa. Betänkande av utredningen om högspecialiserad vård.*

SOU 2016:2, *Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.*

SOU 2017:43, *På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen.*

SOU 2017:47, *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa.*

SOU 2017:48, *Kunskapsbaserad och jämlik vård – Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård.*

SOU 2018:10, *Myndighetsgemensam indelning – samverkan på regional nivå, Indelningskommitténs slutbetänkande.*

SOU 2018:39, *God och nära vård En primärvårdsreform.*

SOU 2018:55, *Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv – Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning*.

SOU 2018:74, *Lite mer lika. Översyn av kostnadsutjämningen för kommuner och landsting.*

SOU 2019:29, *God och nära vård – Vård i samverkan.*

SOU 2020:23, *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning samt slutbetänkandet*.

SOU 2020:36, *Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter.*

SOU 2021:19, *En förstärkt försörjningsberedskap för 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.*

SOU 2021:75, *En god kommunal hushållning*.

SOU 2021:89, *Sverige under pandemin Smittspridning och smittskydd.*

SOU 2022:6, *Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga.*

SOU 2022:10, *Sverige under pandemin Volym 2 Förutsättningar, vägval och utvärdering*.

SOU 2022:22, *Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram. Slutbetänkande av Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.*

SOU 2022:40, *God tvångsvård – trygghet, säkerhet och rättssäkerhet i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård*.

SOU 2022:53, *Statens ansvar för skolan – ett besluts- och kunskapsunderlag*.

SOU 2022:68, *Förnya taktiken i takt med tekniken – förslag för en ansvarsfull, innovativ och samverkande förvaltning*.

SOU 2024:9, *Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning – långsiktiga åtgärder för sjuksköterskeprogrammen.*

SOU 2024:29, *Goda möjligheter till ökat välstånd. Delbetänkande av produktivitetskommissionen.*

SOU 2024:43, *Staten och kommunsektorn – samverkan, självstyrelse, styrning.*

SOU 2024:50, *Nätt och jämnt – Likvärdighet och effektivitet i kommunsektorn.*

SOU 2024:65, *Kommuners och regioners grundläggande beredskap inför kris och krig*.

Departementsserien

Ds 2003:56, *Högspecialiserad sjukvård - Kartläggning och förslag*.

Ds 2022:15, *Regler om privata sjukvårdsförsäkringar inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.*

Ds 2023:8, *Förslag på åtgärder för att skapa bättre förutsättningar för kliniska prövningar – för en bättre välfärd och starkare life-science sektor*.

Ds 2023:34, *Kraftsamling. Inriktningen av totalförsvaret och utformningen av det civila försvaret.*

Ds 2023:106, *Stärkt beredskap inför framtida pandemier.*

Ds 2024:33, *Det nödvändiga ska vara tillåtet – en lag om internationellt hälso- och sjukvårdsarbete.*

Kommittédirektiv

Dir. 1991:55, *Institutioner inom ungdomsvården och missbrukarvården*.

Dir 1992:96, *Organisationskommitté för ändrat huvudmannaskap för vissa institutioner inom ungdomsvård och missbrukarvård*.

Dir. 2012:129, *Ombildning av polisen till en sammanhållen myndighet*.

Dir. 2024:50, *Bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet*.

Dir. 2023:58, *Högre produktivitetstillväxt*.

Dir. 2023:106, *Stärkt beredskap inför framtida pandemier*.

Dir. 2023:177, *Samordnare för en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården*.

Dir. 2024:50, *Bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet*.

Övrigt offentligt tryck

U2023/03645, (delvis) och U2023/03658, *Regleringsbrev för budgetåret 2024 avseende universitet och högskolor.*

Riksdagsskrivelse 1996/97:185.

Riksdagsskrivelse 2012/13:124.

Rapporter m.m.

Arbetsmiljöverket (2012), *Nationell tillsyn av överbeläggningar inom akutsjukvården*, rapport 2012:2.

European commission (2024), *European Innovation Scoreboard 2024 Country profile Sweden*.

European Observatory on Health Systems and Policies (2022), *Norway – Health system summary*.

European Observatory on Health Systems and Policies, OECD, *State of Health in the EU. Denmark - Country Health Profile 2023.*

European Observatory on Health systems and Policies (2022), *United Kingdom – Health system summary.*

Eurostat (2024), *Preventable and treatable mortality statistics.*

Folkhälsomyndigheten (2022), *Metod för att förstå förändringar i vaccinationstäckning och vaccinationsvilja.*

Folkhälsomyndigheten (2024), *Narkotikarelaterade dödsfall*.

Forskningsrådet för arbetsliv, hälsa och välfärd (2023), *Forskning för morgondagens socialt hållbara samhälle. Fortes bidrag till regeringens forskningspolitik från och med 2025*.

Inspektionen för vård och omsorg (2021), *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården- Slutredovisning av regeringsuppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet och lämna förslag på hur tillsynen kan utvecklas*, rapport 2021:7.

Inspektionen för vård och omsorg (2024), *Nationell tillsyn av vårdplatser och patientsäkerhet på sjukhus.*

Inspektionen för vård och omsorg (2024), *Vad har IVO sett 2023? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2023.*

Integritetsskyddsmyndigheten (2021), *Integritetsskyddsmyndighetens kontroll av behandling av uppgifter om vårdsökande i samband med samtal till 1177, DI-2021-5220*.

Integritetsskyddsmyndigheten (2025), *Årsredovisning för 2023*.

Kriminalvården (2024), *Årsredovisning för 2023*.

Leading Health Care (2022), *Kunskap (s)om styrmedel. Organisationsteoretisk genomlysning av nationellt system för kunskapsstyrning.*

Leading Health Care (2023), *Kunskapsstyrning i praktiken: Införande, mottaglighet och lokal omsättning av den nya kunskapsstyrningen*.

Läkemedelsverket (2024), *Statistik för kliniska prövningar av läkemedel och medicintekniska produkter 2023*.

Myndigheten för arbetsmiljökunskap, Mynak (2023), *Arbetsmiljörisker och friskfaktorer bland hälso-och sjukvårdspersonal.*

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap och Socialstyrelsen (2024), *Nationell försörjningsanalys – modell och genomförande.*

Myndigheten för totalförsvarsanalys (2024), *Uppbyggnaden av civilområden*.

Myndigheten för totalförsvarsanalys (2025), *Analys- och utvärderingsplan 2025–2028*.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014), *En mer jämlik vård är möjlig – Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande.* Rapport 2014:7.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014), *Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem Erfarenheter från Danmark, Norge, England och Nederländerna.* Rapport 2014:8.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015), *Lång väg till patientnytta – en uppföljning av nationella riktlinjers inverkan på vården i ett decentraliserat system*. Rapport 2015:7.

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 (2016), *Vården ur befolkningens perspektiv 2016 - En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*. PM 2016:5.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017), *Vården ur patienternas perspektiv 65 år och äldre – En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*. PM 2017:2.

Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2017), *Lag utan genomslag.* 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 (2018), *Möten med mening – En analys av patienters erfarenheter av vårdmöten*. Rapport 2018:2.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018), *Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård*, Rapport 2018:8.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019), *Omotiverat olika Socioekonomiska och regionala skillnader i cancervården.* Rapport 2019:8.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019), *Olik eller ojämlik? En analys av regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan.* Rapport 2019:4.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020), *Styra mot horisonten Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar*. Rapport 2020:7.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *En lag som kräver omtag. Uppföljning av patientlagens genomslag med en fördjupning om valfrihet*, Rapport 2021:10.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *Genvägen till ökad precision. En framåtblickande analys av precisionsmedicin i hälso- och sjukvården.* Rapport 2021:5.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *Nära vård i sikte.* Rapport 2021:8.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022), *Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022. Indikatorer på kvalitet, jämlikhet och effektivitet*, PM 2022:3.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023), *Vården ur primärläkarnas perspektiv. International Health Policy Survey (IHP) 2022*, Rapport 2023:1.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023), *Ordnat för omställning? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*. Rapport 2023:2.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Redo för framtiden? Analys av hur det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen kan utvecklas till år 2040*, Rapport 2024:1.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *En för alla. Erfarenheter av patientmedverkan i styrning och ledning av hälso- och sjukvården*, PM 2024:1.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Vården ur befolkningens perspektiv. International Health Policy Survey (IHP) 2023*, PM 2024:3.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Strukturreformer i Norden. Analys av hälso- och sjukvårdsystemen i Norge, Danmark och Finland,* PM 2024:4.

Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2025), *Utvärdering av satsningen på vårdplatser inom hälso- och sjukvården – Delredovisning.* PM 2025:3.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2025), *Omtag för omställning - Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: slutrapport.* Rapport 2025:1.

Nationella vårdkompetensrådet (2021), *Förenade anställningar vid de medicinska fakulteterna 2018-2020.*

Nationella vårdkompetensrådet (2024), *Förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdenskompetensförsörjning (S2023/00256)*.

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister, RättspsyK (2023), *Årsrapport 2023*.

Norges forskningsråd (2006), *Evaluering av fastlegerereformen 2001–2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter.*

OECD (2016), *OECD Reviews of Health Care Quality: United Kingdom 2016*.

OECD (2019), *Making Decentralisation Work: A Handbook for Policy-Makers*, OECD Multi-level Governance Studies, OECD Publishing, Paris.

Psykologförbundet (2024), *Remiss: Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (4.3–10609/2023)*.

Prioriteringscentrum (2023), *Förslag till modell för horisontell prioritering inom hälso- och sjukvård. Rapport från Nationell expertgrupp för horisontella prioriteringar.* Rapport 2023:2.

Regeringskansliet (2016), *Vägledning för statliga myndighetsstyrelser*.

Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Regioner (2020), *En avsiktsförklaring mellan staten och Sveriges kommuner och regioner om utveckling av välfärdens digitala infrastruktur*.

Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Gemensam inriktning för en sammanhållen och ändamålsenlig kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården.*

Regionala cancercentrum i samverkan (2020), *10 år med Nationella Cancerstrategin.*

Rehnberg, C. (2019), *Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv*.

Riksrevisionen (2019), *Vanans makt – regeringens styrning av länsstyrelserna. Granskningsrapport från Riksrevisionen*, RiR 2019:2.

Riksrevisionen (2021), *Statliga myndigheters FoU-verksamhet – styrning och processer för kvalitet, relevans och hushållning,* RiR 2021:5.

Riksrevisionen (2022), *Räkna med mindre – den årliga omräkningen av myndigheternas anslag.* RiR 2022:2.

Riksrevisionen (2023), *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*.

Rådet för främjande av kommunala analyser, RKA (2022), *Produktivitet i regioner – En rapport om kostnader och volymer inom hälso- och sjukvården.*

Svenska institutet för europapolitiska studier, Sieps (2024), *Från pandemihantering till hälsounion – tillbakablick och framtidsspaningar*, rapport.

Socialstyrelsen (2012), *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete – Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*.

Socialstyrelsen (2016), *Tolkar för hälso- och sjukvården och tandvården*.

Socialstyrelsen (2018), *Möjligheter och hinder för innovation i vård och omsorg.*

Socialstyrelsen (2018), *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet – Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten.*

Socialstyrelsen (2018), *Definition av universitetssjukvård, Underlag beslutat av den nationella styrgruppen för ALF*. Artikelnr. 2018-3-23.

Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet, UKÄ (2019), *Framtidens vårdkompetens. Stärkt samverkan för att möta hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsbehov.*

Socialstyrelsen (2019), *Arbetssätt för jämlik vård – Redovisning av metodutvecklingsprojekt på Socialstyrelsen*.

Socialstyrelsen (2020), *Nationell utvärdering livmoderhalsscreening*.

Socialstyrelsen (2020), *Öppna jämförelser. Sex frågor om vården. Övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat*.

Socialstyrelsen (2022), *Nationella planeringsstödet 2022.*

Socialstyrelsen (2022), *Smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet – Översyn och förslag till utveckling.*

Socialstyrelsen (2023), *Utvärdering av universitetssjukvård inom ALF-avtalet 2018–2021*.

Socialstyrelsen (2023), *Uppföljningen av omställningen till en mer nära vård 2022.*

Socialstyrelsen (2023), *Hälsotillståndet bland personer med psykisk funktionsnedsättning – Aspekter av betydelse.*

Socialstyrelsen (2023), *Nationell översikt över tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 1 av 3.*

Socialstyrelsen (2023), *Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser Delredovisning av uppdraget att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering*.

Socialstyrelsen (2023), *Samlad uppföljning av regionernas tillgänglighetsarbete. Nationell översikt.*

Socialstyrelsen (2023), *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård-Kartläggning och utvecklingsförslag*.

Socialstyrelsen (2023), *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård*.

Socialstyrelsen (2023), *Vård som inte bör göras. Följsamheten till nationella riktlinjer.*

Socialstyrelsen (2024), *Nationell översikt över tillgången och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 1 av 3.*

Socialstyrelsen (2024), *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2024*.

Socialstyrelsen (2024), *Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård. Lägesrapport 2024*.

Socialstyrelsen (2024), *Stöd till regioner för produktions- och kapacitetsstyrning. Delredovisning av regeringsuppdrag.*

Socialstyrelsen (2024), *Strategi för att möjliggöra och bidra till ansvarsfull innovation i hälso- och sjukvård, socialtjänst och tandvård*.

Socialstyrelsen (2024), *Plats för vård - Förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården.*

Socialstyrelsen (2024), *Nationella planeringsstödet 2024.*

Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten (2025). *Sjuktransporter i Sverige vid kris och krig.*

Socialstyrelsen (2024), *Definition av universitetssjukvård, Underlag beslutat av den nationella styrgruppen för ALF.*

Socialstyrelsen (2025), *Tandvården och Vårdansvarskommittén – Från rot till krona – förslag på områden för statlig översyn i tandvårdssystemet.*

Socialstyrelsen (2025), *Tillgång på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvårdspersonal – Sammanställning och analys av tillgången på den legitimerade personalen 2024, Nationella planeringsstödet 2025 – Delrapport 2*.

Statistiska centralbyrån (2021), *Den framtida befolkningen i Sveriges län och kommuner 2021–2040* Demografiska rapporter 2021:3.

Statistiska centralbyrån (2024), *Instruktioner till Räkenskapssammandraget 2023.*

Statistiska centralbyrån (2024), *Räkenskapssammandraget 2023, kostnader för politisk verksamhet, regioner.*

Statistiska centralbyrån (2024), *Räkenskapssammandraget för kommuner och regioner.*

Statskontoret (2010), *När flera blir en – om nyttan med enmyndigheter.*

Statskontoret (2015), *Inrättandet av Inspektionen för vård och omsorg*, rapport 2015:8.

Statskontoret (2016), *Ombildningen till en sammanhållen polismyndighet – Delrapport 1 om genomförandearbetet.*

Statskontoret (2018), *Ombildningen till en sammanhållen polismyndighet. Slutrapport.*

Statskontoret (2018), *Myndighetsstyrelser i praktiken.*

Statskontoret (2020), *Förvaltningsmodellen under coronapandemin.*

Statskontoret (2023), *Utvecklingen av den statliga styrningen av kommuner och regioner 2022*.

Statskontoret (2023), *Att styra de självstyrande – En analys av statens styrning av kommuner och regioner*.

Statskontoret (2023), *Att styra med kunskap – En studie om statlig kunskapsstyrning riktad till kommuner och regioner.*

Sundhedstrukturkommissionen (2024), *Sundhedstrukturkommissionens baggrundsrapport.*

Sundhedsstrukturkommissionen (2024), *Hovedrapport.*

Svenska läkaresällskapet (2020), *Forskning i primärvården – från betänkande till verkstad*.

Sveriges Kommuner och Regioner (2011), *Landstingens fastigheter vid regionbildning.*

Sveriges Kommuner och Regioner (2015), *PM om verksamhetsövergång.*

Sveriges Kommuner och Regioner (2019), *Vård på vingar. Nationell samordning av luftburen ambulanssjukvård.*

Sveriges Kommuner och Regioner (2019), *Kunskapsöversikten (O)Jämställd hälsa och vård.*

Sveriges Kommuner och Regioner (2020), *Samhället, patienterna och hälso- och sjukvården behöver klinisk forskning. Positionspapper om klinisk forskning – för bästa möjliga vård – inte bara idag utan även imorgon.*

Sveriges Kommuner och Regioner (2021), *Digitala möjligheter som stöd i den nära vården.*

Sveriges Kommuner och Regioner (2022), *Välfärdens kompetensförsörjning. Personalprognos 2021–2031 och hur välfärden kan möta kompetensutmaningen.*

Sveriges Kommuner och Regioner (2022), *Meddelande från styrelsen – Rekommendation till regioner om inriktning för fortsatt utveckling av det nationella systemet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvårdsområdet 2023–2027.*

Sveriges Kommuner och Regioner (2022), *Ersättningsmodeller i primärvården. Delrapport 1 – en nulägesbeskrivning av ersättningsmodeller och andra ekonomiska villkor inom svensk primärvård 2021*.

Sveriges Kommuner och Regioner (2023), *Insatser för att utöka VFU. En intervjustudie med regioner, kommuner och lärosäten om verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeprogrammet.*

Sveriges Kommuner och Regioner (2023), *God och nära vård. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav*.

Sveriges Kommuner och Regioner (2023), *Finansieringsprincipen.*

Sveriges Kommuner och Regioner (2023), *Ekonomirapporten, oktober 2023.*

Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Psykiatrin i siffror – Kartläggning av rättspsykiatrin 2023*.

Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Välfärdens kompetensförsörjning – personalprognos 2023–2033 och strategier för att klara kompetensförsörjningen.*

Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Ekonomirapporten maj 2024*.

Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Ekonomirapporten oktober 2024.*

Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2023*.

Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Primärvård i Sverige Uppdrag, organisation, kontinuitet och prioriteringar.*

Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Förtroendet för revisionen. En undersökning om hur den kommunala revisionen upplevs av ledande politiker och chefer i kommuner och regioner*.

Sveriges Kommuner och Regioner (2025), *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2024*.

Sveriges läkarförbund (2021), *Kompetensförsörjningspolicy. Förutsättningar för en kompetensförsörjning i balans.*

Sveriges läkarförbund (2022), *Forskande läkares villkor – Forskningsenkät från Läkarförbundet 2021.*

Sveriges läkarförbund (2023), *Läkarförbundets inspel 2023 till forsknings- och innovationspropositionen*.

Vetenskapsrådet (2023), *Statistik och information om kliniska studier*.

Vetenskapsrådet (2023), *De kliniska forskarnas förutsättningar i Sverige*.

Vetenskapsrådet (2023), *Utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet vid de regioner som omfattas av ALF-avtalet. 2023 års utvärderingsrapport.*

Vetenskapsrådet (2024), *Definitioner av begrepp inom medicinsk och klinisk forskning*.

Vårdföretagarna (2022), *Privat vårdfakta Fakta och statistik om den privat drivna vård- och omsorgsbranschen*.

Västra Götalandsregionen (2023), *Rapport Patientnämnderna*.

WHO (2022), *Health and care workforce in Europe: Time to act*.

WHO (2022), *Health system performance assessment: a framework for policy analysis*, Irene Papanicolas, Dheepa Rajan, Marina Karanikolos, Agnes Soucat, Josep Figueras, editors. (Health Policy Series, No. 57).

Litteratur m.m.

Anell A. *The public-private pendulum – Patient choice and equity in Sweden*. New England Journal of Medicine 2015; 371(1): 1–4.

Anell, A. (2020), *Vården är värd en bättre styrning.* SNS förlag.

Anderson M, Pitchforth E, Edwards N, Alderwick H, McGuire A, Mossialos E., *The United Kingdom: Health system review. Health Systems in Transition*, 2022; 24(1): i–192.

Asplund, I. (2021), *Den enskildes rättssäkerhet i individnära tillsyn*.

Bengtsson, B. (1986), *Ersättning vid offentliga ingrepp*, Lund: Nordstedts förlag.

Bergius, M., *Vem prioriterar i svensk hälso- och sjukvård?* Förvaltningsrättslig tidskrift, Nr 1, 2023, s. 35–49.

Birk HO, Vrangbæk K, Rudkjøbing A, Krasnik A, Eriksen A, Richardson E, Smith Jervelund S. *Denmark: Health system review. Health Systems in Transition*, 2024; 26(1): i–152.

Blumenthal, D., Gumas, E. D., Shah, A., Gunja, M. Z., Williams II, R. D., MIRROR, MIRROR 2024, *A Portrait of the Failing U.S. Health System: Comparing Performance in 10 Nations.*

Bremdal, P., *Är RF 1 kap. 2 § bara tomma ord? Några tankar om målsättningsstadgandet i RF*, i *Regeringsformen 40 år 1974*–2014, redaktör Karin Åhman, Uppsala: Iustus förlag, 2014, s. 57–68.

Crawford, M. (2015), *Inequity of access to healthcare is still a problem in the NHS*. BMJ 2015;351:h3761.

De Vries, M. S. (2000), *The rise and fall of decentralization: A comparative analysis of arguments and practices in European countries.* European Journal of Political Research, 38(2), 193–224.

Fredriksson, M. (2008), *Between Equity and Local Autonomy. A governance dilemma in Swedish Healthcare.*

Fredriksson, M. (2024), *För- och nackdelar med förstatligande av hälso- och sjukvården. Centralisering och decentralisering: den*

organisatoriska pendeln. Keynote-presentation, Uppsala universitet 20 mars 2024.

Glavå, M. och Hansson, M. (2023), *Arbetsrätt*, digital version av verket som gavs ut av Studentlitteratur 2023 (JUNO).

Holmberg, E. Stjernquist, N. Isberg, M. Elisasson, M. och Regner, G. (2019), *Grundlagarna*, Norstedts Juridik (JUNO).

Janlöv N, Blume S, Glenngård AH, Hanspers K, Anell A, Merkur S., *Sweden: Health system review. Health Systems in Transition,* 2023; 25(3): i–198.

Johansson, N. (2021), *Vad kan förklara regionala skillnader i svensk hälso- och sjukvård?* SNS Analys 75, september 2021.

Kittelsen et al. (2008), *Hospital productivity and the Norwegian ownership reform. A Nordic comparative study*. HERO Working Paper, 10/2008, Oslo University.

Kittelsen et al. (2015), *Costs and Quality at the Hospital Level in the Nordic Countries.* Health Economics, Dec;24 Suppl 2:140–163.

Lind, A-S., (2009), *Sociala rättigheter i förändring, En konstitutionellrättslig studie*, (avhandling) Uppsala universitet.

Lundmark, J. Säfsten, M. (2024), *Förvaltningslagen En kommentar*, Nordstedts Juridik (JUNO).

Madell, T. Lundin, O. (2024), *Kommunallagen En kommentar*, Nordstedts juridik (JUNO).

Marcusson, L (2021), *Staten och SKR – styrning och samarbete. En rättslig analys.* Förvaltningsrättslig tidskrift nr. 4, 2021, s. 687–708.

Nerland, S. och Hagen, T. (2008), *Forbruk av spesialisthelsetjenester*. Tidsskrift for samfunnsforskning Vol.49.

Rynning, E. (2011), *Patientens rättsliga ställning – två steg fram och ett tillbaka?* i Festskrift till Lotta Vahlne Westerhäll.

Olsen, KR et al. (2016), *General practice in the Nordic countries.* Nordic Journal of Health Economics, 4(1):56–67.

Palm, Nys, Townend, Shaw, Clemens och Brand, *Patients' rights: from recognition to implementation*, i antologin Health Systems-Evidence, Strategies and Challenges.

Saltman.R., Bankauskaite,V., Vrangbæk, K. (2007), *Decentralization in Health Care – Strategies and outcomes.* European Observatory on Health Systems and Policies Series, Edited by Josep Figueras, Martin McKee, Elias Mossialos and Richard B. Saltman

Sapkota S, et al. (2023), *The impact of decentralisation on health systems: a systematic review of reviews*. BMJ Global Health 2012;8.

Saunes I S, Karanikolos M, Sagan A., *Norway: Health system review. Health systems in Transition*, 2020; 22(1): i–163.

Tynkkynen L.K., Keskimäki I, Karanikolos M, Litvinova Y (2023), Finland: Health system summary, 2023.

Wenander, H. (2016), *Rättsliga ramar för styrning av förvaltningen i Danmark och Sverige.* Nordisk administrativ tidskrift, 93(1), 57–74.

Webbsidor

Altinget DK *Sundhedsøkonomer: Den økonomiske omfordeling mellem regionerne er dybt usolidarisk.* Hämtad 2024-11-27: https://www.altinget.dk/kommunal/artikel/sundhedsprofessorer-bloktilskuddene-skaber-ikke-lighed-mellem-regionerne.

BBC 27 mars 2024, *Public satisfaction with NHS at lowest ever level, survey shows,* https://www.bbc.com/news/health-68669866.

Cancerfonden, *Ny statistik: Dödligheten i cancer minskar – men med regionala skillnader* Publicerad 21 december 2022, hämtad 2025-03-19: https://www.cancerfonden.se/press/ny-statistik-dodligheten-i-cancer-minskar-men-med-regionala-skillnader-3337277.

Dagens Medicin (2024), *Remissrundan klar – kritiska svar till Vårdkompetensrådet*, artikel publicerad 22 november 2024 kl. 16:18. Hämtad 2024-11-25: https://www.dagensmedicin.se/arbetsliv/bemanning/remissrundan-klar-kritiska-svar-till-vardkompetensradet/.

Dagens Medicin (2023), *Ragunda enda kommunen där ingen läkare bor,* artikel publicerad 2023-10-25 Hämtad 2025-02-07: https://www.dagensmedicin.se/arbetsliv/bemanning/halften-av-landets-lakare-bor-i-tolv-kommuner-och-har-bor-inte-en-enda/.

Dagens Medicin (2023), *Här är kommunerna utan en enda bofast psykolog,* artikel publicerad 2023-11-29: Hämtad: https://www.dagensmedicin.se/arbetsliv/bemanning/har-ar-kommunerna-utan-en-enda-bofast-psykolog/.

Dagens medicin (2025*), Sveriges regioner tecknar säkerhetsskyddsavtal*, artikeln publicerad 2024-10-28: https://www.dagensmedicin.se/vardens-styrning/patientsakerhet/regionerna-sluter-gemensamt-avtal-infor-kris-eller-krig/.

Dagens Medicin (2025), *Facit från forskaren: Så blir vården attraktiv att jobba i*, artikel publicerad 2025-02-11: https://www.dagensmedicin.se/arbetsliv/arbetsmiljo/facit-fran-forskaren-sa-blir-varden-attraktiv-att-jobba-i/.

Dagens Nyheter (2020), *Skottland har gjort eget vägval i sjukvården,* artikel publicerad 2020-01-15: https://www.dn.se/sthlm/skottland-har-gjort-eget-vagval-i-sjukvarden/.

Dagens Nyheter (2024), *Gotland ger upp – vill att staten tar över vården,* artikel publicerad 2024-06-01: https://www.dn.se/sverige/gotland-ger-upp-vill-att-staten-tar-over-varden/.

Dagens Nyheter (2024), *Karina väntade i årtal på vård – hennes syster blev opererad direkt*, artikel publicerad 2024-10-01: https://www.dn.se/sverige/karina-vantade-aratal-pa-vard-systern-annelie-opererades-direkt/.

Ekonomistyrningsverket, ESV (2023), *Regleringsbrev 2024 Myndighet universitet och högskolor.* Hämtad: https://www.esv.se/statsliggaren/regleringsbrev/Index?rbId=23972.

ESV Forum, *Verksamhetsinvesteringar finansieras enligt lånemodellen.* Hämtad 2024-09-30: https://forum.esv.se/redovisning-och-finansiering/lan-och-rantekonto/vara-finansiering-av-verksamhetsinvesteringar/.

Europarådet, *European Charter of Local Self-Government* https://www.coe.int/en/web/impact-convention-human-rights/european-charter-of-local-self-government#/.

Folkhälsomyndigheten (2024), *Sjukdomsinformation om Ockelbosjukan.* Hämtad 2024-11-04: https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/ockelbosjuka-/.

Folkhälsomyndigheten (2023), *Folkhälsomyndighetens uppdrag* Hämtad 2023-04-30: https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsomyndigheten/vart-uppdrag/.

Folkhälsomyndigheten (2024), *Hälsokonsekvenser av klimatförändring i Sverige. En risk- och sårbarhetsanalys.* Hämtad 2024-11-04: https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/d12dc30a4b6b47549b018b53adf2b11a/halsokonsekvenser-klimatforandring-sverige.pdf.

Folkhälsomyndigheten, *Vem gör vad inom folkhälsoområdet* https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsa-och-folkhalsoarbete/tema-folkhalsa/vem-gor-vad/.

Folkhälsomyndigheten, *Vaccinationer är viktigt för att må bra.* Hämtad 2024-04-26: https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/.

Försvarsmakten, *Militärregioner*– Hämtad 2025-03-11: https://www.forsvarsmakten.se/sv/organisation/militarregioner/.

Göteborgs universitet, GPCC, *Centrum för personcentrerad vård.* Hämtad 2024-11-19: https://www.gu.se/gpcc.

Helsedirektoratet (2024), *Hva gjør Helsedirektoratet?* Hämtad: https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/hva-gjor-helsedirektoratet.

Indenrigs- och sundhedsministeriet (2024), *Kommunale og regionale valg*. Hämtad 2025-03-31: Kommunale og regionale valg (im.dk).

Kommuninvest, https://www.kommuninvest.se/.

Läkarförbundet (2021), *Kompetensförsörjningspolicy. Förutsättningar för en kompetensförsörjning i balans.* Hämtad: https://slf.se/app/uploads/2021/03/kompetenforsorjningspolicy-2021-1.pdf.

Läkarförbundet (2024), *Behov av AT-tjänster.* Hämtad: https://slf.se/var-politik/behov-av-at-tjanster/.

Läkarförbundet (2024), *Remiss – förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.* Hämtad: https://slf.se/remisser/2024/remiss-forslag-till-nationell-plan-for-halso-och-sjukvardens-kompetensforsorjning/.

Läkartidningen, *Läkare vill att Region Uppsalas beslut om hemförlossningar rivs upp.* Artikeln publicerad 18 juni 2024. Hämtad 2024-11-25: https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2024/06/lakare-vill-att-region-uppsalas-beslut-om-hemforlossningar-rivs-upp/.

Läkartidningen (2023), *Norge uppdaterar till version 2.0 av det populära fastläkarsystemet.* Artikel publicerad 2023-05-17. Hämtad: https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2023/05/norge-vill-skapa-fastlegeordningen-2-0/.

Läkemedelsförsäkringen, https://lff.se/om-svenska-lakemedelsforsakringen/.

Maastricht University & Maastricht UMC *Further integration of university and academic hospital Maastricht.* Hämtad 2024-11-25: https://www.maastrichtuniversity.nl/news/further-integration-university-and-academic-hospital-maastricht.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, *Strukturreform av krisberedskap och civilt försvar,* Hämtad 2025-02-12: https://www.msb.se/sv/amnesomraden/krisberedskap--civilt-forsvar/det-svenska-civila-beredskapssystemet/strukturreform-av-krisberedskap-och-civilt-forsvar/.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, *Det lokala geografiska områdesansvaret under en samhällsstörning* Hämtad 2025-02-12: https://www.msb.se/sv/publikationer/det-lokala-geografiska-omradesansvaret-under-en-samhallsstorning/.

Nationella vårdkompetensrådet, *Regional samverkan.* Publicerad 13 april 2021. Senast uppdaterad 4 april 2023. https://www.nationellavardkompetensradet.se/samverkan/regional-samverkan/.

Nationella vårdkompetensrådet, *Om nationella vårdkompetensrådet.* Publicerad 13 april 2021. Senast uppdaterad 2024-05-02: https://www.nationellavardkompetensradet.se/om-radet/om-nationella-vardkompetensradet/.

Nationella vårdkompetensrådet, *Pressmeddelande: Drygt 13 000 sjuksköterskor i kompetensförlust – kostar samhället 5,5 miljarder kronor.* Publicerad 03 juni 2024. Hämtad 2024-08-14: https://www.nationellavardkompetensradet.se/aktuellt/nyheter/pressmeddelande-drygt-13-000-sjukskoterskor-i-kompetensforlust--kostar-samhallet-55-miljarder-kronor/.

Nationella vårdkompetensrådet, *Debattartikel: Vårdpersonalen behöver stöd i att prioritera*. Publicerad 23 oktober 2024. Hämtad 2024-11-25: https://www.nationellavardkompetensradet.se/aktuellt/nyheter/debattartikel-vardpersonalen-behover-stod-i-att-prioritera/.

Nature Index, *2024 Research Leaders: Leading countries/territories/Health sciences* https://www.nature.com/nature-index/research-leaders/2024/country/all/global.

News Öresund (2024), *Danmark får ny jätteregion – Region Östdanmark.* Publicerat 15 november 2024. Hämtad 2025-04-14: https://www.newsoresund.se/danmark-far-ny-jatteregion-region-ostdanmark/.

NHS England, *Structure of the NHS*, hämtad 2024-08-09: https://www.england.nhs.uk/long-read/structure-of-the-nhs/#roles-responsibilities-and-funding.

NHS, *NHS Long Term Plan – stronger NHS action on health inequalities.* Hämtad: https://www.longtermplan.nhs.uk/online-version/chapter-2-more-nhs-action-on-prevention-and-health-inequalities/stronger-nhs-action-on-health-inequalities/.

NHS, *What are integrated care systems?* Hämtad: https://www.england.nhs.uk/integratedcare/what-is-integrated-care/.

Nätverket för Hälsofrämjande hälso- och sjukvård, *Om HFS nätverket* https://www.hfsnatverket.se/sv/om-oss.

Psykologförbundet, *Digitala PTP-handboken*. https://www.psykologforbundet.se/rad-och-stod/for-dig-som/ptp-psykolog/digitala-ptp-handboken/#KAP_TVA.

Psykologförbundet (2024), *Remiss. Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning*. Hämtad: https://www.psykologforbundet.se/globalassets/dokument/remissvar/2024/spf-remissvar-nationell-handlingsplan-for-halso--och-sjukvardens-kompetensforsorjning-socialstyrelsen-2024.pdf.

Regeringen (2024), *Försvarsberedningen*, information på regeringens hemsida: https://regeringen.se/regeringens-politik/forsvarsberedningen/.

Regjeringen (2024), *Oversikt over landets helseforetak*: Oversikt over landets helseforetak – regjeringen.no.

Region Norrbotten (2023), *Gällivareläkaren som upptäckte Vittangisjukan.* Hämtad 2024-11-04: https://www.norrbotten.se/sv/region-norrbottens-nyhetsarkiv/gallivarelakaren-som-upptackte-vittangisjukan/.

SACO, *SACO hälso- och sjukvård.* Publicerad 2024-03-06: https://www.saco.se/om-saco/sacos-organisation/federationen-och-forbunden/saco-haso--och-sjukvard/.

Sveriges Kommuner och Regioner, *Överbeläggningar och utlokaliserade patienter*, hämtad 2025-02-19: https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/overbelaggningarochutlokaliseradepatienter.54399.html.

Socialdepartementet (2024), *Ny nationell stödlinje för psykisk hälsa och suicidprevention*, hämtad 2024-04-30: https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2024/03/ny-nationell-stodlinje-for-psykisk-halsa-och-suicidprevention/.

Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens termbank https://termbank.socialstyrelsen.se/.*

Socialstyrelsen, *Vem får göra vad i hälso- och sjukvården*, https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/vem-far-gora-vad/.

Socialstyrelsen (2019), *Om nationella screeningprogam* Hämtad 2024-04-26: https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-screeningprogram/om-nationella-screeningprogram/.

Socialstyrelsen, *Utvärdering av följsamhet till nationella riktlinjer*. Publicerad 26 januari 2019. Senast uppdaterad 2022-09-20: https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/om-utvardering/.

Socialstyrelsen, *Mer än bara mamma – fakta och statistik.* Hämtad 2025-03-10: https://www.socialstyrelsen.se/meranbaramamma/statistik/.

Socialstyrelsen, *Kunskapsguiden – tillgänglighet*. Hämtad 2025-03-20: https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/funktionshinder/rattigheter-for-personer-med-funktionsnedsattning/tillganglighet/.

Socialstyrelsen, *Information om praktisk tjänstgöring för psykologer.* https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/blankett/blankett-intyg-over-praktisk-tjanstgoring-som-psykolog.pdf.

Socialstyrelsen, *Kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården.* Hämtad 2023-09- 21: https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/kompetensforsorjning/.

Socialstyrelsen, *Stora skillnader i tillgång till vårdpersonal i landet – nya arbetssätt kan behövas i framtiden.* Publicerad 2024-03-05: https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/stora-skillnader-i-tillgang-till-vardpersonal-i-landet--nya-arbetssatt-kan-behovas-i-framtiden/.

Socialstyrelsen, *Nationella planeringsstödet.* Senast uppdaterad 2024-05-24: https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/kompetensforsorjning/nationella-planeringsstodet/.

Socialstyrelsen, *Statistik om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.* Publicerad: 2018-11-29, senast uppdaterad: 2025-02-26, hämtad 2024-10-08: https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/psykiatrisk-tvangsvard.

Socialstyrelsen (2024), *Främja hälsa och förebygga ohälsa.* Hämtad 2024-04-30: https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/god-och-nara-vard/framja-halsa-och-forebygga-ohalsa/.

Socialstyrelsen (2024), *Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård. Lägesrapport 2024* Hämtad 2024-04-30: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-3-8992.pdf.

Socialstyrelsens hemsida om nationell högspecialiserad vård, hämtad 2025-03-11: https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationell-hogspecialiserad-vard/arlig-uppfoljning/.

Statistiska centralbyrån (SCB), mars 2025, information om kommunernas och regionernas preliminära bokslut, hämtad 2025-03-04 på SCB:s hemsida https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/offentlig-ekonomi/finanser-for-den-kommunala-sektorn/rakenskapssammandrag-for-kommuner-och-regioner/.

Statskontoret, *Utmaningar i styrningen inom stora myndigheter.* Hämtad 2025-03-10: https://www.statskontoret.se/fokusomraden/styrning-av-stora-myndigheter/utmaningar-i-styrningen-inom-stora-myndigheter/.

Statskontoret, *Regeringens styrning av stora myndigheter*. Hämtad 2024-07-03: https://www.statskontoret.se/fokusomraden/styrning-av-stora-myndigheter/regeringens-styrning-av-stora-myndigheter/.

Statskontoret, *Förändringsarbete inom stora myndigheter*, hämtad 2024-11-11: https://www.statskontoret.se/fokusomraden/styrning-av-stora-myndigheter/forandringsarbete-inom-stora-myndigheter/

SvD – Svenska Dagbladet 29 mars 2024, ”Brittiska kollapsen: vi sviker våra barn”. Hämtad: https://www.svd.se/a/KnQ2qG/storbritanniens-sjukvard-forsamras-barn-med-overvikt-och-karies.

SvD – Svenska Dagbladet 7 april 2024, ”Vår hälsa har gått från skamfläck till skandal”, hämtad: https://www.svd.se/a/bg3J6k/var-fjarde-britt-raknas-som-fet-ultraprocessad-mat-pekas-ut.

Sveriges Kommuner och Regioner, *Innovationsarbete i kommuner och regioner. hämtad 2024-11-15:* https://skr.se/skr/naringslivarbetedigitalisering/forskningochinnovation/innovation/innovationsarbetekommunerochregioner.78482.html.

Sveriges Kommuner och Regioner, *Övergång av verksamhet.* https://skr.se/skr/tjanster/cirkular/cirkular/2015/overgangavverksamhet.24040.html.

Sveriges Kommuner och Regioner, *Personcentrerat förhållningssätt*. Hämtad 2025-03-10: https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/personcentreratforhallningssatt.16029.html.

Sveriges Kommuner och Regioner, *Jämställd hälso- och sjukvård*. Hämtad 2024-11-25: https://skr.se/skr/halsasjukvard/vardochbehandling/jamstalldhalsoochsjukvard.55457.html.

Sveriges Kommuner och Regioner, *Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård.* Publicerad 18 november 2024. Hämtad 204-11-25: https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/omkunskapsstyrning.44726.html.

Sveriges Kommuner och Regioner, *Överbeläggningar och utlokaliserade patienter.* Hämtad 2025-02-19: https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/overbelaggningarochutlokaliseradepatienter.54399.html.

Sveriges Kommuner och Regioner, *Väntetider i vården – medicinsk bedömning i primärvården.* https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/medicinskbedomning.54389.html.

Sveriges Kommuner och Regioner, *Väntetider i vården – Telefontillgänglighet till primärvård.* https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/telefontillganglighet.54387.html.

Sveriges Kommuner och Regioner, *Personal- och kompetensförsörjning.* https://skr.se/skr/arbetsgivarekollektivavtal/personalochkompetensforsorjning.170.html.

Sveriges Kommuner och Regioner, *Bemanningstrend, inhyrd personal.* Hämtad 2024-01-11: https://skr.se/skr/arbetsgivarekollektivavtal/personalochkompetensforsorjning/halsoochsjukvard/bemanningstrendinhyrdpersonal.11422.html.

Sveriges Kommuner och Regioner, *Sektorn i siffror – Diagram och beskrivningar av fördelning av kommuners och regioners kostnader och intäkter för år 2023.* Hämtad 2024-09-15: https://skr.se/skr/ekonomijuridik/ekonomi/statistikekonomi/sektornisiffror.71725.html.

Sveriges Kommuner och Regioner, (2024), *Välkommet besked om tillskott till regionerna*, nyhet på SKR:s hemsida 2024-03-04: https://skr.se/skr/tjanster/pressrum/nyheter/nyheterarkiverade/arkiveradenyheter/valkommetbeskedomtillskotttillregionerna.79630.html.

Sveriges Kommuner och Regioner, *Finansieringsprincipen, fördjupning.* https://skr.se/skr/ekonomijuridik/ekonomi/prognoserplaneringbudget/finansieringsprincipen/finansieringsprincipenfordjupning.70993.html.

Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Primärvård – en vårdnivå*. Information på hemsidan: https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/gemensamplanprimarvard/primarvardenvardniva.69558.html.

Sveriges Kommuner och Regioner, *Tabell 4 A. Antal anställningar, faktiska årsarbetare, sysselsatta och helt lediga efter personalgrupp i regioner nov 2022.* Hämtad 2024-05-03: https://skr.se/download/18.3a3641a318e51349e19334ae/1711122296695/Tabell4A%20RP%202022.pdf.

SVT Domslut: ”Tolkavgifter i Region Blekinge stoppas”. Artikeln publicerad 18 oktober 2024. https://www.svt.se/nyheter/lokalt/blekinge/tolkavgifter-i-region-blekinge-stoppas.

The King's Fund (2022), *Integrated care systems explained* https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/long-reads/integrated-care-systems-explained?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjw0MexBhD3ARIsAEI3WHIH3xKMKsPh9-t73CsmwQCyyvofO7x5VQJl-B1R6CrxzdVAj1m4R5IaAjWAEALw_wcB.

The King's Fund (2022), *What are health inequalities?* Hämtad: https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/long-reads/what-are-health-inequalities.

The independent 3 juli 2023. "The NHS is 'collapsing' – leading medic warns." Hämtad: https://www.independent.co.uk/news/uk/nhs-collapse-hospitals-government-b2368788.html.

Universitetskanslersämbetet (2024), *Det här är Universitets-kanslersämbetet.* Hämtad: https://www.uka.se/om-oss/det-har-ar-universitetskanslersambetet.

Universitetskanslersämbetet (2024), *Så styrs högskolesektorn.* Hämtad: https://www.uka.se/sa-fungerar-hogskolan/sa-styrs-hogskolesektorn.

Universitetskanslersämbetet, *Det här är Universitets-kanslersämbetet*. https://www.uka.se/om-oss/det-har-ar-universitetskanslersambetet.

Universitetskanslersämbetet, *Så styrs högskolesektorn.* https://www.uka.se/sa-fungerar-hogskolan/sa-styrs-hogskolesektorn.

Uppsala universitet, *Rättvis fördelning inom hälso- och sjukvården – varför ska svårighetsgraden spela roll?* https://www.uu.se/en/department/law/research/research-projects/rattvis-fordelning-inom-halso--och-sjukvarden---varfor-ska-svarighetsgraden-spela-roll-just-severity.

Utrikespolitiska institutet (2024), *Danmark – inrikespolitik och författning*. Hämtad: Danmark – Politiskt system | Utrikespolitiska institutet (ui.se)

Vaalit val (2024), *Välfärdsområden och välfärdsfullmäktige*. Hämtad: https://vaalit.fi/sv/valfardsomraden-och-valfardsomradesfullmaktige_.

Valmyndigheten, *Rådata och statistik – Antal röstberättigade, valdagen 2022-09-11.* Hämtad: 2025-02-04: https://www.val.se/valresultat/riksdag-region-och-kommun/2022/radata-och-statistik.html#alderochkon.

Vetenskapsrådet (2024), *Klinisk forskning i ALF-regionerna.* https://www.vr.se/uppdrag/klinisk-forskning/klinisk-forskning-i-alf-regionerna.html.

Vetenskapsrådet (2023), Statistik och information om kliniska studier. Information på hemsidan. Publicerad 2023-08-31.

Vinnova (2023), *Acceleration mot en hållbar framtid. Vinnovas inspel till regeringens forsknings- och innovationsproposition 2025–2028.* https://www.vinnova.se/publikationer/acceleration-mot-en-hallbar-framtid/.

Vårdförbundet (2024), *Vårdens kompetensförsörjning*. Hämtad: https://www.vardforbundet.se/engagemang-och-paverkan/sagor-vi-varden-battre/vardens-kompetensforsorjning/.

Vårdföretagarna, *Så kortar vi vårdköerna*. https://www.vardforetagarna.se/vardskulden/.

WHO, *Promoting health through good governance* https://www.who.int/activities/promoting-health-through-good-governance.

Genomförande och metod

Utvecklingen och analysen av scenarierna för ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap bygger på en kombination av olika metoder och underlag. Arbetet har bedrivits stegvis och den slutgiltiga versionen av denna underlagsrapport har vuxit fram under arbetets gång.

Metodval och arbetsprocess

Som analytiska verktyg möjliggör arbetet med scenarier diskussioner om framtida tillstånd på ett strukturerat sätt. Valet att arbeta med scenarier för ett helt respektive delvis statligt huvudmannaskap har varit ett centralt vägval i arbetet, som präglat analyserna och det kunskapsunderlag som inhämtats. Det fanns flera skäl till det vägvalet. För det första konstaterades det tidigt i processen att beslut och bedömningar när det gäller ändamålsenligheten i ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap bör baseras på en övergripande analys av vilka konsekvenser och effekter olika alternativ kan få. Valet gjordes därför att fokusera arbetet på att ta fram ett brett kunskapsunderlag gällande konsekvenser och effekter av olika alternativ som underlag för fortsatta diskussioner och ställningstaganden i kommittén. För det andra fanns det ett behov av att närmare precisera analysobjekten, det vill säga ett helt respektive ett delvis statligt huvudmannaskap. Eftersom det i det inledande arbetet hade identifierats flera olika tänkbara alternativ för ett delvis statligt huvudmannaskap beslutades det att flera olika alternativ (scenarier) skulle analyseras, i syfte att utforska och bygga kunskap om den närmare innebörden i, samt konsekvenser och effekter av de olika scenarierna.

Analysen av scenarierna har inspirerats av metoder från det utvärderingsmetodologiska området. Utvärderingar genomförs ofta

med fokus på en åtgärd eller insats som redan är genomförd. Men en utvärdering kan också ha fokus på en framtida eller eventuell åtgärd med syfte att på förhand försöka få en bild av om och hur olika mål kan nås och vilka konsekvenser som skulle kunna uppstå. En sådan *förhandsutvärdering* kan ligga till grund för att utforma insatsen och anpassa genomförandet i förhållande till väntade konsekvenser och effekter. Valet att se på analyserna som en förhandsutvärdering innebär att scenarierna för ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap betraktas som alternativa interventioner, det vill säga åtgärder som genomförs i syfte att uppnås vissa mål. Det är dessa interventioner som är fokus i analyserna, vilket innebär att det är såväl interventionens utformning och genomförande som konsekvenser och måluppfyllelse som behöver beaktas. Analysobjekten i denna rapport kan därför beskrivas som teoretiska konstruktioner av alternativa huvudmannaskapsreformer.

En utvärdering kan genomföras på flera olika sätt och man brukar tala om olika typer av utvärderingar. Det mest önskvärda är vanligen att kunna genomföra en effektutvärdering, det vill säga en utvärdering som har ambitionen att i såg hög utsträckning som möjligt kunna uttala sig om kausala samband mellan den genomförda interventionen och de förändringar som uppstått efter förändringen. Detta kan till exempel göras genom olika typer av experimentella studier, där studiernas upplägg designas så att effekterna av den utvärderade interventionen ska kunna skiljas från effekter och konsekvenser som beror på annat än själva interventionen. I teorin skulle det vara möjligt att genomföra en experimentell studie eller försöksverksamhet av ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för att bygga mer kunskap om effekterna. Det är till exempel teoretiskt tänkbart att staten skulle kunna ta över huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården i en viss del av landet, för att skapa en slags jämförelsegrupp. Sådana experiment har dock inte varit aktuella att genomföra inom ramen för kommitténs uppdrag. Även med en sådan utvärderingsdesign skulle vara svårt att dra säkra slutsatser om effekter av ett statligt huvudmannaskap.

När det gäller policyinterventioner i komplexa system är det inte sällan mycket svårt att utvärdera effekterna på ett sätt som möjliggör säkra slutsatser om kausala samband. Detta skulle inte minst gälla en huvudmannaskapsreform i hälso- och sjukvården. Ett sätt att öka kunskapen om hur en intervention har fungerat

eller kan tänkas fungera i komplexa sammanhang är så kallad teoribaserad utvärdering. En teoribaserad utvärdering innebär att en teori beskrivs för hur en intervention (i detta fall en huvudmannaskapsreform) är tänkt att fungera och hur olika händelser och skeenden förmodas hänga samman i en orsaks- och effektkedja. Denna teori kallas ofta för förändringsteori, programteori eller interventionsteori. En sådan teori kan också utvecklas innan en intervention genomförs. I sådana fall kan den, utöver att informera och stödja genomförandet, också ligga till grund för en senare utvärdering. En programteori är i det mest grundläggande avseendet en idé om hur en specifik intervention är tänkt att fungera och vad den förmodas leda till. Alla åtgärder bygger därmed på en teori om hur den ska fungera, även om den inte är explicit uttryckt. Att beskriva och utveckla en programteori syftar till att explicit uttrycka den tänka logiken och idén bakom en intervention. Denna idé och de antaganden de bygger på kan sedan granskas med fokus på om det finns kunskap som stödjer antagandena och om de är rimliga. Programteorier möjliggör alltså att dolda antaganden om effektkedjor synliggörs och att ”den svarta lådan” mellan en intervention och de önskade effekterna packas upp och beskrivs. En programteori har som syfte att inte enbart beskriva vilka effekter som förväntas uppnås, utan också synliggöra *hur* och *varför* dessa effekter kan förväntas uppnås av den specifika interventionen.

I den här rapporten har inspiration hämtats från fältet teoribaserad utvärdering på så vis att de olika mål och effekter som beskrivs i direktivet och identifierats av kommittén betraktas som de tänkta och önskade utfallen av ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap. Fokus har sedan lagts på att analysera och granska i vilken utsträckning samt hur och varför det är troligt att olika effekter kan uppnås och vilka förutsättningar som i sådana fall behöver komma på plats. Däremot har inga detaljerade programteorier utvecklats för respektive scenario, där det görs anspråk på att presentera en sammanhållen teori om hur en huvudmannaskapsreform kan bidra till att önskade effekter uppnås. Ett sätt att beskriva den teoribaserade ansatsen i analysen är att den avser en utveckling och granskning av den programteori som kan utläsas och uttolkas utifrån utredningsdirektivet i kombination med vanliga hypoteser om centraliseringens effekter.

Arbetet inleddes med att ta fram en nulägesbeskrivning för det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Denna syftade både till att

utgöra utgångspunkt för analysen av scenarierna och för att identifiera viktiga utvecklings- och förbättringsbehov. Stora delar av det underlag som fanns i nulägesanalysen återfinns i sammanfattande form i den här rapporten. Därefter utvecklades begrepp och definitioner som låg till grund för definitionen av ett förändrat huvudmannaskap i förhållande till andra typer av förändringar av ansvarsfördelningen. I samband med detta utvecklades också beskrivningar av ett antal scenarier med fokus på ansvarsfördelning och organisation. Ett viktigt underlag för detta steg var en workshop som genomfördes i samarbete med Samhällsnytta AB, på vilken kommitténs experter och sakkunniga tillsammans med andra inbjudna experter diskuterade hur ett statligt huvudmannaskap skulle kunna utformas för att bidra till olika värden. Scenarierna och analysen av dem har därefter diskuteras på sammanträden med kommittén och med expert- och sakkunniggruppen vid ett flertal tillfällen, med utgångspunkt i olika utkast på och underlag till föreliggande rapport. Synpunkter och inspel på dessa möten har bidragit till att utveckla analyserna och kommitténs ledamöter har gett medskick om prioriteringar och fokus i det fortsatta arbetet.

Det samlade underlaget för analyserna

Det underlag som samlats in under utredningsarbetet är till stor del av kvalitativ karaktär och bygger på dialog med många olika aktörer. Underlaget har inhämtats genom en öppen konsultation, intervjuer och möten med olika aktörer inom hälso- och sjukvården samt workshops med experter och intressenter. Sekretariatet har i dessa olika mötesformat bland annat träffat patientorganisationer och andra patientföreträdare, fackförbund och andra professionsorganisationer, tjänstemannaledningar och politiska ledningar i de sex sjukvårdsregionerna, företrädare för myndigheter, forskare och forskargrupper samt privata aktörer inom hälso- och sjukvården och företrädare för läkemedelsindustrin. Flera av dessa aktörer lämnade också skriftliga inspel i den öppna konsultationen. Många aktörer och organisationer har under arbetets gång kontaktat kommittén med önskemål om att ha dialog kring det pågående arbetet. I dessa fall har möten därför genomförts i både ett informerande och ett kunskapsinhämtande syfte. Synpunkter, kommentarer och bedömningar som fram-

förts under sådana möten har betraktats som viktiga inspel och som en del av det kvalitativa underlaget. Strukturerade workshops och expertdialoger med fokus på scenarierna för ett statligt huvudmannaskap har i tre steg genomförts i samarbete med Samhällsnytta AB.

Utöver den kunskap som inhämtats genom dialog och workshops har flera andra typer av underlag också varit viktiga för analyserna. Fyra forskare har bidragit med underlagsrapporter på utvalda teman med betydelse för analyserna och kommitténs bedömningar. En hearing med forskare genomfördes med fokus på konsekvenser för demokratin, med deltagande från kommitténs ledamöter, experter, sakkunniga och sekretariat (se tabell 4). Kommittén har vid ett sammanträde bjudit in forskare från Danmark, Norge och Finland samt representanter från statliga myndigheter för att ta del av erfarenheter från andra länders och andra sektorers centraliseringsreformer. Dessa presentationer och diskussioner har bidragit till analyser och bedömningar som presenteras i den här rapporten.

Flera tidigare utredningar och myndighetsrapporter har gåtts igenom för att beskriva nuläge, utvecklingsbehov och kunskapsläge kring de olika teman som behandlas när det gäller tänkbara konsekvenser och effekter av ett statligt huvudmannaskap. Relevanta källor, både i fråga om forskning och grå litteratur (till exempel myndighetsrapporter) har identifierats i dialog med forskare och experter. I några avgränsade frågor har Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) bistått med systematiska litteratursökningar.

Nedan beskrivs de olika utredningsmomenten närmare, tillsammans med redogörelser för de kontakter som sekretariatet haft under utredningsarbetet.

Öppen konsultation om ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården

Under perioden november 2023-januari 2024 genomförde sekretariatet en öppen konsultation inom uppdraget. Konsultationen syftade till att ge kommittén en bred bild av relevanta perspektiv och frågor i anslutning till ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap samt fånga in så mycket som möjligt av den kunskap som finns hos olika aktörer och individer inom svensk hälso- och sjukvård. Den öppna konsultationen var möjlig att svara på för alla som så önskade.

Av detta skäl, och med hänsyn till risk för skevt urval och begränsad representativitet, redovisas inte innehållet i svaren på ett kvantifierat sätt i rapporten. Det ges endast exempel på vad svaren har innehållit. De som svarade på konsultationen anmodades strukturera sina skriftliga inspel utifrån fem huvudfrågor:

1. Vilka problem/utmaningar inom hälso- och sjukvårdsområdet ser du/ni att kommittén bör fokusera på i arbetet?
2. Tror du/ni att ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap skulle kunna bidra med bättre förutsättningar att hantera de utmaningar/problem som du/ni lyft i fråga 1? Förklara gärna hur du/ni resonerat.
3. Finns det särskilda alternativ/scenarier som kommittén bör analysera närmare när det gäller en förändrad ansvarsfördelning mellan staten och regionerna i hälso- och sjukvården?
4. Vilka konsekvenser ser du/ni att ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården skulle kunna få ur olika perspektiv?
5. Vilka övriga medskick eller perspektiv vill du/ni lyfta till kommitténs arbete?

Det inkom 75 svar på den öppna konsultationen. De som svarade speglar en bredd av aktörer. Även ett antal enskilda personer som inte företrädde någon organisation inkom med svar. I tabell 1 listas de aktörer som skickade in svar i den öppna konsultationen.

Forskarrapporter

Fyra forskarrapporter har tagits fram på uppdrag av kommittén genom sekretariatet.

Forskningsrapport om demokratiskt ansvarsutkrävande och legitimiteten för hälso- och sjukvårdssystemet

Bo Rothstein, professor i statsvetenskap vid Göteborgs universitet och förordnad till kommitténs expertgrupp, har skrivit en rapport på kommitténs uppdrag på temat statligt huvudmannaskap och demokratiskt ansvarsutkrävande. I rapporten beskrivs vilka konsekven-

ser ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården kan få för medborgarnas demokratiska ansvarsutkrävande och för legitimiteten i hälso- och sjukvårdssystemet.

Forskningsrapport om administrativ börda inom hälso- och sjukvårdssystemet

Anders Ivarsson Westerberg, professor i offentlig förvaltning, och Daniel Castillo, filosofie doktor i sociologi, båda forskare, vid Förvaltningsakademin på Södertörns högskola, har skrivit en rapport på kommitténs uppdrag på temat statligt huvudmannaskap och administrativ börda. Rapporten undersöker vilka konsekvenser ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården kan få gällande styrningen av, och administrationen i, hälso- och sjukvårdssystemet.

Forskningsrapport gällande statlig finansiering och resursfördelning

Åsa Hansson, docent i nationalekonomi vid Lunds universitet och Ratio, har skrivit en rapport på kommitténs uppdrag om modeller för finansiering och resursfördelning inklusive analys, utifrån scenarier om ändrat huvudmannaskap för hälso- och sjukvården.

Forskningsrapport om ekonomiska beräkningar och simuleringar av fördelning av resurser till regionerna

Lina Maria Ellegård, docent i nationalekonomi vid Lunds universitet har på kommitténs uppdrag genomfört ekonomiska beräkningar och simuleringar av fördelning av resurser till regionerna. Rapporten omfattar alternativa fördelningar utifrån dagens modell för kostnadsutjämning samt simuleringar av tänkbara alternativa resursfördelningsmodeller.

Möten, intervjuer och andra kontakter

I inledningen av utredningsarbetet identifierades ett behov av att bygga kunskap om konsekvenserna av ett förändrat huvudmannaskap genom dialog och samverkan med olika intressenter i hälso- och sjukvårdssystemet. Detta vägval byggde på att den praktiska, teoretiska och erfarenhetsbaserade kunskap som finns runtom i hälso- och sjukvårdssystemet bedömdes vara en viktig del av den bästa tillgängliga kunskapen om vad ett statligt huvudmannaskap skulle kunna innebära ur olika perspektiv. Ett öppet och transparent arbetssätt har också generellt varit en vägledande princip för kunskapsinhämtningen. Sekretariatet har under utredningsarbetets gång därför träffat en stor mängd aktörer, intressenter och experter i hälso- och sjukvårdssystemet och dess närhet. Dessa möten och dialoger har bidragit stort till det samlade kunskapsunderlag som analyserna baseras på.

De möten och dialoger som genomförts har skett i olika faser och haft olika karaktär. Under perioden oktober 2023–januari 2024 genomförde sekretariatet en serie orienterande möten, i syfte att identifiera utgångspunkter, förväntningar och hypoteser när det gäller utredningsarbetet. Flera intressenter tog redan tidigt i processen kontakt med utredningen med önskemål om möten. Det varierade alltså vilken part som initierade mötet. Under de orienterande mötena användes en samtalsguide med fem huvudsakliga frågor som motsvarade de frågor som ställts i den öppna konsultationen:

1. Reflektioner kring kommitteens uppdrag och regeringens direktiv
2. Problembilden samt centrala frågor och utgångspunkter ur samtalspartens perspektiv
3. Möjliga scenarier gällande helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården
4. Möjliga konsekvenser vid ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården
5. Övriga medskick, underlag eller kommitténs arbete

Efter den sonderande fasen fortsatte sekretariatet att träffa aktörer och experter för att informera om uppdraget och bygga fördjupad kunskap och förståelse för uppdragets frågor. Vissa möten har haft fokus på uppdraget i stort medan andra har syftat till kunskapsinhämtning i specifika frågor. Sekretariatet och ordförande har till exempel genomfört möten med forskare och forskargrupper, patient- och civilsamhällesorganisationer, myndigheter, tidigare och pågående statliga utredningar med flera. Vid två tillfällen har möten genomförts med representanter med universiteten i ALF-regionerna för att diskutera konsekvenserna för utbildning och forskning.

Under perioden augusti – september 2024 genomförde sekretariatet en serie möten med företrädare för alla regioner i de sex sjukvårdsregionala konstellationerna. På mötena deltog högre tjänstemän i regionerna, i huvudsak regiondirektörer och hälso- och sjukvårdsdirektörer, men även andra funktioner. Vissa av mötena var fysiska, andra genomfördes digitalt. Tillgänglig tid skiljde sig något mellan mötena, men samma upplägg användes till alla möten. Syftet med mötesserien var att diskutera konsekvenser och effekter av ett statligt huvudmannaskap, med fokus på det regionala/sjukvårdregionala perspektivet.

Under perioden september 2024–februari 2025 har sekretariatet genomfört möten med politiska företrädare för samtliga sjukvårdsregionala nämnder. Nämndernas ledamöter består av politiker från de regioner som ingår i respektive samverkansregion. Syftet med dessa möten har varit att informera om Vårdansvarskommitténs uppdrag och arbete samt att ge politikerna möjlighet att ställa frågor och komma med inspel.

Under hela arbetets gång har kommittén fått förfrågningar om att träffa olika aktörer och berätta om uppdraget i olika sammanhang. Ambitionen har varit att tacka ja till så många förfrågningar som möjligt och ordförande samt sekretariatet har presenterat och diskuterat uppdraget i flera olika sammanhang och deltagit på ett 40-tal konferenser och seminarier som arrangerats av exempelvis Dagens medicin, Karolinska Institutet och Uppsala universitet. Ordförande och delar av sekretariatet medverkande också vid ett antal seminarier under Almedalsveckan 2024.

Workshops i samarbete med Samhällsnytta AB

Under perioden september – december 2024 har sekretariatet i samarbete med Karlstads universitet Samhällsnytta AB genomfört tre workshops med experter.

Samhällsnytta AB är ett helägt dotterbolag till Karlstads universitet med uppdrag att fungera som en nationell mötesplats för olika samhällsaktörer. Arbetet utgår från kunskap etablerad av forskare vid Centrum för tjänsteforskning (CTF) och designers vid Experio Lab, Region Värmland. Fokus för Samhällsnytta AB är enligt organisationens egen beskrivning ”att i samarbete med olika samhällsaktörer angripa komplexa samhällsutmaningar med hjälp av systemdesign som metod och förhållningssätt. Det innebär att belysa utmaningarna ur flera olika perspektiv – från invånare och medarbetare i berörda samhällstjänster till ledningsnivå på kommunal, regional och statlig nivå – för att gemensamt samskapa nya arbetssätt eller ny styrning. Det innebär att ta hänsyn till såväl invånarnas behov och erfarenheter som de förutsättningar som råder för medarbetare och ledningar i kommuner, regioner, myndigheter och andra berörda organisationer. Arbetssättet bygger också på att i tidigt skede samskapa, testa och justera prototyper av policylösningar för att bättre förstå konsekvenserna i hela systemet, från individens vardag till organisationernas styrning och ledning.”

Det övergripande syftet med workshopparna har varit att gemensamt utforska vad en förändring av huvudmannaskapet kan innebära ur olika perspektiv samt att skapa mer kunskap om drivkrafter och effekter i ett antal scenarier kring ett ändrat huvudmannaskap för hälso- och sjukvården.

Vid den första workshopen (april 2024) samlades deltagarna i kommitténs expertgrupp samt ett antal särskilt inbjudna kompletterade representanter. Syftet med den första workshopen var att gemensamt ta fram en bild av vad ett statligt huvudmannaskap skulle kunna innebära. Deltagarna fick identifiera och reflektera kring viktiga värden, knäckfrågor samt möjligheter och risker med ett statligt huvudmannaskap på olika nivåer och ur olika perspektiv. Resultaten från workshop 1 bidrog till att utveckla beskrivningarna av scenarierna samt till ställningstaganden gällande ansvarsfördelning och organisation. Ett annat viktigt bidrag var att workshopen låg till grund för den första preliminära analysen av vad ett statligt

huvudmannaskap skulle innebära för risker och möjligheter i förhållande till de olika värden och mål som kommittén identifierat som särskilt centrala: en jämlik vård, en tillgänglig vård, kompetensförsörjning, innovations- och utvecklingsförmåga, effektivitet och produktivitet samt finansiell hållbarhet. Vidare identifierades flera andra frågor och perspektiv som behövde belysas i de kommande konsekvensanalyserna.

Vid den andra workshopen (september 2024) bjöds ett antal utvalda experter på hälso- och sjukvårdssystemet in för att bidra till en fördjupad analys och diskussion av hur ett statligt huvudmannaskap skulle påverka hälso- och sjukvårdssystemets effektivitet. Vid den tredje workshopen bjöds ett antal utvalda experter in för att bidra till en fördjupad analys och diskussion av hur ett statligt huvudmannaskap skulle påverka jämlikheten i hälso- och sjukvården. Resultaten av dessa två workshops blev viktiga underlag för analys och bedömning av vilka konsekvenser ett statligt huvudmannaskap skulle kunna få inom dessa områden.

Samhällsnytta AB har under arbetet också utgjort processtöd vid två mindre interna workshops i sekretariatet kring specifika analysfrågor samt bistått i arbetet med visualiseringar, bland annat gällande ansvarsfördelning och organisation samt kommitténs arbetsprocess.

Tabell 1 Inkomna svar i den öppna konsultationen

Aktörer		
Aleris	Kommissionen för innovativa särläkemedel	Riksförbundet Ehlers-Danlos syndrom
All.can	KRY	Riksförbundet Sällsynta diagnoser
Amgen Sverige	Läkarförbundet	Roche Sverige
AstraZeneca och Alexion	Läkemedelsindustriföreningen	Schizofreniförbundet
Austism Sverige	Merck Sharp & Dohme (Sweden) AB	Svensk förening för allmänmedicin
Barncancerfonden	Min doktor	Sjukhusläkarna
Bristol Myers Squibb	Mindler	Socialdemokraterna Region Norrbotten
Bröstcancerförbundet	Nationellt kompetenscentrum anhöriga	Socialdemokraterna Region Sörmland
Cancerfonden	Naturvetarna	Socialdemokratiska föreningen BoJH
Chefsläkare i norr	Neuroförbundet	SPF Seniorerna
Diabetes Stockholm	Nätverket mot cancer	Strokeförbundet
Frisk & fri	Nätverket mot olämplig styrning	Suicide Zero
Funktionsrätt Sverige	OneMEd	Svensk Försäkring
Fysioterapeuterna	Oracle	Svenskt Näringsliv
Genomic Medicine Sweden (GMS)	Pfizer	Sveriges Arbetsterapeuter
GSK Sverige	PKU-laboratoriet vid Centrum för medfödda metabola sjukdomar (CMMS)	Swedish Medtechs och TechSverige
Göteborgs stad	Praktikertjänst	Ung cancer
Hiv-Sverige	Prostatacancerförbundet	Valfrihetens Vänner
Hjärnfonden	Psoriasisförbundet	Vision
Hörselskadades Riksförbund	Radiofarmaci vid Karolinska Universitetssjukhuset	14 enskilda personer som inte företräder någon organisation.
Kliniskt yrkesverksamma fysioterapeuter	Reumatikerförbundet	

Tabell 2 Medverkande vid workshops

Workshop 1 med utredningens expertgrupp och ytterligare inbjudna personer, 2024-04-09	
Deltagare	*Organisation*
Martina Bergström	Regeringskansliet
Jonas Brynhildsen	Regeringskansliet
David Dager	Regeringskansliet
Lars Karlander	Regeringskansliet
Petra Zetterberg Ferngren	Regeringskansliet
Conny Allaskog	Nationell samverkan psykisk hälsa (NSPH)
Peter Alvinsson	E-hälsomyndigheten
Jan Boström	Statskontoret
Sara Catoni	Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
Karin Elinder	Vårdföretagarna
Kristina Wikner	Socialstyrelsen
Margareta Haag	Nätverket mot cancer
Mari Huupponen	Kommunal
Lotta Håkansson	Reumatikerförbundet
Karin Lewin	Inspektionen för vård och omsorg
Bo Rothstein	Göteborgs Universitet
Sofia Rydgren Stale	Sveriges Läkarförbund
Kristina Taylor	SACO
Mikael Wiberg	Umeå universitet
Ulrika Winblad	Uppsala universitet
Daniel Zetterberg	Vård- och omsorgsanalys
Anders Åkesson	Hjärt- och lungförbundet
Jani Stjernström	Vårdförbundet
Mikael Ohrling	Region Stockholm
Jenny Lindström	Our Normal
Jenny Wetterling	Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH)
Åke Nilsson	Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH)
Peter Löthman	Region Västernorrland
Lars Liljedal	Härnösands kommun
Eva Persson	Karlskoga kommun
Jonas Gumbel	Vinnova
Laura Hartman	Oberoende samhällsekonomisk expert

Magnus Isacson	Svensk förening för allmänmedicin
Hans Karlsson	Arvika kommun
Expertdialog med särskilt fokus på effektivitet, 2024-09-02	
Deltagare	*Organisation*
Anders Ekholm	Institutet för framtidsstudier
Anna Krohwinkel	Leading Health Care
Karl Wennberg	Center för Resilient Health
Sofia Kax	Region Stockholm
Göran Stiernstedt	Karolinska universitetssjukhuset
Lena Furmark	Svenskt Näringsliv
Daniel Forslund	Vårdföretagarna
Jesper Olsson	Swedish Medtech
Dag Norén	Governo
Sara Riggare	Spetspatient, forskare Uppsala universitet
Expertdialog med särskilt fokus på jämlik vård, 2024-09-04	
Jenny Lindström Beijar	Our Normal
Naimi Johansson	Karolinska Institutet
Bo Burström	Karolinska Institutet
Cecilia Winberg	Fysioterapeuterna
Britta Wernolf	BB Stockholm
Marina Tuutma	Svenska Distriktläkarföreningen
Annika Wåhlin	Vårdförbundet
Åsa Ljungvall	Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
Anna Nergårdh	Utredning om förstärkt vårdgaranti
Karolina Antonov	Läkemedelsindustriföreningen (LIF)
Joakim Ramsberg	Hjärnfonden

Kommentar: På alla workshops har också kommitténs ordförande, sekretariatet och medarbetare från Samhällsnytta deltagit.

Tabell 3 Möten och kontakter under utredningsarbetet

Patient- och professionsföreträdare, myndigheter och privata aktörer
Aleris
Arbetsgivarverket
Barncancerfonden
Barnmorskeförbundet
Cancerfonden
Capio Sverige
Centrum för vårdarkitektur
Chefsläkarnätverket
Chefsläkarnätverket i Norrland
Chefssköterskenätverket
E-hälsomyndigheten
Folkhälsomyndigheten
Forum för health policy
Funktionsrätt
Försäkringskassan
Företrädare för fysioterapeuter verksamma enligt lag om ersättning för fysioterapi (LOF)
Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
Karolinska institutet (ledning)
Kommunal
Läkemedelsindustriföreningen (LIF)
Mindler
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)
Nationella vårdkompetensrådet
Nätverket mot olämplig styrning av hälso- och sjukvården
Regeringens patientråd
Representanter från universitet med medicinsk fakultet (rektorer/dekaner)
Rådet för styrning med kunskap (RSK)
Socialstyrelsen och e-hälsomyndigheten, pågående uppdrag om sjuktransporter
Socialstyrelsen, enheten för nationell högspecialiserad vård
Socialstyrelsen, nationella planeringsstödet
Socialstyrelsen, regeringsuppdrag om tandvården
Socialstyrelsen, uppdraget om en nationell strategi för sällsynta hälsotillstånd
Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)
Statens medicinsk-etiska råd (SMER)
Svensk ortopedisk förening
Svenska Läkaresällskapet

Svenska sjuksköterskeföreningen
Sveriges apoteksförening
Sveriges Läkarförbund
Sveriges läkarförbund, arbetsgivarfrågor
Sveriges Läkarförbund, representantskap
Sveriges yngre läkarförbund (SYLF)
Tandläkarförbundet
Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
Vetenskapsrådet
Vårdförbundet
Vårdförbundet, arbetsgivarfrågor
Vårdföretagarna
Regioner, kommuner och nätverk
Beredningsgrupp Social välfärd - Göteborgsregionen
Förbundsdirektionen Norra sjukvårdsregionen
Dagens medicin, Kunskapsnätverket Digitalisering och Innovation
Kommunalförbundet svensk luftambulans
Norra sjukvårdsregionen, tjänstemannaledning
Nätverket Sveriges chefssjuksköterskor
Precisionsmedicinskt centrum och Genomic Medicine Sweden (GMS)
Regionala cancercentrum i samverkan
Regiondirektörsnätverket
Samverkansnämnden Sjukvårdsregion Mellansverige
Samverkansnämnden Stockholm-Gotland
Samverkansnämnden Sydöstra sjukvårdsregionen
Samverkansnämnden Södra sjukvårdsregionen
Samverkansnämnden i Västra Sjukvårdsregionen
Sjukvårdsregionernas kanslichefer
Sjukvårdsregion Mellansverige, tjänstemannaledning
Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland, tjänstemannaledning
SKR, arbetsgivarfrågor
SKR, cancersamordnare/verksamhetschefer inom cancervården
SKR, hälso- och sjukvårdsavdelningen
SKR, hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket
SKR, sjukvårdsdelegationen och Primärvårdsnätverket
SKR, styrelse och arbetsutskott
Sydöstra sjukvårdsregionen, tjänstemannaledning
Södra sjukvårdsregionen, tjänstemannaledning

Västra sjukvårdsregionen, tjänstemannaledning
Nämnden för Nationell högspecialiserad vård
Regionstyrelsen i Region Jönköping
Regionstyrelsen i Region Skåne
Region Jämtland- Härjedalen, politisk ledning
Tidigare och pågående utredningar
Fi 2022:18 Utredningen om statens samverkan med kommunsektorn
Fi 2023:03 Produktivitetskommissionen
Fö 2022:03 Utredningen om kontroll vid överlåtelse och upplåtelse av egendom av väsentlig betydelse för totalförsvaret
Fö 2023:02 Utredningen om kommuners och regioners beredskap
S 2022:12 Utredningen om ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård
S 2023:07 Utredningen om stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård
S 2023:09 Utredning om fortsatt utveckling av registret nationell läkemedelslista
S 2023:14 Samordnare för en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården
S 2024:02 Utredningen om effektivare folkhälsoinsatser genom hälsoekonomiska analyser
S 2024:05 Behovsstyrd vård
Forskare
Bo Rothstein, seniorforskare, Statsvetenskapliga institutionen, Göteborgs universitet
Daniel Castillo, fil. Dr i sociologi och Anders Ivarsson Westerberg, professor i offentlig förvaltning, Förvaltningsakademin, Södertörns högskola
Emma Brulin, docent i arbets- och miljömedicin, Karolinska institutet
Grupp av forskare vid Uppsala universitet, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Hälso- och sjukvårdsforskning
Grupp av forskare vid Centrum för personcentrerad vård, Göteborgs universitet (GPCC)
Grupp av forskare vid Prioriteringscentrum, Institutionen för hälsa, medicin och vård, Linköpings universitet
Henrik Ekengren Oscarsson, professor i statsvetenskap, statsvetenskapliga institutionen, Göteborgs universitet
Ida Asplund, universitetslektor, juridiska institutionen, Umeå Universitet
Jon Magnussen, professor i hälsoekonom vid Norges teknisk-naturvetenskapliga universitet (NTNU) i Trondheim
Jörgen Johansson, docent i statsvetenskap och lektor i offentlig förvaltning, Förvaltningshögskolan, Göteborgs universitet
Karsten Vrangbæk, professor i hälsovetenskap, Köpenhamns universitet
Naimi Johansson, postdoktor, Institutionen för klinisk forskning och utbildning, Karolinska Institutet
My Fridell, doktorand, Institutionen för global folkhälsa, Karolinska Institutet
Liina Kaisa Tynkkynen, Institutet för hälsa och välfärd, Helsingfors
Åsa Hansson, docent i nationalekonomi vid Lunds universitet och Ratio

Tabell 4 Hearing med särskilt inbjudna forskare 2024-09-23

Deltagare	Roll
Bo Rothstein	Expert och professor i statsvetenskap, Lunds universitet
Shirin Ahlbäck Öberg	Professor i statsvetenskap, Uppsala universitet
Paula Blomqvist	Professor i statsvetenskap, Uppsala universitet
Gissur Erlingsson	Professor i statsvetenskap, Linköpings universitet
Peter Esaiasson	Professor i statsvetenskap, Göteborgs universitet
Staffan Kumlin	Professor i statsvetenskap, Oslo universitet
Ulrika Winblad	Professor i hälso- och sjukvårdsforskning, Uppsala universitet
Anders W Jonsson	Ledamot, Vårdansvarskommittén
Elisabet Lann	Ledamot, Vårdansvarskommittén
Fredrik Lundh Sammeli	Ledamot, Vårdansvarskommittén
Karin Rågsjö	Ledamot, Vårdansvarskommittén
Maria Ahlsved	Sakkunnig
Martina Bergström	Sakkunnig
Joel Westlund Hult	Sakkunnig
Lars Karlander	Sakkunnig
Conny Allaskog	Expert
Peter Alvinsson	Expert
Sara Catoni	Expert
Karin Elinder	Expert
Margareta Haag	Expert
Mari Huupponen	Expert
Lotta Håkansson	Expert
Karin Lewin	Expert
Mikael Ohrling	Expert
Sofia Rydgren Stale	Expert
Jani Stjernström	Expert
Kristina Taylor	Expert
Mikael Wiberg	Expert
Ulrika Winblad	Expert
Anders Åkesson	Expert

DEL 2

Externa underlagsrapporter

- Bo Rothstein, *Möjliga konsekvenser av ett helt- eller delvis förstatligande av huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården i Sverige avseende demokrati, ansvarsutkrävande och legitimitet*
- Anders Ivarsson Westerberg och Daniel Castillo (Förvaltningsakademin), *Administration i hälso- och sjukvården, några organisationsteoretiska iakttagelser*
- Åsa Hansson, *Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård*
- Lina Maria Ellegård, *Dokumentation av simuleringar för fördelning av resurser till regionerna*

En förstatligad hälso- och sjukvård?
Konsekvenser avseende demokrati, legitimitet och ansvarsutkrävande

Rapport till sekretariatet för Vårdansvarskommittén

Bo Rothstein

31 oktober 2024.

1. Uppdraget

Vårdansvarskommittén tillsattes av regeringen i juni 2023 för att producera ett beslutsunderlag som skall möjliggöra ett helt eller delvis överförande av huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården från de nuvarande tjugoen regionerna till staten. Uppdraget till utredningen omfattar bara regionernas verksamhet inom området och således inte kommunernas ansvar för sjukvården vilken främst handlar om äldreomsorgen.

Motiven för utredningsuppdraget är enligt direktivet ett antal problem som framkommit med den nuvarande ordningen med ett regionalt huvudmannaskap för huvuddelen av hälso- och sjukvården. En sammanfattning av de problem som utpekas i regeringens direktiv är:

1. Förekomsten av betydande skillnader mellan regionerna både vad gäller tillgänglighet till vård och utfallet av sjukvårdens insatser. Detta problem skall ses i ljuset av hälso- och sjukvårdslagens stadgande om ”en vård på lika villkor för hela befolkningen”.
2. Stor variation mellan regionernas vad gäller hur den så kallade vårdgarantin uppfylls. Svensk sjukvård är juridiskt reglerad genom en skyldighetslagstiftning, dvs huvudmännen har skyldighet att förse medborgarna med hälso- och sjukvård men detta är inte en rättighet som patienter kan utkräva på juridisk väg.
3. Långa väntetider på vård i jämförelse med jämförbara länder.
4. Jämförelsevis låg prestation av den svenska sjukvården vad gäller hur patienter bedömer delaktighet, information och samordning mellan olika sjukvårdsproducenter
5. En jämfört med likartade länder låg nivå på tillgängliga vårdplatser vilket resulterat i överbeläggningar. Detta har lett till brister i patientsäkerheten.
6. Regionernas oförmåga att leva upp till vad som är författningsmässigt stadgat för tillgänglighet till vård
7. Betydande arbetsmiljöproblem för personalen inom sjukvården
8. Svårigheter för staten, som har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården, att driva utvecklingen i önskvärd riktning
9. Oklarheter vad gäller den rättsliga ställningen för regionernas samarbetsorganisation (SKR) när det gäller ansvarsutkrävande och insyn samtidigt som den statliga myndigheten inom området (Socialstyrelsen) fått en minskad roll.
10. Coronakommissionen visade på hinder för regeringen att leda landet i en nationell krissituation och pekade på brister i regionernas agerande under krisen.

Utredning har att analysera för- och nackdelar med ett förändrat huvudmannaskap vilket bör tolkas som en fråga om ett överförande av huvudmannaskapet till staten skulle lösa eller i vart fall minska dessa tio problemkomplex i den svenska hälso- och sjukvården. Uppräkningen av problemen skall emellertid enligt direktivet ses i sammanhanget av att den svenska sjukvården uppvisar jämförelsevis goda medicinska resultat, och att medborgarnas förtroende för sjukvården är högt.

Det uppdrag jag som sakkunnig/expert till utredningen erhållit är att skriva denna underlagsrapport med huvudfokus på vilka konsekvenser ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården kan få för medborgarnas inflytande och demokratiska ansvarsutkrävande och för legitimiteten i hälso- och sjukvårdssystemet. Med huvudmannaskap följer också det huvudsakliga finansieringsansvaret. Rapporten bör enligt uppdraget också utgå från och ge en bild av det aktuella forskningsläget generellt när det gäller exempelvis demokrati, legitimitet och ansvarsutkrävande i flernivåsystem samt lärdomar från centralisering eller decentralisering av andra kommunala verksamheter. Till detta kommer att också beskriva områden eller frågor där forskning och/eller kunskap för närvarande saknas.

Uppdraget är således inte att komma med förslag till lösningar på de tio problemkomplex som identifierats i regeringens direktiv enligt ovan. Istället handlar denna underlagsrapport om frågan ifall ett statligt huvudmannaskap skulle öka eller minska graden av demokrati, legitimitet och medborgarnas ansvarsutkrävande.

Ett särskilt problem är vad som skall förstås som ”delvis” vad gäller ett eventuellt överförande av huvudmannaskapet till den nationella nivån. I dagsläget har staten huvudmannaskap för ett antal viktiga aktörer inom hälso- och sjukvårdsområdet. Bland dessa kan nämnas Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt Myndigheten för vård och omsorgsanalys. Till detta kan läggas ett antal så kallat ”mjukare styrmedel” som staten inrättat såsom nationella samordnare och nationella handlingsplaner för olika hälso- och sjukvårdsfrågor. Staten är även huvudman för utbildningen av större delen av sjukvårdens personal.

Ett helt förstatligande av hälso- och sjukvården skulle innebära att staten övertog regionernas huvudmannaskap för samtliga offentligt finansierade sjukhus, specialistkliniker och primärvårdsenheter. Ett delvis förstatligande skulle exempelvis kunna omfatta den högspecialiserade sjukvården, dvs i realiteten universitetssjukhusen. Det skulle också kunna innefatta den specialiserade sjukvården vilket innebär statligt ansvar för samtliga sjukhus i landet. I båda fallen skulle regionerna ha fortsatt huvudmannaskap för primärvården. Andra uppdelningar är naturligtvis också tänkbara. Tilläggas kan att i närtid (mars 2024) har det skett ett förstatligande av en mindre del av hälso- och sjukvården i och med att staten beslutat inrätta en nationell hjälplinje för psykisk ohälsa och suicidprevention. En sådan bedrevs av organisationen Sveriges kommuner och regioner (framöver SKR) fram till 2019 då den lades ned. Efter vads om uppges ha varit en omfattande kritik av denna nedläggning har regeringen beslutat att staten skall återupprätta verksamheten.[1]

Syftet i denna underlagsrapport är inte att analysera de många generella för- och nackdelarna med olika typer av ett delat huvudmannaskap utan istället att peka ut vad detta kan betyda för just demokratin, legitimiteten och möjligheterna till ansvarsutkrävande. En generell synpunkt är dock att för väljarna/medborgarna är klarhet var ansvaret ligger för sjukvårdens olika delar med stor sannolikhet nödvändigt för att de tre utpekade demokratiaspekterna skall kunna fungera.

2. Forskningsläget

Den regionala demokratin i Sverige är ett tämligen outforskat område. Ett tecken på detta är att antalet doktorsavhandlingar om den regionala demokratin förefaller begränsar sig till två varav en ligger så långt bak i tiden som 1976.[2] Det fåtal publikationer som finns om den regionala demokratin ligger ett trettiotal år (eller mer) bakåt i tiden.[3] En rapport från SNS Demokratiråd publicerad 2022 som behandlar den kommunala självstyrelsen koncentrerar sin analys i stort sett uteslutande på primärkommunerna.[4] I en femhundrasidig rapport från Valforskningsprogrammet vid Göteborgs universitet med titeln *Väljarna och valet 2022*

[1] Pressmeddelande från regeringen 27 mars 2024. Se även *Svenska Dagbladet* 2024-03-27.
[2] Leif Johansson. 1976. *Landstingskommunerna. Organisation, beslutsprocess, serviceutbud*. Avhandling, Statsvetenskapliga institutionen, Lunds universitet; Leif Anjou. 2008. *Politisk styrning av kommunal tjänsteproduktion*. Avhandling, Handelshögskolan, Göteborgs universitet.
[3] Som exempel kan nämnas Gunnel Gustafsson. 1993. *Demokrati i förändring. Svenska kommuner och landsting i det lokala välfärdssamhället*. Stockholm: Publica och Jon Pierre. *Den lokala staten: Studier av den kommunala självstyrelsens förutsättningar och restriktioner.* Stockholm: Almqvist & Wiksell.
[4] Gissur Erlingsson mfl. 2022. *Den lokala demokratins vägval.* Stockholm: SNS

återfinns ordet *region* (inklusive ord som innehåller ”region”) enbart två gånger. I SOM-institutets rapport *Svenska förtroendetrender 1986-2023* finns omfattande data om medborgarnas förtroende för 25 centrala samhällsinstitutioner inklusive *Kommunstyrelsen* men ingenting om regionerna (eller som de förut benämndes ”landstingen”). Däremot finns det ett antal rapporter från SOM-institutet om Region Västra Götaland och Region Skåne som mäter regioninvånarnas attityder och uppfattningar om demokratin. Det saknas emellertid studier om hur de politiska partiernas fungerar på den regionala nivån, till exempel hur nomineringsprocesserna går till och i vilken utsträckning partierna produceras särskilda program för den regionala politiken. Det saknas också studier av hur partiernas agerande på den regionala nivån liknar eller skiljer sig från hur de agerar på den primärkommunala respektive den nationella nivån. Det finns heller ingen statsvetenskaplig forskning om hur SKR, som är en betydelsefull aktör, fungerar i den svenska demokratin. Forskningen om demokratieffekter av förändrat huvudmannaskap för mera omfattande offentliga politikområden är också den mycket knapphändig.[5]

3. Analytiska utgångspunkter

3.1. Demokratimodeller

Den svenska grundlagen stadgar att ”det allmänna ska verka för att demokratins idéer blir vägledande inom samhällets alla områden”.[6] Detta innebär att ekonomiska, organisatoriska, professionsmässiga, rättsliga och alla andra aspekter som man kan lägga på hälso- och sjukvården skall vägledas av demokratins ideal. Demokrati har av framstående statsvetare kommit att ses som en politisk ”överideologi” i Sverige, det vill säga en norm som i princip alla de politiska partierna i riksdagen och de allra flesta intresseorganisationer i landet bekänner sig till.[7] Vad som skall innefattas i ”demokratins idéer” är emellertid bara delvis preciserat i grundlagen och är konstant föremål för diskussion och ofta också motsättningar. Dessa motsättningar utspelar sig inte bara inom den politiska sfären utan också i forskarsamhället. Ett exempel på detta är följande. Sverige har, liksom Norge och Danmark, organiserat omfattande offentliga utredningar om hur det demokratiska systemet lever upp till demokratins ideal. Åtminstone två av dessa utredningar har inte kunnat fullföljas som planerat på grund av motsättningar inom forskarsamhället, nämligen kvinnomaktsutredningen och integrationsutredningen.[8] I båda fallen ledde dessa motsättningar till byten på posten som huvudansvarig forskare.

Det är således något av ett minfält att som forskare inom i en offentlig utredning analysera den svenska demokratin funktionssätt inom olika samhällsområden. Om man skall göra en bedömning av vad en förflyttning av huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården kan tänkas innebära för demokratin är det därför centralt att bestämma vilken demokratimodell man utgår från som ”mätsticka”. Demokrati är vad som i forskningen brukar benämnas ett i grunden omstritt begrepp. Den i ett globalt perspektiv empiriskt mest omfattande analysen av demokratins ställning i världen bedrivs av forskningsprogrammet *Varieties of Democracy* (V-

[5] Avsaknaden av forskning om den regionala politiska nivån i Sverige är förunderlig med tanke på att en av de statsvetenskapliga publikationer som väckt mest uppmärksamhet de senaste decennierna handlade om regionerna i Italien (Robert D. Putnam 1993. *Making Democracy Work*. Princeton: Princeton University Press).
[6] Regeringsformen kap. 1, par. 2.
[7] Thomas Persson & Sten Widmalm. 2023. ”Demokrati som överideologi eller en ideologi bland andra?” i Ulrika Andersson mfl. (red). *Ovisshetens tid.* Göteborg: SOM-institutet, Göteborgs universitet.
[8] Olof Petersson. 1994. Därför lämnar jag kvinnomaktsutredningen. *Dagens Nyheter* 1994-12-14; Sten Widmalm. 2020. Fel rasiststämpla alla vita. *Uppsala Nya Tidning* 2020-01-16.

Dem) vid Göteborgs universitet vilket startades 2014.[9] Huvudsyftet med forskningsprogrammet är att producera en årlig rigorös mätning av den politiska demokratins ställning i världen. För att göra detta har man med hjälp av den omfattande demokratiteoretiska litteraturen specificerat inte mindre än fem olika varianter av demokrati. Dessa är representativ valdemokrati, liberal-demokrati, deltagardemokrati, deliberativ demokrati och jämlikhetsdemokrati. Kort sammanfattat kan man beskriva dessa demokratimodeller som följer:

I den **representativa valdemokratin** är tanken att demokrati uppnås genom konkurrens mellan olika partier som strävar efter väljarnas godkännande under periodiska val. Partier och val är de avgörande instrumenten i denna huvudsakligen procedurmässiga förståelse av den demokratiska processen där principen om representativ demokrati är grundläggande. Andra faktorer betraktas som viktiga för att säkerställa fria och rättvisa, till exempel medborgerliga fri- och rättigheter, aktiva massmedia och ett oberoende rättsväsende. Dessa faktorer ses dock som sekundära till de allmänna valen och den representativa demokratin. Denna modell bygger också på idén om att demokrati skall resultera i ”folkviljans förverkligande” förstått som att majoritetens åsikter via det representativa systemet skall dominera vad som är resultatet från den offentliga verksamheten. Det innebär också att maktdelning inte är centralt i denna demokratimodell

Den **liberal-demokratiska** modellen understryker betydelsen av transparens, medborgerliga fri- och rättigheter, rättsstatsprincipen, horisontell ansvarighet (effektiva kontroller av politiska makthavare) och olika minoriteters rättigheter De liberala rättigheterna ses som det huvudsakliga kännetecknet för demokrati och därmed inte bara som hjälpmedel för den partipolitiska konkurrensen. Den liberala modellen betonar vad som benämns negativa frihet, dvs individens frihet från politisk maktutövning och den bedömer demokratins kvalitet genom de gränser som sätts för regeringens maktutövning. Principer och rutiner måste fastställas så att för att säkerställa att majoritetens styre inte leder till att förtryck av minoriteter eller förlust av individuella friheter. Maktdelning är därmed centralt i denna modell.

Den **deltagardemokratiska** modellen utgår från en skepsis till principen om representativ demokrati och strävar efter en mera direkt påverkan från medborgana varhelst detta är praktiskt möjligt. Denna demokratimodell understryker vikten av folkomröstningar, men också av medborgarförsamlingar, sociala rörelsers inflytande, offentliga utfrågningar, medborgarpaneler andra forum för medborgarengagemang

Den **deliberativa** uppfattningen om demokrati fokuserar på den process genom vilken beslut fattas. En deliberativ process är ett forum där diskussionen om politiska frågor fokuserar på ”det gemensamma bästa”. Denna modell kräver att demokratin är mer än en mekanisk addering av befintliga preferenser hos medborgarna eller deras representanter. Istället skall beslutsprocessen präglas av en respektfull dialog mellan väl informerade och kompetenta deltagare som är beredda att seriöst överväga andras och särskilt motsidans sakargument.

Jämlikhetsdemokrati fokuserar på att politiskt deltagande, representation, rättigheter och resurser som påverkar möjligheten till deltagande skall vara jämlikt fördelade. Resurser antas vara en nyckelfunktion för medborgarnas möjligheter att utöva inflytande - där resurserna inte är någotsånär jämlikt fördelad är det svårt att föreställa sig en politik där medborgarna åtnjuter lika möjligheter att påverka. Politisk jämlikhet förutsätter alltså att den social och ekonomiska ojämlikhet inte får nå en nivå där stora grupper saknar förmåga att utöva politiskt inflytande.

[9] https://www.v-dem.net/

Resultatet av en bedömning av vad ett helt eller delvis förstatligana av sjukvården kommer att innebära för demokrati, legitimitet och ansvarsutkrävande beror som nämnts på vilken av dessa idealmodeller man tar som utgångspunkt. Min bedömning av många av de analyser som gjorts av vad som präglar de normer som bär upp den svenska demokratin på såväl den nationella som den regionala nivån är att den har inslag av samtliga dessa modeller men att den första, dvs den representativa valdemokratin, är den mest framträdande följt av vissa delar av den liberala modellen. Vad gäller deltagardemokratin kan man konstatera att folkomröstningar förekommer men är ett sparsamt använt instrument och dessutom enbart rådgivande på såväl nationell som kommunal nivå och på landstings/regionnivå har enbart en folkomröstning anordnats.[10]

På den regionala och kommunala nivån har antalet förtroendevalda minskat mycket kraftigt sedan 1960-talet vilket måste ses som ett indicium på att idealet om ett brett politiskt deltagande nedprioriterats. I viss utsträckning har förtroendevalda kommit att ersättas av så kallade policyprofessionella, dvs personer som anställts för att bedriva politik.[11] Vad gäller jämlikhetsmodellen har Sverige sedan 1990-talet gått från att ha varit ett i ekonomiskt hänseende jämförelsevis mycket jämlikt land till att i nuläget ligga på genomsnittet i Europa. Ökningen av den ekonomiska ojämlikheten har också varit större i Sverige än i jämförbara länder under de senaste tre decennierna.[12] Statsvetenskapliga analyser visar också att den socio-ekonomiska representativiteten hos de förtroendevalda inte är särskilt hög.[13] Det går därför knappast att hävda att den svenska demokratin numera kan karakteriseras som byggd på ett jämlikhetsideal.

Vad gäller den deliberativa demokratimodellen så har på senare tid olika former av så kallade medborgardialoger genomförts i många kommuner. SKR listar drygt 300 exempel vilka med några få undantag skett i primärkommuner och inte på den regionala nivån.[14] Resultaten från både svenska och internationella försök med denna demokratimodell är dock blandade och det förefaller svårt att dra några klara slutsatser om modellens möjligheter.[15] Antalet försök med olika former av deliberativa arrangemang ökar men det går näppeligen att hävda att detta är ett ideal som präglar det demokratiska maskineriet i Sverige.

Ser man till vilken demokratimodell som SKR lyfter fram i sina skrifter så är principen om ”folkviljans förverkligande” central, dvs modellen som benämns representativ valdemokrati.[16] Detsamma kan sägas om demokratin på nationell nivå. En av grundlagens portalparagrafer lyder således: ”All offentlig makt utgår från folket”. På Regeringskansliets hemsida får man under rubriken ”Så styrs Sverige” veta att Sverige har ett parlamentariskt styrelsesätt samt att val av representanter till riksdag, regioner och kommuner sker vad fjärde år. Begrepp som

[10] SKR rapport 2023. *Det förstärkta folkinitiativet.*
[11] Christina Garsten, Bo Rothstein & Stefan Svallfors. 2015. *Makt utan mandat. De policyprofessionella i svensk politik*. Stockholm: Dialogos förlag.
[12] Finanspolitiska rådets rapport 20/24:1: *Economic Inequality in Sweden*. Vad gäller effekterna skriver rådet: ”En alltför hög grad av ekonomisk ojämlikhet har en destruktiv inverkan på flera samhällsområden. Tillväxten kan bli lägre i samband med att skillnaderna inom vård och skola ökar. Den sociala tilliten kan urholkas om människor upplever samhället som orättvist, med ökad brottslighet som följd. I längden kan en stor ojämlikhet leda till att vissa grupper kopplar grepp om politiken medan andra grupper förlorar tilltron till den politiska processen. Då är demokratin i fara.”
[13] David Karlsson & Lena Wängnerud. 2018. ”Social representation i riksdagen”, i David Karlsson (red). *Folkets främsta företrädare*. Göteborgs universitet.
[14] https://dialogguiden.se/
[15] SKR rapport 2023. *Inkludering och medborgardeltagande En forskningsöversikt om hur medborgardialoger kan inkludera marginaliserade grupper.*
[16] Se till exempel SKR 2022 *Demokrati och regional storlek* samt *SKR 2022 Kommunal Självstyrelse - värd att värna* (kap 9) och även SKR 2020 *Självstyrelsens potential*

maktdelning, rättigheter, deltagande eller jämlikhet förekommer inte.[17] Regeringsformen innehåller emellertid också ett särskilt kapitel som stadgar en lång rad medborgerliga fri- och rättigheter

Om man istället för idealmodeller granskar Sveriges moderna politiska historia så framträder en annan mera pragmatisk modell för samhällsstyrning, nämligen den **korporativa modellen.**[18] Som kommer tydliggöras längre fram i denna rapport finns det särskilda skäl att för hälso- och sjukvårdspolitiken också fästa vikt vid denna modell för samhällsstyrning. Den korporativa modellen innebär att staten när politiska problem skall hanteras väljer att samverka med den eller de intresseorganisationer som dominerar sektorn. Detta har särskilt gällt inom områden som exempelvis arbetsmarknadspolitik (inklusive arbetsmiljöfrågor), jordbrukspolitik, alkoholpolitik och även delar av social- och utbildningspolitiken.

Staten har inom dessa områden sanktionerat vissa organisationer som delvis fått en monopolställning. I utbyte har intresseorganisationerna dels fått inflytande över politiken, dels har de av staten försetts med ett regelsystem som starkt underlättat deras möjligheter att få och behålla medlemmar.[19] Systemet kom i bruk i redan före demokratins införande början av 1900-talet vad gäller arbetsmarknadspolitiken och fick ett stort genombrott i början av 1930-talet inom jordbrukspolitiken och därefter under hanteringen av försörjningsfrågorna under andra världskriget. Under efterkrigstiden fram till 1990 var särskilt arbetsmarknadspolitiken präglad av den korporativa modellen. Man kan säga att denna modell för problemlösning har varit något av den svenska statens DNA för hur politiska problem skall hanteras och den har brukats av flitigt av båda de dominerande politiska fälten i svensk politik.[20]

Sett från den liberala representativa demokratins perspektiv innefattar denna modell några problematiska drag.[21] För det första därför att många uppgörelser mellan staten och starka intresseorganisationer kan sätta riksdagen på undantag. För det andra att korporatismen inte behandlar alla organisationer inom ett område lika utan att staten ger företräde till vissa och då särskilt de som visat sig samarbetsvilliga. För det tredje att de personer eller företag som önskar att stå utanför intresseorganisationer dels får mindre inflytande över politiken, dels kan uppfatta sig tvingade att bli medlemmar i organisationer de inte sympatiserar med.[22] När betydelsefulla uppgörelser mellan staten och intresseorganisationer har gjorts har man i svensk politik regelmässigt valt att bortse från den korporativa modellens demokratiska och liberala tillkortakommanden. Istället har politiken präglats av en hög grad av pragmatism.[23] Korporativa uppgörelser har setts som en pragmatisk lösning för att skapa samförstånd mellan de ofta mycket starka intresseorganisationer som dominerade vissa politikområden och också som ett sätt att få legitimitet i det konkreta utförandet av politiken.

.

[17] https://www.regeringen.se/sa-styrs-sverige/

[18] Hugh Heclo. 1987. *Policy and Politics in Sweden: Principled Pragmatism*. Philadelphia: Temple University Press.

[19] Den tekniska termen för detta är ”selektiva incitament”. Om exempel fackliga organisationer ges ett inflytande över hur turordningsreglerna vid uppsägningar skall genomföras, kan det för anställda kännas säkrast att vara medlem.

[20] Leif Lewin. 1992. *Samhället och de organiserade intressena*. Stockholm. Norstedts; Bo Rothstein. 1992. *Den korporativa staten*. *Intresseorganisationer och statsförvaltning i svensk politik*. Stockholm: Norstedts.

[21] Philippe C. Schmitter. 1983. ”Democratic Theory and Neo-Corporatist Practice”. *Social Research* 50:4. Se även Lars Jonung, 2024. ”Vägvalet efter Tesla”. *Svenska Dagbladet* 2024-01-05

[22] Bo Rothstein. 2008. ”Särintressen, demokrati och den svenska korporatismen”, i Li Bennich-Björkman & Paula Blomkvist (red). *Mellan folkhem och Europa: Svensk politik i brytningstid*. Malmö. Liber

3.2 Att bedöma demokratisk kvalitet

Förutom att bestämma vilken demokratimodell som skall användas som mått på hur väl ett lands eller dess regioners demokrati fungerar är det också centralt att bestämma vad som skall vara jämförelsepunkten. I de mätningar av demokratiers kvalitet som numera utförs av ett antal forskningsinstitut och organisationer kommer som regel den svenska demokratin ut som en av världens främsta, ofta tillsammans med de andra nordiska länderna.[24] Således, om man jämför svensk demokrati med demokratin i andra länder så är utfallet mycket positivt. Skulle man emellertid mäta den faktiskt existerande demokratin mot många av de ideal som presenterats i de mest etablerade filosofiska demokratiteorierna ser det mera bekymmersamt ut. Tar man exempel principen att demokrati skall innebära att alla medborgare har lika möjligheter att påverka de politiska besluten ligger rimligen varje nu existerande demokrati närmast ljusår borta från idealet.

Med tanke på det inflytande över de politiska besluten som exempelvis starka intresseorganisationer, lobbyister, multi-nationella företag, viktiga professioner, offentliga myndigheter och internationella organisationer de facto utövar över de offentliga besluten blir grundlagens stadgande om att ”all offentlig makt utgår från folket” ett fjärran ideal.[25] Empiriska studier visar också att både i Sverige och andra demokratiska länder har ekonomiskt välsituerade grupper större möjligheter att få gehör för sina politiska preferenser än mindre ekonomiskt bemedlade väljare.[26]

3.3. Att konstruera demokrati: Ett tankeexperiment

I den mera vardagliga och mediala diskussionen om demokrati förstås begreppet ofta dikotomt. Antingen är ett land demokratiskt eller så är det auktoritärt. De mätningar som numera ett flertal institut gör (däribland det ovan nämnda V-dem institutet) resulterar i mera finstilta analyser där man uppfattar att det finns kvalitativa grader i både demokrati och i former av auktoritärt styre. Sverige placerar sig som nämnts regelbundet mycket högt på dessa mätningar tillsammans med de övriga nordiska länderna när man mäter mot de typmodellernas demokratiska ideal. Vad som emellertid kommer bort när man jämför med normativa ideal är att den institutionaliserade beskaffenheten för världens demokratier varierar starkt. De institutioner som bär upp demokratin i exempelvis USA, Danmark och Schweiz är väldigt olika. Med institutioner förstås här etablerade regler som vad gäller demokratiers funktionssätt huvudsakligen är formellt beslutade som lagar, men det kan också finnas informella regler som har betydelse.[27] Tabellen nedan listar tio olika institutioner som finns i alla demokratier och specificerar hur de kan variera.

[24] Se t ex *Annual Report 2024. Democracies Winning and Losing at the Ballot.* V-Dem institute, University of Gothenburg, Democracy Reports – V-Dem; The Economist Democracy Index 2023 https://en.wikipedia.org/wiki/The_Economist_Democracy_Index; *The Global State of Democracy 2023*, IDEA https://www.idea.int/gsod/2023/countries/

[25] För en längre analys av detta mätproblem, se Bo Rothstein, 2023. *Grundbulten: Tillit och visionen om en liberal socialism*. Stockholm: Fri tanke förlag, s 23ff

[26] Karolin Soontjens & Mikael Persson. 2024. “Lacking incentives, not information. Why politicians tend to be less responsive to lower-income citizens”. *Legislative Studies* online preview Febr. 2024

[27] Sådana informella regler kan till exempel vara olika historiskt etablerade samarbetsmönster mellan de politiska partierna

Tabell 1. Institutionell variation in utformningen av demokratier

Institutioner	**Möjliga variationer i utformningen**
Partisystem	*Tvåpartisystem vs flerpartisystem*
Regeringschef	*Presidentialism vs parlamentarism*
Lagstiftningsmakt	*Tvåkammarsystem vs enkammarsystem*
Statsbildning	*Enhetsstat vs federalism*
Individuella rättigheter	*Starkt vs. svagt reglerade*
Domstolar	*Självständiga + rättsprövning vs svaga utan rättsprövning*
Offentlig förvaltning	*Meritokratiskt vs politisk rekrytering*
Riksrevision	*Självständig vs politiskt styrd*
Decentralisering	*Svagt vs starkt lokalt självstyre*
Folkomröstningar	*Vanliga och beslutande vs ovanliga och rådgivande*

Tabellens uppställning visar på åtminstone tre saker när det gäller demokratiska systems institutionella utformning. Det första är att vad vi allmänt kallar demokrati bärs upp av ett relativt stort antal olika institutioner. Uppställningen ovan innefattar enbart tio olika (och i sig komplexa) institutioner men det skulle inte innebära något problem att lista fler (t ex minoriteters rättigheter och universitetens ställning). För det andra att ingen av dessa institutioner utesluter eller enkelt kan ersättas av någon annan. För det tredje att om vi för enkelhetens skull som ovan antar att deras utformning enbart kan variera dikotomt (t.ex. tvåpartisystem vs flerpartisystem) så innebär detta att vi har åtminstone 2 upphöjt till 10 = 1024 olika möjligheter som vi kan utforma ett demokratiskt systems institutionella grundstruktur på.[28] I själva verket är möjligheterna naturligtvis ännu fler eftersom för flera av institutionerna i tabellen ovan gäller inte att det enbart finns två möjligheter utan möjligheterna är många fler. Det finns således knappast någon gräns för på hur många olika vis man kan utforma en ett demokratiskt system.

Poängen med detta slags tankeexperiment[29] är att visa att när man diskuterar om hur man kan förbättra en demokratis sätt att fungera, så sätter enbart den kreativa fantasin gränser för hur de faktiska institutionella lösningarna kan utformas eftersom de reella variationsmöjligheterna är synnerligen stora. Det kan därmed knappast vara så att den demokratimodell som vi för tillfället har i Sverige nationellt, regionalt eller lokalt, är ”slutet på historien”. Det faktiska läget är sådant att den svenska riksdagen sedan vi fick vår nuvarande konstitution 1973 har genomfört flera

[28] Denna modell är hämtad från Bo Rothstein, 1996. ”Political Institutions - An Overview”, i Robert E. Goodin and Hans Dieter Klingemann (red). *New Handbook for Political Science*. Oxford, Oxford University Press.
[29] Tankeexperiment (tyska Gedankenexperiment) var Albert Einsteins huvudsakliga vetenskapsmetod. Som fysiker sysslade han inte med laboratorieexperiment och han var faktiskt inte den vassaste av matematiker, utan det var just förmågan att tänka experimentellt som utgjorde grunden för hans vetenskapliga genombrott.

hundra ändringar av grundlagarna. En del mest språkliga men vissa betydande, till exempel vad gäller medlemskapet i EU och övergången från tre- till fyraåriga mandatperioder. Det är således för en utredning som Vårdansvarskommittén upplagt för omfattande kreativitet när det gäller hur demokrati, legitimitet och ansvarsutkrävande skulle kunna utformas vid en (helt eller delvis) överföring av huvudmannaskapet från den regionala till den statliga nivån. Detta gäller naturligtvis även om man inte skulle förändra huvudmannaskapet – den nuvarande formen för regional demokrati i Sverige är inte given.

4. Legitimitet: Vad anser svenska folket om sjukvården?

Det är inte helt enkelt att utifrån tillgänglig forskning skaffa sig en klar bild av vad svenska folket anser om sjukvården. När det gäller det allmänna förtroendet för sjukvården och sjukvårdens personal visar enkätstudier av representativa urval av den svenska befolkningen på exceptionellt höga siffror. De återkommande patientenkäterna, där man frågar de som fått vård, ger genomgående ett bra betyg åt sjukvården.[30] Det har också konstaterats att förtroendet för sjukvården ökade under Corona-pandemin för att därefter sjunka tillbaka till de nivåer som gällde innan. En förklaring som av forskare ges till detta benämns internationellt som ”Rally Around the Flag”. I kristider hoppas människor på stöd och hjälp från etablerade institutioner och enkätsvar på graden av förtroende anses bygga på någon form av önsketänkande.

På frågor om hur man bedömer att regionala och kommunala verksamheter faktiskt fungerar (vad som på engelska benämns ”job performance”) ligger sjukvården också på plus men på en betydligt mera modest nivå, lägre än exempelvis räddningstjänsten och förskolan men bättre än kollektivtrafiken och äldreomsorg.[31] Ett intressant resultat är att för nästan alla myndigheter och offentliga verksamheter så samvarierar förtroendet och uppfattningen om hur väl verksamheten fungerar starkt. Men så inte för sjukvården där det är ett tämligen svagt samband, dvs att förtroendet är mycket starkt till skillnad från uppfattningen om hur väl verksamheten fungerar där resultat är mera modest. En tolkning är att förtroendefrågan är mera kopplad till människors framtida förhoppning att sjukvården skall fungera väl när de kommer att behöva den, men frågan om hur väl man anser att verksamheten fungerar mera är kopplat till egna eller närstående personers erfarenheter alternativt till rapportering i massmedia.

Det finns emellertid klara skillnader mellan olika grupper när det gäller svaret frågor om hur man bedömer att verksamheten faktiskt fungerar. Mest negativa är personer som uppger sig vara vid dålig hälsa och/eller är långtidssjukskrivna, dvs de som man kan anta är stora brukare av sjukvården. Att de som har mycket kontakt med sjukvården är mera negativa till hur den fungerar än genomsnittssvensken är betänkligt – rimligen borde det vara tvärtom.[32] När det gäller andra offentliga verksamheter som till exempel grundskolan och förskolan förhåller det sig på motsatt vis – ju mer erfarenhet man har av verksamheten, i detta fall själv har barn i

[30] Ett problem med att dra slutsatser om befolkningens uppfattning om vården ifrån patientenkäterna är naturligtvis att de inte når de som sökt men inte fått den vård de önskat få.

[31] Sören Holmberg & Marcus Weissenbilder. 2024. *Betyg på offentlig förvaltning 2024*. SOM-rapport 2024:8. SOM-institutet, Göteborgs universitet. Frågan lyder*: ‘Hur tycker du att den verksamhet fungerar som bedrivs på följande områden i den region eller kommun där du bor?’.* Måttet som används benämns *”*opinionsbalans” och räknas fram genom att man tar andelen som svarar ”mycket bra” och ”ganska bra” och subtraherar med andelen som svarat ”ganska dåligt” och ”mycket dåligt”. Sjukvården hamnar då på + 21. Motsvarande opinionsbalans för förtroendet för sjukvården är hela + 58.

[32] A.a. Detta resultat bekräftas även av en rapport från Myndigheten för vård och omsorgsanalys. *En lag som kräver omtag*. Rapport 2021:10

grundskolan och förskolan, desto större förtroende har man för verksamheten.[33] Till detta kommer att de som anser sig vara vid dålig hälsa i högre grad anser att de inte har tillgång till den vård de behöver än de som anser sig vara vid god hälsa. Samma skillnad finns vad gäller förtroende för sjukhus och vårdcentraler, dvs att de som uppfattar sig vara vid god eller mycket god hälsa har klart högre förtroende är de som uppfattar sig vara vid dålig eller mycket dålig hälsa. Detta mönster finns även när det gäller om man uppfattar väntetiderna som rimliga. Det finns också betydande regionala skillnader i vilken grad människor har förtroende för hälso- och sjukvården och om man anser att väntetiderna är rimliga. Bäst omdömen får regelmässigt regionerna Kalmar och Jönköping medan de två nordligaste regionerna ligger lägst. [34]

När det gäller förtroendet för den demokratiska styrningen, dvs för de politiker som ansvarar för sjukvården, är det folkliga förtroendet inte högt. Hela femtio procent av de som svarat på SOM-institutet enkäter anger att de har lågt förtroende för de ansvariga politikerna inom området.[35] Medan internationellt jämförande studier som nämnts visar på hög medicinsk kvalitet i svensk sjukvård är betyget betydligt sämre vad gäller sådan som väntetider, kontakt med vårdpersonal och tillgänglighet. Till detta kommer att Sverige ligger sämst till bland de undersökta länderna vad gäller att anse sig bli orättvist behandlad och inte tagen på allvar.[36] Här finns således ett oförklarat gap mellan å sidan den erkänt höga medicinska kvalitén och hur många människor upplever att de blir bemötta. Tilläggas skall att forskningen visar att missnöje med den offentliga servicen dels leder till generell misstro mot det politiska systemet[37] och dels är en faktor bakom ökning av stödet för vad som kommit att benämnas populistiska partier.[38]

Till detta kan tilläggas att 2019 hade närmare 660 000 svenskar en privat sjukvårdsförsäkring vilket är en sexfaldig ökning sedan år 2000.[39] Detta kan inte tolkas på annat sätt än att en ökande andel av befolkningen anser att den sjukvård som regionerna bedriver inte alltid håller måttet. Om ökningen av privata sjukvårdsförsäkringar fortsätter i samma takt riskerar vi en situation som internationellt sett inte är ovanlig, nämligen att en så stor del av den mera välbeställda befolkningen som har tecknat dylika försäkringar kommer att fråga sig varför de skall betala två gånger, dvs både privat och via skatten, för sin sjukvård. Mycket talar för att en sådan utveckling på sikt kan erodera stödet för den solidariska finansieringen av sjukvården.[40]

5. Den representativa valdemokratin: Vad kan vi förvänta?

Den i Sverige officiellt sanktionerade tanken med den representativa valdemokratin är att det politiska systemet skall prestera vad man kallar *folkviljans förverkligande*. Det har av en av de ledande forskarna om den representativa demokratin uttryckts som att: ”*Folkviljan skall vara*

[33] Sören Holmberg & Lennart Weibull. 2020. *Institutionsförtroende bygger goda samhällen.* SOM- institutet, Göteborgs universitet. S. 278

[34] Hälso- och sjukvårdsbarometern 2023. SKR.

[35] Maria Andersson, Johannes Johansson & Johan Martinsson. 2018. LORE projektrapport 2018:1. *Förtroendet för sjukvården.* Opublicerad rapport, SOM-institutet, Göteborgs universitet.

[36] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, PM 2024:3. *Vården ut befolkningens perspektiv.* Länderna i undersökningen är Australien, Frankrike, Kanada, Nederländerna, Nya Zeeland, Schweiz, Storbritannien, Sverige, Tyskland och USA:

[37] Staffn Kumlin, Miroslav Nemčok & Arno Van Hootegem. 2024. "Welfare state evaluations, normative expectations, and political trust: longitudinal evidence from Germany and Norway." *Public Management Review*, 1-24.

[38] Tim Vlandas &Daphne Halikiopoulou. 2022. "Welfare state policies and far right party support: moderating ‘insecurity effects' among different social groups." *West European Politics* 45 (1):24-49.

[39] IVO rapport 2020:3. Privata sjukförsäkringar. Ett kunskapsunderlag.

[40] Bo Rothstein. 2015. "The Moral, Economic, and Political Logic of the Swedish Welfare State." i Jon Pierre (red). *The Oxford Handbook of Swedish Politics*. Oxford: Oxford University Press.

avgörande i en demokrati. Och det ska åstadkommas genom att valda representanter förverkligar folkets vilja"[41] I det här aktuella fallet således att regionväljarnas mening om hur sjukvården skall bedrivas också implementeras.[42] I denna demokratiteori, som också går under beteckningen "mandatmodellen" antas de regionala väljarna lägga sin röst på de partier vars program för inriktningen av regionens hälso- och sjukvårdspolitik framöver man anser vara mest gagneligt. Regionernas väljare antas kunna jämföra de olika partiernas program och fatta ett välövervägt beslut om vilket man anser vara mest värt att stödja. Vilka kriterier som väljarna använder sig av är ointressant i denna modell. Det kan vara vad man anser bäst för sig själv, sin grupp eller bäst för alla medborgare i hela regionen.

Det parti eller koalition av partier som får flest röster får genom valet makten att genomföra programmet och har till sitt förfogande ett kompetent och lojalt förvaltningsmaskineri samt professionella yrkeskårer som också ser till att den faktiska implementeringen är i linje med den politiska majoritetens intentioner. För att citera SKR: "En effektiv verksamhet stärker demokratin i och med att den ökar förutsättningarna för att folkviljan kan förverkligas".[43] En fråga är naturligtvis vilket "folk" eller vilken del av folket som får sin vilja igenom i den representativa partidemokratin. Undersökningar från USA och andra länder visar att de ekonomiskt väl besuttna har betydligt större möjligheter att få genomslag för sina ståndpunkter än de mindre bemedlade. Resultatet från svenska data visar på att samma snedvridning men i mindre utsträckning än i USA.[44]

Dessvärre har denna tämligen idealistiska demokratimodell visat sig ha ett modest stöd i den empiriska forskningen om hur representativ demokrati faktiskt fungerar. I allmänhet är väljarna inte särskilt insatta i partiernas program eller sakfrågor, de lägger inte ner mycket tid och energi på att jämföra partiernas policyförslag inom olika sakområden och de uppfattar ofta frågorna som alltför komplicerade.[45] Istället beror ofta medborgarnas valbeteende på frågor om upplevd identitet och grupptillhörighet samt händelser i närtid som de bedömer ha politisk relevans. Svenska väljare anses emellertid i internationella jämförelser ha klart bättre sakkunskap än väljare i USA[46] (där den mesta forskningen om denna fråga utförts) men likväl är resultaten av kunskapsmätningarna av den svenska väljarkåren inte imponerande. En sammanfattning av sex mätningar gjorde mellan 1985 och 2002 visar att enbart en tredjedel av väljarna kommer upp till vad forskarna definierar som "goda politiska kunskaper".[47] SNS demokratiråds studie om denna fråga utförd 1998 kom med beskedet att bristerna i kunskaper om politik i den svenska valmanskåren var omfattande[48] Det är också problematiskt att kunskapsnivån skiljer sig mycket mellan olika väljargrupper.[49]

[41] Sören Holmberg 2022. "Representativ demokrati. En dynamisk process", i Patrik Öhberg, Henrik Oscarsson & Patrik Ahlbom (red). *Folkviljans förverkligare*. Göteborgs universitet, Statsvetenskapliga institutionen, s, 83. Se även Hanna Bäck & Mikael Gilljam: 2006. *Valdemokratins mekanismer.* Malmö, Liber.
[42] Den huvudsakliga inspirationen för detta avsnitt är Christopher Achen & Larry M. Bartels. 2016. *Democracy for Realists. Why Elections Do Not Produce Responsive Government*. Princeton: Princeton University Press. Se också ett Symposium om deras bok i tidskriften *Critical Review* 2018 vol.30.
[43] SKR 2022: *Demokrati och regionstorlek*, s 5.
[44] Mikael Persson & Anders Sundell. 2024. "The Rich Have a Slight Edge: Evidence from Comparative Data on Income-Based Inequality in Policy Congruence". *British Journal of Political Science* 58:2
[45] Christopher Achen & Larry M. Bartels. 2016. *Democracy for Realists. Why Elections Do Not Produce Responsive Government*. Princeton: Princeton University Press, s. 299ff
[46] Katarina Barrling & Sören Holmberg. 2020. "Den sköra demokratin", i Katarina Barrling & Sören Holmberg (red). *Demokratins framtid*. Stockholm: Riksdagen.
[47] Sören Holmberg & Henrik Oscarsson. *Väljare: Svenska väljare under femtio år*. Stockholm: Norstedts.
[48] Olof Petersson mfl. *Demokrati och medborgarskap. Demokratirådets rapport 1998*. Stockholm: SNS Förlag
[49] Katarina Barrling & Sören Holmberg. 2020. "Den sköra demokratin", i Katarina Barrling & Sören Holmberg (red). *Demokratins framtid*. Stockholm: Riksdagen.

Väljare med en tydlig partiidentifikation eller stark ideologisk övertygelse förefaller också ha en stark tendens att bortse från information som motsäger det egna partiets eller ideologins positioner.[50] Forskningen visar också att överensstämmelsen mellan åsikterna i sakfrågor mellan väljare och deras valda representanter inte är imponerande. Det är särskilt i ”konkreta sakfrågor”, vilket organiseringen av sjukvården måste anses vara, som åsiktsskillnaderna mellan väljare och valda är stora.[51] Till detta kommer att ledamöterna tenderar att överskatta hur bra de är på att uppfatta sina väljares åsikter i sakfrågor.[52]

Det är i detta sammanhang värt att påpeka att när den representativa demokratin ”uppfanns” på 1700-talet så var dess konstruktörer tydliga med att detta inte var ett system för att realisera någon oförmedlad folkvilja.[53] Tvärtom såg man med bekymmer på folkets kunskaper och därför dess möjligheter att styra samhället och man hyste också farhågor för vad en oförmedlad folkvilja skulle kunna ställa till med. Detta tänkande gick med stor sannolikhet tillbaka till Aristoteles som hävdade att demokrati kunde urarta till ett okontrollerat mobbvälde.[54] Grundidén hos konstruktörerna bakom idén om representativ demokrati var att detta system måste till för samhällsstyrning när det inte gick att samla ”demos” (dvs alla berörda) till någon form av stormöte (såsom i byalag, lokala skrån eller små församlingar).

Den representativa formen av demokrati som etablerades som en idé under slutet av 1700-talet var att en utvald politisk elit där kompetens, rationalitet och ansvar fanns skulle ersätta de ofta tillfälliga och illa grundade opinionsstormar som regelbundet förekom hos folkmassan. Valet av ledamöter till den representativa församlingen var inte till för att genomföra en oförmedlad folkvilja utan istället för att i efterhand skapa samtycke och möjliggöra ansvarsutkrävande för den politik som eliten hade fört. Således var syftet med denna modell att med hjälp av de valda representanternas rationalitet, långsiktighet, kompetens och ansvar upphöja (eller om man så vill, förfina) folkviljan.[55]

Till detta kommer att det visat sig tämligen komplicerat att precisera vad som skall förstås som ”folkviljan” och hur man skall fastställa när den kan anses ”förverkligad”. Ett problem är om det inom specifika områden som till exempel hälso- och sjukvården alls finns en från folket utgående vilja för hur verksamheten skall bedrivas. Har verkligen en majoritet av medborgarna genomtänkta och realistiska uppfattningar som kan ligga till grund för beslutsfattandet inom en så pass komplext område? Man kan på goda grunder anta att det finns en tydlig folkvilja om att väntetiderna på landets akutmottagningar skall vara korta men uppenbart saknar detta i många fall realism eftersom det visat sig svårt att genomföra. Och vad skall räknas som ”förverkligande”? Är det formella beslutet i regionfullmäktige eller riksdagen att se som att folkviljan har förverkligats även i fall då detta av organisatoriska eller andra skäl inte har kunnat

[50] Christopher Achen & Larry M. Bartels. 2016. *Democracy for Realists. Why Elections Do Not Produce Responsive Government*. Princeton: Princeton University Press.
[51] Sören Holmberg. 2022. ”Representativ demokrati. En dynamisk process”, i Patrik Öhberg, Henrik Oscarsson & Patrik Ahlbom (red). *Folkviljans förverkligare*. Göteborgs universitet, Statsvetenskapliga institutionen, s .99.
[52] Mikael Persson & Anders Sundell. 2022. ”Riksdagsledamöternas kunskap om väljarnas åsikter.” i i Patrik Öhberg, Henrik Oscarsson & Patrik Ahlbom (red). *Folkviljans förverkligare*. Göteborgs universitet, Statsvetenskapliga institutionen,
[53] Som ”uppfinnarna” till detta politiska system brukar räknas James Madison som var en av konstruktörerna till USA:s konstitution och landets fjärde president och Abbé Sieyès som var den teoretiske huvudarkitekten för den Franska Revolutionen.
[54] I vår tid tar sig detta mera uttryck i uppkomsten av ”moraliska paniker” som kan få tämligen oönskade effekter. Se Viviene E. Cree, Gary Clapton & Mark Smith (red). 2016. *Revisiting Moral Panics*. Bristol: Bristol University Press. För ett nutida svenskt exempel, se till exempel Johan Hilton 2024. *Den siste teaterdirektören. Berättelsen om Benny Fredriksson*. Stockholm: Natur & Kultur.
[55] Bernand Manin. 2002. *Den representativa demokratins principer*. Stockholm: SNS Förlag. Se även Hanna Bäck & Mikael Gilljam. *Valdemokratins mekanismer.* Malmö: Liber förlag

implementeras? Svårigheterna att förverkliga besluten om vårdgaranti eller att alla skall ha rätt till en fast läkare illustrerar detta problem.[56]

Man kan också i många fall fråga sig om det överhuvudtaget finns en genuin från väljarna stammande vilja eller intresseinriktning som strömmar nerifrån folkdjupet upp till det parlamentariska systemet om hur olika offentliga verksamheter som exempelvis sjukvård, pensionssystem, industripolitik och säkerhetspolitik skall bedrivas. Vad gäller just hälso- och sjukvårdsområdet kan konstateras att den demokratiska styrningsprocessen och vilka nivåer i det demokratiska systemet som ansvarar för vad ser väldigt olika ut i de nordiska länderna. Det är svårt att tänka sig att dessa olika utfall i de annars så politiskt och kulturellt likartade nordiska länderna skulle vara kopplad till att det skulle existera fundamentala åtskillnader i någon slaga ”folkvilja” i länderna ifråga. Istället är mera troligt att skillnaderna kan förklaras av att man ”uppifrån” i det politiska systemet haft olika uppfattningar i denna fråga.

En omfattande empirisk forskning pekar också på att vad som kan uppfattas som folkopinionen i många fall är styrd ”uppifrån” från partierna och också från starka intresseorganisationer och i viss utsträckning också från policydrivande myndigheter. Representationen i den representativa demokratin sker därmed huvudsakligen inte ”nerifrån” folket utan kommer uppifrån olika politiska eliter.[57] Till detta kan läggas att ett centralt kriterium för att det alls skall kunna identifieras någon tydlig vilja hos majoriteten av medborgarna för ett specifikt sakområde är att dessa har tillgång till god information och möjlighet att samtala med andra väljare på en jämlik bas som gör att de kan bilda sig ”upplysta uppfattningar och preferenser”.[58] Så är dessvärre långt ifrån alltid fallet inom många politikområden.

Därmed har vi kommit till den andra stora teorin om den representativa partidominerade representativa valdemokratin, nämligen det som på statsvetenskapliga benämns *retrospektiv* röstning. Modellen benämns också ansvars- eller sanktionsmodellen. De demokratiteoretiker som lanserat denna modell hävdar att den ger en mera realistisk bild av vad som är rimligt att förvänta sig av den representativa demokratin. I denna modell beslutar sig väljarna inte för hur de skall rösta genom att se till vad partierna utlovar för framtiden. Istället tittar de ”i backspegeln” och utvärderar hur de som beslutat har skött sig. Kommer de vid denna utvärdering fram till att de är nöjda med utfallet så ger de förnyat stöd till det parti eller partier som haft beslutsmakten, i motsatt fall väljer de att rösta på något av de partier som utgör oppositionen.

Problemet är att även denna modell förutsätter välinformerade väljare som a) vet vilket eller vilka partier som haft makten över vad, b) har någorlunda god kunskap om utfallet, dvs i den här aktuella frågan, hur hälso- och sjukvården i regionen fungerat, samt c) inte bestraffar partierna för saker som de inte har haft möjlighet att påverka. Även denna mera realistiska modell har emellertid visat sig stöta på problem när den konfronterats med data om hur väljare i allmänhet agerar. Ett sådant problem är väljarnas tidshorisont där det visar sig att den vanligen är betydligt kortare än mandatperioden ifråga. Med andra ord bestraffar alternativt belönar väljare ofta partier för saker som inträffat ett par månader innan valet ifråga men de har mera sällan förmåga att bedöma vad som uträttats eller inte uträttats under hela mandatperioden.

[56] Se t ex Sofia Rydgren Stale mfl. 2024. ”Svikna löften om fast läkare – trots att alla är överens” *Dagens Nyheter* 2024-02-08

[57] Peter Esaiasson & Sören Holmberg. 1996. *Representation from above. Members of Parliament and Representative Democracy in Sweden*. London: Routledge

[58] Esaiasson, Peter. 2003. ”Vad menas med folkviljans förverkligande”, i Mikael Gilljam & Jörgen Hermansson (red). Demokratins mekanismer. Malmö, Liber förlag.

Undersökningar från USA:s väljarkår visar dessutom att väljare överraskande ofta bestraffar partier och politiker för händelser som ligger långt utanför deras kontroll, såsom exempelvis olika slags naturkatastrofer. I ett globalt perspektiv kan man dessvärre konstatera att politiker som varit djupt inblandande i korruptionsaffärer inte så sällan blir återvalda och medan politiker som lyckats väl med att åstadkomma väsentliga förbättringar för huvuddelen av väljarkåren blir bortröstade.[59]

Till detta kan man lägga att graden av faktiskt styrningsförmåga från de valda politikerna för en verksamhet som hälso- och sjukvården förefaller vara begränsad. Antal studier av denna problematik på den svenska regionala demokratin är synnerligen få, men vad som finns ger vid handen att vad politikerna förmår styra är budgeten och den allmänna inriktningen men när det gäller sådant som att korta väntetider, organisatoriska förändringar och rationaliseringar eller förändrade driftsformer har förmåga att få genomslag varit svag eller obefintlig.[60]

Denna, det medges, något dystra bild av vad den representativa partidemokratin kan åstadkomma vad gäller att förverkliga folkets viljeinriktning inom specifika politikområden alternativt ställa de styrande politikerna till ansvar i efterhand skall emellertid inte tolkas som en argumentation mot detta politiska system eller för att det borde ersättas med någon annan modell. Skälet till detta är att denna demokratimodell oftast är kopplad till ett antal institutioner som både kan anses vara av stort egenvärde och/eller som forskningen kan visa har stor positiv inverkan på människors välfärd. Dessa är exempelvis att den representativa demokratin bygger på ett knippe fri- och rättigheter (åsikts- och yttrandefrihet, mötesfrihet, organisationsfrihet, akademisk frihet m.fl.) som med stor sannolikhet gör samhället mera kreativt och dynamiskt. Förekomsten av fria och rättvisa val medför också att man får en generell acceptans för vem eller vilka som skall styra landet (alternativt regionen och kommunen), något som ofta leder till svårartade stridigheter där sådana val inte förekommer eller inte utförs på ett rättvist sätt.

Den representativa valdemokrati leder därmed också till återkommande maktskiften vilket innebär att ingen politisk gruppering kan förbli permanent vid makten. Vetskapen att man kan förlora ett val och komma i opposition leder rimligtvis också till en större lyhördhet och tolerans för förekomsten av politisk opposition hos det eller de partier som för tillfället har makten. Till detta kommer rättsstatens principer och förekomsten av opartiska myndigheter där principer som saklighet och likhet inför lagen tillämpas samt ofta ett antal fristående kontroll- och inspektionsmyndigheter såsom till exempel riksrevision, justitieombudsman, etc. Vidare är det i demokratier vanligare med en meritbaserad rekrytering till offentliga tjänster och inom de yrkeskårer som arbetar med att genomföra offentliga åtgärdsprogram och tillika är respekten för principen om forskningens autonomi mer utbredd.

Empiriska studier ger vid handen att det i långa stycken är dessa sidoeffekter (eller indirekta effekter) av den elektorala representativa partidemokratin, och särskilt då rättsstaten och en opartisk meritrekryterad offentlig förvaltning där korruptionen kan hållas på en låg nivå, som är de faktorer som förklarar varför demokratier i allmänhet skapar en högre grad av mänsklig välfärd.[61] Sambandet mellan tillgängliga mått på graden av elektoral demokrati och olika

[59] Danel de Kadt & Evan S. Lieberman. 2015. "Do Citizens Reward Good Service? Voter Responses to Basic Service Provision in South Africa." In *Afro-Barometer Working Paper no. 161*, ed. M. Bratton: Afro-Barometer; Evan S- Lieberman & Danel De Kadt. 2017. "Nuanced Accountability: Voter Responses to Service Delivery in Southern Africa." *British Journal of Political Science* 50:1

[60] Leif Anjou. 2008. *Politisk styrning av kommunal tjänsteproduktion*. Avhandling, Handelshögskolan, Göteborgs universitet.

[61] O. B. K. Dinkake. 2017. "The Rule of Law as a Social Determinant of Health". *Health and Human Rights Journal* 19(2); Sören Holmberg & Bo Rothstein. 2011. "Dying of corruption". *Health Economics, Policy and Law* 6:4. Bo Rothstein. 2017. *The Quality of Government*. Chicago University of Chicago Press. Se även Andreas Bågenholm mfl. 2021. *The Oxford Handbook of Quality of Government*. Oxford: Oxford University Press.

standardmått på mänsklig välfärd (oftast använder man befolkningshälsa) är inte starka medan motsatsen gäller för måtten på rättsstatens principer och i vilken utsträckning länder förmår hålla korruptionen under kontroll samt har en rekrytering av personal som baseras på faktiska meriter istället för partilojalitet, klantillhörighet eller släktskap.[62]

Dessvärre visar det sig att representativ demokrati ingalunda är något säkert botemedel mot en hög grad av korruption, respekt för rättsstatens principer eller avsaknad av meritbaserad rekrytering. Ett flertal studier visar till exempel att politiker på den lokala och regionala nivån som har varit djupt involverade och ibland även dömda för korruption eller med korruption sammanhängande problem inte så sällan lyckas bli återvalda.[63] Till detta kommer att temporalt i Sverige och liknande länder har etableringen av de rättsstatliga principerna och huvudsakligen meritbaserade, opartiska och icke-korrupta myndigheter föregått och varit en nödvändig faktor bakom etablering av den representativa demokratin.[64] Ett tydligt exempel är att utan existensen av en opartisk och okorrumperad administrationsmyndighet för valen kommer dessa inte ses som legitima vare sig av folket eller av den förlorande sidan.[65]

Dessa forskningsresultat om vad som är rimligt att förvänta sig av den representativa demokratin är generellt sätt giltiga alldeles oberoende på vilken nivå denna demokrati befinner sig. De kan således inte tas till intäkt för att ett (helt eller delvis) förstatligande av den svenska hälso- och sjukvården skulle föra några demokratiska eller andra fördelar med sig. Det är emellertid viktigt när denna fråga diskuteras att ha denna problematik av vad en representativ demokrati förmår prestera vad gäller möjligheten att förverkliga någon form av folkvilja när man diskuterar på vilken nivå det politiska huvudmannaskapet skall ligga. Huvudbudskapet är att en realistisk bild av den representativa partidemokratins förmåga att förverkliga någon form av folkvilja är tämligen begränsad. Det ser något bättre ut vad gäller möjligheterna till ansvarsutkrävande men även denna form av demokrati ställer höga krav på både systemet och väljarna. Demokratier innefattar emellertid ofta en mängd sidoordnade institutioner som har stora eller mycket stora fördelar när det gäller att skapa mänsklig välfärd.[66]

6. Representativ partidemokrati och legitimitet

Om det finns viss anledning att hysa vissa tvivel på den representativa demokratins förmåga att förverkliga någon slags folkvilja eller att på den regionala nivån i Sverige skapa fungerande ansvarsutkrävande så återstår enligt modellens många förespråkare dess möjligheter att skapa legitimitet, dvs att människor uppfattar det politiska systemets beslut som rättfärdiga till såväl

[62] Bo Rothstein & Sören Holmberg. 2014. Correlates of Corruption. Gothenburg, The Quality of Government Institute, University of Gothenburg. Working paper 2019:9; Sören Holmberg & Bo Rothstein. 2019. Correlates of Democracy. Gothenburg, The Quality of Government Institute, University of Gothenburg. QoG Working Paper 2019:8.

[63] Andreas Bågenholm. 2021.”Electoral Accountability and Corruption”, i Andreas Bågenholm mfl. (red). *The Oxford Handbook of Quality of Government.* Oxford: Oxford University Press.

[64] Bo Rothstein. 2018. ”Myndigheter att lita på. Den svenska demokratins grundbult”, i Katarina Barrling & Sören Holmberg (red). *Demokratins framtid*. Stockholm, Sveriges Riksdag**.**

[65] Pippa Norris. 2014. *Why Electoral Integrity Matters*. Cambridge: Cambridge University Press

[66] Det finns en mycket stor mängd forskning som försökt visa på positiva effekter av demokrati när det gäller att skapa mänsklig välfärd. Problemen med denna forskning är att i de mått för demokrati som används ingår en stor mängd variabler varav många inte rör faktorer kopplade till valdemokratin utan istället faktorer som är kopplat till rättsstatens principer och till kvalitén i den offentliga förvaltningen. Se exempelvis John Gerring, Carl Henrik Knutsen & Jonas Berge. 2022.” Does Democracy Matter?” *Annual Review of Political Science* 25. Se även Bo Rothstein, 2021. “Trots hög korruption i Afghanistan har svenskt bistånd inte inriktats på att bekämpa den”. *Dagens Nyheter* 2021-08-24.

beslutsformen som huvudparten av innehållet.[67] Demokratisk legitimitet innebär att om ett politiskt beslut av riksdagen eller regionfullmäktige har fattats i korrekt demokratisk ordning skall detta skänka beslutet ifråga legitimitet hos medborgarna även om man inte är alldeles tillfreds med innehållet i beslutet. Även här pekar delar av demokratiforskningen ut problem. Ett av dem kommer från en relativt ny inriktning inom denna specialitet som benämns epistemisk demokratiteori. Epistemisk kommer från begreppet epistemologi som betyder kunskapsteori. Kort sammanfattat hävdar denna inriktning inom demokratiforskningen att vi inte har anledning att acceptera demokratiskt fattade beslut enbart på grund av att de processuellt har fattats i en korrekt demokratisk ordning. Till detta kommer två ytterligare krav, nämligen att de bör också vara ”sanna och rättfärdiga” (”true and right”). Principen om rättfärdighet hanteras av den numera mycket omfattande diskussionen om mänskliga rättigheter som sätter bestämda gränser för vad den politiska majoriteten får besluta.[68]

Det saknas som bekant dessvärre inte exempel på att demokratiskt tillkomna politiska majoriteter har fattat beslut som inneburit svåra kränkningar av de egna medborgarnas mänskliga rättigheter inom områden som berör hälso- och sjukvården. I modern tid har svenska regeringar fått be om ursäkt för och betalat ut ersättning till offren för två offentliga insatser som man i efterhand funnit strida mot principer om mänskliga rättigheter (steriliseringspolitiken 1935–75 och övergrepp eller försummelser i samhällsvården av barn och unga 1920–80). Den politiska retoriken har också i stora drag ändrats så att man nu oftast kopplar samman demokrati och mänskliga rättigheter som vore de ett sammanhållet ”paket”.

Principen om sannfärdighet handlar om att demokratiskt fattade beslut för att anses legitima inte kan bygga på uppfattningar om sakförhållanden som står i konflikt med vad som är i forskningen etablerad vetenskaplig kunskap. Många offentliga beslut, till exempel hur vi skall hantera miljö- och hälsofrågor eller hur vi skall lösa komplicerade infrastrukturproblem, anser de flesta måste bygga på ett omfattande kunskapsunderlag och kravet från den epistemiska demokratiansatsen är att detta kunskapsunderlag skall vara med vetenskapligt säkerställda resultat överensstämmande, eller med en annan term, evidensbaserade. Man kan ta ett trivialt exempel för att illustrera detta: Skulle en stor majoritet i Sveriges riksdag imorgon besluta att fem multiplicerat med fem två skall vara lika med tio och att denna matematik skall läras ut i de offentligt finansierade skolorna är det få av oss som skulle acceptera beslutet även om det var fattat i aldrig så god demokratisk ordning.

Ett mindre trivialt exempel är de politiska krafter i USA som hävdar att i skolundervisningen skall bibelns skapelseberättelse likställas med Darwins evolutionsteori. Ett mera dystert exempel hämtat från sjukvården är den policy som den tidigare presidenten i Sydafrika, Thabo Mbeki, lanserade vad gäller HIV/AIDS och som gick på tvärs mot vad en så gott som enig forskarkår hävdade. Mbreki förnekade den medicinska konsensusen att HIV orsakade AIDS, Han begränsade användandet av verkningsfulla mediciner, även sådana som förhindrade att mödrar överförde sjukdomen till sina foster. Vidare tillsatte han en hälsominister som rekommenderade oprövade naturläkemedel som vitlök, rödbetor och citronjuice för att behandla AIDS. Enligt en försiktig bedömning lär Mbekis politik i denna fråga ha kostat

[67] Bruce Gilley. 2009. *The Right to Rule: How States Lose and Win Legitimacy*. New York: Columbia University Press, s 16.
[68] Melissa Schwartzberg. 2015. "Epistemic Democracy and Its Challenges." *Annual Review of Political Science* 18; Bo Rothstein, Bo. 2019. "Epistemic Democracy and the Quality of Government." *European Politics and Society* 20 (1).

omkring 340 000 sydafrikaner en för tidig död.[69] Ett annat exempel är USA:s regering under Ronald Reagan som enligt vissa analyser kraftigt försenade framtagandet av verkningsfulla mediciner mot HIV/AIDS, vilket också lär ha kostat en ansenlig mängd förkortade liv.[70]

Man kan i viss mån formulera den epistemiska demokratiansatsen som att en demokratis förmåga att skapa mänsklig välfärd förutsätter att besluten bygger på en hög grad av vetenskapligt etablerade forskningsresultat.[71] Den epistemiska dimension för legitimiteten för politiska beslut inom hälso- och sjukvårdsområdet är naturligtvis central. Kontroverserna, inte minst inom forskarsamhället, om hur Sverige skulle bemöta Covid pandemin visar hur svårhanterligt detta legitimitetsproblem kan vara.

När det gäller vad som skapar legitimitet för den politiska ordningen så är huvudtemat bland såväl empiriska som teoretiska demokratiforskare att denna skapas på det politiska systemets inflödessida.[72] Det är förekomsten av demokratiska rättigheter såsom allmän rösträtt, fria och rättvisa val och till detta knutna andra fri- och rättigheter som gör att människor uppfattar sitt politiska system som legitimt. Det värt att notera att empirisk forskning om förtroende för olika samhällsinstitutioner i Sverige härvidlag ger en annorlunda bild eftersom svenskar visar sig ha lägre förtroende för grupper och institutioner till vilka de väljer kandidater – politiska partier, fackföreningar, Europaparlament, riksdag och kommunfullmäktige – än till de institutioner vars sammansättning de inte kan påverka – såsom sjukvården, universitet och högskolor, domstolar, socialtjänst och polisväsende.[73] Med andra ord: svenskar väljare har större förtroende för personer med makt att påverka deras liv som *utsetts av andra* – till exempel läkare, sjuksköterskor, socialtjänstemän, professorer, domare och poliser – än för dem de själva valt i allmänna val.

Att den representativa demokratins representanter, dvs de förtroendevalda ledamöterna av riksdag, region- och kommunfullmäktige regelmässigt har lägre förtroende än de som har att implementera den offentliga politiken stöds också av forskning som bygger på jämförbara data från ett stort antal länder. Slutsatserna från en av de första av denna slags empiriska studier, som byggde på enkätdata från 72 länder är följande:

> Den allmänna standarden på den offentliga förvaltningen (ett mått sammansatt av omfattningen av rättsstatens principer, kontroll av korruptionen och effektiviteten i administrationen) har en tydlig, för att inte säga en överväldigande, inverkan på hur medborgare världen över värderar sina staters legitimitet. […] Det är noterbart att demokratiska rättigheter, vilka naturligtvis bör ses som en av de mest betydelsefulla orsakerna till politisk legitimitet, visar sig vara på ungefär samma nivå som standarden på åtgärderna, och dessa båda är av klart mindre betydelse än den offentliga förvaltningens kvalitet. Detta resultat kommer helt klart i

[69] Pride Chigwedere & George R. Seage. 2008. "Estimating the Lost Benefits of Antiretroviral Drug Use in South Africa." *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 49 (4); Nicoli Nattras. 2008. "AIDS and the Scientific Governance of Medicine in post-Apartheid South Africa." *African Affairs* 107 (1).
[70] Tasleem J. Padamsee. 2020. “Fighting an Epidemic in Political Context: Thirty-Five Years of HIV/AIDS Policy Making in the United State”, *Social History of Medicine*, 33(3).
[71] Se även Sverker Sörlins artikel ”Oppenheimer var den grubblande hjälten som måste röjas undan”, *Dagens Nyheter* 2023-08-14
[72] Peter, Fabienne. 2023. "Political Legitimacy", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, Edward N. Zalta & Uri Nodelman (red). URL: <https://plato.stanford.edu/archives/win2023/entries/legitimacy/>. Monica Ferrin & Hans-Peter Kriesi. 2016. *How Europeans View and Evaluate Democracy*. Oxford: Oxford University Press.
[73] Sören Holmberg & Lennart Weibull. 2020. *Institutionsförtroende bygger goda samhällen.* SOM- institutet, Göteborgs universitet

> konflikt med den liberala synen på legitimitet, vilken ger prioritet till demokratiska rättigheter.[74]

Med andra ord, demokratiska rättigheter och vad människor upplever att de får ut av den förda politiken (exempelvis i form av pensioner, sjukvård och utbildningsmöjligheter), är båda viktiga för det politiska systemets legitimitet men visar sig vara klart mindre betydelsefulla än hur människor uppfattar kvalitén i den offentliga förvaltningens agerande när politiken skall implementeras. Stöd för slutsatsen att faktorer som opartiskhet, integritet, kompetens och kontroll av korruptionen i genomförande av den offentliga politiken är centrala för styrelseskickets legitimitet har också lagts fram i ett antal senare studier som bygger på data från fler länder.[75] Kort uttryckt, för människor uppfattning om det politiska systemet legitimitet är de politiska rättigheter man har på inflödessidan till det politiska systemet viktiga, men mindre viktiga än hur man uppfattar att verksamheten fungerar på utflödessidan.

En central fråga är hur dessa tämligen kontraintuitiva och för många överraskande forskningsresultat kan förklaras? En möjlig förklaring är följande. I de allmänna valen i länder med representativ demokrati världen över röstar omkring en tredjedel av väljarkåren inte. Ännu färre gör bruk av sina andra demokratiska rättigheter för att påverka de politiska besluten såsom att delta i demonstrationer, skriva insändare till tidningar eller skriva på petitioner till de folkvalda. Vad händer med en medborgare som väljer att inte bruka sina demokratiska rättigheter. Vanligtvis ingenting är svaret, livet fortgår oförhindrat för de allra flesta. Men om vederbörande inte kan få sjukvård till sina barn därför att man saknar personkontakter i sjukvården som gör att man kan tränga sig fram i kön. Eller om polisen inte ger skydd för att man tillhör en etnisk minoritet. Eller om brandkåren inte kommer för att samtalet kommer från ”fel” del av staden. Eller om man inte får den anställning i kommunen som man sökt trots att man är mest kvalificerad därför att man saknar rätt partibok. I fall som dessa händer påtagligt dåliga saker för personen ifråga. Det är med andra ord inte irrationellt när människor fäster särskilt stor vikt vid att utflödessidan i den representativa demokratin fungerar jämfört med hur inflödessiden fungerar.

Detta skall inte tolkas som att de demokratiska rättigheterna är oviktiga för människor i allmänhet. Något stöd i forskningen för en sådan slutsats finns inte. Istället skall detta förstås som att kvalitén i den offentliga förvaltningen och i de verksamheter som har att konkret utföra den offentliga politiken inte får underskattas när det gäller att förstå orsakerna till graden av legitimitet i den representativa demokratin. För ett område som hälso- och sjukvården som i sin verksamhet har synnerligen täta och direkta kontakter med stora delar av väljarkåren är detta naturligtvis centralt.

Det ensidiga fokus på legitimitet via rättigheterna på inflödessidan som varit gängse inom såväl den allmänna debatten om demokrati och också i den teoretiska som empiriska demokratiforskningen har dessvärre bortsett hur viktigt det är att ta hänsyn till hur den politiska makten faktiskt utövas av de offentliga myndigheter och organisationer som ansvarar för implementeringen. Den svenska grundlagen innehåller dessutom en paragraf som tydligt stadgar vad som gäller vid utförandet av offentliga förvaltningsuppgifter. Denna lyder:

---

[74] Bruce Gilley. 2006. ”The determinants of state legitimacy”. *International Political Science Review* 27:1 (min översättning).

[75] Jonas Linde & Stefan Dahlberg *Government* 2021. "Quality of Government and Political Support." i Andreas Bågenholm mfl. (red). *The Oxford Handbook of Quality of Government.* Oxford: Oxford University Press; Dahlberg, Stefan & Sören Holmberg. 2014. "Democracy and Bureaucracy: How their Quality Matters for Popular Satisfaction." *West European Politics* 37 (3):515-37; Gjefsen, Torbjorn. 2012. Sources of Legitimacy: Quality of Government and Electoral Democracy, Department of Political Science, University of Oslo, Oslo

> *Domstolar samt förvaltningsmyndigheter och andra som fullgör offentliga förvaltningsuppgifter ska i sin verksamhet beakta allas likhet inför lagen samt iaktta saklighet och opartiskhet.*[76]

Några saker är värda att uppmärksamma om detta grundlagsstadgande. Det första är att paragrafen inte är någon allmän målsättning för den offentliga verksamheten av den typ som förekommer i exempelvis Regeringsformen 1:2. Istället har paragrafen ställning som en rättsregel, dvs principerna om likhet inför lagen, saklighet och opartiskhet skall gälla vid allt fullgörande av offentliga förvaltningsuppgifter. Det andra är att vid den senaste grundlagsrevisionen (år 2010) slogs det tydligt fast i regeringens proposition att stadgandet också gäller när privata organisationer anlitas för att utföra offentliga förvaltningsuppgifter.[77]

Den grundläggande normen om opartiskhet skall förstås som att när lagar och reformprogram implementeras får inte de som ansvarar för utförandet av de offentliga förvaltningsuppgifterna ta hänsyn till någonting annat som rör personen eller organisationen ifråga än det som stipuleras av den aktuella lagen eller det aktuella åtgärdsprogrammet.[78] Att handla opartiskt innebär att en offentlig tjänsteman förblir oberörd av de eventuella relationer till medborgarna eller de personliga preferenser han eller hon råkar ha för politiska utfall. Besluten får inte präglas av någon form av diskriminering, godtycke eller favorisering. Detta är naturligtvis också en lagregel som utesluter varje form av korruption. Grundnormen kan sägas vara opartiskhet vilket inkluderar principerna om saklighet och likhet inför lagen.[79]

Det är här värt att notera att den svenska grundlagen innehåller två fundamentalt motsatta principer för den svenska demokratin skall fungera. På inflödessidan återfinns nämligen inga spår av principen om opartiskhet. Tvärtom är det fullt legitimt att som förtroendevald politiker eller som aktiv medborgare utnyttja sina demokratiska fri- och rättigheter för försöka få gehör för allehanda ideologiska drivna och därmed tydligt partiska intressen. I viss mån kan man säga att sådan ideologiskt driven mobilisering är demokratins drivkraft. De som engagerar sig politiskt antingen i ett parti eller i någon intressegrupp vill så gott som alltid ta parti för vissa intressen, grupper eller principer. Det är med stor sannolikhet mycket sällsynt att människor engagerar sig politiskt för att driva principen om opartiskhet i den offentliga politikens utförande.

Partiska (eller med en annan term, ideologiska) ståndpunkter som att förespråka ökat ekonomiskt stöd för vissa grupper, eller strängare/mildare straff för vissa brott, eller kräva att sjukhuset i ens närområde inte läggs ner, är självklart fullt legitimt i den svenska demokratin. När de alltid partiska ståndpunkterna skall omvandlas till lagar eller regler under vilka dessa skall implementeras, gäller emellertid den rakt motsatta principen om opartiskhet i genomförandet. Denna föga uppmärksammade dualism i den svenska - och många andra länders - modeller för den representativa demokratin avspeglar sig också i grundlagen där vi både har stadgandet att ”all offentlig makt utgår från folket” och att ”den offentliga makten utövas under lagarna” och där det stadgas att lagarna skall tillämpas opartiskt.

Att den offentliga förvaltningens och servicens opartiskhet spelar en avgörande roll för skapandet det demokratiska systemets legitimitet beror på att det huvudsakligen är här som

[76] Regeringsformen 1 kap, 9 par.
[77] Prop 2009/10:80, s. 247.
[78] Bo Rothsteim & Jan Teorell. 2008. "What is Quality of Government: A Theory of Impartial Political Institutions." *Governance-an International Journal of Policy, Administration and Institutions* 21 (2).
[79] Rothstein, Bo. 2021. "Quality of Government: Theory and Conceptualization", i Andreas Bågenholm mfl. (red). *The Oxford Handbook of Quality of Government*Oxford: Oxford University Press.

medborgaren kommer i kontakt med det offentliga. Det är det politiska systemets utflödessida som direkt påverkar den enskildes välfärd. Vad som händer i kontakterna med förvaltningen och den offentliga servicen avgör också i stor utsträckning vilka politiska uppfattningar människor har, graden av mellanmänsklig tillit och vilken slags politik de är villiga att stödja.[80] En omfattande enkätstudie med data från 29 europeiska länder (däribland Sverige) visar att människor som anger att de är för en ökad social och ekonomisk jämlikhet, men som uppfattar att den offentliga sjukvården i deras samhälle agerar orättfärdigt och/eller inkompetent, i samma enkät uppger att de är för *en minskning* av den offentliga verksamheten.[81] Detta kan tolkas som att uppfattningen om kvalitén i den offentliga verksamhetens utförande trumfar människors ideologiska övertygelse när de bestämmer sig för vilken politik de skall stödja. För den offentligt finansierade (och reglerade) sjukvården legitimitet betyder detta att den demokratiska kvalitén på inflödessidan, dvs hur väl den politiska representationen fungerar, är av mindre betydelse för systemets legitimitet än kvalitén i genomförandet. I detta sammanhang är det av särskilt intresse att konstatera att de problem med hälso- och sjukvården som utpekas i direktiven till denna utredning vilka listades inledningsvis, handlar sju av tio om förhållanden i utförandeledet medan några problem med hur den representativa demokratin på den regionala nivån fungerar inte pekas ut.

7. Vad kan de demokratiska besluten om sjukvården handla om?

Svensk politik har alltsedan demokratins genombrott för drygt etthundra år sedan varit starkt präglad av intressekonflikter som ligger på vad som brukar benämnas vänster-höger dimensionen. För ett stort antal politikområden fungerar denna dimension väl när det gäller de politiska partiernas möjligheter att för väljarna presentera tydligt olika alternativ. Högre eller lägre skatter, mera eller mindre omfattande social service, högre eller lägre nivåer i socialförsäkringarna, ökat eller minskat bistånd, osv. Väljarna ges tämligen lättförståeliga och klara alternativ när de skall rösta och de kan också i efterhand någorlunda väl se om de åtgärderna genomförts eller ej. Det är därmed för såväl väljarna som deras representanter begripligt vad de demokratiskt fattade besluten skall handla om. För hälso- och sjukvården kan man emellertid se några problem när det gäller vad den demokratin i politiken skall handla om. Det råder en mycket stor enighet om att finansiering av den offentliga hälso- och sjukvården i allt väsentligt skall ske solidariskt genom skatter. Det finns inte heller några tydliga politiska motsättningar om vad som skall ingå, dvs vilka sjukdomar som den offentliga sjukvården skall ha åtgärda och vilka hälsofrämjande åtgärdsprogram som skall förekomma.[82]

Till detta kommer att området är starkt präglat av den medicinska expertisens uppfattningar både om vilka generella insatser som är motiverade och naturligtvis också vad som i det enskilda fallet bör göras. Skillnaderna i budgetalternativen mellan opposition och majoritet

[80] Kumlin, Staffan. 2021. "Quality of Government and Welfare State Support", i Andreas Bågenholm mfl, (red). *The Oxford Handbook of Quality of Government*.Oxford: Oxford University Press.
[81] Frågorna som ställdes var 1) om respondenten ansåg att sjukvårdens personal ger särskilda fördelar åt vissa personer eller om man behandlar alla lika och 2) om man ansåg sjukvården i landet bedrevs effektivt. Samma frågor ställdes om skattemyndigheterna. Stefan Svallfors. 2013. "Government quality, egalitarianism, and attitudes to taxes and social spending: a European comparison." *European Political Science Review (online preview)* 5 (3).
[82] Paula Blomqvist & Ulrika Winblad. 2021. ”Sweden” i Ellen M Immergut mfl, (red). *Health Politics in Europe: A Handbook*. Oxford: Oxford University Press.

förefaller vara knappt märkbara i ett stort antal regioner.[83] Detta innebär att för väljare som skall rösta i regionalvalen finns det inte särdeles tydliga alternativ vad gäller vilken hälso- och sjukvårdspolitik som regionen skall utföra.

Tydliga motsättningar finns emellertid om till exempel hur stor del av vården som skall bedrivas av privata utförare samt vad gäller inslaget av valfrihet. Lokalisering av sjukhus och vårdkliniker skapar också motsättningar men vanligen inte längs vänster-höger dimensionen. Istället har frågor som dessa lett till etableringen av särskilda sjukvårdspartier i några regioner. När det gäller sjukvårdens inriktning, dvs vilka typer av ohälsa som skall åtgärdas och vilka hälsobefrämjande åtgärdsprogram som skall bedrivas finns inte heller några tydliga politiska alternativ presenterade. Beslut om prioriteringar inom sjukvården kan fattas av valda politiker, ledande tjänstemän inom sjukvården och av den medicinska professionen samt i teorin också av någon slags medborgarpaneler (även om sådant inte lär förekomma).

En experimentell studie där slumpmässigt valda personer i Sverige gavs information om av vilken av dessa grupper som fattar ett beslut om prioritering av sjukvårdens resurser, visar att sådan information inte förefaller ha någon betydelse för personernas acceptans av beslutet ifråga. Detta gäller både för beslutets innehåll och information om av vilken grupp det har fattats. I studien gällde prioriteringsfrågan om man skulle ge ökade resurser till psykiatrisk vård för unga istället för att ge medel till provrörsbefruktning. Ett överraskande resultat från denna studie är att prioriteringsbeslut av den medicinska professionen inte har högre legitimitet än beslut av de två andra grupperna. Studien fann heller ingen effekt av att människor skulle vara mer benägna att acceptera ett specifikt prioriteringsbeslut om skälen för detta beslut redovisades öppet. Transparens om på vilka grunder och av vem prioriteringsbeslut inom sjukvården fattas förefaller enligt denna studie inte heller ha några positiva effekter på förtroende för sjukvården.

Resultaten visade snarast på motsatsen, ökad transparens vad gäller prioriteringsbeslut tenderade att sänka förtroendet det allmänna för sjukvården. Ett skäl till dessa resultat som forskaren framhåller är att beslut om prioriteringar i sjukvården kan uppfattas som moraliskt svårhanterliga och obehagliga och därför något som många varken vill befatta sig med eller ens veta mera om[84]. Som forskaren bakom denna studie påpekar skall man vara försiktig med att dra slutsatser från enstaka experimentella studier. En översiktsartikel om forskningsläget på detta område ger emellertid visst stöd för resultatet att man kan ifrågasätta om ökad transparens i beslut som dessa ökar legitimiteten för verksamheten.[85] Slutsatsen från denna analys är således att en demokratisering av prioriteringsfrågor på så sätt att vi fick en öppen debatt mellan de politiska partierna om vilka områden inom sjukvården man ska satsa på förmodligen inte skulle ha någon positiv effekt för människor acceptans av dessa beslut eller för det allmänna förtroendet för sjukvården.

Det är möjligt att prioriteringar mellan olika områden inom hälso- och sjukvården är frågor allmänheten inte vill veta så mycket om och där man inte är intresserad av folkviljan blir förverkligad. Utrymmer för beslut fattade genom den representativa demokratin inom sjukvårdens område i Sverige kan därmed förstås som tämligen begränsat. Detta kan också vara en förklaring till den paradox som svenska forskare om den regionala politiken lyft fram,

[83] SvT, Uppdrag Granskning, 13-04-2022 samt https://www.svt.se/nyheter/granskning/ug/har-ar-politiska-motstandarna-overens-om-nastan-allting

[84] Jenny de Fine Licht: 2014. Magic Wand or Pandora's Box: How transparency in decision making affects public perceptions of legitimacy. Gothenburg University, Department of Political Science.

[85] Maria Cucciniello mfl. 2017. "25 Years of Transparency Research. Evidence and Future Directions." *Public Administration Review* 77:1

nämligen att medan sjukvården av väljarna betraktas som en mycket viktig fråga ligger samtidigt väljarnas intresse för och kunskaperna om den regionala politiken på låga nivåer.[86] I den mån det alls finns en ”folkvilja” när det gäller prioriteringar i sjukvården kan den måhända beskrivas som ”allt till alla” medan när det gäller specifika prioriteringar så vill med viss sannolikhet folket överlåta sådana till andra instanser.

Ett ytterligare problem med den demokratiska styrningen av sjukvården är att vad anses viktigt oftast inte är utfallet av verksamheten utan processen. I vissa delar eller områden av offentliga åtaganden, vare sig de utförs av offentliga organisationer eller på uppdrag till privata organisationer, så är huvudfokus koncentrerat till ett visst *utfall*. Det kan till exempel handla om att vägar byggs enligt uppgjorda ritningar och på utsatt tid till överenskommen kostnad. Eller att busstrafiken följer ett uppgjort tids- och turschema. Eller att avfallet hämtas enligt ett schema och i överenskomna kvantiteter. Exemplen kan mångfaldigas. I fall som dessa är den demokratiska styrningen tämligen okomplicerad eftersom det går att i förväg specificera åtaganden och i efterhand kontrollera (mäta) om kontraktet blivit uppfyllt (och detta vare sig det handlar om en privat eller en offentlig producent).

I andra fall, och det gäller inte minst hälso- och sjukvården, är det svårt eller ibland omöjligt att precisera ett visst utfall. Man kunde för all del tänka sig att regionerna hade i uppgift att varje år åstadkomma x antal månader ökad livslängd för sin befolkning men detta påverkas som bekant av många andra faktorer som hälso- och sjukvården inte rår över. Istället ligger i verksamheter som dessa vanligen fokus på *processen.* Det är *hur* patienterna ”hanteras” som är det centrala objektet för styrningen.[87] Det handlar naturligtvis om att den medicinska verksamheten följer ”vetenskap och beprövad erfarenhet” men också om sådant som bemötande, respekt för den personliga integriteten, förståelig kommunikation, osv. Argumentet är att när det är processen som är det centrala så är all styrning mycket mer komplicerad, inte minst för att det alltid kommer finnas ett betydande handlingsutrymme för den personal som har att genomföra verksamheten ”på golvet”. Att specificera kvalitén för processer som handlar om vård och omsorg av människor är således mycket svårt, på gränsen till omöjligt vilket naturligtvis sätter gränser för vad som är möjligt att åstadkomma genom demokratisk styrning uppifrån systemet.

Ett problem blir då att det i många fall inte är möjligt för den demokratiska styrningen att påverka de ”mikro-processer” som vård och omsorg i mycket stor utsträckning består av. Hur den demensdrabbade äldre faktiskt vårdas på äldreboendet eller hur den cancersjuke i realiteten bemöts och behandlas läkaren eller sjuksköterskan har de folkvalda eller den administration de städslat nästan aldrig någon direkt insyn i. Här uppstår ett slags ”demokratins svarta hål”, i betydelsen att det utövas makt över medborgaren/patienten i en för denne utsatt situation där någon demokratisk insyn inte kan och nog inte heller bör förekomma.[88] I någon mån har detta möjligen kunnat avhjälpas genom införandet av valfrihet men för många svårt sjuka patienter är detta många gånger inte ett realistiskt alternativ. Här måste man istället sätta sin tillit till mjuka variabler som professionernas normer och särskilt deras etik.[89] Befolkningens höga

[8686] Agneta Blom, Jörgen Johansson & Magnus Persson. 2022. *Regionboken: Sverige på regional nivå*. Lund, Studentlitteratur, s. 121.
[8787] John. D. Donahue. 1992. *Den svåra konsten att privatisera.* Stockholm: SNS Förlag
[88] Bo Rothstein. 1994. *Vad bör staten göra. Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik*. Stockholm: SNS Förlag
[89] Erica Falkenström och Anna T. Höglund. 2018. *På spaning efter etik: Etisk kompetens och ansvarstagande för ledning och styrning av hälso- och sjukvården.* Stockholm: Appell förlag.

förtroende för just sjukvårdspersonalen kan måhända tolkas som att de etiska normerna fungerar väl, men det finns också fall när så inte sker.

8. Den representativa demokratin på regional nivå: Vision och verklighet

Om man skall analysera vad ett (helt eller delvis) förstatligande av sjukvården skulle kunna innebära för demokrati, legitimitet och ansvarsutkrävande måste en utgångspunkt vara en bedömning av hur detta fungerar i dagsläget där det är de tjugoen regionerna som har huvudmannaskapet. En första sak som är central i detta är att de 21 svenska regionerna är väldigt olika entiteter. Den mest befolkade regionen har 38 gånger så många invånare som den minst befolkade och den till ytan största regionen är drygt 33 gånger större än den minsta. Det är således självklart att villkoren för en väl fungerade demokrati och en effektiv hälso- och sjukvård skiljer sig åt för landets regioner.

Det finns två frågor att belysa i denna sak. Den första är vad som framhålles som motiv och målsättning för den regionala demokratin, den andra är vad forskningen kan säga om hur denna fungerar. För att skapa en bild av den gällande visionen om demokratin på regional nivå har i denna rapport i huvudsak använts skrifter från SKR. I en skrift från organisationen med titeln *Demokrati och regionstorlek* hävdas sålunda att ”en stark demokrati förutsätter således att folkviljan kan *förverkligas*”.[90] Legitimitet för den regionala demokratin uppstår ”genom att besluten fattas av fullmäktigeförsamlingar som medborgarna utser vid allmänna val”.[91] Man hävdare vidare att det höga valdeltagandet visar att medborgarna ”värderar möjligheterna att utkräva ansvar ange politikens fortsatta färdriktning”.[92] De regionala valen sägs uppfattas ”som viktigt av väljarna” och att dessa ”kan och vill påverka valutgången.”[93] Man pekar också på att det faktum att en dryg tredjedel av väljarna röstar på olika partier i riksdags- och regionvalen visar på ”att de gör självständiga bedömningar av politiken”[94] på de olika nivåerna.

SKR hävdar också att det är genom starka regioner Sverige har ”kunnat utveckla en välfärd i världsklass” och att det regionala självstyret garanterar ”det demokratiska inflytandet på olika nivåer”. Till detta lägger SKR den regionala demokratin ökar ”förutsättningarna för medborgarnas insyn, delaktighet och ansvar” i det regionala samhället”. Ytterligare en fördel med den nuvarande formen för den regionala demokratin sägs vara att de

> regionala politikerna möter idag medborgarna i diskussioner om verksamheten och prioriteringar. Det är av stor vikt att det även i framtiden är tydligt för medborgarna vem som bär ansvar för vad och att ansvarsutkrävande kan ske på rätt nivå, liksom att påverkan och dialog kan ske med dem som bär ansvaret för besluten.[95]

Den vision om den regionala demokratin som SKR lägger i dagen är således nära den bild av hur den representativa demokratin faktiskt fungerar men som huvuddelen av forskningen visat vara tämligen orealistisk. Samtidigt som SKR framhåller många av fördelarna med det

[90] SKR 2022. *Demokrati och regionstorlek*. s. 12
[91] a.a.s. 7
[92] SKR 2022: *Kommunal självstyrelse -värd att värna*. s 191.
[93] SKR 2022. *Demokrati och regionstorlek.* s. 15
[94] SKR 2022. *Kommunal självstyrelse – värd att värna*. s. 191
[95] SKR skrivelse ”med anledning av utredning om att in föra ett helt eller delvis förstatligande av hälso- och sjukvården” 2023-04-21 (ärende nr: SKR2023/00565) ställd till statsrådet Acko Ankarberg och Socialstyrelsen.

regionala självstyret i denna vision av hur demokratin fungerar ges det också en mera kritisk beskrivning av förhållandena i skrifter utgivna av organisationen. Man pekar på att de studier som gjorts ”ger en i huvudsak kritisk bild av politiska organ som har svårt att styra en komplex verksamhet med starka professioner”. Det sägs vidare att medborgarnas kännedom om den regionala politiska nivån och om de ledande regionala politikerna är låg.

Till detta lägger man att förtroendet för hur de regionala politikerna sköter sina uppdrag är lägre för både riks- och kommunpolitiker. SKR drar i skriften ”Demokrati och regionstorlek” slutsatsen att den regionala demokratin ”bedöms därför ha svag legitimitet ….vilket ställer kvar på ett långvarigt och strategiskt arbete för att vitalisera den regionala demokratin”.[96] I rapporten ges också några förklaringar till varför bilden av den regionala demokratin är så pass dyster. Bland dessa finns att regionpolitiken lider av att ett specifikt område, hälso- och sjukvården, dominerar, att den geografiska indelningen har blivit alltmer överspelad eftersom många regionala frågor avgörs i större områden samt att regionerna ”saknar kommunernas närhet till och direktkontakt med medborgarna”. Till detta kommer att man jämfört med rikspolitiken lider av för lite uppmärksamhet i massmedia. Den ”regionala nivån uppfattas därför som osynlig och svag jämfört med övriga samhällsnivåer”.[97]

Denna mera kritiska bild från SKR av hur den regionala demokratin fungerar bekräftas i huvudsak av forskningen och tillgängliga opinionsundersökningar.[98] Jämfört med kommun- och riksdagsvalen uppfattar exempelvis väljarna i Västra Götalandsregionen att de har mindre möjligheter att påverka de politiska besluten och man är mindre nöjd med hur politiken sköts än i vad som gäller för primärkommunen.[99] En enkätundersökning genomförd av opinionsföretaget NOVUS för SVT:s räkning 2021 visade följande. Jämfört med kommunpolitiken är det mera sällan som väljare kontaktar regionpolitiker för att framföra sina synpunkter.[100] Jämfört med riksdags- och kommunvalet uppfattas valet till regionen som det minst viktiga av väljarna. En majoritet av väljarna uppger att de inte har informerat sig om den sjukvårdspolitik det parti som de röstat på i regionvalet står för. En majoritet av väljarna vet inte vilket eller vilka partier som styr deras region. Åtta av tio väljare kan inte uppge namnet på en politiker i deras region och sju av tio kan inte uppge vad som skiljer de regionala partiernas sjukvårdspolitik åt.[101] I en särskild studie av hur region Stockholm agerat vad gäller det mycket omfattande projektet med Nya Karolinska sjukhuset framhåller forskarna omfattande brister vad gäller möjligheten till demokratiskt ansvarsutkrävande.[102]

Ett internationellt avvikande resultat är att i de flesta med Sverige jämförbara länder är förtroendet för den lokala och regionala nivåns politiker högre än vad gäller för politikerna på den nationella nivån, men i Sverige förhåller det sig tvärtom.[103] Fördelen med väljarnas

[96] SKR. 2016. *Demokrati och regionstorlek*. s. 15. Rapporten är utgiven av SKL men författad av Bo Per Larrson som ”under många år ansvarat för SKLs arbete med demokrati och regionfrågan”.
[97] SKR 2016. *Demokrati och regionstorlek*. S. 24.
[98] Sören Holmberg. 2017.”Brist på kända och populära regionpolitiker”, i Ulrika Andersson (red). *Slutna och öppna landskap*. Göteborg: SOM-institutet, Göteborgs universitet;
[99] SOM-institutet: Västsvenska trender 1998 - 2022, s.
[100] Agneta Blom, Jörgen Johansson & Magnus Persson, 2002. *Regionboken. Sverige på regional nivå.* Lund, Studentlitteratur, s. 121.
[101] NOVUS 2021. Undersökning gjord på uppdrag av SvT Uppdrag granskning. Undersökningen omfattade 1000 personer, och utfördes i oktober 2021. 41% svarade att ansvaret låg hos riksdagen, 7% hos kommunen och 47% hos regionen. Av 2174 tillfrågade valde 1000 personer att medverka i undersökningen.
[102] Maria Grafström, Martin Qvist och Göran Sundström. 2021. ”Går det att utkräva ansvar för mega-projekt. Fallet Nya Karolinska i Solna”. *Organisation och Samhälle: Företagsekonomisk tidskrift.*
[103] Gissur Erlingsson. 2022. “A Stranger Thing: Sweden as the Upside-Down of Multilevel Trust”. *Journal of trust research* 11:2

geografiska närhet till sina folkvalda som ofta framhålles som en av det regionala och lokala självstyrets demokratiska fördelar[104] tycks i vart fall för Sveriges del något överskattat.

Argumentet från SKR att man kan se ökningen av vad som brukar kallas röstdelning som att väljarna är välinformerade och därmed kan antas göra välövervägda bedömningar av partierna även på den regionala nivån, kan ifrågasättas. Dels eftersom kunskapen om den regionala nivåns politik är generellt så svag och kännedomen om partiernas kandidater låg. Dels eftersom det generellt är väljare med svag partiidentifikation som väljer att lägga sina röster på olika partier.[105] Mera troligt är därför att den ökande röstdelningen kan förklaras av att den starkt ökande andelen väljare med svag partiidentifikation väljer att fördela sina röster mellan det flertal partier som de vagt sympatiserar med. Som två av Sveriges mest framstående forskare om väljarbeteende skriver: ”…det är bland väljare med en svag eller obefintlig känsla av anhängarskap till ett parti som röstdelning är som vanligast”.[106] En studie från 2018 års val där man särskilt analyserade varför vissa väljare röstar olika i de tre valen visar att 40 procent av motiven var kopplade till det lokala kommunvalet, 9 procent angav förhållanden på den nationella nivån och enbart 6 procent avgav motiv som handlade om den regionala politiken.[107]

Man kan också ställa frågan hur pass intresserade medborgarna är av kommunalt och regionalt självstyre vad gäller sjukvården. År 2003 LO uppdrog åt SIFO att göra en undersöka detta vilket resulterade i en enkätstudie av 1000 slumpvis utvalda svenskar. Intervjupersonerna fick svara på frågan om vad de tyckte var viktigast – att kvaliteten på välfärden var ungefär lika i hela landet trots att det kan leda till mindre kommunalt självbestämmande eller att medborgarna genom kommunala beslut ska påverka politikens utformning trots att det kan leda till större skillnader i välfärden. Frågan ställdes för fem olika områden; sjukvården, förskolan, kulturen, skolan och äldreomsorgen.[108] Resultatet var att en klar majoritet om 74 procent föredrog att verksamheten var lika i hela landet även om detta skulle innebära mindre lokalt självstyre medan enbart 19 procent var för alternativet att kommunala beslut skulle styra sjukvårdspolitiken även om detta skulle kunna innebära ökade skillnader i sjukvården.[109] Resultaten var i stort sett likadant för skola och äldreomsorg medan toleransen för skillnader var något större för förskolan och klart större för kulturfrågorna. En annan enkätstudie från första delen av 1990-talet där intervjupersonerna fick ta ställning till påståendet ”Det är nödvändigt att kommunerna styrs av regler för att servicen ska bli likvärdig i hela landet” visade att 44 procent tyckte att detta var ett bra förslag medan 30

[104] Se t ex SKR:s dåvarande ordförande Anders Knape, ”Vårda och värna det kommunala självstyret”, *Dagens Samhälle* 2020-09-24 samt SKR 2022. *Nationell likvärdighet och kommunalt självstyre*, s. 18.
[105] Sören Holmberg & Henrik Oscarsson. 2004. *Väljare: Svenskt väljarbeteende under 50 år*. Stockholm: Norstedts. Se även Gissur Erlingsson & Henrik Oscarsson. ”Röstdelning i Sverige” i Annika Bergström mfl. (red). *Fragment.* Göteborgs universitet: SOM-institutet.
[106] Sören Holmberg & Henrik Oscarsson. 2004. *Väljare: Svenskt väljarbeteende under 50 år*. Stockholm: Norstedts. Se även Henrik Oscarsson mfl 2024. *Väljarna och valet 2024*. Valforskningsprogrammet, Statsvetenskapliga institutionen, Göteborgs universitet.
[107] Persson, Sara. 2020. *Exploring split ticket voting motives*. Valforskningsprogrammet, Statsvetenskapliga institutionen, Göteborgs universitet.
[108] Som inledning och förklaring till intervjufrågorna lästes följande text upp före första frågan: ”En viktig fråga i den politiska debatten i dag är var besluten om bland annat sjukvården, äldreomsorgen och skolan ska fattas. Det finns två huvudlinjer. Den ena är att fler beslut fattas på lokal nivå nära medborgarna. Det riskerar att leda till ökade skillnader mellan kommuner. Den andra är att fler beslut fattas på nationell nivå så att välfärden blir lika för alla, men möjligheten för kommunalt självbestämmande minskar.”
[109] Anna Fransson & Irene Wennemo. 2004. *Var finns efterfrågan på kommunalt självstyre*. LO: Stockholm.

procent var indifferenta och 24 procent ansåg att detta var ett dåligt förslag.[110] Man kan naturligtvis ifrågasätta validiteten i enkätstudier som dessa men de ger likväl vid handen att medborgarnas efterfrågan på lokalt självstyre vad gäller den offentliga servicen och då inte minst sjukvården är tämligen begränsad.

Sammanfattningsvis kan sägas att de regionala politikerna är till stora delar okända och det är också de regionala partiavdelningarnas ståndpunkter och program. Efterfrågan på kommunalt/regionalt självstyre från medborgarnas sida förefaller begränsad om detta också innebär olikheter vad gäller servicen. Vad gäller medieskugga förhåller det sig exempelvis så att termen ”regionfullmäktige” förekommer betydligt mera sällan än termen ”riksdagen” i tidningar, även en sådan där man kunde förvänta sig en bevakning av just den regionala politiken.[111] Till en viss del är måhända denna medieskugga för den regionala demokratin självförvållad. Våren 2022 sänder SVT:s ”Uppdrag granskning” tre kritiska entimmesprogram om den regionala demokratins funktionssätt. Ingen replik, bemötande, kommentar eller överhuvudtaget någon reaktion på detta kommer till redaktionen från SKR eller någon av de regioner som förekommer i programmet.[112]

9. Regioner i Europa – en utblick

Med start 2010 har *The Quality of Government Institute* vid statsvetenskapliga institution vid Göteborgs universitet gjort fem undersökningar av hur innevånarna i Europas regioner uppfattar kvalitén i tre samhällsinstitutioner, nämligen sjukvården, skolan och rättsväsendet. Att man valt dessa områden har bland annat att göra med att i många europeiska länder har den regionala nivån ansvar för eller ett betydande inflytande över verksamheterna. Den första undersökningen omfattade cirka 35000 personer i 172 regioner i totalt 18 länder och den senaste som genomförts 2024 har omfattat cirka 135000 personer i 218 regioner i 27 länder.[113] Fokus har legat på just de områden som ovan visats ha störst betydelse för hur människor bedömer legitimiteten i det politiska systemet, det vill säga hur väl man sköter implementeringen. Frågorna man ställt har varit hur människor uppfattat graden av likabehandling, förekomst av korruption och kvalitén i utförandet.

Det mått man skapat är benämnt *The European Quality of Government Index* (EQI) och det visar sig har starkt samband med i princip alla standardmåtten på människor välbefinnande (hälsa, vara nöjd med livet, förtroende för andra människor, bostad, arbete, mm). Dessa av EU fastställda så kallade NUTS 2 regioner är inte samma som regionerna i Sverige utan enbart åtta (och de benämns officiellt riksområden). Några resultat från dessa undersökningar kan vara värda att uppmärksamma i detta sammanhang. Det första är att regionerna i de nordiska länderna ligger mycket väl till i dessa mätningar liksom är fallet med större delen av nordvästra Europa samt att skillnaderna mellan dessa regioner är närmast obefintliga.

[110] Jon Pierre. 1994. *Den lokala staten: Studier av den kommunala självstyrelsens förutsättningar och restriktioner.* Stockholm: Almqvist & Wiksell

[111] Tre sökningar har gjorts den 3 mars 2024. Tidningen Barometern (störst i Region Kalmar) har sedan 2018-01-01, 2601 träffar på ”riksdagen” och 317 träffar på ”regionfullmäktige + landstingsfullmäktige. Databasen Artikelsök har sökts från 2018-01-01, totalt 184 träffar på ”riksdagen” och 17 träffar på regionfullmäktige + landstingsfullmäktige. Databasen Mediearkivet visar för år 2023 om man söker på ”tryckt press i Sverige, rubrik och ingress, totalt 2566 för riksdagen och 618 för regionfullmäktige.

[112] Epost från Staffan Florén Sandberg vid redaktionen för Uppdrag granskning 2021-01-23

[113] Nicholas Charron mfl. 2024.*The Geography of Quality of Government in Europe*. QoG Working Paper 2024:2, The Quality of Government Institute, University of Gothenburg.

betydande regionala skillnader i EQI måttet. Störst regionala skillnader återfinns (inte helt överraskande) mellan de sydliga och norra regionerna i Italien. Detta tyder på att det generellt är förknippat med svårigheter att med statlig styrning uppnå likvärdighet när regioners ansvarar för genomförandet av en offentlig verksamhet. Det tredje är att generellt är problemen med låg kvalitet mest frekvent inom just sjukvården i lågt presterande regioner medan skolan och rättsväsendet klarar sig bättre. Detta tyder på att av dessa tre offentliga åtaganden är sjukvården mest generellt sett mest utsatt för problem vad gäller likabehandling och förekomst av vad människor uppfattar som korruption och låg kvalitet i utförandet.[114] Det fjärde resultatet är att medan merparten av dessa regioner inte ändrar sitt EQI så sker det likväl i vissa av dem tämligen snabba och omfattande förändringar på relativt kort tid.

10. Vad anser folket om den regionala demokratin och om regioner?

Frågan om ett förstatligande av sjukvården har ställts i SOM-institutets enkätundersökningar senast 2022. I denna undersökning ansåg 34% att det var ett mycket bra förslag, likaså 34% att det var ett ganska bra förslag, 8% att det var ett ganska dåligt förslag och 3% att det var ett mycket dåligt förslag medan 21% hade ingen åsikt i frågan. Lägger man ihop ”mycket bra” med ”ganska bra” hamnar man således på 78% och lägger man ihop ”ganska dåligt” med ”mycket dåligt” blir det 11%. Enkel möjligen något förenklad bild av vad ”folkviljans förverkligande” skulle innebära i denna fråga ger således ett klart besked, nämligen att det finns en klar majoritet för ett förstatligande.

Man kan naturligtvis mot detta invända att en så pass komplicerad fråga som denna inte bör ställas som en enkel enkätfråga. Några saker är dock intressanta i denna enkätstudie. Dels att det inte finns några stora skillnader som beror på hur vederbörande svarsperson placerar sig på den traditionella ideologiska vänster-höger skalan. Däremot är de som är över 65 år och därmed kan antas ha mera erfarenheter av sjukvården mer positiva till ett förstatligande än de yngre. Likaså är de som uppger sig vara ”mycket intresserade” av politik, och som man därför kan anta ha satt sig mer in i denna fråga, mer positiva till en förstatligad sjukvård än de som är ”ganska” eller ”inte” intresserade.[115] Regionernas intresseorganisation har således inte lyckats särskild väl med att förankra sin ovan redovisade positiva vision av det regionala huvudmannaskapet hos den svenska befolkningen och mindre så hos de som förmodligen har mer erfarenhet av hur sjukvården fungerar eller är mycket intresserade av politiska frågor.

En förutsättning för att olika former av demokrati skall fungera handlar om identitet. Termen demokrati består av två ord: ”Demos” som betyder folk och ”krati” som står får styre. Det är därför inte bara problem att fastställa hur styrningen skall fungera utan också vilka som skall anses vara ”folket”.[116] Vi har svensk demokrati därför att merparten av innevånarna uppfattar sig som svenskar. Ligurien är en etablerad demokratiskt styrd region i Italien därför att merparten av de som bor och verkar där uppfattar sig vara ligurier. Skottland har ett omfattande

[114] Krav på mutor är dock i stort sett ett obefintligt problem inom den svenska sjukvården. Däremot kan andra oegentligheter förekomma som till exempel att det har funnits personal som gett förtur till viss vård åt nära anhöriga. Men det allmänna intrycket är att korruption är ett icke-problem i svensk sjukvård. Monika Bauhr, Sören Holmberg & Sofia Arkhede 2016. *Svenska folket bedömer korruption*. SOM-institutet, Göteborgs universitet samt Eva Wange. ”Varför gjordes inte mer för att stävja vaccinfusket”, *Dagens Samhälle* 2021-02-02.
[115] SOM-institutet 2023. *Svenska folkets åsikter om politiska förslag 2022*. SOM-rapport 2023:39
[116] Gustaf Arrhenius. 2005. *Democracy Unbound. Basic Explorations*. Filosofiska institutionen. Stockholms universitet.

regionalt självstyrelse förmodligen eftersom den stora majoriteten av innevånarna identifierar sig som skottar. Nationella identiteter kan förvisso brukas som exkluderande nationalistisk etnonationalism och kunnat resultera i förtryck och förföljelse av minoriteter. Men det finns också framstående statsvetare som hävdar att det finns vad de benämner en *liberal nationalism*. Detta är en typ av nationell politisk identitet som är inkluderande och som bygger på klassiska liberala principer som likabehandling, tolerans, och individuella rättigheter. Den liberala nationalismen som politisk identitet bygger på förekomsten av gemensamma värderingar och historiska erfarenheter som därmed utgör en grund för sådant som fysisk trygghet, kvalitet i samhällets institutioner, tillit mellan medborgarna vilket utgör en förutsättning för en omfattande välfärds- och socialpolitik och också fungerar som ett stöd för den liberala demokratin i sig.[117] Om så är fallet blir kopplingen mellan de hur landets demokratiska system är fysiskt är indelat i regioner, förekomsten av regionala identiteter hos befolkningen och den regionala demokratins kvalitet en viktig fråga.

Att utröna hur starka de regionala identiteterna är i Sverige måste anstå till ett framtida forskningsprojekt, men några iakttagelser kan likväl göras. Det första är att begreppet *region* (som ersatt begreppet landsting) för att identifiera en subnationell politisk enhet är en tämligen ny företeelse i Sverige. De första regionerna (Region Skåne och Västra Götalandsregion). etableras i slutet av 1990-talet. Ombildningen av landstingen till regioner sker därefter succesivt för att slutföras först 2019. Frågan om den subnationella indelningen av Sverige har sedan andra världskrigets slut analyserats av omkring ett femtiotal offentliga utredningar vars förslag ofta uppfattats som kontroversiella.[118]

Skapandet av politisk identitet anses allmänt vara en lång och ibland svår och även konfliktfylld process och man kan därför på goda grunder anta att i många fall är den regionala identiteten svag i Sverige. Uttryck på ett annat sätt kan man fråga sig om dagens Bohuslänningar uppfattar sig som Västra Götalänningar. Omkring hälften av dagens regioner kan sägas sammanfalla med de medeltida landskapen och två tredjedelar med den länsindelning som skapas 1632 vilket gör att för många regioner är kopplingen till historiskt etablerade identiteter förmodligen svag. Till detta kommer att subnationella samhällsnivån i Sverige av regionforskare anses lida av brist ”på överskådlighet och tydlighet i styrning och befogenheter” som man menar leder till ”konflikter när det gäller roller och uppdrag”.[119] Till detta kommer att de nationella statliga myndigheter som har att utföra operativ verksamhet i hela landet har lämnat dagens regionindelning och istället arbetar med andra subnationella indelningar. Det gäller exempelvis Polisen, Skatteverket, Trafikverket, Lantmäteriet, Skogsstyrelsens och Försäkringskassan. Sammantaget kan sägas att det finns skäl att anta att den regionala identiteten hos många väljare är svag och att den regionala nivån i Sverige innehåller en försvarlig dos otydlighet som sannolikt inte underlättar formeringen av den slags positiva identiteter som teorierna om liberal nationalism utpekar som centrala för en väl fungerande demokrati.

Vad gäller koppling mellan politisk identitet och ansvaret för hälso- och sjukvården kan man här jämföra med Storbritannien. När den som var ansvarig för den omtalade öppningsceremonin vid de Olympiska Spelen i London 2012 (vilken lär ha setts av omkring 900 miljoner människor) lade in deras statliga sjukvårdsorganisation (National Health Service - NHS) som

[117] Francis Fukuyama 2018. ”Why National Identity Matters”. *Journal of Democracy* 29:4. Se även Gina Gustavsson & David Miller (red). 2019. *Liberal Nationalism and its Critics*. Oxford: Oxford University Press
[118] Agneta Blom, Jörgen Johansson & Magnus Persson.2022. *Regionboken: Sverige på regional nivå*. Lund, Studentlitteratur, s. 15.
[119] a. a. s, 16.

ett huvudtema blev han kritiserad för att försöka göra politiska poänger av föreställningen. Hans försvar var att:

> en av anledningarna till att vi lade in NHS i programmet är att alla är medvetna om hur viktigt NHS är för alla i det här landet.... Ett av kärnvärdena i vårt samhälle är att det inte spelar någon roll vem du är, du kommer att bli behandlad på samma sätt vad gäller sjukvård[120]

Det brittiska sjukvårdssystemet är förvisso inte utan problem men denna anekdot kan tjäna som en illustration av möjligheten att ansvaret för hälso- och sjukvårdsområdet kan ses som en del som skapar den politiska identiteten i ett land. Även om regionerna är huvudman för hälso- och sjukvården i Sverige så saknas det inte statligt agerande på området. Dels har olika regeringar tillsatt ett stort antal så kallade ”nationella samordnare” för olika områden inom hälso- och sjukvården. Varför dessa alls behövs när sjukvården skall vara en regional angelägenhet och SKR finns är inte enkelt att svara på. Under perioden 26 februari till 26 mars 2024, dvs inom loppet av en månad, presenterar regeringen inte mindre än fyra nationella satsningar om hälso- och sjukvårdsområdet.[121] Det är bland annat en ny nationell dygnet runt stödlinje för psykisk ohälsa och suicidprevention som skall hanteras av Folkhälsomyndigheten. En sådan stödlinje fanns från år 2002 till 2020 under SKR:s regi men lades ner vilket ledde till inte obetydliga protester. Den 7 december 2023 svarade landets socialminister att frågan ligger på regionernas bord men 109 dagar senare meddelar denne att staten kommer ta över ansvaret för att återupprätta denna verksamhet.[122] Debatter i riksdagen om hälso- och sjukvården är vanliga, en sökning på hur ofta termen ”svensk hälso- och sjukvård” förekommer i ”dokument och lagar” under perioden 2004-2024 ger 2101 träffar.[123] Nedslag i ett antal riksdagsdebatter ger vid handen att hälso- och sjukvården av många av landets riksdagspolitiker uppfattas som en nationell fråga.[124] Sammantaget ger detta anledning att hävda att inte bara en majoritet av väljarna utan även en stor andel av de nuvarande rikspolitikerna uppfattar hälso- och sjukvården som en statlig angelägenhet.

11. Den regionala demokratin och ansvarsutkrävandet

Om det nu är tämligen skralt med tydliga regionala identiteter i Sverige och den regionala demokratins förmåga att leva upp till mandatmodellens ideal om folkviljande förverkligande så återstår som inledningsvis nämndes frågan om väljarna genom retrospektiv röstning kan utkräva ansvar i efterhand. Formuleringen i direktiven till Vårdansvarskommittén är: ”*för att medborgare ska ha en reell möjlighet att ställa beslutsfattare till svars för t.ex. bristande kvalitet i verksamheten behöver det finnas goda möjligheter till ansvarsutkrävande*”. Kan väljarna skaffa sig en klar bedömning av hur den sittande majoriteten folkvalda har skött sina uppgifter och om man finner att så inte fallet, rösta bort dem till förmån för en ny majoritet? Vad om skall

[120] Från Ellen M. Immergut. 2021.”Health Politics Today”, i Ellen M. Immergut mfl. (red*). Health Politics in Europe. A Handbook*. Oxford: Oxford University Press.
[121] Pressmeddelanden från Socialdepartementet Uppdatering av nationella cancerregistret (2024-02-26), Stora satsningar på sjukvården (2024-03-04), Nationell strategi inom allergiområdet (2024-03-06) och Nationell hjälplinje mot psykisk ohälsa (2024-03-26).
[122] Pressmeddelande från Socialdepartementet 2024-03-27. SvT 2023-12-07. ”Nationella hjälplinjen togs bort. Ingen ny trots larm”. Aftonbladet 2019-12-19. ”Hjälplinje för psykisk ohälsa läggs ner.
[123] Sökning på Riksdagens websida, söknad efter ”svensk hälso-och sjukvård”~10
[124] *Hälso- och sjukvårdens organisation*. Riksdagsdebatt 2023-05-04; *Ökad kontroll över sjukvården*. Riksdagsdebatt 2023-01-25; *Kompetensförsörjning inom sjukvården*. Riksdagsdebatt 2021-06-08; *Förlossningsvården*. Riksdagen (interpellationsdebatt) 2018-01-23.

räknas som att ”ha skött sina uppgifter” kan naturligtvis variera men rimligt är att se till om man har uppfyllt sina vallöften och om man har levererat den hälso- och sjukvård som man enligt lag har skyldighet att göra och också efter de principer vad gäller sådant som bemötande, tillgänglighet och kompetens som lagarna föreskriver. Som inledningsvis nämndes finns det forskningsresultat som också ifrågasätter om denna typ av demokratiskt ansvarsutkrävande i efterhand generellt alls kan fungera tillfredsställande.

Det finns till detta skäl att peka på att konstruktionen av den regionala demokratin i Sverige innehåller några saker som ytterligare försvårar möjligheterna för väljarna att utkräva ansvar av de styrande genom röstning. Det första är att författningsmässigt finns det en tydlig skillnad mellan den representativa demokratin på nationell och regional (och lokal) nivå. På det nationella planet råder vad som kan benämnas en ”rak parlamentarism”. Regeringen är klart kopplad till ett eller flera partier riksdagen, dvs vi har inte samlingsregeringar av den typ som t ex Schweiz har där alla partier är proportionellt representerade i regeringen. En ”rak parlamentarism” av detta slag gör det tydligt för väljarna gentemot vem ansvarsutkrävande skall rikta sig och vilka partier som varit i opposition. I regionerna (och kommunerna) råder emellertid principen om samlingsstyre, partierna skall vara proportionellt representerade i regionstyrelsen. Detta enligt kommunallagen obligatoriska samlingsstyre har kommit att delvis upphävas genom så kallade ”majoritetsmarkeringar” där man oftast genom en koalition av partier etablerar en majoritet i fullmäktiga som skall dominera så att det blir en tydlig konkurrens om väljarnas förtroende mellan den styrande majoriteten och oppositionen. Detta har av statsvetare karakteriserats som en form av ”kvasi-parlamentarism”.[125] Denna ordning har emellertid vuxit fram informellt och har inget egentligt lagstöd. Detta har av fyra statsvetare som specialiserat sig på den subnationella politiska nivån beskrivit som att numera

> samexisterar samlingsstyret och konkurrensdemokratin på ett så intrikat och informellt sätt att det kan bli svårt för medborgarna att fullt ut begripa hur den lokala politiken fungerar. Detta riskerar att försvaga förutsättningarna för väljarnas ansvarsutkrävande [126]

Problemet är inte att antingen samlingsstyre eller rak parlamentarism generellt skulle vara att föredra, utan att förekomsten av otydlighet och att den i media dominerande rikspolitiken delvis styrs av en annorlunda modell än vad som gäller för regionerna kan vara svår att förstå för väljarna. När det gäller möjligheten till ansvarsutkrävande när väljarna skall rösta är dock den otydlighet som ”kvasiparlamentarismen” utgör med stor sannolikhet en svårighet.[127] Ytterligare ett problem vad gäller ansvarsutkrävandet är att folkvalda som beslutar om regionala frågor i många fall inte är direktvalda utan utsedda indirekt och då också verkar i form av samlingsstyre. Det gäller till exempel de regionpolitiker som beslutar inom och leder SKR och också de som beslutar i de sex samverkansregionerna i landet.[128]

SKR leds av en permanent ”samlingsregering” och av tre ordföranden som representerar olika partier. Vilket eller vilka partier som bär ansvaret för hur SKR agerar är därmed mycket svårt att avgöra för väljarna. SKR hävdar dessutom att samverkansregionerna som styrs av indirekt utsedda ledamöter framöver bör få en betydligt utökad roll vad gäller hälso- och sjukvårdens

[125] Gissur Ó Erlingsson mfl. 2022. *Den lokala demokratins vägval. Demokratirådets rapport 2022*. Stockholm, SNS Förlag, s. 71.
[126] Gissur Ó Erlingsson mfl. *Den lokala demokratins vägval. Demokratirådets rapport 2022*. Stockholm: SNS Förlag, s. 13.
[127] Eva Mörk, Gissur Erlingsson & Lovisa Persson. 2019. *Kommunernas framtid. Konjunkturrådets rapport 2019*. Stockholm: SNS, s 154.
[128] De sex sjukvårdsregionerna har att organisera och tillhandahålla den mest specialiserade sjukvården som bedrivs vid universitetssjukhusen.

styrning, kompetensförsörjning och den högspecialiserade vården.[129] Indirekt utsedda ledamöter i regionernas olika nämnder och styrelser är dessutom vanligt. Exempelvis listar sökmotorn på hemsidan för Västra Götalandsregionen 629 personer under rubriken ”förtroendevalda” men det finns enbart 149 faktiskt förtroendevalda ordinarie ledamöter i regionfullmäktige.[130] Resterande 480 ledamöter i regionens olika nämnder och styrelser är således inte folkvalda i ordets egentliga betydelse utan utsedda av sina partier och indirekt valda av regionfullmäktige till sina uppdrag vilket självklart inte underlättar det demokratiska ansvarsutkrävande som skall se genom valen. Exempelvis är enbart fyra av nio ledamöter i Styrelsen för Närhälsan i regionen också valda som ordinarie ledamöter i Regionfullmäktige. Samma gäller för styrelsen för Skaraborgs sjukhus. För styrelsen för Södra Älvsborgs sjukhus är siffran en av nio. Ansvarsutkrävandet måste med detta ses som i huvudsak riktat till partierna och inte till de faktiskt folkvalda ledamöterna. Den stora förekomsten av indirekt utsedda ledamöter leder rimligtvis till att många av dem inte har haft skäl att som SKR hävdar inför valen möta ”medborgarna i diskussioner om verksamheten och prioriteringar”.[131] Med en måhända något tillspetsad formuleringen kan man säga att dessa personer har ratats av väljarna i regionvalen.

Till detta kommer att ett fungerande ansvarsutkrävande i en representativ partidemokrati som den svenska också kräver att väljarna är någorlunda väl orienterade om vilket eller vilka partier som styr regionen och att de också har information om vad som har åstadkommits av den styrande majoriteten. I båda fallen visar enkätundersökningar på att i långa stycken kan inte dessa krav anses vara uppfyllda. En nyligen utförd enkätundersökning visar att en majoritet av väljarna inte tror att det är regionerna som ansvarar för hälso- och sjukvården, de vet inte vilka partier som styr regionen och de känner inte till något om vilket sjukvårdspolitik det parti de röstade på har utlovat att föra.[132] Ett problem i vissa regioner förefaller vara att skillnaden mellan majoritetens och oppositionens budgetalternativ är knappt märkbar.[133] När sådant inträffar blir de svårt för väljarna att i efterhand utkräva ansvar av den styrande majoriteten genom att försöka rösta bort dem eftersom det politiska alternativet de facto inte är något alternativ.

En tolkning av varför så många givet dessa betydande kunskapsluckor som försvårar eller rentav omöjliggör ansvarsutkrävandet likväl röstar i regionvalet kan vara att de röstar på ett parti som de generellt har förtroende för och vars allmänna politik de sympatiserar med och hoppas att detta parti när de agerar på den regionala nivån också skall ta ansvar för hälso- och sjukvården på ett för väljaren betryggande sätt. En annan tolkning är att den gemensamma valdagen gör det mycket enkelt att också rösta i regionvalet trots dessa kunskapsluckor och bristande intresse. Ett intressant experiment vore om man i någon eller några regioner avskaffade regionvalet och istället lät kommunfullmäktige utse ledamöterna regionfullmäktige. En fråga man då kunde besvara var om väljarna när de kom till vallokalerna alls skulle sakna

[129] SKR skrivelse ”med anledning av utredning om att införa ett helt eller delvis förstatligande av hälso- och sjukvården” 2023-04-21 (ärende nr: SKR2023/00565) ställd till statsrådet Acko Ankarberg och Socialstyrelsen.
[130] Motsvarande siffor för Region Skåne är 480 som listas som folkvalda med 149 ledamöter i regionfullmäktige. För Region Stockholm är sifforna 149 ledamöter i regionfullmäktige och 593 som listas som förtroendevalda.
[131] Se not 77.
[132] NOVUS 2021. Undersökning gjord på uppdrag av SvT Uppdrag granskning. Undersökningen omfattade 1000 personer, och utfördes i oktober 2021. 41% svarade att ansvaret låg hos riksdagen, 7% hos kommunen och 47% hos regionen. Av 2174 tillfrågade valde 1000 personer att medverka i undersökningen.
[133] SvT Uppdrag granskning 12 april 2022. https://www.svt.se/nyheter/granskning/ug/har-ar-politiska-motstandarna-overens-om-nastan-allting

möjligheten att rösta i regionvalet och om de skulle protestera mot att man i deras region inte fick rösta till regionfullmäktige.

12. Organisationen Sveriges Kommuner och Regioner och demokratin

I direktiven till Vårdansvarskommittén SKR har enligt Riksrevision kommit att bli ”en central aktör” med ett ”stort inflytande” över den statliga styrningen av hälso- och sjukvårdsområdet. Riksrevision menar vidare att SKR av olika regeringar givits en ”myndighetsliknande roll” inom detta politikområde.[134] Juridiskt är emellertid SKR en privat ideell organisation och fungerar också som en arbetsgivarorganisation. Medlemmar i organisationen är landets samtliga kommuner och regioner vilka skickar ombud till förbundskongressen, som har 451 ledamöter. Dessa är således inte direkt utan indirekt valda. Ledamöterna väljer en förbundsstyrelse som består av 21 ledamöter och lika många ersättare. SKR:s ordförande och de vice ordförandena utses av valkongressen. Platserna i styrelsen är som regel fördelade mellan de politiska partierna ungefär i proportion till utfallet av valen till kommuner och regioner. Styrelsen leder SKR:s verksamhet och den utser även delegationer, utskott och beredningar samt en verkställande direktör som leder förbundets kansli.

Vad gäller möjligheterna för väljarna att i valen utkräva ansvar av SKR så måste detta betraktas som närmast obefintligt. Dels är ledamöterna indirekt utsedda, dels styrs inte organisation av principen om ”rak parlamentarism” utan tvärtom dominerar samlingsregerande. Väljarna har i realiteten ingen information om vilket eller vilka partier som styr organisationer. Till detta kommer att tjänstemännen på SKR är privatanställda och således inte arbetar under det juridiska ansvar och regler som gäller för offentliga tjänstemän. Grundlagens principer om saklighet och opartiskhet vid utförandet av offentliga förvaltningsuppgifter är inte gällande för SKR:s tjänstemän. Eftersom organisationen är privat är inte heller offentlighetsprincipen vad gäller handlingar gällande. En genomgång av databasen Mediearkivet ger dessutom vid handen att när SKR uttalar sig i media är det betydligt vanligare att det är organisationens tjänstemän som uttalar sig och inte de ansvariga politikerna.

SKR:s starka ställning kommer sig av att alla regeringar sedan år valt att försöka styra stora delar av sjukvården genom att ingå avtal med SKR. Generellt innebär avtalen att SKR som talesman för regionerna åtar sig att utföra vissa åtgärder inom sjukvården i utbyte mot ekonomiskt stöd från staten. Dessa åtgärder varierar men har exempelvis handlar om att minska köerna till vissa behandlingar, stärka primärvården eller förbättra förlossningsvården. Antalet avtal är stort och kostnaderna för staten inte försumbara, bara inom förlossningsvården ingicks åtta avtal under åren 2015–2023.[135]

Tillkomsten av ett av dessa avtal har analyserats från ett statsvetenskapligt perspektiv där fokus legat på demokrati- och legitimitetsaspekterna.[136] Avtalet ifråga handlade om förstärkta insatser i mödra- och förlossningsvården och tillkom under 2002.[137] Analysen bygger på ett omfattande material i form av handlingar och skrivelser och också på längre intervjuer med personer som var direkt inblandade i eller haft insyn i förhandlingarna (regionpolitiker, tjänstemän på SKR

[134] Riksrevisionen 2017. *Staten och SKL. En slutrapport om statens styrning på vårdområdet*, s. 6.
[135] Felicia Andreasen. 2023. *Demokrati i gråzonen. - En demokratiteoretisk värdering av överenskommelsen mellan staten och SKR om förlossningsvård och kvinnors hälsa*. Linköpings universitet, avd. för kommunstrategiska studier, rapport 2023:4.
[136] A.a.
[137] Namnet på avtalet är ”En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2023 - Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner”.

och Socialdepartementet). Slutsatserna som dras är att beslutsprocessen näppeligen levt upp till de normer som skall prägla beslut i den representativa demokratin såsom möjlighet till ansvarsutkrävande, öppenhet och transparens. Viktig information om avtalets motiv, vilka alternativ som varit möjliga och förmodade konsekvenser saknas vilket gör det svårt för medborgarna att skaffa sig en klar bild av avtalets legitimitet.

Modellen med styrning av hälso- och sjukvården genom avtal har också utsatts för kritik både av Riksrevisionen och av förvaltningsexpertis. Man har även här pekat på att ”den insyn och den öppna diskussion som föregår lagstiftning uteblir och ersätts av förhandlingar i slutna rum”.[138] Vidare har man lyft fram att regionerna med denna avtalsmodell till skillnad från om man använt lagstiftning inte är bundna att följa överenskommelserna och det är inte heller klart vad som följa för de regioner som inte kan, vill eller förstår hur de skall åstadkomma de åtgärder som avtalats. Till skillnad från när myndigheter har ansvaret gäller inte förvaltningslagen och offentlighetsprincipen för SKR:s agerande och tillsynsmyndigheter som Riksrevisionen, JO, JK eller IVO har inte rätt att granska organisationen. tillsynsmyndigheternas granskning. Tjänstemännen har inget offentligrättsligt ansvar för sina åtgärder och blir inte lika tydligt förknippade med en myndighetsroll som innebär grundlagens rättsregler om saklighet och opartiskhet inte har någon bäring. Slutsatserna från den förvaltningsrättsligs expertisen är denna:

> De demokratiska värdena gynnas inte av den form av styrning och samverkan som överenskommelserna mellan regeringen och SKR är uttryck för. Ansvarsfördelningen blir oklar, och insynen försämras. Detta gäller både när avtalen ingås efter förhandlingar och när uppgifterna sedan utförs. De politiker som bär det yttersta ansvaret inom SKR har representerar väljarna enbart på ett indirekt sätt. Som styrelseledamöter i SKR har de bara ett mandat i tredje hand från väljarna … Beredningen, som är ett viktigt inslag i den demokratiska processen, är i detta fall inte tydligt utformad på det sätt som beredning av lagstiftning sker. I den mån överenskommelserna ersätter lagstiftning går mycket förlorat. Remissförfarandet uteblir liksom den omfattande beredningen både i regeringen och i riksdagen.[139]

Därmed kan man säga att regeringarnas styrning av hälso- och sjukvården genom avtal med SKR har stora likheter med den korporativa modellen för samhällsstyrning som presenterades ovan.[140] Det följer denna modells princip att dels utpeka en privat organisation som legitim företrädare för sektorn, dels försöka lösa problem genom samförståndslösningar med denna organisation. Dessa lösningar bygger på ett utbyte där organisationens ställning och ekonomi stärks mot att organisationen ifråga åtar sig att genomföra de åtgärder som regeringen önskar. Till detta kommer att organisationen ifråga också ges möjlighet medelst slutna förhandlingar påverka utformningen av dessa åtgärder. Tillkommer att denna variant av korporatism har samma problematiska förhållanden till den representativa parlamentariska demokratin som gällt på andra områden där den tillämpats. Den slutsats som kan dras är att demokratin inom detta område skulle stärkas om detta system med avtal mellan staten och SKR för att styra sjukvården

[138] Lena Marcusson. 2021. ”Staten och SKR. Styrning och samarbete: En rättslig analys”. *Förvaltningsrättslig tidskrift* 2021:4.
[139] A.a. s.706.
[140] Detta har också påpekats av rättsvetaren Jakob Heidbrink i web-tidningen Alltinget 2022-06-22.

avvecklades. Till detta kommer att ansvarsutkrävandet skulle bli tydligare om SKR:s myndighetsliknande roll begränsades.

Ytterligare en rättslig aspekt vad gäller statens styrning av hälso- och sjukvården genom avtal med SKR förtjänar att lyftas fram. Generellt gäller att om en lag som riksdagens stiftat inte följs av de som är skyldiga att göra så (i detta fall regionerna) så inträffar som regel någon slags sanktion. Detta kan till exempel röra sig om böter, skadestånd eller vite som den som inte följt lagen måste betala till staten. När det gäller hälso- och sjukvården gäller i flera fall den rakt motsatta principen. När till exempel lagstiftningen om vårdgaranti, tillgänglighet och fast vårdkontakt inte följs så anslår staten mer pengar till regionerna via avtalen med SKR. Man kan inte utesluta att detta efterhand kan har lett till en förvrängd incitamentsstruktur för regionerna i så motto att man räknar med att det kommer mer pengar om man inte följer vad som lagstadgats för verksamheten.

Även om det ligger utanför frågorna om demokrati, legitimitet och ansvarsutkrävande kan det påpekas att det i flera fall visat sig svårt att se några mera konkreta resultat för landets patienter av dessa avtal. In sin analys av detta system 2017 hävdade Riksrevisionen att ”regeringens insatser syftat till att höja ambitionsnivån, men Riksrevisionen bedömer att dessa inte har inneburit nya åtaganden för kommuner och landsting”.[141] I en rapport från IVO år 2023 hävdades att det inte gått att spåra några tydliga effekter av de 23 miljarder regeringen genom avtal med SKR tillställt för regionerna för att förbättra den ”nära vården”.[142]

13. Några iakttagelser från andra politikområden

Omfattande förförflyttningar av huvudmannaskap för betydande politikområden är relativt ovanliga i Sverige. De två mest uppmärksammade är förstatligandet av polisen 1965 och kommunaliseringen av skolan 1991. För skolan har en statlig utredning genomförts som har haft att utvärdera effekterna av kommunaliseringen vilken publicerades 2014[143] (SOU 2014:5). Resultaten kan inte sägas ha varit uppmuntrande. Utredningen fastslog bland annat att kommunaliseringen ledde till sämre studieresultat, att större delen av försämrad rekrytering till läraryrket, en ökad arbetsbörda för lärarna tillsammans med en sämre löneutveckling än jämförbara grupper och en mera oklar roll för rektorerna. Givet dessa negativa resultat finns det likväl anledning att påminna om att den statliga styrningen av skolan som existerade innan kommunaliseringen också hade sina problem. Inte minst fanns det ett stort missnöje hos de socialdemokratiska utbildningsministrarna över att grundskolereformen som infördes under det tidiga 1960-talet inte resulterade in en minskad social snedrekrytering till den högre utbildningen. Detta skyldes ofta på att de styrsignaler från staten som handlade om en förändrad pedagogik som grundskolereformen var tänkt att bygga på inte hade fått tillräckligt genomslag i lärarkåren.[144] I slutet av 1980-talet genomfördes en stor offentlig utredning om maktförhållandena i Sverige. Utredningen hade formen av ett samhällsvetenskapligt forskningsprojekt och var allmänt kallad Maktutredningen. Ett vid den tiden mycket uppmärksammat resultat från denna utredning var att när man undersökte hur medborgarna (dvs föräldrarna) uppfattade sina möjligheter till inflytande över den då

[141] Riksrevisionen 2017. *Staten h SKL. En slutrapport om statens styrning på vårdområdet,* s. 6.
[142] Inspektionen för vård och omsorg (IVO). 2023. *Tillsyn som bidrar till omställningen till en god och nära vård.* Se även SvT Nyheter Inrikes 2024-02-21 ”Primärvården skulle byggas ut – men trots miljardsatsning har lite hänt”.
[143] SOU 2014:5.
[144] Bo Rothstein. 1986. *Den socialdemokratiska staten. Reformer och förvaltning inom svensk arbetsmarknads- och skolpolitik*. Lund: Arkiv förlag

huvudsakligen statligt styrda grundskolan så var resultatet mycket nedslående i jämförelse med andra områden.[145]

Efter kommunalisering av skolan har det skett en gradvis ökning av det statliga inflytandet delvis genom fler myndigheter som har granskning och inspektion som uppgift.[146] År 2020 tillsätter regeringen en utredning om förutsättningar för ett statligt huvudmannaskap för skolan. Utredningen levererar sitt betänkande 2022 som är på närmare 1400 trycksidor. Frågor om demokrati, legitimitet och ansvarsutkrävande har emellertid ett begränsat utrymme i utredningen. Istället ligger fokus på organisatoriska frågor såsom styrning, effektivitet, ledarskap och personalansvar.

Utredningen hävdar att den kommunala självstyrelsen motiveras av att den kan stärka legitimiteten för demokratin genom att den gr möjlighet till ett mera lokalt eller regionalt ansvarsutkrävande. Detta kräver följaktligen att de lokala/regionala besluten har en reell och tydlig innebörd som innebär att medborgarna kan uppfatta att besluten har en klar inverkan på verksamhetens kvalitet, omfång och utförande. Sådan handlingskraft kräver emellertid att man accepterar en reell variation mellan kommuner/regioner annars tappar ”förlorar den kommunala demokratin sitt innehåll”.[147] Den övergripande och avgörande frågan för riksdag och regering blir då hur stor variation som kan accepteras inom olika verksamhetsområden vad gäller till exempel likvärdighet. Det nationella intresset av likvärdighet anses således kunna motivera begränsningar i den kommunala självstyrelsen eller att ansvaret för vissa verksamhetsområden flyttas till den statliga nivån.[148]

Det är svårare att finna goda utvärderingar av förstatligandet av polisen 1965, inte minst därför att denna ligger längre bak i tiden. Klart är att förstatligandet har lett till en omfattande centralisering av verksamheten och nedläggning av många polisstationer i landet. Vid tidpunkten för förstatligandet hade Sverige drygt 500 polisdistrikt som efterhand minskades ner till 21 polisregioner varefter man 2015 gör om hela organisationen till en enda myndighet. Verksamheten är nu indelad i sju regioner som har regionråd som består av politiker som är utsedda av kommunerna och vars uppgift är att säkerställa medborgerlig insyn i verksamheten.

I vilken grad detta sker och fungerar är obeforskat. Reformer för att göra polisarbetet mera lokalt såsom kvarterspoliser, närpoliser och lokalt producerade så kallade ”medborgarlöften” förefaller inte varit framgångsrika. Förstatligandet verkar inte ha haft en positiv effekt på den demokratiska styrningen av verksamheten Det har noterats att ”en genomgång av budgetpropositioner och regleringsbrev mellan åren 2005 och 2015 uppvisar således en påfallande likhet oavsett att regeringsskifte skett 2006 respektive 2014”.[149] En effekt av reformerna har uttryckts som att polisen förlorade kontakten med medborgarna eftersom man gick ”från att ha varit fotpatrullerande på gatan, ett relationsbyggande och brottsförebyggande underverk enligt kriminologisk allmänkunskap, till att bli en utryckningsorganisation i larmberedskap som spenderar merparten av sin tid under transport eller åtminstone i bil”[150]. Statskontorets rapport från 2018 om ombildningen av polisen konstaterar att visserligen är förutsättningarna för att nå de uppsatta målen bättre än tidigare men att detta likväl inte har

[145] Olof Petersson, Anders Westholm & Göran Blomberg. 1989. *Medborgarnas makt*. Stockholm: Carlssons förlag.
[146] Elisabet Rudhe. 2014. ”Sammanfattning av Staten får inte abdikera. Om kommunaliseringen av den statliga skolan”, i *Vägval i skolans historia. Tidskrift från föreningen svensk undervisningshistoria*. 2014-12-07; Linnéa Borgert. 2019. ”Kommunaliseringen” i *Skolvärlden* 2019-12-06.
[147] SOU 2022:53, s. 204
[148] SOU 2022:53, s. 1271–1273.
[149] Krister Thelin. 2016. *Med polisen i centrum*. Timbro rapport 2016-02-27.
[150] Mattias Aspegren.2019. *Polismyndighetens reformarbete 1920 - 2020*. Kandidatuppsats, Juridiska fakulteten, Lunds universitet. Se även Björn Furuhagen. 2009. *Från fjärdingsman till närpolis*. Polisutbildningen, Växjö universitet.

kunnat åstadkommas. Det har inte skett någon tydlig förbättring i vare sig tillgängligheten lokalt eller i kontaktskapandet med medborgarna. Polisen är fortfarande inte närvarande på det lokala planet och till detta kommer att förtroendet för omorganisationen är dessutom svagt och generellt utbrett på många olika nivåer även inom den egna organisationen.[151]

Dessa två, det medges något rapsodiska, framställningar av förändrat huvudmannaskap för mycket väsentliga delar av den offentliga verksamheten i Sverige ger tid handen att ingen av dem har uppnått de mål som man hade förespeglat eller förbättrad demokratin, legitimeten och ansvarsutkrävande. Av detta kan man dra slutsatsen att det inte finns någon automatik mellan ett förändrat huvudmannaskap och en förbättring av de demokratiaspekter på offentlig verksamhet som denna rapport har att analysera. Den generiska konflikten inom omfattande offentliga verksamhetsområden mellan nationell likvärdighet och lokalt/regionalt självstyrelse, vilken återfinns i Regeringsformen, förefaller oundviklig.

14. Ett förändrat huvudmannaskap – möjliga konsekvenser för ansvarsutkrävandet

Analysen ovan visar att både den regionala demokratin och statens försök att styra hälso- och sjukvården både via lagar och också medelst avtal med SKR har påtagliga brister. Med tanke på de många statliga organ och nationella samordnare som finns på hälso- och sjukvårdsområdet[152], regeringens många specialinsatser via avtal med SKR, samt SKR:s och samverkansregionernas oklara roll i frågan om demokratiskt ansvarsutkrävande för de beslut man fattar är det en klar underdrift att hävda att det är enkelt för medborgarna att få klart vem som bär ansvar för vad inom detta politikområde.

Den centrala frågan för denna rapport är om ett helt eller delvis förstatligande skulle avhjälpa de ovan identifierade demokratiska tillkortakommandena. Ovan har konstaterats att det bästa man kan hoppas på vad gäller den liberala representativa demokratin är systemets förmåga till ansvarsutkrävande i efterhand. Ett förstatligande skulle då kunna ses som att det möjliggör för väljarna att hålla regeringen och särskilt statsrådet för hälso- och sjukvårdsområdet ansvariga för verksamheten i riksdagsvalen Det skulle exempelvis kunna bli tydligt hur de omfattande medel som genom avtal har ställts till regionernas förfogande för särskilda satsningar faktiskt har kommit att användas. Som påtalats ovan är det i nuläget regelmässigt svårt att se hur dessa medel har använts och vilka effekter de har haft. Ett förstatligande skulle med viss sannolikhet också innebära att de betydande regionala skillnader som finns i vad hälso- och sjukvården presterar skulle bli en fråga som engagerade den politiska oppositionen i riksdagen och därmed väljarna. Det skulle också bli tydligt att det är regeringens ansvar att de lagar som riksdagen antagit om sådant som vårdgaranti eller rätt till en fast läkarkontakt också skulle genomföras.[153] Ministrar med ansvar för området från båda de politiska blocken påtalar regelmässigt i riksdagsdebatter att det är regionerna som har ansvaret för verksamheten.[154]

Vi skulle vid ett förstatligande förmodligen inte behöva uppleva den situation som uppstod under hanteringen av Covidpandemin när det gällde förseningen av den livsviktiga masstestningen våren 2020 då det ansvariga statsrådet uttalar sig på följande vis: ”Det fanns pengar, det fanns en strategi, det fanns analyskapacitet – det fanns också 21 regioner med varsitt

[151] Statskontoret 2018. *Ombildningen till en sammanhållen polismyndighet*. Rapport 2018:18
[152] Det finns nio olika statliga myndigheter samt ett antal nationella samordnare inom hälso- och sjukvårdsområdet.
[153] Sofia Rydgren Stale mfl. ”Svikna löften om fast läkarkontakt”, *Dagens Nyheter* 2024-02-08
[154] Lena Hallengren, Riksdagens protokoll 2019/20:48, 10 december 2019; Acko Ankarberg, Riksdagens protokol 2023/24:59, 23 januari 2024.

smittskydd som arbetade väldigt aktivt. Varför de inte tog sin del av testningen tycker jag är svårt att svara på".[155] Uttalandet kan ses som en illustration av att de oklarheter som finns i den nuvarande ordningen vad gäller vem som har ansvar för vad inom hälso- och sjukvården inte bara är ett problem för väljarna utan även för en synnerligen centralt placerade politiker som statsrådet/chefen för Socialdepartementet.

Sammantaget skulle rikspolitiken med sin "raka parlamentarism" vid ett förstatligande göra det relativt enkelt för väljarna att få en tydlig uppfattning om vilket parti eller konstellation av partier som bär det politiska ansvaret. Det finns emellertid några uppenbara svagheter med en sådan modell. En sådan är att väljarna när de har att utkräva ansvar i riksdagsvalet har hur de anser det fungerar på väldigt många politikområden att ta hänsyn till. Hälso- och sjukvården är förvisso viktig för väljarna men det är många andra områden också. Här finns en viktig skillnad gentemot valet på regionnivå eftersom regionernas i så hög utsträckning handlar om hälso- och sjukvården vilket innebär att ansvarsutkrävandet blir skulle kunna bli mer fokuserat på just detta politikområde. En andra svaghet vad gäller möjligheten till ansvarsutkrävande för hälso- och sjukvården på den statliga nivån är om detta skall fungera kräver det att den regering som ansvarar också har kapacitet att faktiskt kunna styra en så pass omfattande verksamhet som det här handla om. Vad som benämns styrningskedjan skulle bli både lång och komplicerad från regeringen/socialdepartementet till den centrala myndigheten och vidare till denna myndighets regionala avdelningar och därefter vidare till de mera lokala statliga underavdelningar som åtminstone i de mera folkrika regionerna rimligen måste finnas. Därefter skall styrningen nå ut till den operativa verksamheten som sker på sjukhusen vårdcentralerna, sjukhusklinikerna och de många specialinrättningarna där medborgarna möter verksamheten.

De skilda förutsättningar som finns i olika delar av landet vad gäller till exempel geografiska avstånd, befolkningstäthet och möjligheten att rekrytera tillräckligt med personal med rätt kompetens försvinner inte med någon slags automatik vid ett förstatligande. Här är det också nödvändigt att ta i beaktande är att hälso- och sjukvården /är ett mycket omfattande område vad gäller antalet operativa verksamheter (sjukhus, vårdcentraler och andra sjukvårdsinrättningar). Detta försvårar naturligtvis en central statlig styrning av verksamheten. Tillspetsat kan man framhålla att erfarenheterna från stater som tillämpat centraliserad planhushållning inte varit goda.

Var och en av hälso- och sjukvårdens många enheter behöver styras om de demokratiskt (av riksdag och regering) fattade besluten skall kunna genomföras. Denna styrning kan ske antingen av en chefstjänsteman eller en sådan plus någon form av styrelse. Enligt lag skall det vid varje enhet där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet finnas en verksamhetschef.[156] Dessa ansvarar idag inför regionernas valda ledningar eller av dessa utsedda nämnder och styrelser men skulle vid ett förstatligande bli statstjänstemän och ansvara inför den nationella myndighet som inrättas under socialdepartementet. Den svenska modellen för styrning av operativa offentliga statliga verksamheter är internationellt speciell eftersom vi inte har ministerstyre vilket begränsar regeringens och det ansvariga statsrådets möjligheter att direkt få genomslag för sina intentioner ut i verksamhetens alla kapillärer. Istället för ministerstyre har Sverige modellen med semi-autonoma ämbetsverk som har att genomföra politiken i enlighet med de lagar, förordningar och regleringsbrev och andra generella instruktioner som regeringen utfärdar som ett kollektiv. Modellen är hämtad från principen att ett statsråd inte skall kunna ge instruktioner till hur en domstol skall döma i enskilda fall. En effekt av detta är att de svenska

[155] Ministern: Utebliven testning bidrog till smittspridning på äldreboenden | SVT Nyheter; se även Bo Rothstein 2020. "Regeringens styrning har inte fungerat under coronakrisen". *Dagens Nyheter* 2020-11-30 och SOU 2022:10, *Sverige under pandemin*, vol 2, s. 417.
[156] Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30), 4 kap. 2 §

regeringsdepartementen är jämförelsevis små organisationer som därmed har en begränsad styrkapacitet.

Det svenska systemet för styrning av den statliga verksamheten innebär därmed att ett förstatligande av hälso- och sjukvården antingen måste bygga på etableringen av en ny och omfattande myndighet eller en kraftig utbyggnad av någon av de myndigheter som redan finns på området. Eftersom förutsättningarna för att kunna bedriva hälso- och sjukvård varierar kraftigt mellan landets olika delar är det rimligt att anta att en sådan ny statlig myndighet också måste inrätta underordnade förvaltningsorganisationer på den regionala nivån. Under dessa kommer då administrationen av de sju universitetssjukhusen samt de femtionio regionala akutsjukhusen och de omkring sexhundra offentligt drivna statliga vårdcentralerna att kräva ett försvarligt antal statstjänstemän.

Det är inte helt enkelt att uppskatta hur stor tjänstemannakår det skulle behövas för att styra en förstatligad svensk sjukvård. Regionerna har i dagsläget närmare 13 000 personer som sysslar med ledningsarbete, nästan 19 000 som klassificeras som handläggare och 16 000 administratörer inom vårdområdet.[157] Det förefaller osannolikt att ett förstatligande skulle innebära en drastisk minskning av dessa personalkategorier. Det skulle inte bli någon enkel uppgift för det relativt lilla socialdepartementet med i dagsläget knappt 300 anställda och med de begränsningar som förbudet mot ministerstyre innebär att kunna styra en så pass omfattande administration.

Svenska statstjänstemän håller i en internationell jämförelse allmänt hög kvalitet både vad gäller kompetens och etik och de kan också ställas till ansvar om än inte politiskt utan i arbetsrättsliga former. Kompetenta offentliga tjänstemän med en hög etik är förvisso en synnerligen viktig tillgång för ett samhälle. Likväl går det inte att bortse ifrån att en utveckling av detta slag med en hälso- och sjukvård som till en betydande del kommer att styras av ämbetsmän inte kan anses innebära att det demokratiska inflytandet och möjligheten till demokratiskt ansvarsutkrävande stärks. Avståndet från de demokratiskt fattade besluten till vad som sker i den konkreta verksamheten kan förmodas bli omfattande. Tillkommer att organisationer av detta slag ofta utmärks av vad som i organisationsteori benämns ”lös koppling”.[158] Med detta förstås att vad som faktiskt utförs ”på golvet” i den operativa verksamheten inte har en tydlig och klar koppling till den centrala nivåns beslut och intentioner. Forskningen om detta implementeringsproblem är både omfattande och har gett tydliga resultat att genomförandet att demokratiskt fattade beslut via stora offentliga organisationer inte är någon enkel sak.[159] Inte minst gäller detta på hälso- och sjukvårdens område.[160] Ofta är avvikelserna mellan intentionerna hos de centrala demokratiskt fattade besluten och vad som faktiskt implementeras betydande vilket gör det politiska ansvarsutkrävandet svårbemästrat.

Till detta kan läggas frågan om vad ett mera direkt ansvarsutkrävande av regeringen för sjukvården skulle komma att handla om. Det är som ovan nämnts inte helt enkelt att förutse vad som skulle bli de centrala partiskiljande frågorna när det gäller detta område. Sjukvården är dessutom ett område där man kan utgå från att det med viss regelbundenhet kommer att ske misstag. Patienter får ibland inte den sjukvård som krävs eftersom det görs missbedömningar av deras tillstånd, vilket ibland får fatala konsekvenser. Det kan till exempel vara barn med livshotande åkommor som feldiagnosticeras och skickas hem från akutmottagningar och som

[157] Dessa siffror är hämtade från rapporten ”Nulägesanalys av hälso- och sjukvårdssystemet” som sekretariatet för Vårdansvarskommittén tillställde utredningens sakkunniga 2024-01-02
[158] Karl Weick. 1976. "Educational Organizations as Loosely Coupled Systems." *Administrative Science Quarterly* 21 (1)
[159] Michael Hill & Peter Hupe. 2021. *Implementing Public Policy.* London: Sage Publications.
[160] Per Nilsen & Sarah A. Birken (red). 2020. *Handbook of Implementation Science.* Cheltenham: Edward Elgar.

därefter avlider. En inte obetydlig politisk risk vid situationer som denna är att regeringen och då särskilt det ansvariga statsrådet i den politiska debatten ställs till direkt ansvar för denna typ av tragedier där man kan utgå ifrån att det faktiska ansvaret ligger betydligt längre ner i systemet.

Ett fullständigt förstatligande av hälso- och sjukvården skulle dessutom innebära omkring nittio procent av regionernas verksamhet skulle upphöra. Det är mycket tveksamt om man då alls kommer ha kvar det särskilda regionvalet och om man kommer kunna motivera människor att politiskt engagera sig i denna kraftigt reducerade verksamhet. Antalet personer med politiska förtroendeuppdrag i regionerna uppgår till drygt femtusen. Ett förstatligande skulle med viss sannolikhet innebära att antalet personer i Sverige med politiska förtroendeuppdrag minskade med motsvarande siffra. Detta skall ses i ljuset av den mycketstora minskning av politiska förtroendeuppdrag som skett i Sverige sedan de stora kommunsammanslagningarna på 1950-talet. Från att ha haft över 200.000 förtroendevalda är siffran nu i närheten av 37000.[161] Även med de brister som kan konstateras när det gäller hur den regionala demokratin fungerar är det tveksamt om svensk demokrati skulle vara betjänt av en så stor minskning av antalet personer med politiska förtroendeuppdrag.

Ett mera delvis förstatliga av hälso- och sjukvården som exempelvis skulle exempelvis kunna innebära att de sju universitetssjukhusen och de femtionio regionala akutsjukhusen samt en del av specialistklinikerna blev statliga institutioner, vilket naturligtvis skulle kräva en mindre statstjänstemannastab än om all hälso- och sjukvård som regionerna ansvarar för förstatligades. Frågan är hur dessa sjukhus skulle styras? Bland alternativen finns tjänstemän, personer från professionerna inom hälso- och sjukvården eller representanter från andra samhällssektorer. Man kan också tänka sig att dessa enheter styrs av en chefstjänsteman till vilken knyts ett så kallat insynsråd. Ett stort antal statliga myndigheter leds sedan 2007 på detta vis. Det är regeringen som utser dessa råd och deras uppgift är att tillgodose ”behovet av demokratisk insyn och medborgerligt inflytande”.[162] Råden har emellertid inga beslutsbefogenheter och sammanträder som regel endast 3-4 gånger per år. Då det är oklart på vilka grunder ledamöterna utses och då ledamöterna inte har någon beslutsmakt och knappast kan anses vara kända av väljarna är det synnerligen tveksamt att se dessa insynsråd som en möjlig del av ett effektivt demokratiskt ansvarsutkrävande.

Här kan man måhända också dra en parallell till hur en annan omfattande (och komplex) statlig verksamhet är organiserad, nämligen högskolor och universitet. Dessa leds av en av staten (läs utbildningsdepartementet) utsedd Rektor där universitetets anställda och studenter har ett visst inflytande i rekryteringsprocessen. Styrelserna består av personer utsedda av staten samt av ett mindretal lärare/forskare och studenter. Dessa externa styrelseledamöter består av ”allmänt betrodda” personer från exempelvis statsförvaltningen, näringslivet, kultursektorn och kommuner/regioner. På vilka grunder dessa utses är emellertid en process som lämnar mycket i övrigt att önska när det gäller transparens, möjlighet till ansvarsutkrävande och demokratisk legitimitet.[163]

Kort sammanfattat kan man uppskattningsvis hävda att ett fullt förstatligande av sjukvården knappast skulle stärka möjligheterna till demokratiskt ansvarsutkrävande eller öka legitimiteten inom denna sektor. Detta eftersom ett förstatligande med stor sannolikhet skulle medföra omfattande organisations- och implementeringsproblem som skulle innebära att möjligheterna

[161] Eva Mörk, Gissur Erlingsson & Lovisa Persson. 2019. *Kommunernas framtid. Konjunkturrådets rapport 2019*. Stockholm: SNS, s 151.
[162] https://www.regeringen.se/informationsmaterial/2008/02/ledamot-av-insynsrad/
[163] Ingenjörsvetenskapsakademien. 2015. *Har Sveriges högskolor och universitet de styrelser de förtjänar?* Stockholm: IVA.

till ett effektivt politiskt ansvarsutkrävande i realiteten uteblir. Det reella inflytandet över stora och för medborgarna viktiga delar av verksamheten från de förtroendevalda från vilka ansvar skulle utkrävas kommer med stor sannolikhet att vara begränsat. Istället kommer en stor del av inflytandet utövas av statliga tjänstemän och de professioner som arbetar inom området.

15. Vad kan göras för att förbättra den demokratiska kvalitén om man väljer att behålla huvudmannaskapet på den regionala nivån?

Fördelen med den tankeexperimentella modell som inledningsvis presenterades är att den visar att det kan finnas många sätt att förbättra den demokratiska kvalitén i en existerande demokrati på så väl den nationella som den regionala nivån. Tidigare analyser av den regionala och lokala demokratin har pekat på några sådana möjligheter.[164] Vad gäller ansvarsutkrävandet vore det möjligt att på den regionala nivån införa samma ”raka parlamentarism” som finns på riksnivån. Den ”kvasi-parlamentarism” som nu informellt gjort sig gällande underlättar inte för väljarna att förstå vilket eller vilka partier som ansvaret skall utkrävas ifrån. Systemet innebär exempelvis att både majoritetens och oppositionens förtroendevalda finns representerade i regionernas verkställande organ. Den har också gjort att i många regioner är skillnaden mellan de den styrande majoritetens och oppositionens politik för området och inte minst deras budgetalternativ svår att uppfatta för väljarna. Tillkommer att skillnader i budgetalternativen också visat sig vara svår att uppfatta för de förtroendevalda.[165] En annan möjlighet skulle vara att genomföra en regional ”presidentialism”. En direkt folkvald regional styrelseperson (typ guvernörerna i USA:s delstater) som ansvarade för genomförandet och svarade inför ett folkvalt regionalt parlament skulle tydliggöra var ansvaret ligger.

En annan fråga som diskuterats många gånger är systemet med en gemensam valdag för riksdag, regioner och primärkommunerna. Sverige är det enda demokratiska land som har detta system och vi har också allmänna val mycket mera sällan än i nästan alla andra demokratiska länder. Argumenten för och emot den gemensamma valdagen är välkända sedan länge. Skilda valdagar skulle ge ett lägre valdeltagande i de regionala och lokala valen och vad som brukar benämnas ”det kommunala sambandet” som innebär att det kan bedrivas en enhetlig politik över nivåerna skulle gå förlorat. Det senare argument kan avfärdas eftersom analysen så långt visat att sambandet mellan vad som beslutas på den nationella nivån och vad som faktiskt sker i den svenska sjukvården är tämligen svagt, särskilt om man ser till följsamheten till lagarna om vårdgaranti och fast läkarkontakt men också om man ser till resultatet av avtalen mellan staten och SKR.

Vad gäller valdeltagandet finns det skäl att fråga sig hur bra ett högt valdeltagande med tämligen oinformerade väljare är i förhållande till ett något lägre valdeltagande med bättre informerade väljare. Nackdelarna med den gemensamma valdagen har beskrivits som att den regionala partiorganisationen måste lägga resurser på riksdagsvalet vilket minskar möjligheterna att profilera de regionala frågorna. Det innebär också att de regionala frågorna hamnar i ”medieskugga” vilket innebär att det blir svårt för väljarna att informera sig för att kunna utkräva ansvar för den regionala politiken när de röstar. Om de regionala valen inte avgörs av just regionala frågor och politiska skiljelinjer utan istället av rikspolitiska frågor och opinionsbildning måste det gå ut över den regionala demokratins förmåga till ansvarsutkrävande.

[164] Eva Mörk, Gissur Erlingsson & Lovisa Persson. 2019. *Kommunernas framtid. Konjunkturrådets rapport 2019*. Stockholm: SNS

[165] SvT Uppdrag granskning ”Regionlotteriet” 2022-04-06

Eftersom sjukvården ligger så högt vad gäller vilka frågor som engagerar väljarna finns det skäl att tro att ett separat val till regionerna skulle öka väljarnas kunskaper om verksamheten och de politiska alternativen. En modell som diskuterats är ”saxade” val som skulle innebära valrörelser vartannat år där valen till regionerna skiljdes ut både från valen till riksdag och primärkommunerna. Att ha allmänna val oftare kan också tänkas vara till fördel för partiernas förmåga att mobilisera fler politiskt aktiva och måhända också vitalisera de som redan är medlemmar. Allmänhetens förtroende för politiker och för demokratins institutioner stiger i allmänhet också under valår.[166]

Skiljde man ut valen till regionfullmäktige från de två andra valen skulle det också vara möjligt att markera särställningen för detta politiska val genom att förändra valsystemet. Man kunde till exempel ha ett större inslag av personval eller ge väljarna möjligheter att fördela sina röster mellan kandidater från flera partier.[167] Fördelen med att skilja inte bara valdagen utan också valsystemet är att just markera att valet till regionfullmäktige då inte skulle ses som en förtroendeomröstning om politiken på riksnivån utan just handla om de specifika regionala frågorna.

Forskning visar att politiska system med en tydligt professionell och meritrekryterad tjänstemannakår vars ställning är rättsligt reglerad har stora fördelar gentemot en offentlig förvaltning som är oreglerad och därför riskerar att politiseras.[168] Här finns det skäl att uppmärksamma att regleringen av den regionala tjänstemannakårens ställning är närmast obefintlig och en förändring härvidlag vore med stor sannolikhet att föredra.

Ytterligare en förändring som med stor sannolikhet skulle stärka den regionala demokratins legitimitet vore att införa en oberoende professionell regional revision efter den modell som nu finns på den nationella nivån. Det finns forskning som visar att en professionell revision av offentlig verksamhet som också ger en bred spridning av revisionsrapporterna har positiva effekter vad gäller att stävja oegentligheter och brister i den offentliga verksamheten och den kan därmed öka legitimiteten och medborgarnas förtroende för den demokratiska styrningen[169]. Det finns en relativt omfattande kritik av att revisionen på den kommunala och regionala nivån inte är tillräckligt oberoende utan består av förtroendevalda utsedda av andra förtroendevalda vars fögderi de har att granska samt att den inte är tillräckligt professionell.[170] Det förefaller också vara sällsynt att den kommunala revisionens rapporter får en omfattande medial spridning.

Det finns, som tankeexperimentsmodellen visar, i princip ingen gräns för kreativa initiativ när det gäller att förändra och förhoppningsvis förbättra den regionala demokratin. För många sådana förändringar går det emellertid inte att forskningsmässigt visa övertygande resultat att demokratin skulle förbättras. Vissa möjliga förändringar kan givet det politiska läget och den rådande politiska kulturen synas tämligen orealistiska (exempel idén om en regional

[166] Eva Mörk, Gissur Erlingsson & Lovisa Persson. 2019. *Kommunernas framtid. Konjunkturrådets rapport 2019*. Stockholm: SNS, s. 170.
[167] Detta valsystem kallas på engelska för ”Single Transferable Vote” och används bland annat i delar av Australien och Irland, se Bo Rothstein. 2007. ”Ge väljarna möjlighet att rösta på flera partier. *Dagens Nyheter* 2007-01-09.
[168] Carl Dahlström & Victor Lapuente. 2017. *Organizing the Leviathan: How the relationship between politicians and bureaucrats shapes good government.* Cambridge*:* Cambridge University Press*.*
[169] Maria Gustavson & Axel Sundström. 2018. "Organizing the Audit Society: Does Good Auditing Generate Less Public Sector Corruption?" *Administration & Society* 50:10.
[170] Se exempelvis Statskontoret 2008. *En mer oberoende kommunal revision.* Rapport 2008:4; Riksrevisionens remissvar på SOU 2016:24 *En ändamålsenlig kommunal redovisning,* DNR: 5.1.1 -2016- 0747; Magnus Hedberg & Åke Wahlsten 2017, ”Inför en professionell kommunal revision”, *Dagens Samhälle* 2017-06-27; Inga-Britt Ahlenius 2017. ”Kommunerna behöver en oberoende revision”, *Göteborgsposten* 2017-07-21

”presidentialism”). Poängen med modellen är emellertid inte realism utan att skapa utrymme för en mera kreativ och innovativ diskussion som kan gå utanför den berömda ”tankeboxen” om vad som skulle kunna åstadkommas för att förbättra dem regionala demokratin

16. Ett ändrat huvudmannaskap och hälso- och sjukvårdens legitimitet

Som visats i avsnittet sex ovan om den representativa demokratins legitimitet hos befolkningen så är de viktigaste faktorerna varken kopplade till medborgarnas demokratiska rättigheter eller till det utfall de anser sig få av den offentliga verksamheten. Istället är de avgörande faktorerna kopplade till hur processerna och förhållandena i implementeringsprocessen uppfattas. Eftersom mycket tyder på att oberoende av huvudmannaskapet så är demokrati via idén om ”folkviljans förverkligande” orealistisk och då även möjligheterna till effektivt ansvarsutkrävande är begränsat finns det goda skäl att fästa vikt vid om mer kan göras vad gäller implementeringen av hälso- och sjukvården. Här är det naturligtvis betänkligt att jämfört med likartade länder är Sverige ”sämst i klassen” när det gäller upplevelser att inte bli tagen på allvar eller att känna sig orättvist behandlad.[171] Det är också problematiskt att lagar och avtal om att bli garanterad vård inom viss tid eller att få en fast läkarkontakt inte genomförs tillfullo. Att använda ett begrepp som ”garanti” för något som i verkligheten visar sig inte vara någon ”garanti” tyder dessvärre på en viss fäbless inom sektorn för det slags nyspråk som brukar förknippas med författaren George Orwell.

Riksdagen har antagit både en patientlag och en patientsäkerhetslag för att stärka medborgarnas ställning gentemot sjukvårdshuvudmännen. I båda fallen är det regionerna som ansvarar för huvuddelen av genomförandet av dessa lagar och i båda fallen har inspektionsmyndigheter konstaterat väsentliga brister. Patientlagen trädde i kraft 2015 och syftade till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i några rapporter följt upp lagens genomförande. I en första analys 2017 konstaterades att lagen inte hade inneburit att patienternas ställning stärkts. I en analys fyra år senaste som byggde på samma typ av enkätdata var slutsatsen att man såg knappt några tecken på att lagens efterlevnad hade förbättrats.[172] Man kunde också konstatera att måluppfyllelsen för den nationella vårdgarantin försämrats. Bland myndighetens rekommendationer var att regeringen borde initiera ett förtydligande av patientlagen som skulle klargöra var ansvaret låg för att lagen efterföljdes. Att ett sådant förtydligande ansågs vara nödvändigt måste ur det här anförda legitimitetsperspektivet ses som anmärkningsvärt.

Ett särskilt problem som lyftes fram i rapporten var att patienternas rättsliga ställning i Sverige är svag. Som ett botemedel mot detta förslogs i rapporten att regeringen skulle utreda ”möjligheten för IVO att besluta om rättsligt bindande sanktioner mot huvudmän”[173] som negligerade att genomföra lagen. Detta hävdades vara av vikt eftersom patienter i Sverige inte kan vända sig till domstol om de som ansvarar för att lagarna på området efterlevs negligerar att ta detta ansvar. Rapporten lyfte fram att IVO ”saknar den befogenheten idag samtidigt som huvudmännen har en avgörande roll i att skapa förutsättningar för vårdgivarna att erbjuda vård

[171] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, PM 2024:3. *Vården ut befolkningens perspektiv.* Länderna i undersökningen är Australien, Frankrike, Kanada, Nederländerna, Nya Zeeland, Schweiz, Storbritannien, Sverige, Tyskland och USA:
[172] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. En lag som kräver omtag: Uppföljning av patientlagens genomslag med en fördjupning om valfriheten. Rapport 2021:10.
[173] a.a.s. 17.

som uppfyller patientlagstiftningen och dess intentioner".[174] Problemet kan sammanfattas med att lagar som dessa på hälso- och sjukvårdsområdet bygger på en förhoppning att de existerande huvudmännen och vårdgivarna frivilligt kommer att välja att ta till sig och förverkliga intentionerna i lagstiftningen i sin verksamhet eftersom det i realiteten inte finns några effektiva sanktionsmöjligheter för staten eller de enskilda medborgarna att ta till om så inte blir fallet. Man kan benämna detta som en institutionalisering av principen om oansvarighet eftersom de som har att tillämpa och följa lagarna (i detta fall regioner och primärkommuner) inte ställs till ansvar om det låter bli att göra detta. Denna institutionalisering av oansvarighet i utförandeledet gynnar med stor sannolikhet inte legitimiteten för hälso- och sjukvården.

Vad gäller patientsäkerhetslagen har Statskontoret 2019 på regeringens uppdrag utfört en analys av hur systemet med klagomål på vården fungerar. År 2018 beslutade Riksdagen om en förändring av systemet vilken innebar att klagomålen inte kulle gå direkt till IVO utan först hanteras av vårdgivaren. En positiv effekt av den nya ordning var enligt Statskontoret att patienter som klagat fortare fick svar. Men rapporten konstaterade också brister såsom att det var svårt för patienterna att hitta och finna korrekt information i systemet och att få var tillfreds med hur deras klagomål besvarats av vårdgivarna. Till detta kom att det nya systemet för klagomål inte ökat patientsäkerheten i någon betydande grad vilket berodde på att information och insikter om problemen ofta inte nått längre upp i verksamheten. Detta sades försvåra för vårdgivarna att ställa samman och analysera problemen vilket i sig minskande förmågan att lära av de misstag som begåtts.[175]

Dessa analyser från inspektions- och utvärderingsmyndigheter tyder på att det finns betydande möjligheter för att stärka legitimiteten för hälso- och sjukvården alldeles oberoende var huvudmannaskapet för verksamheten är placerat. Den omfattande otydlighet som finns om var ansvaret ligger för att den lagstiftning som beslutas också genomförs kan rimligen inte gynna möjligheten till demokratiskt ansvarsutkrävande. Eftersom rättssäkerhet har visat sig vara en viktig källa för legitimitet blir en slutsats att staten bör avstå från att anta lagar om för medborgarna viktiga förhållanden som tillgänglighet (t ex vårdgaranti och fast läkarkontakt) om staten inte är beredd att använda tillräckligt starka styrmedel för att lagarna ifråga också skall realiseras i den konkreta implementeringen. Detta gäller både vid ett eventuellt förstatligande där det skulle vara statliga organ på den lokala eller regionala nivån som har att tillämpa dessa lagar eller om det som nu är regionerna. Den svenska hälso- och sjukvården har varit präglad av en uppfattning att det finns ett harmoniskt förhållande mellan vårdgivare och medborgarna/patienterna och att de senare därför inte behöver förses med konkreta rättigheter för vilka det är möjligt att utkräva ansvar av vårdgivarna om de stipulerade rättigheterna inte tillhandahålls.[176]

Denna tankefigur om ett konfliktfritt och i grunden harmoniskt förhållandet mellan "producenterna och konsumenterna" av hälso- och sjukvård rimmar emellertid illa med de undersökningar som refererats ovan som exempelvis visar att svenska patienter oftare känner sig orättvist bemötta och inte tagna på allvar än vad som är fallet i jämförbara länder. I ett alltmer individualistiskt präglat samhällsklimat där individuella rättigheter kommit att spela en allt större roll måste det ses som tveksamt om denna harmoniprincip är tillfredsställande när det gäller systemets legitimitet.

[174] a.a.s. 17.
[175] Statskontoret 2020. *Utvärdering av det nya klagomålssystemet inom hälso- och sjukvården.* Slutrapport 2019:18
[176] Lars Karlsson. 2003. *Konflikt eller harmoni? Individuella rättigheter och ansvarsutkrävande i svensk och brittisk sjukvård*. Avhandling, Statsvetenskapliga institutionen, Göteborgs universitet.

Det framhålls ofta att den svenska hälso- och sjukvården istället för ett rättighetsperspektiv bygger på en lagstiftning som reglerar vårdgivarnas skyldigheter. Från ett legitimitetsperspektiv måste man emellertid ställas sig frågan vad en sådan skyldighetslagstiftning är värd om det i praktiken står vårdgivarna, dvs i detta fall regionerna, fritt att inte uppfylla sina skyldigheter. Man måste också ställas sig frågan om ett förstatligande av området skulle förbättra möjligheterna för medborgarna att effektivt kunna ställa krav på de statliga enheter som då skulle utföra verksamheten att faktiskt tillhandahålla den service som lagstiftningen påbjuder. Det är med andra ord fullt möjligt att legitimiteten för hälso- och sjukvården inte är kopplad till frågan om huvudmannaskapet utan istället avgörs av i vilken grad implementeringen följer de lag eller på annat sätt fastställda principer (såsom exempelvis vårdgaranti och rätt till fast läkarkontakt). Den då avgörande legitimitetsgrund blir i vilken utsträckning principer som dessa också ger den enskilde medborgaren/patienten möjlighet att effektivt hävda att de skall gälla i den specifika situationen där mötet med vårdgivaren sker. Tanken att ett statligt huvudmannaskap skulle förbättra legitimiteten bygger på att ett förstatligande skulle innebära en sådan förändring av den enskilde medborgarens/ patientens ställning men det är långt ifrån självklart att det finns någon slags automatik i en sådan förändring som innebär att så också skulle bli fallet.

17. Sammanfattning och slutsatser

Frågan för denna rapport har varit vilka konsekvenser ett helt eller delvis förstatligande av huvudmannaskap för hälso- och sjukvården skulle få för medborgarnas demokratiska ansvarsutkrävande och för legitimiteten i hälso- och sjukvårdssystemet. Inledningsvis påvisades att av de demokratimodeller som statsvetenskapen presenterar så är svensk demokrati att karakterisera som en representativ valdemokrati där liberala värden spelar en viktig roll. Vidare konstaterades att en korporativ modell för samhällsstyrning under lång tid också präglat svensk politik. Det framhölls också att svensk demokrati i jämförelse med andra demokratiska länder står sig kvalitetsmässigt väl. Det betyder emellertid inte att demokratiteoriernas högt ställda normativa ideal är uppfyllda. Det visades också att i sin institutionella utformning finns det väldigt stora möjligheter att utforma en demokrati på olika sätt och att många av dessa skiljer sig från den i nuläget etablerade svenska modellen för demokrati på såväl nationell som regional nivå. Tillgängliga undersökningar ger en tämligen blandad bild av svenska folkets uppfattningar om sjukvården. Förtroendet, särskilt för personalen är mycket högt, men vad gäller medborgarnas bedömning av det faktiska utförandet är detta klart lägre. Förtroendet för de som ansvarar för hälso- och sjukvården är lågt. Det är noterbart att till skillnad från till exempel skolan så är de som ofta kommer i kontakt med sjukvården mera negativa till hur den fungerar. Jämfört med likartade länder är svenskar mera missnöjda med väntetider, kontakt med vårdpersonal, tillgänglighet och upplever oftare att de blir orättvist behandlade och inte tagna på allvar.

Med underlag i internationell och svensk forskning påtalades att det finns skäl att inte ha höga förväntningar vad gäller att demokratin av svensk modell i realiteten kan innebära ett ”folkviljans förverkligande” inom hälso- och sjukvården. Man kan ha något högre förväntningar att det demokratiska ansvarsutkrävande i efterhand skall fungera men även denna modell ställer höga krav på kunskaper och information hos väljarna och att på att det demokratiska systemet är så organiserat att det går att avgöra var och från vem ansvaret skall utkrävas. Hälso- och sjukvårdsområdet med sin komplicerade organisation kan knappast sägas leva upp till den tydlighet som modellen för ansvarsutkrävande ställer. Vad gäller det

demokratiska styrelseskickets legitimitet är ett överraskande resultat från den internationellt jämförande forskningen att människor visserligen fäster stor vikt vid sina demokratiska rättigheter och vad det rent materiellt får ut av den förda politiken. Men båda dessa faktorer visar sig vara klart mindre viktiga för demokratins legitimitet än vad som sker i själva implementeringen av politiken. Faktorer som respekt för rättsstatens principer om till exempel likabehandling, låg korruption och den operativa verksamhetens effektivitet är de viktigaste faktorerna för människor när de bestämmer sig för om de uppfattar sitt styrelseskick som legitimt. Opartiskhet i den offentliga förvaltningens och servicen spelar en avgörande roll för skapandet det demokratiska systemets legitimitet vilket beror på att det huvudsakligen är här som medborgaren kommer i kontakt med det offentliga. Till detta kommer att legitimiteten för ett område som hälso- och sjukvården är starkt påverkad av verksamhetens epistemiska kvalitet, det vill säga att denna bygger på vetenskapligt säkerställd kunskap samt av professionernas etiska standard.

En central fråga är vad de demokratiska besluten om sjukvården skall handla om. Resurser och lokalisering är frågor som politiseras tillsammans med frågan om hur mycket och på vilka villkor den offentligt finansierade sjukvården skall utföra av privata operatörer. Det finns emellertid vissa belägg för att frågor om prioriteringar mellan olika typer av insatser inte är något som väljarna vill befatta sig med. Hälso- och sjukvården är dessutom ett område där det oftast inte går att precisera ett önskat utfall och därmed inte i efterhand mäta om detta har uppnåtts. Istället är det processen (dvs hur patienter bemöts, behandlas och vårdas) som är det centrala. Innehållet i processer som handlar om människor är emellertid svåra att styra och kontrollera politiskt vilket ger ett mera djupgående demokratiproblem då det inte kan finns någon demokratisk insyn i eller kontroll av vad som faktiskt sker i hälso- och sjukvårdens ”mikroprocesser” där den enskilda patienten möter vårdgivaren. Sammantaget innebär detta att hälso- och sjukvården har ett tämligen begränsat utrymme för demokratiskt beslutsfattande givet dels de politiska skiljelinjer som historiskt har dominerat svensk politik, dels de styrningsproblem som är inbyggda i verksamheten. I stor utsträckning får man vad gäller det senare problemet förlita sig på professionernas etik. Detta gäller inte enbart hälso- och sjukvårdens frontpersonal utan den etiska dimensionen är också viktig för de som är chefer och administratörer.[177] De förtroendevalda är emellertid inte helt utan inflytande vad gäller etiken inom hälso- och sjukvården eftersom de har möjlighet att ställa krav på både omfattning och kvalitet i utbildningen av olika personalgrupper och vad gäller kompetens vid rekrytering av personal.

Det finns ett tämligen stort avstånd mellan den ideala visionen av den regionala demokratin som framhålls av bland annat SKR och som bygger på idén om ”folkviljans förverkligande” och den bild som tillgängliga undersökningar ger. Valen till regionfullmäktige kommer ofta i skuggan av valen till riksdag och kommunfullmäktige, väljarnas kunskaper om de politiska alternativen, partiernas ståndpunkter och kandidaterna är tämligen skral och den mediala bevakningen av regionvalen är med något undantag ringa. Med tanke på den stora vikt som väljarna lägger vid sjukvården är det något överraskande att det politiska intresset för regionvalen är så ringa. Det faktum att allt fler väljare röstar annorlunda i regionvalet än i de två andra valen kan knappast förklaras av deras ambition att göra ett välinformerat val. Mycket talar för att den ökande ”röstsplittringen” istället beror på en generellt svagare partiidentifikation i väljarkåren. En empirisk studie visar att det bara är en liten andel (6 procent) av de som väljer att rösta på olika partier i de tre valen som anger motiv hämtade från regionens

[177] Erica Falkenström & Anna T. Höglund. 2019. ”There is total silence here. Ethical competence and inter-organizational learning in healthcare governance”. *Journal of Health Organization and Management* 34 (1).

verksamhet. En majoritet av väljarna uppger att de inte har informerat sig om den sjukvårdspolitik det parti som de röstat på i regionvalet står för och likaså är det en majoritet av väljarna som inte vet vilket eller vilka partier som styr deras region. En majoritet av väljarna önskar enligt tillgängliga enkätundersökningar att sjukvården skall förstatligas och man kan också i många fall ifrågasätta hur pass stark den regionala identiteten är hos befolkningen i Sverige. Ett problem är att nästan alla statliga myndigheter som har att bedriva verksamhet i hela landet inte följer den regionindelning som gäller för den svenska demokratin.

Inte heller det politiska ansvarsutkrävandet är okomplicerat i den regionala demokratin. Det beror delvis på att till skillnad från i riksdagen så råder det inte någon ”rak parlamentarism” på regionnivån. Istället gäller principen om permanenta samlingsregerande, vilken dock har fått ge vika för vad forskarna på området benämner som en ”kvasi-parlamentarism”. Systemet gör det svårt för väljarna att se vilket eller vilka partier som bär ansvar för vilka beslut. Även SKR som kommit att bli en inflytelserik organisation är problematisk ut detta perspektiv på grund av att organisationen styrs av indirekt utsedda politiker och också har ett permanent samlingsstyre. Så är även fallet med de sex samverkansregioner som ansvarar för den mera kvalificerade sjukvården. Detta skapar ytterligare svårigheter vad gäller möjligheterna till demokratiskt ansvarsutkrävande.

SKR:s starka ställning inom området kommer sig bland annat av att alla regeringar de senaste decennierna valt att försöka styra stora delar av sjukvården genom att ingå avtal med SKR. Generellt innebär avtalen att SKR som talesman för regionerna åtar sig att utföra vissa åtgärder inom sjukvården i utbyte mot ekonomiskt stöd från staten. Den demokratiska och rättsliga legitimiteten i denna styrmodell har granskats av forskare och slutsatserna är inte positiva. Beslutsprocesserna i denna otraditionella avtalsstyrning lever inte upp till de normer som skall prägla beslut i den representativa demokratin såsom möjlighet till ansvarsutkrävande, öppenhet och transparens. Istället har denna beslutsmodell klara drag av den korporativa samhällsordning som starkt präglade svensk politik fram till början av 1990-talet och som också den kom att kritiseras för brister vad gällde de demokratiska grundprinciperna.

Till analysen har lagts några erfarenheter från två andra omfattande områden där förändringar av huvudmannaskap genomförts i modern tid, nämligen kommunaliseringen av skolväsendet och förstatligandet av polisväsendet. Det är visar sig svårt att finna att i någon av dessa reformer har de genomförda förändringarna inneburit någon mera påtaglig förbättring av demokratin, ansvarsutkrävandet eller legitimiteten och det är därför svårt att dra några generella slutsatser som kunde tillämpas på hälso- och sjukvårdens område. Det finns en omfattande kritik av kommunaliseringen av skolan vad gäller hur detta har påverkat kvalitén i verksamheten men det fanns också omfattande kritik av detta slag innan kommunalisering. Inte minst är det här värt att lyfta fram de undersökningsresultat som visade på brister i medborgarnas möjlighet att utöva inflytande över skolan under tiden före kommunaliseringen. Vad gäller polisen så kan man konstatera en stark minskning av antalet lokala polisstationer efter förstatligandet och detta är något att betänka för denna utredning eftersom frågor om lokalisering av hälso- och sjukvårdens enheter är något som väljarna (särskilt de i landets mindre befolkade regioner) fäster stor vikt vid.

Både den regionala demokratin och systemet med statlig styrning via avtal har betydande brister vad gäller det demokratiska ansvarsutkrävandet. De många olika organ och enheter som verkar på området försvårar i betydande grad ansvarsutkrävandet. Ett förstatligande av hälso- och sjukvården skulle förmodligen göra att det blev lättare för väljarna att bilda sig en uppfattning om var ansvaret för verksamheten ligger och därmed via i sitt röstande utkräva ansvar. Detta

skall emellertid ses i ljuset av att i riksdagsvalen har väljarna att ta ställning till hur verksamheten bedrivs inom många olika politikområden vilket självklart gör möjligheten till ansvarsutkrävandet för just hälso- och sjukvården mindre. Här har regionvalen en fördel eftersom regionernas verksamhet är så hårt koncentrerad till detta politikområde. Ett förstatligande skulle också komma att ske till priset av att det måste etableras en omfattande statlig administration för sjukvården såväl nationellt som regionalt och förmodligen även i många fall också på den lokala nivån. Styrningskedjan från socialdepartementet ner till den enskilda vårdcentralen eller sjukhuskliniken blir både lång och komplicerad. Sveriges särskilda system där direkt ministerstyre inte är tillåtet begränsar också möjligheterna för regeringen att direkt styra verksamheten. Det uppstår också ett problem hur man skall utse vilka som skulle sitta i styrelserna får de statliga sjukhusen, vårdcentralerna och specialklinikerna och hur ansvar för dessa skulle kunna utkrävas. Det finns inom svensk statsförvaltning ingen etablerad och väl fungerande modell som direkt kan användas för detta ändamål. Många myndigheter har så kallade insynsråd men deras befogenheter är synnerligen begränsade och därmed är ett demokratiskt ansvarsutkrävande inte möjligt. Till detta skall läggas att ett förstatligande inte innebär att de omfattande regionala skillnader som existerar i befolkningstäthet, fysiska avstånd och möjlighet att rekrytera kompetent personal försvinner. Ett fullständigt förstatligande skulle dessutom riskera att regionerna försvinner som politiska enheter vilket skulle innebära att omkring femtusen förtroendevalda också utrangeras från den svenska demokratin. Även med de brister som kan konstateras när det gäller hur den regionala demokratin i nuläget fungerar är det tveksamt om svensk demokrati skulle vara betjänt av en så stor minskning av antalet personer med politiska förtroendeuppdrag.

Det tankeexperiment för hur man kan organisera ett demokratiskt system som inledningsvis presenterades visade på ett betydande utrymme för hur den nuvarande formen för den regionala demokratin skulle kunna förändras så att ansvarsutkrävande via den representativa demokratin förbättras. Bland de många möjligheter som finns lyftes fram att genomföra principen om ”rak parlamentarism” i regionerna, bryta med principen om en gemensam valdag och också införa ett annorlunda valsystem till regionerna för att visa på detta vals särskild status. En ytterligare möjlighet är att man på den regionala nivån etablerar samma princip som gäller på riksnivån för revisionen vilket skulle innebära att den blir självständig i förhållande till regionfullmäktige. Det skall understrykas att detta bara är några av de många möjligheter som enligt modellen står till förfogande om man önskar förbättra möjligheterna till ansvarsutkrävande i den regionala demokratin.

Följer man vad den internationellt jämförande forskningen visar så för legitimiteten för en offentlig verksamhet är denna inte mest beroende av möjligheterna till ansvarsutkrävande via medborgarnas den representativa demokratin. Istället är det viktigaste hur medborgarna uppfattar hur verksamheten fungerar i det konkreta utförandet. Rättsstatens grundläggande principer om respekt för medborgarnas rättigheter, likabehandling, kontroll av korruption och med korruption förknippade oegentligheter och verksamhetens effektivitet är de faktorer som har tyngst vikt för människors uppfattning om legitimiteten i offentliga verksamheter. Här finns det utrymme för omfattande förbättringar av den svenska hälso- och sjukvården alldeles oberoende av var huvudmannaskapet ligger. Även om det generella förtroende för sjukvården är högt och uppfattningen om hur väl man genomför sina åtaganden någorlunda god, måste det ses som ett problem att jämfört med likartade länder ligger Sverige sämst till vad gäller patienternas uppfattning att bli tagen på allvar eller att känna sig rättvist behandlad. Det måste rimligen också sänka legitimiteten när lagar som om tillgänglighet eller garanterad sjukvård inom viss tid inte efterlevs.

Omfattande brister vad gäller implementeringen av patientlagen och patientsäkerhetslagen rimmar också illa med behovet av tydlighet vad gäller ansvaret och möjligheten till legitimitet på utförandesidan. Svensk hälso- och sjukvård har kommit att domineras av tanken om ett konfliktfritt och harmoniskt förhållande mellan patienterna och vårdproducenterna vilket flera undersökningar som gjorts visar inte är en alltigenom korrekt bild av förhållandet. Med alltmer individualistiska medborgare som fäster stor vikt vid individuella rättigheter är det tveksamt om denna harmoniprincip är tillfredsställande när det gäller att skapa legitimitet. Den svenska hälso- och sjukvården har inte varit präglad av att ett rättighetsperspektiv utan istället koncentrerats på att utforma skyldigheter för vårdgivarna. Från ett legitimitetsperspektiv kan man ifrågasätta vad en sådan skyldighetslagstiftning är värd om vårdgivarna i praktiken utan några tydliga konsekvenser kan avstå från att uppfylla sina skyldigheter gentemot medborgarna/patienterna. Idén att ett statligt huvudmannaskap skulle förbättra legitimiteten i utförandet bygger på att ett förstatligande skulle innebära att den enskilde medborgarens/patientens ställning stärks genom att de förstatligade sjukvårdsenheterna har skyldighet att följa de lagar som riksdagen beslutat. Det är emellertid långt ifrån självklart att detta, givet det etablerade harmonitänkandet inom området, i realiteten skulle bli fallet. Om ett förstatligande, helt eller delvis, skall innebära en stärkt legitimitet för hälso- och sjukvården, bör förmodligen patienträttigheterna utformas så att de blir mer konkreta för medborgarna, alternativt skyldigheterna för vårdgivarna bli mera verkningsfulla.

Starkt förenklat kan slutsatserna från denna rapport sammanfattas i nedanstående tio punkter.

Det finns en omfattande diskrepans mellan å ena sida mycket goda medicinska resultat och förhållandevis stort missnöje med hur hälso- och sjukvården bemöter medborgarna.

Utrymmet för demokratiskt inflytande över den svenska hälso- och sjukvården är jämförelsevis begränsat och det är för medborgarna otydligt var och hos vem ansvaret för olika verksamheter ligger.

Den regionala demokratin uppvisar omfattande brister vad gäller väljarnas möjligheter till demokratiskt ansvarsutkrävande. Detta förstärks genom avsaknaden av ”rak parlamentarism”.

Faktorer som respekt för principer som likabehandling, låg korruption och den operativa verksamhetens effektivitet är de viktigaste faktorerna för människor när de bestämmer sig för om de uppfattar sitt styrelseskick som legitimt.

På grund av utsträckta och komplicerade problem med styrning av sektorn samt särdragen i den statliga förvaltningsmodellen är det är tveksamt om ett förstatligande skulle innebära fördelar vad gäller demokrati, legitimitet och ansvarsutkrävande.

Ett helt förstatligande av hälso- och sjukvården skulle kunna leda till en kraftig minskning av antalet förtroendevalda i den svenska demokratin.

Ett förstatligande innebär inte att de omfattande regionala skillnader som existerar i befolkningstäthet, fysiska avstånd och möjlighet att rekrytera kompetent personal försvinner.

Statens styrning av hälso- och sjukvården genom avtal med SKR leder till omfattande problem vad gäller demokratiskt ansvarsutkrävande samt oklar alternativt utebliven resultatredovisning

Omfattande brister vad gäller implementeringen av patient-lagen och patientsäkerhetslagen rimmar illa med behovet av tydlighet vad gäller ansvar och legitimitet.

Möjligheterna till ett nytänkande om den regionala demokratin för att öka möjligheterna till demokratiskt ansvarsutkrävande och legitimitet är mycket omfattande.

Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén 2024

Administration i hälso- och sjukvården

- några organisationsteoretiska iakttagelser

Anders Ivarsson Westerberg

anders.ivarsson.westerberg@sh.se

Avdelningen för Offentlig förvaltning

Södertörns Högskola

Stockholm

Daniel Castillo

daniel.castillo@sh.se

Avdelningen för Offentlig förvaltning

Södertörns Högskola

Stockholm

Innehåll

1. Inledning ... 3

2. Vad är administration? ... 4

2.1. Sammanfattning ... 7

3. Begrepp i litteraturen: Friktioner, administrative burden, red tape, sludge och administrativt arbete ... 8

3.1. Hur mäts administration? ... 10

3.2. Hur mycket administrerar vårdpersonalen? ... 11

3.3. Sammanfattning ... 13

4. Vad består administrationen i hälso- och sjukvården av? ... 15

4.1. Studier utifrån ett funktionsperspektiv ... 15

4.2. Forskningsläget - sammanfattning och slutsats ... 16

5. Statlig och regional styrning och relationen till administrativt arbete i hälso- och sjukvården. 18

5.1. Styrning genom lagstiftning? ... 18

5.2. Tre starka idéer inom offentlig hälso- och sjukvård ... 19

5.3. Administrativ tillväxt genom organisatoriska tolkningsprocesser ... 20

5.4. Efterhandsstyrning som ytterligare källa till administrativt arbete ... 23

5.5. Administrativ överimplementering ... 24

5.6. Vilka är det som tolkar lagstiftningen? Fler organisationsprofessionella ställer fler krav ... 25

5.7. Sammanfattning – styrning, krav och tolkning ... 26

6. Faktorer som driver respektive motverkar administration ... 28

6.1. Arbetsprocesser som involverar administration – exemplet primärvården ... 28

6.2. Sju faktorer som driver administrativt arbete i hälso- och sjukvården ... 31

6.3. Vad motverkar (onödigt) administrativt arbete i hälso- och sjukvården? ... 34

7. Statligt huvudmannaskap och administration i hälso- och sjukvården ... 36

8. Referenser ... 38

1. Inledning

Denna rapport är en underlagsrapport till Vårdansvarskommittén (S 2023:04). Syftet med underlagsrapporten är att ta fram ett kunskapsunderlag som kan användas i kommitténs arbete och analyser. Rapportens huvudsakliga fokus ska vara att undersöka vilka konsekvenser ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården kan få gällande styrningen av, och administrationen i, hälso- och sjukvårdssystemet.

I kommitténs direktiv (dir. 2023:73) anges att ’’den administrativa bördan i hälso- och sjukvården behöver minska så att mer tid kan ägnas åt patientnära arbete och kärnverksamheten. De förslag som kommittén lämnar ska också säkerställa minskad detaljstyrning och administrativ börda’’. Kommittén ska också ’’lämna förslag på hur den statliga styrningen på ett ändamålsenligt sätt kan stärkas i de delar regionerna bibehåller huvudmannaskapet’’. Sett till detta behöver kommittén en underlagsrapport med följande innehåll:

- En definition av uttrycket administrativ börda i hälso- och sjukvården och vad som skiljer administrativ börda från nödvändig administration, samt en beskrivning av vilka arbetsuppgifter som administrativ börda kan bestå av och vilka professioner som berörs av detta.
- Har den administrativa bördan i hälso- och sjukvården förändrats över tid? Hur stor del av hälso- och sjukvårdspersonalens tid läggs på administrativa uppgifter idag jämfört med tidigare?
- Hur påverkar statlig och regional styrning den administrativa bördan och administrationen i hälso- och sjukvården?
- Vilka faktorer driver, respektive motverkar, administrativ börda och administration i hälso- och sjukvården?
- Om staten skulle ta över huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården, hur skulle det troligen påverka den administrativa bördan och administrationen i hälso- och sjukvården?

Rapporten bör utgå från, och ge en bild av, det aktuella forskningsläget när det gäller organisationsteori och styrning samt administrativ börda och av lärdomar från centralisering eller decentralisering av andra offentliga verksamheter. Om det saknas forskning för att besvara de olika delarna av uppdraget ska detta beskrivas. Föreliggande rapport kommer således att diskutera dessa frågor utifrån det aktuella forskningsläget.

2. Vad är administration?

Det är lätt att få intrycket att administrativt arbete är något förkastligt som tär på organisationens, och det offentligas resurser, och som snarare leder till dålig kvalitet, krångel och dålig arbetsmiljö. Administration har fått ett negativ stämpel som förknippas med avarterna av byråkratin. Följaktligen är det närmast förgivettaget att man genom att skära ned på administration i organisationer kan spara pengar, öka kvaliteten och öka effektiviteten i verksamheten.

Detta är ett felaktigt antagande, då administration är helt nödvändigt för att en organisation ska kunna fungera överhuvudtaget. En viss andel administration behövs alltid. Däremot kan administration vara mindre funktionellt om det blir överadministrerat, eller om det administrativa arbetet utförs på fel nivå av fel personer. Därför är det nödvändigt att nyansera och definiera vad administration är, och hur man kan se på begreppet och de aktiviteter som avses för att kunna föra en meningsfull diskussion om eventuell minskning eller förändring.

Det går att definiera administration såsom:

> *Administration är allt skapande och all insamling, bearbetning, sammanställning och avrapportering av information till såväl interna som externa intressenter av olika slag (ägare, ledning, chefer, personal, intressegrupper, myndigheter, kunder, leverantörer, media, med flera) och syftar till att upprätthålla en kontinuerlig och samordnad verksamhet samt att försvara, motivera och förklara organisationen och dess verksamhet inåt och utåt.*[1]

Definitionen består av flera led. För det första handlar den om skapandet, insamlingen, bearbetningen och så vidare av information. Detta är centralt – information är som sagt administrationens arbetsmaterial. För det andra har informationen en eller flera mottagare, som kan vara interna eller externa. För det tredje betonas syftet med administrationen.

Det går också att dela upp administrationsbegreppet i tre olika typer: konstituerande, effektiviserande och legitimerande. Den mest grundläggande är den konstituerande administrationen som krävs för att en organisation skall uppstå överhuvudtaget. Den konstituerande administrationen har som funktion att upprätthålla och bibehålla organisationen. Det är de administrativa processerna samordning, arbetsfördelning och planering som bidrar till detta. Denna administrationstyp har ett direkt samband med de direkta arbetsprocesserna och förändras som resultat av förändring i den interna organiseringen eller verksamheten. Det är denna typ av administration som oftast står i fokus när man skall rationalisera i organisationen.

[1] Denna definition är en modifiering av definitionen i Forssell och Ivarsson Westerberg (2014).

Den effektiviserande administrationen har som främsta funktion att bidra till organisationens fortlevnad genom att öka effektiviteten. Typiska effektiviserande administrativa processer är styrning, ledning, kontroll och organisering. Denna administrationstyp har ett indirekt samband med de direkta arbetsprocesserna. Förklaringarna till förändring utgörs av att organisationen eller dess tekniska omvärld blir mer komplex.

Den tredje typen av administration, den legitimerande administrationen, har inte diskuterats i samma utsträckning som de andra. Den legitimerande administrationens funktion är att upprätthålla och öka organisationens legitimitet gentemot övriga samhället. Administrativa processer som syftar till legitimering är det som kallas omvärldshantering och kan ta sig uttryck i att upprätta planer, policies och strategier samt informera allmänheten och presentera organisationen. Denna administrationstyp har oftast ett löst samband med de direkta arbetsprocesserna och det sker särkoppling mellan administrativa aktiviteter och verksamhet. Förklaringarna till förändring i den legitimerande administrationen är att organisationen anpassar sig till sin institutionella omvärld och att denna blir alltmer komplex. I nedanstående tabell sammanfattas administrationsbegreppet:

Egenskap / **Typ**	**Funktion/Syfte**	**Form/administrativ process**	**Samband med direkta arbetsprocesser**	**Förändringsorsak (enligt litteratur)**
Konstituerande administration	Upprättandet och bibehållandet av organisationen	Planering, arbetsfördelning, samordning, kommunikation	Direkt samband med produktion/kärn-verksamhet	Storlek, ålder/tid, intern organisering
Effektiviserande administration	Öka organisationens effektivitet	Ledning, styrning, kontroll, organisering	Indirekt samband med produktion/kärn-verksamhet	Ökad komplexitet i organisation och teknisk omvärld
Legitimerande Administration	Öka organisationens legitimitet	Omvärldshantering	Löst eller inget samband med produktion/kärn-verksamhet	Ökad komplexitet i institutionell omvärld, Anpassning till regler och normsystem

Tabell 1. Olika typer av administration och deras egenskaper.

Dessa tre typer har således olika grad av koppling till organisationens kärnprocesser, där den konstituerande är direkt nödvändig för att organisationen ska fungera, medan den legitimerande i teorin skulle kunna tas bort helt och hållet då den har en lös koppling till kärnverksamheten.

Inom hälso- och sjukvården är administration som är tätt kopplad till kärnverksamheten sådant som till exempel journalföring, medan planer för miljö eller jämställdhet har en lösare koppling till denna, men är i stället kopplad till organisationen och är exempel på den legitimerande typen. En uppdelning som kan göras är således *kärnverksamhetsrelaterad och organisationsrelaterad*. Likaså kan administrationen vara intern eller externt orienterad. Detta beskrivs i nedanstående fyrfältstabell med fyra slag av administration.

ADMINISTRATION	Internt orienterad	Externt orienterad
Kärnverksamhetsrelaterad	Ärendeadministration	Informationsadministration
Organisationsrelaterad	Strukturadministration	Prestationsadministration

Ärendeadministration är de administrativa aktiviteter som är relaterade till organisationens kärnverksamhet och dess avnämare. På en vårdcentral handlar detta om patientanknuten administration, såsom journalföring, utfärdande av remisser och intyg och beställning av provsvar.

Strukturadministration är i stället sådana administrativa aktiviteter som handlar om att stödja upprätthållandet av organisationens inre verksamhet. Sådana aktiviteter kan handla om möten av olika slag, till exempel samordningsmöten, teammöten och arbetsplatsträffar, men också planering i form av arbetsscheman och intern arbetsfördelning. Andra aktiviteter är att kontrollera resursflöden och säkerställa att organisationen fungerar stabilt. På exempelvis en vårdcentral rör det sig om bemanningsplanering, möten och beställning av förbrukningsmaterial.

Informationsadministration är sådana administrativa aktiviteter som riktar sig mot omgivningen och de externa krav som ställs i relation till *kärnverksamheten*. Det kan exempelvis handla om att upplysa allmänheten om organisationens kärnverksamhet, såsom öppettider, regler och typ av tjänster som tillhandahålls. Ofta görs detta via webbplats eller annonser. Informationsadministration kan också vara dokument som beskriver kärnverksamheten för huvudmän eller uppdragsgivare, till exempel verksamhetsberättelser. Det kan också handla om information som samlas in men som baseras på organisationens klienter. På en vårdcentral handlar detta om externa organisationers krav på att erhålla information om en specifik patient, exempelvis via läkarintyg eller om aggregerade data från en större patientgrupp avseende en viss sjukdom.

Prestationsadministration är i stället en typ av administration som uppstår som en konsekvens av externa krav som riktas mot *organisationen* och som syftar till att kontrollera kvalitet, prestation och systematiskt förbättringsarbete. Till viss del kan prestationsadministrationen kopplas till marknadsföring och varumärkesbyggande, och den har inte sällan sitt ursprung i en idé om

konkurrens med andra liknande verksamheter. Det kan också handla om krav på att organisationen ska upprätta olika typer av planer för till exempel miljö och jämställdhet. För den organisation som är föremål för denna typ av krav förstärks behovet av att beskriva verksamheten på ett fördelaktigt sätt gentemot de externa aktörerna, vilket kan ske i olika slags planer, rapporter och policydokument.

2.1. Sammanfattning

Administration är som synes ovan möjlig att resonera om teoretiskt på lite olika sätt. I den tidigare litteraturen finns ingen enhetlig definition av begreppet, utan har behandlats olika. Ibland har administration betecknad hela organisationen, medan det i andra fall använts för en del av densamma och betecknat ”den administrativa överbyggnaden” och skilts från kärnverksamheten i organisationen. Ofta har administrationsbegreppet använts för att beteckna olika aktiviteter eller arbetsuppgifter, men det har räknats in olika saker och har kategoriserats på olika sätt.

Våra resonemang är försök att ringa in begreppet i dess olika delar och ursprung för att kunna analysera och teoretisera administration. Detta ger möjlighet att se såväl vad det innehåller och dess förklaringar och drivkrafter. Vi menar således att administration består av information som behandlas på olika sätt, med olika slags syften och riktas internt eller extern mot olika intressenter. Administrationen kan delas upp i tre olika typer med olika slags koppling till organisatoriska processer, och vi kan i sin tur dela upp dem i fyra slag av administration.

3. Begrepp i litteraturen: Friktioner, administrative burden, red tape, sludge och administrativt arbete

Inom området administration finns det i den internationella litteraturen flera olika begrepp som används för att beskriva och delvis förklara hur och varför det uppstår ”friktioner” inom eller i anslutning till organisationer. I första hand och till största del handlar det om offentliga organisationer. Dels är det friktioner som uppstår inom organisationerna, det vill säga relaterar till de offentliga organisationernas funktionssätt och effektivitet, dels är det friktioner i förhållandet mellan de offentliga organisationerna och de som har kontakt med dem – medborgarna. I forskningslitteraturen talas det om ”red tape” för de interna hindren (Bozeman 1993) och ”administrative burden” för de administrativa hinder som de offentliga organisationerna skapar för medborgare och företag (Moynihan mfl 2015, Heinrich 2016).

”Administrative burden”, eller på svenska administrativ börda, handlar således om att det offentliga särskilt staten pådyvlar medborgarna regler och rutiner som upplevs krångliga, omständliga och till och med ibland onödiga. Tänk till exempel en förälder som ska ansöka om föräldraledighet, och möts av en snårig regelflora och omständliga blanketter, en småföretagare som ansöker om skattejämkning eller en person som ska ansöka om bygglov för att bygga ett nytt hus där långa handläggningstider och omfattande dokumentation krävs.

Inom detta begreppsfält talas det om att det uppstår kostnader för individerna i denna process. Det är lärkostnader (learning) eller investeringar som krävs för att sätta sig in i regler och rutiner, lydnadskostnader (compliance) som innebär att individer får foga sig efter de krav som finns för att få tillgång till förmåner eller tjänster och det är psykologiska (psychological) kostnader som handlar om de upplevelser, särskilt de negativa, som förknippas med processen. Detta kan vara känslor och upplevelser i samband med avslag eller stigma (Moynihan mfl 2015). För att ge exempel på dessa slags kostnader kan man tänka sig att lärkostnader kan finnas vid till exempel skattedeklaration, där det finns många regler och begrepp som en ovan deklarant måste sätta sig in i. Särskilt om deklaranten har eget företag eller haft ovanliga ekonomiska händelser under året kan det behövas åtskillig tid och ansträngning för att förstå hur detta ska redovisas. Lydnadskostnader kan till exempel vara krav på att det ska bifogas olika slags dokument, ibland vidimerade och intygade, för en ansökan. Eller det kan vara rent fysiska: att behöva stå i kö eller boka tid hos en myndighet eller handläggare. De psykologiska kostnaderna kan vara upplevelsen att bli definierad som tillhörande en viss grupp: (arbetslös, utlandsfödd, dyslektiker, diabetiker) för att få tillgång till särskilda tjänster eller få ett visst stöd.

Det finns också en diskussion inom litteraturen om administrativ börda att dessa kostnader också utgör en tröskel eller hinder för medborgare att överhuvudtaget ansöka eller kontakta offentliga

organisationer, vilket i så fall bidrar till ojämlikhet i samhället. Det krävs en viss individuell kapacitet för att klara av kontakten med de offentliga systemen. En särskild sådan diskussion har rört personer som samtidigt har många olika svårigheter, till exempel multisjuka eller långtidsarbetslösa. Dessa personer har ofta kontakt med flera olika myndigheter och instanser, och för att få rätt hjälp och stöd måste de agera själva som samordnare mellan de offentliga organisationerna. För den som inte är kapabel till detta, på grund av till exempel sjukdom eller funktionsnedsättning krävs en lots eller annan samordnare för att navigera mellan myndigheter och regelverk.

När det gäller relationen mellan enskilda medborgare och offentlig sektor har mycket handlat om hur myndigheternas tjänster ska digitaliseras och göras tillgängliga för medborgarna. Här brukar Skatteverket ofta lyftas fram som en förebild, såväl när det gäller det allmänna tilltalet och de elektroniska tjänsterna.

Administrative burden har främst haft ursprung och förankring i den amerikanska forskningen om administration. Begreppet och anslaget handlar om hur den amerikanska staten (och offentliga sektorn) gör livet surt för de fria amerikanska medborgarna. Detta måste förstås i förhållande till den politiska kontexten där staten inte på samma sätt som till exempel i Sverige har legitimitet och är en självklar garant för välfärd och trygghet.

Ett annat begrepp som lanserats är ”sludge”, på svenska slam eller gegga som innebär allt det administrativa arbete som skapas av krångliga regler och procedurer (Sunstein 2021). Ett exempel som Sunstein ger är skattedeklarationsprocessen i USA som han menar är notoriskt betungande, och så omständlig att alla som har rätt till skatteåterbäring inte får den. En beräkning är att USA:s offentliga sektor ställer administrativa krav som resulterar i motsvarande 11 miljarder timmars pappersarbete för medborgarna. Emellertid finns det också ”positivt slam” då det kan krävas administrativa procedurer som garanterar säkerhet och kontroll som förhindrar bedrägerier eller misstag.

En annan aspekt på friktioner i offentliga organisationer är det som i den engelskspråkiga litteraturen kallas ”red tape”. Begreppet härrör från det röda band som slogs kring nya lagförslag i 1500-talets England och syftar på de krångligheter som lagarna ger upphov till inom de offentliga organisationerna – byråkratin. En organisation eller myndighet med mycket ”red tape” är en sådan där regelfloran är ymnig och där reglerna i sig skapar omständlig byråkrati för tjänstemännen som arbetar i dem. Det finns ingen särskilt bra svensk översättning av begreppet. Röd tejp som översättning blir obegripligt i en svensk kontext. En av dem som utvecklat begreppet är Barry Bozeman som definierat red tape som:

> *“Rules, regulations, and procedures that remain in force and entail a compliance burden for the organization but have no efficacy for the rules’ functional object.” (1993, p. 283).*

Red tape-forskningen har handlat om att försöka mäta mängden red tape i till exempel personaladministration, budgetering eller upphandling, eller chefers tid som de använder till att hantera regler (Chen & Williams 2007, DeHart-Davis & Pandey 2005). Fokus ligger på reglers administrativa konsekvenser och hur människor hanterar dessa. En uppdelning som görs är varifrån reglerna härstammar. Det handlar om att det rör sig om externa regler som kommer från överordnade politiska institutioner i form av lagar, och interna regler som utvecklas inuti organisationerna för att kontrollera och styra (Baldwin 1990).

I jämförelse med den svenska diskussionen om administration och administrativt arbete passar varken administrative burden, sludge eller red tape särskilt bra in på de problem som avses i den svenska kontexten. Det talas om ”administrativ börda”, men då bortses helt från den nödvändiga delen av administration. Dessutom tenderar begreppet kopplas till individer som upplever att de belastas med administration. Översättningen till administrativ börda får således en annan betydelse som är mindre lämplig när man ska föra en konstruktiv diskussion, eftersom det enbart blir något negativt och en belastning. En mer nyanserad och utvecklad förståelse för begreppet och fenomenet administration bör ta utgångspunkt i en analys av ursprunget, syftet, problemet den ska lösa, uttrycket och effektiviteten av varje enskild arbetsuppgift.

3.1. Hur mäts administration?

Hur har man försökt mäta omfattningen av administration tidigare? I princip finns det två olika sätt att mäta administration som utgår från olika perspektiv – funktions- och processperspektivet. *Funktionsperspektivet* innebär att man ser organisationen som bestående av i huvudsak två delar, en administrativ del som leder och styr den andra delen som är produktionen. Då ser man administration som något som utförs av dem som innehar administrativa funktioner, det vill säga administratörer (ofta placerade på central nivå i organisationer). Administration betraktas i detta perspektiv som något relativt avgränsat och möjligt att fastställa, det tillhör själva funktionen. Typiskt är att man då mäter storleken på den kategori av anställda som tillhör administrationen.

Funktionsperspektivet har sitt ursprung i den s.k. A/P-forskningen (förhållandet mellan administration och produktion) som till stor del utfördes på 1960-talet. Den administrativa komponenten A relaterades till organisationens produktion P. Typiska studier inom denna genre är statistiska studier där man sökte samband mellan den administrativa komponenten och produktionen. Välkänd för många är *Parkinsons lag* som bygger på en sådan metod. Parkinson jämförde den brittiska marinens administrativa överbyggnad med flottstyrkan och konstaterade att administrationen ökat och flottan minskat under första halvan av 1900-talet. Ett annat sätt att mäta den administrativa förändringen ur ett funktionsperspektiv är att se hur olika yrkesgrupper förändras.

Då betraktas administratörerna som en yrkesgrupp skild från dem som arbetar i produktionen. Statsvetaren Jan-Erik Lane tillsammans med kolleger använde yrkesstatistik i en kartläggning av det administrativa arbetet i den offentliga sektorn. Studien visar att det administrativa arbetet inom offentlig sektor ökade och att det ökade snabbare inom den utåtriktade verksamheten (Lane et al. 1986, s. 45).

Problemet med funktionsperspektivet är att man då inte fångar det administrativa arbete som utförs av dem som är anställda i kärnverksamheten (produktionen). Mot bakgrund av den senare tidens debattartiklar och diskussioner är det kärnverksamhetens anställda som får utföra administrativa arbetsuppgifter, och får allt mindre tid att ägna sig åt till exempel patientarbete, undervisning eller omsorgsarbete.

Sådant arbete fångas in i mätningar utifrån det andra perspektivet, *processperspektivet*, som innebär att man ser administration som ett slags arbetsuppgifter utan formell hierarkisk gräns. De kan utföras på olika nivåer av olika kategorier av anställda, det är ett inslag i själva arbetsprocessen. Inom processperspektivet försöker man se till vilka arbetsuppgifter som faktiskt utförs. Grundidén är att administrativt arbete och produktion är sammantvinnade med varandra och att anställda i organisationer utför båda saker. Därför måste arbetsuppgifter kartläggas och mätas utifrån hur de anställda använder sin arbetstid, ofta genom observationer av arbetet. Denna typ av studier har en längre historia i form av tidsstudier av arbete.[2] I Sverige var tidsstudier vanliga främst inom industrin åtminstone fram till 1960-talet (men förekommer fortfarande). Typiska sätt att mäta administration ur detta perspektiv är att studera och kartlägga arbetsuppgifter, och sätta någon siffra på dess tid, kostnad eller andel i förhållande till kärnverksamheten. Tidsanvändningsstudier i ”modern tid” har genomförts på olika håll inom hälso- och sjukvården där man bland annat undersökt läkares, sjuksköterskors, barnmorskors och diabetessköterskors arbetstidsanvändning.

3.2. Hur mycket administrerar vårdpersonalen?

Inför denna rapport genomfördes en omfattande litteraturgenomgång av tidigare gjorda studier av administrativt arbete inom hälso- och sjukvården. Sökningarna skedde i databaserna Google Scholar och PubMed, liksom genom fritextsökning på Internet. Söktermer som användes var ”administration” i kombination med ”health care”, ”workload”, ”Time studies”, ”administrative work” ”work time” mfl. Efter gallring valdes 100 studier ut som på olika sätt diskuterade administrativt arbete i hälso-

[2] Studier av tidsanvändning brukar, inte helt riktigt, hänföras till Frederick Taylor och hans ”Scientific Management” som gick ut på att med vetenskapliga metoder kartlägga utförandet av arbetsmoment för att i nästa steg effektivisera dessa enligt det mest optimala och rationella tillvägagångssättet. På detta vis skulle organisationer kunna fungera bättre och effektivare.

och sjukvården. Studierna var spridda över tiden från början av 2000-talet fram till 2024, och var genomförda i olika länder, med några jämförande studier.

De allra flesta studier har genomförts med läkare som studieobjekt. Av de 100 artiklarna har 60 studerat läkares arbetstid. I några fall har det specificerats att det handlar om kirurger eller primärvårdsläkare, men i de flesta fall är det allmänläkare som studerats. Sju studier har studerat sjuksköterskors arbetstid, medan primärvårdspersonal i allmänhet har studerats och redovisats i 11 artiklar. I övrigt har artiklarna/studierna handlat om vårdkostnader kontra administrativa kostnader, psykiatriker eller kuratorer. 10 artiklar är litteraturstudier och översikter av andra studier på området.

Arbetstidsstudierna är oftast genomförda med en kombination av någon form av observation och tidtagning alternativt självregistrering, som dessutom kompletterats med intervjuer. Tekniken för tidregistrering varierar från att ha blanketter med förbestämda kategorier till att ha klockor som bärs på armen och som larmar när tiden ska registreras. En del av studierna är enkätstudier där deltagarna själva fått uppge tidsåtgång, och därför är mer osäkra.

Bland de 100 studierna finns det i princip ingen som definierar begreppet administration. Det vanligaste sättet är att på förhand ange ett antal kategorier eller teman som anses vara administration. I vissa studier räknas möten in, i andra går detta utanför. I somliga studier är kommunikation en administrativ aktivitet. Det finns ingen studie som har någon mer sammanhängande förklaring eller teoretisk idé om varför administrationen ökar. Ökning av administration är i många studier en utgångspunkt och motiverar varför studien görs. I några studier anges ökande komplexitet och fragmentisering som orsak till administrativt arbete.

Det finns några teman i studierna som är kopplade till administration. Dels handlar flera av studierna om införande och användning av digitala verktyg, och kallas EHR, Electronic Health Records (elektronisk journalhantering). Många av dessa studier undersöker tidsåtgång för användande av EHR. En konsensus i dessa studier är att EHR tar mycket tid och att de inte underlättar eller bidrar till mindre administration, utan snarare tvärtom. Ett annat tema är att administration kan leda till risk för utbrändhet. Det finns ett antal studier som identifierar administration som orsak till stress och risk för utbrändhet framför allt bland läkare.

De flesta tidsstudier har fördelningen av arbetstiden som resultat, där direkt patientarbete ställs emot indirekt patientarbete och olika kategorier av administration. Det är svårt att ge ett sammandrag av dessa resultat då de beror på kategorisering av administration, mätmetoder, klassificeringar, sjukvårdssystem, organisatorisk hemvist, personalkategori etc. Men de flesta studier talar om minskande direkt patienttid och ökad administration. Andelen administration för läkare ligger mellan ca 30–50 procent av arbetstiden, och är till och med högre för andra personalkategorier. Nedan följer ett litet urval av studierna som exempel på hur dessa redovisas.

I en amerikansk studie från 2005 konstaterades att läkares tid som ägnades åt ”öga-mot-öga” möten med patienterna hade minskat när jämförelsen gjordes med hur det var 2003. För läkaren ledde det till en mycket otillfredsställande arbetssituation, vilket var negativt för både patienterna och läkaren (Gottschalk, A. och Flock, S. 2005). I en studie från Norge 2006 som undersökte sjuksköterskors arbetstid fastslås att mycket tid används till annat än direkt patientarbete (Ekeren et al. 2006). En faktor som har visat sig kunna bidra till att arbetet upplevs som stressat och splittrat är ineffektiva datasystem. Detta kan också ha negativ inverkan på patientsäkerheten, vilket även beskrivs i en studie genomförd i USA (Mamykina et al. 2012). I en litteraturgenomgång genomförd i USA 2005 fann man att elektronisk journalföring sannolikt inte gör att tiden utnyttjas bättre av sjuksköterskor och läkare (Poissant et al. 2005). När det gäller direkta tidsstudier observerade Westbrook och kollegor 19 läkare i totalt 150 timmar. Två tredjedelar av tiden användes till vad som i studien kallas professionell kommunikation, sociala aktiviteter och indirekt vård. Endast 17 procent användes till direkt vård. En intressant slutsats var att en del arbetsuppgifter utfördes samtidigt – så kallad multitasking (Westbrook et al. 2008).

En tysk forskargrupp studerade kirurger på fyra storstadssjukhus, man genomförde sammanlagt 567 timmars ”skuggning”. Studien visade att kirurgerna använde drygt 2 av 9,26 timmar (22 procent) till dokumentation och administration, 1,47 (16 procent) timmar till operation, 1,44 (15 procent) timmar till intern kommunikation och 48 minuter till ronder. Olika arbetsuppgifter överlappade varandra till 16 procent (Mache m.fl 2009a). Samma forskargrupp studerade på samma sätt barnläkare. Den studien omfattade 697 arbetstimmar. Här blev resultatet att 30 procent användes till möten, 18 procent till dokumentation, 13 procent till indirekt vård och endast 4 procent lades på direkt vård. Överlappande arbetsuppgifter, det vill säga "multitasking", företogs till ungefär 18 procent. En annan observation var att barnläkarna avbröts i sitt arbete 24 gånger om dagen, eller ungefär var 15:e minut (Mache et al. 2009b).

I en annan studie observerade forskare nio danska akutläkare genom en så kallad "worksampling method". Totalt observerades i 137 timmar. Resultatet blev även här cirka 25 procent i direkt patientvård, 6 procent indirekt vård, 31 procent dokumentation och 24 procent kommunikation. Forskarna menade att det är IT-system och administrativa system som påverkar omfördelningen av tiden, och föreslog förenkling av dessa system (Füchtbacher et al. 2013).

3.3. Sammanfattning

Sammanfattningsvis gäller för både forskningsstudier och andra undersökningar att mätproblematiken är avsevärd. För det första finns det ingen vedertaget accepterad definition av begreppet administration, vilket gör att mätningarna skiljer sig åt. För det andra är undersökningsmetoderna inte standardiserade. Detta innebär att jämförbarheten mellan olika studier

är dålig. Det är helt enkelt svårt att uttala sig om administrationen ökar, minskar eller befinner sig på status quo. En förklaring till detta kan vara att administrativt arbete har en sådan karaktär att det är genuint svårmätbart. Aili och Brante använder tre begrepp för att beskriva det administrativa arbetets karaktär utifrån studier av lärares arbete: intermittent, parallellt och invasivt. Det vill säga att administrativt arbete ständigt avbryts och återupptas (intermittent), att det pågår samtidigt som andra arbetsuppgifter (parallellt) samt att det finns inuti andra arbetsuppgifter (invasivt) (Aili och Brante 2006). De internationella studierna talar om multitasking och avbrott i arbetet, vilket motsvarar Aili och Brantes begrepp parallellt och intermittent. Denna karaktär på det administrativa arbetet kan innebära att mängden underskattas. I de refererade studierna ovan kunde man se att arbetsuppgifterna överlappade varandra till ungefär 20 procent. Detta innebär att en åttatimmars arbetsdag i praktiken innehåller arbete som motsvarar närmare tio timmar.

4. Vad består administrationen i hälso- och sjukvården av?

Studier som kartlagt arbetstiden för läkare och sjuksköterskor har sällan eller aldrig någon utförlig teoretiskt grundad definition av administration. Det vanliga i dessa studier är att räkna upp och kategorisera ett antal aktiviteter. Lärdomen från litteraturgenomgången är att det saknas standardisering och enhetlighet i dessa aktiviteter och uppräkningar. Vad som kallas administration i en studie skiljer sig åt från en annan.

En förhoppning som ofta kommer upp i diskussionen om att minska administration i hälso- och sjukvården (även i andra sektorer) är ökad digitalisering. Digitalisering och AI antas effektivisera arbetet, och underlätta administrerandet. I litteraturgenomgången identifierades ett antal studier och översikter som studerat digitala verktygs påverkan på det administrativa arbetet. Även om alla studier inte är samstämmiga visar de flesta av dessa att det inte finns någon enkel koppling mellan införande av digitala lösningar och minskad administration, utan snarare tvärtom. Ett antal studier visar att mängden information ökar, att komplexiteten blir större och att den kognitiva förmågan hos användarna är begränsad. Detta innebär att digitaliseringen många gånger kan ha helt motsatt effekt.

4.1. Studier utifrån ett funktionsperspektiv

De ovanstående redovisade studierna har genomförts utifrån ett processperspektiv. Det finns också ett antal studier som i stället utgår ifrån hur stor andel som arbetar som administratörer och byråkrater, det vi kallade ett funktionsperspektiv. Några studier beräknas kostnader för administration och jämför dem mellan sjukvårdssystem och länder.

En undersökning av antalet och andelen administratörer genomfördes av tidningen Vårdfokus 2018. Tidningen undersökte hur administrationen hade förändrats inom vården mellan 2010 och 2017. Undersökningen visade att antalet handläggare/administratörer (utom sådana som var anställda direkt i vården) hade ökat under perioden från cirka 15 000 till knappt 21 000, en ökning med cirka 40 procent. Dessutom hade antalet anställda i ledningspositioner ökat från 7 820 till 10 446, en ökning med cirka 33 procent. Den personalstyrka som är sysselsatt inom kärnverksamheten (läkare, sjuksköterskor, barnmorskor, röntgensjuksköterskor, biomedicinska analytiker) hade under samma period ökat med drygt 5 procent.

Vårdfokus följde upp studien tre år senare. De såg att antalet anställda läkare och undersköterskor hade blivit fler inom samtliga områden. Totalt sett handlade det om en ökning på 27 respektive 17 procent mellan 2010 och 2020. Men gruppen administration, där ledningspersonal, handläggare och administratörer ingår hade ökat ännu mer, 12 472 fler anställningar, en ökning med 49 procent.

I en studie från början av 2000-talet visar forskare att den administrativa personalen i den amerikanska sjukvården växte från 18-27 procent mellan 1969-1999 (Woolhandler mfl 2003).

En rapport från Timbro, ”byråkratexplosionen”, är exempel på en liknande undersökning (Kreicberg 2009). I den menade man att kommuner och landsting (i dag regioner) anställde allt fler administratörer eftersom de kompenserade minskade behov av lärare och vårdpersonal, för att på så sätt bibehålla sin samlade sysselsättningsnivå. Rapporten visade att kategorin ”administratörer inom offentlig förvaltning” hade ökat med 29 procent mellan 2001–2007, och att de så kallade välfärdsarbetarna i många regioner hade ökat mindre eller till och med minskat under samma period.

Patrik Hall med forskargrupp har studerat det de kallar byråkratisering i offentlig sektor, och kallar gruppen som arbetar med administration för organisationsprofessionella (till exempel HR, ekonomer, kommunikatörer etc.) till skillnad från yrkesprofessionella (läkare, sjuksköterskor etc.). Enligt Alamaa mfl (2024) hade de organisationsprofessionella ökat med 29 procent i den offentliga sektorn jämfört med 9 procents ökning för de yrkesprofessionella.

En typ av forskning har också handlat om övergripande administrativa kostnader för sjukvårdssystem. Amerikanska forskare har till exempel visat att USA har mer administrativ personal och högre kostnader än andra länder. Ofta jämförs med Kanada som har hälften så stora kostnader. Deras förklaring till varför kostnaderna ökar är att sjukvården i USA är svår att standardisera och att komplexiteten är hög (Cutler & Ly 2011). En anledning till detta är också att systemen skiljer sig åt i sjukförsäkringshänseende, där USA:s modell ökar komplexiteten och de administrativa transaktionskostnaderna.

4.2. Forskningsläget - sammanfattning och slutsats

Läggs studierna från den svenska hälso- och sjukvården bredvid varandra och samtidigt jämförs med studier som finns från andra områden/sektorer och andra länder blir den sammantagna bilden att det med stor sannolikhet är så att det administrativa arbetet ökar, och har gjort så sedan ungefär 1990-talets början. Men det är svårt att ange något kvantitativt mått på förändringen. En bedömning som baseras på existerande mätningar och studier är att andelen administration kan utgöra en tredjedel eller mer av arbetstiden. De administrativa arbetsuppgifterna består till stor del av dokumentation, möten och kommunikation. Men variationen är stor beroende på vilken personal- eller yrkesgrupp eller vilken klinik/enhet som avses. Sammanfattningsvis är den ökande administrationen något som är en realitet inom den svenska hälso- och sjukvården. Nedan följer några sammanfattande punkter om administrationsbegreppet och dess omfattning:

- Det existerar ingen etablerad och entydig definition av begreppet administration.
- Ett sätt att resonera om administration är att det handlar om information som skapas och förmedlas.

- Det finns i huvudsak två sätt att mäta administration – genom sysselsättningsstatistik samt genom att genomföra tidsmätningsstudier av arbete.
- Administration är genuint svårt att mäta, på grund av oenhetlig definition av begreppet samt studier som inte är jämförbara med varandra.
- Såväl svenska som internationella studier visar att läkare och sjuksköterskor använder mellan 30–50 procent av arbetstiden åt administration.

5. Statlig och regional styrning och relationen till administrativt arbete i hälso- och sjukvården

5.1. Styrning genom lagstiftning?

Ansvaret för svensk hälso- och sjukvård är fördelat på ett flertal olika aktörer på statlig, regional och lokal nivå. Hälso- och sjukvården styrs övergripande genom så kallad skyldighetslagstiftning som tar fasta på vårdgivare och -personalens skyldigheter, och de huvudsakliga lagarna är hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Patientlagen (PL), Patientdatalagen (PDL), Patientsäkerhetslagen (PSL) samt viss speciallagstiftning[3]. I HSL (7 kap) finns i övrigt påbudet om vårdval utifrån lagen om valfrihetssystem, LOV, inskriven. Dock bestäms det mesta av rutinerna i hög grad på regionnivå, när det gäller primärvården.

På den statliga nivån finner vi också styrande myndigheter som Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), med flera (SKR, 2024). Dessa myndigheter har olika styrmedel att tillgå för hälso- och sjukvården, men där föreskrifter och riktlinjer utgör de viktigaste. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS eller från den 1 juli 2015 HSLF-FS) innehåller preciseringar av skyldigheterna i bland annat HSL, PDL och PSL. Socialstyrelsen utfärdar även nationella riktlinjer. Föreskrifterna kan ses som ett viktigt ”mellansteg” i styrningen av vården där det sker preciseringar av de ofta ganska allmänt och kort hållna formuleringarna i lagtexten. IVO: s roll i förhållande till hälso- och sjukvård är styrning i form av tillsyn och tillståndsgivning, och det är främst patientsäkerhetslagen som huvudsakligen styr myndighetens tillsyn inom sjukvården. Mycket av den löpande granskningen är dokumentbaserad men det förekommer även inspektioner/platsbesök. På regional nivå utgör, bortsett från den nationella lagstiftningen, regionernas finansiella kapacitet och ekonomiska beslut grunden för hur hälso- och sjukvården styrs. Den regionala styrningen avser sådant som omfattning och dimension av hälso- och sjukvården, hur den organiseras, hur bemanningen ska se ut samt, i förekommande fall, hur privata utförare av hälso- och sjukvården ersätts (SKR, 2024).

I det här avsnittet ska den statliga och regionala styrningen diskuteras i relation till utvecklingen av administrativt arbete i hälso- och sjukvården. För att ge en ram runt denna diskussion inleder vi med att beskriva tre starka idéer som varit rådande inom hälso- och sjukvården och inom den offentliga

[3] Exempelvis; Lag om bidrag för glasögon till vissa barn och unga (Lag 2016:36); Lag om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet (Lag 2017:209); Lag om försäkringsmedicinska utredningar (Lag 2018:744); Lag om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter (Lag 2019:1297); Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. (Lag 2008:344); Lag om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd (Lag 2013:407).

sektorn i stort. Dessa tre idéer kan på flera sätt kopplas till paradigmet New Public Management och handlar om management, marknad och kvalitet (Ivarsson Westerberg et al. 2021) I kontrast till den inledande presentationen av den direkta, formella och regelbaserade styrningen av hälso- och sjukvården framträder här en bild som tydligare fångar innehållet i styrningen och vad den ger upphov till i form av administrativt arbete.

5.2. Tre starka idéer inom offentlig hälso- och sjukvård

För det första är den moderna styrningen av hälso- och sjukvården inspirerad av *managementidéer*. Managementfrågorna handlar om hur man på bästa (mest effektiva) sätt styr och leder den offentliga förvaltningen inom ramen för det rådande systemet. Managementidéerna har en lång och obruten tradition i den svenska staten. De nya ingredienserna i managementtänkandet är vurmen för ledarskap, betoning på mål och resultat samt att ekonomi utgör en viktig grund för styrningen. Denna typ av styrning bygger på allmänna antaganden om rationella ideal för hur organisationer styrs på lämpligast sätt. Det är dock inte belagt inom forskningen att dessa styrideal på något sätt faktiskt genererar den effektivitet som de strävar efter. Paradoxalt nog är själva uppdraget att närmare belysa administrativ börda i hälso- och sjukvården en indikator på att dessa styrmodeller riskerar att ge oförutsedda konsekvenser i form av (ineffektiv) betungande administration på lokal nivå i verksamheten.

För det andra är en stark styrande idé i hälso- och sjukvården baserad på *marknaden* som idealtyp. Grundidén handlar om att överföra den traditionella byråkratiska logiken inom hälso- och sjukvården till ett i grunden annat system med en annan grundläggande logik för organiseringen, nämligen marknaden. På en marknad finner vi idéer om valfrihet, konkurrens och köpare och säljare. När det gäller marknadsidén tar den sig uttryck i upprättandet av kontraktsrelationer mellan olika enheter inom organisationerna såväl som mellan de offentliga organisationerna och privata entreprenörer. Marknadsutbyten ska ske både inom och mellan organisationerna. Köp-säljmodeller, beställar-utförarmodeller och prestationsbaserade ersättningsmodeller är alla exempel på en sådan idé.

Den tredje idén utgörs av en *stark tro på förbättringar* inom vården. Detta går ofta under begreppet kvalitetsutveckling, som i sig kan sägas vara ett slags managementidé. Men förbättringar inom vården handlar också om att man utifrån systematiska jämförelser och med vetenskapliga studier som grund kan komma fram till de bästa metoderna och behandlingarna, både när det gäller medicinska och organisatoriska aspekter. Denna evidenstanke har sin grund i en naturvetenskaplig kunskapssyn, där kausalitet, mål–medel och instrumentell rationalitet är viktiga ingredienser.

En konsekvens av att idéerna om management, marknad och kvalitetsutveckling fått stabilt fäste i hälso- och sjukvårdens organisationer är att styrningen av verksamheterna ökar i och med fler krav ställs och betoningen på mätbara resultat, måluppfyllelse, tillsyn och granskning och

statistikinsamling ökar. Detta är särskilt tydligt i en tidigare studie om administrativt arbete inom primärvården (Ivarsson Westerberg et al 2021).

En fråga som behöver utredas är emellertid på vilka sätt olika krav, med ursprung i dessa tre starka idéer om management, marknad och kvalitetsutveckling, inverkar på det administrativa arbetet inom hälso- och sjukvården i praktiken. En del av resonemanget handlar om att den administrativa tillväxt som har observerats inte alltid är ett utslag av direkta statliga krav och direkt styrning. Lagstiftningen inom hälso- och sjukvården är relativt avskalad och övergripande, med låg detaljnivå och svag konkretisering. Ett exempel på detta är skrivningen i hälso- och sjukvårdslagstiftningen om användningen av kvalitetssystem, där det står att kvaliteten i verksamheten ska utvecklas och säkras systematiskt och fortlöpande, utan att fler detaljer anges kring hur och när detta ska ske. I tidigare studier av primärvården (Ivarsson Westerberg et al 2021) är det tydligt att detta skapar ett utrymme för tolkningar på flera nivåer av de aktörer som är inblandade. En av förklaringarna till hur statlig och regional styrning påverkar tillväxten av administrativt arbete i hälso- och sjukvården menar vi har sin grund i detta tolkningsutrymme och den tolkningsprocess detta utrymme ger upphov till.

5.3. Administrativ tillväxt genom organisatoriska tolkningsprocesser

De styrande myndigheter som nämnts ovan uttolkar lagstiftningen och lagstiftarens intention, och resultatet av detta kan observeras i de råd, föreskrifter och riktlinjer som myndigheterna utfärdar. Dessa typer av dokument är normalt sett mycket omfattande och beskriver i detalj hur exempelvis processen med kvalitetssystem i primärvården ska utformas på regions- och enhetsnivå. Socialstyrelsen, som är den myndighet som är den mest centrala aktören på hälso- och sjukvårdsområdet, utfärdar ett mycket stort antal föreskrifter och allmänna råd. Exempelvis innehåller Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS eller från den 1 juli 2015 HSLF-FS) preciseringar av skyldigheterna i bland annat HSL, PDL och PSL. Socialstyrelsen utfärdar även nationella riktlinjer. Att gå igenom samtliga föreskrifter och allmänna råd har naturligtvis inte varit möjligt inom ramen för denna rapport. För att exemplifiera hur myndigheter tolkar lagstiftning och hur de sedan konstruerar styrning utifrån dessa, har vi närmare granskat föreskrifter som berör kvalitetssystem som enligt våra bedömningar kan ge upphov till administrativt arbete i regionerna och på lokal nivå. Föreskrifterna på detta område heter ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” (SOSFS 2011:9), och är av särskild vikt för administrativa rutiner inom vården. De avser utveckling och säkerställande av kvalitet i vården men ska också tillämpas på patientsäkerhetsarbetet (1 kap 1 § 2 §). Riktlinjerna är relativt allmänt hållna men stipulerar att det är varje vårdgivares ansvar att utveckla ett ledningssystem (kap 3) och att anpassa detta för verksamheten (Kap 4). Centralt är att beskriva och precisera rutiner och processer för att kunna sätta upp kriterier för hur kvalitet ska nås. Detta ska göras detaljerat ned på aktiviteter (4 kap 4 §):

4 § För varje aktivitet ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS vidare utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.
Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.

Det kapitel som kan ge upphov till flera administrativa processer är 5 kap om ”systematiskt förbättringsarbete. Dess 1 § behandlar riskanalys:

1 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.
För varje sådan händelse ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS
1. uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och
2. bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Egenkontroll är således ett potentiellt stort område där administrativa processer kan utvecklas och växa. Egenkontrollen ska göras ”med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna säkra verksamhetens kvalitet” (5 kap 2 §) men kan innefatta många olika typer av jämförelser. Här finns också kopplingen till kvalitetsregister och olika typer av jämförelser (som bland annat SKR understödjer):

Egenkontrollen kan innefatta
– jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister enligt 7 kap. patientdatalagen (2008:355),
– jämförelser av verksamhetens resultat dels med uppgifter i öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter,
– jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat,
– målgruppsundersökningar,
– granskning av journaler, akter och annan dokumentation,
– undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet,
– analys av uppgifter från patientnämnder, och
– inhämtande av synpunkter från revisorer och intressenter.

Paragraf 3 till 7 behandlar ”Utredning av avvikelser” och återges i utdrag nedan. Som noterats ovan kopplat till patientsäkerhetslagen har vårdgivarens roll på detta område betonats starkare. Det är många intressenter vars klagomål som ska beaktas och rapporteringsskyldigheten gäller både händelser som resulterat i skada och där skada hade kunnat uppstå (se nedan):

3 a § Vårdgivare ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från
1. personal,
2. andra vårdgivare,
3. de som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS,
4. myndigheter, och
5. föreningar, andra organisationer och intressenter.
Bestämmelser om att vårdgivaren ska ta emot klagomål och synpunkter på den egna verksamheten från patienter och deras närstående finns i 3 kap. 8 a § patientsäkerhetslagen (2010:659). (HSLF-FS 2018:10)

Rapporteringsskyldighet
4 § Bestämmelser om rapporteringsskyldighet
1. för hälso- och sjukvårdspersonal finns i 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659),

5 § Bestämmelser om skyldighet
1. för vårdgivaren att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada finns i 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659),

Sammanställning och analys
6 § Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Föreskrifterna tar vidare upp förbättringsarbete av både rutiner för kvalitetssäkring och i verksamheten (5 kap 6 § 7 §). Vidare anges skyldigheter för dokumentation och deras omfattning. Varje år ska även en sammanhållen kvalitetsberättelse författas enligt följande (7 kap 1§):

Berättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad
– att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och
– att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.
Berättelsen bör hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Varje vårdgivare ska också årligen ta fram en Patientsäkerhetsberättelse enligt följande:

2 § Enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Utöver vad som framgår av 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen ska patientsäkerhetsberättelsen innehålla uppgifter om hur

1. ansvaret enligt 3 kap. 9 § patientsäkerhetslagen har varit fördelat,

2. patientsäkerheten genom egenkontroll enligt 5 kap. 2 § har följts upp och utvärderats,

3. samverkan enligt 4 kap. 6 § har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada,

4. risker för vårdskador har hanterats enligt 5 kap.,

5. rapporter enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen har hanterats, och

6. inkomna klagomål och synpunkter enligt 5 kap. 3 a § och enligt 3 kap. 8 a § patientsäkerhetslagen som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats. (HSLF-FS 2018:10)

Av patientsäkerhetsberättelsen ska det vidare framgå hur många händelser som har utretts enligt 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen under föregående kalenderår och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.

3 § Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad

1. att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och

2. att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Som komplement till SOSFS 2011:9 finns också en handbok som ger en något mer fyllig beskrivning av hur vårdgivare kan arbeta med de olika paragraferna och är uppbyggd på samma sätt som föreskrifterna men med mer förklarande text. Utifrån denna korta genomgång av en mindre del av Socialstyrelsens föreskrifter är det dock tydligt att föreskrifterna är tydligt normerande för de verksamheter de riktar sig till.

5.4. Efterhandsstyrning som ytterligare källa till administrativt arbete

Parallellt med Socialstyrelsens uttolkning av lagstiftningen sker även ytterligare tolkningar, men då av tillsynsmyndigheter som IVO, via det som kan kallas efterhandsstyrning eftersom IVO: s roll är att genomföra tillsyn och ge tillstånd. Dessa tolkningar ligger till grund för de granskningar som sedan genomförs, både kontinuerligt och enligt särskilda uppdrag.

Vad gäller tillsynen anger myndigheten samtliga lagar inom hälso- och sjukvården som ramarna för sin granskning. I praktiken bör det dock främst vara patientsäkerhetslagen som huvudsakligen styr myndighetens tillsyn inom sjukvården (dess kap 7). Som bekant förväntas granskningsmyndigheter att arbeta med riskbaserad tillsyn där olika analyser ligger till grund för riskbedömningar. Mycket av den löpande granskningen är dokumentbaserad (kontroll av egenkontroll – som kopplas till ledningssystemen) men det förekommer även inspektioner/platsbesök. En kritik som Riksrevisionen

(2019) har rest är att myndigheten har givits fria ramar att lägga upp granskningsverksamheten. Ett mönster som går igen från andra granskningsmyndigheter är att IVO har en löpande lagstyrd granskning (relativt rutinbaserad) och en annan del som är egeninitierad och mer tematisk – baserad på analyser av angelägna områden. När det gäller hälso- och sjukvård har den rutinbaserade framför allt varit kopplad till klagomålshanteringen. Fram till 2018 var detta en omfattande verksamhet men efter en reformering av systemet har ansvaret för att hantera klagomål i hög grad decentraliserats till vårdgivarna. Endast särskilt allvarliga ärenden går vidare till IVO. Detta har utvärderats av Statskontoret (2019). Klagomålshanteringen sker numera verksamhetsnära, vilket i sig kan innebära administrationsrisker.

Trots att IVO: s styrning av hälso- och sjukvården sker i efterhand i form av granskning och kontroll pekar mycket mot att denna kontroll är starkt normerande för regionernas och huvudmännens verksamhet. Även om råd och riktlinjer från Socialstyrelsen är normerande är sannolikt tillsynen en särskilt starkt normerande styrning.

5.5. Administrativ överimplementering

Om tolkningen av lagstiftningens krav utgör ett första steg, initieras ett andra steg i tolkningsprocessen när myndigheternas föreskrifter, riktlinjer och råd når regioner och huvudmän, som i sin tur tolkar dessa myndigheters krav för att implementera dem i den egna verksamheten. På denna nivå utarbetas sedan regioninterna dokument och processer som riktar sig mot de olika verksamheterna. En central aktör på denna nivå är också SKR, som genom olika typer av projekt och satsningar utgör ett stöd för regioner när de ska använda styrdokument i praktiken. SKR:s arbete är följaktligen också normerande och syftar delvis till att skapa likformighet när det gäller exempelvis kvalitetsarbete.

Dessa ”styrningsprodukter” kan fortfarande betraktas som kollektiva i bemärkelsen att de får sin existens genom samverkan mellan tjänstemän och politiker. En del i detta är att styrdokumenten implementeras i de befintliga IT-baserade lednings- och kontrollsystemen hos respektive huvudman. I detta steg finns det indikationer på att det sker en omtolkning som överskrider de krav som faktiskt ställs i lag. En förklaring som berörts tidigare handlar om den kontroll och granskning som utövas mot kommuner och regioner och som förstärker de administrativa procedurerna. Detta kan vi förstå som en typ av administrativa förberedelser inför möjliga framtida granskningar och kontroller, och utifrån forskning inom andra områden (Forssell & Ivarsson Westerberg 2014) är det inte ovanligt att tjänstemän förbereder sig på det värsta tänkbara scenariot. I andra sammanhang benämns detta som en process av överimplementering av rådande krav. Här förekommer det sannolikt också en variation mellan regioner.

När det gäller vårdvalssystemet inom primärvården utformar regionerna styrdokument med en stor mängd faktorer på en mycket hög detaljnivå. Ett skäl till att regionerna producerar dessa dokument har naturligtvis att göra med kraven att möjliggöra konkurrens mellan olika vårdgivare på lika villkor. För vårdcentralerna innebär detta dock administrativt arbete. Motsvarande produktion av styrdokument på regionnivå gäller exempelvis även kvalitetssystemen.

De tredje och fjärde stegen i tolkningsprocessen är relaterade till hur regionernas styrdokument tolkas på verksamhetsenhetsnivån. Här sker ytterligare tolkningsprocesser som i högre grad är kopplade till en mer individuell nivå, dels bland enhetschefer inom exempelvis primärvården, dels bland verksamhetens ordinarie personal. De senare är också de som i stor utsträckning är föremål för kraven, och också de som står för en stor del av administrationen.

5.6. Vilka är det som tolkar lagstiftningen? Fler organisationsprofessionella ställer fler krav

Organisatoriska tolkningsprocesser, som de vi diskuterat ovan, sker givetvis inte utan mänsklig inblandning. Tolkningen av lagstiftning, utarbetandet av föreskrifter och riktlinjer och slutligen författandet av styrdokument för den lokala hälso- och sjukvården, inom exempelvis primärvården i en region, utförs av vanligtvis av grupper av administratörer som kan benämnas som organisationsprofessionella (Alamaa mfl 2024), en grupp som dessutom ökat i storlek på senare tid i jämförelse med de yrkesprofessionella. Dessa grupper har oftast en högre utbildning och befinner sig på en högre hierarkisk nivå än de traditionella administratörerna, som till exempel läkarsekreterare, som arbetade med administration närmare verksamheten. De arbetar således med mer kvalificerad administration. De organisationsprofessionella är en brokig grupp men ofta är det ekonomer, personalvetare och kommunikatörer som brukar nämnas i sammanhanget. Det kan dock också handla om yrkesprofessionella, exempelvis läkare och sjuksköterskor, som valt en administrativ karriär framför den kliniska. Vad som blir särskilt intressant ur ett administrationsperspektiv är att dessa organisationsprofessionella har sina egna modeller, metoder, tekniker, kulturer och normer som utvecklats på andra håll som nödvändigtvis inte har någon koppling till den kärnverksamhet som den aktuella organisationen ägnar sig åt, som hälso- och sjukvård. Ur de organisationsprofessionellas perspektiv är det helt i enlighet med de standardmodeller och normer som gäller för denna, men kan ha sämre relevans eller helt gå på tvärs gentemot den kärnverksamhet de ska stödja. De organisationsprofessionella har således olika fokusområden men arbetar oftast med tolkning och implementering av regelverk kopplade till sitt område. För exempelvis personalvetare blir det aktuellt med de regelverk som handlar om anställningar, löner, rehabilitering, arbetsmiljö, friskvård etc., och för ekonomer blir regler kring redovisningsregler, fakturarutiner, betalningar, budgetar och ekonomiska prognoser aktuella. Förekomsten av organisationsprofessionella förstärker både

möjligheten och viljan att styra offentlig verksamhet via deras sätt att utarbeta interna krav som utgår från deras perspektiv på hur lagstiftning, föreskrifter och riktlinjer ska tolkas. I dessa processer ser vi att det inte sällan sker en förstärkt omtolkning och överimplementering av de lagar och regler som är tänkta att styra verksamheten, vilket ofta baseras på att gruppen har andra mål och arbetar efter andra normer och logiker än de som respektive kärnverksamhet baseras på. Dessa interna krav innebär ofta att blanketter ska fyllas i, resultat ska rapporteras, rutiner ska följas, enkäter besvaras, kalkyler göras, beslut förankras och så vidare, vilket sammantaget utgör en förklaring till varför administrativt arbete tenderar att öka inom offentlig sektor, och i synnerhet i hälso- och sjukvården.

5.7. Sammanfattning – styrning, krav och tolkning

Sammantaget har vi utifrån ovanstående diskussion presenterat en modell för hur relativt begränsade krav i lagstiftningen uttolkas, förmedlas, översätts och förstärks av andra aktörer i en längre tolkningsprocess som går från lagstiftning, till myndigheter, vidare till regioner och huvudmän för att sedan omsättas i praktiken i hälso- och sjukvårdens verksamheter (vi har i tidigare texter kallat dessa processer för en administrativ tolkningstrappa – Ivarsson Westerberg et al. 2021). I denna process bidrar många aktörer med att formulera och bearbeta kravens form och innehåll för olika områden. Man skulle därför kunna tala om styrningens ”snöbollseffekt”, eftersom styrsignaler och krav har vuxit i både omfattning och djup när de når mottagaren. Dessa omfattande krav som riktas mot hälso- och sjukvårdens genererar ofta, men inte alltid, administrativt arbete på verksamhetsnivån. Ett resonemang kring styrningens snöbollseffekt är att de administrativa kraven tenderar att öka ökar ju fler aktörer som är indirekt inblandade i kravställandet. En observation i sammanhanget är att de ursprungliga kraven i lagstiftningen på sätt och vis blir urvattnade och omformas, vilket beror på att det sker ett slags översättning från lagstiftningen till den praktiska uttolkningen (Czarniawska & Sevón 1996) och samtidigt en målförskjutning från det praktiska till administrativa procedurer (jmf Hofvendahl 2010). Detta innebär att det administrativa arbetet hamnar i fokus och det administrationen handlar om hamnar i skymundan. Ytterligare en observation av betydelse i sammanhanget är att det verkar som att ju större handlingsutrymme de ursprungliga kraven från styrningen medger, desto större blir behovet av att fylla detta med ytterligare preciseringar och uttolkningar. Allmänna och vida lagstiftningskrav tenderar därför att skapa tolkningsutrymme för fler aktörer inblandade i tolkningsprocessen, exempelvis de organisationsprofessionella, och detta innebär sannolikt att mer administrativt arbete genereras då antalet och omfattningen av råd, rekommendationer och riktlinjer ökar. De som är målet för kraven, regioner och hälso- och sjukvårdspersonal, försöker göra allt rätt, och detta resulterar inte sällan i en överproduktion av dokumentation och administration för att tillfredsställa kravställaren.

I nästa avsnitt kommer vi gå närmare in på de faktorer som driver administrativt arbete i hälso- och sjukvårdens organisationer.

6. Faktorer som driver respektive motverkar administration

6.1. Arbetsprocesser som involverar administration – exemplet primärvården

Resonemanget som förts ovan har presenterat management, marknadslogik och kvalitetsutveckling som de idéer som bidragit till en ökad styrning av verksamheterna i vården i och med de omfattande krav som utformas gradvis i de tolkningsprocesser som vi diskuterat – från statlig lagstiftning, via myndigheters föreskrifter till regionala och lokala riktlinjer. Alla krav genererar dock inte alltid administrativt arbete. Vi har i tidigare studier av primärvården (Ivarsson Westerberg et al 2021; se även Forssell och Ivarsson Westerberg 2014) identifierat särskilt två typer av externt riktad administration som dessa typer av krav genererar – informationsadministration och prestationsadministration. I relation till dessa administrationstyper urskiljer vi fem olika processer som förekommer i primärvården och som kan kopplas till ökade krav som leder till ökad administration:

- Vårdvalssystemet
- Journalföring
- Registrering i hälsoregister
- Skrivande av läkarintyg
- Kvalitetssystem
- IT-system

Exemplen nedan visar hur sjukvårdsapparaten kommit att organiseras runt administrationen, snarare än runt patienten och dennes behov.

Vårdvalssystemen bygger på en marknadslogik som syftar till att säkerställa konkurrens på lika villkor bland olika utförare, vilket innebär att ersättningssystemet måste vara utformat så att det är neutralt och lika för vårdgivare. Antalet vårdval varierar mellan regioner men till varje vårdval är ett så kallat förfrågningsunderlag kopplat, där regionen ställer upp de krav och regler som gäller för vårdgivare inom regionen. De krav som ger upphov till administrativt arbetet inom primärvården härrör i detta fall ur den grundläggande organiseringen av sjukvårdssektorn, där konkurrensutsättningen medför införande av prestationsbaserade ersättningsmodeller för att såväl privata som offentliga vårdgivare ska kunna konkurrera på lika villkor. För att vårdvalssystemet ska fungera behöver regionerna beskriva vilka regler om gäller för att bedriva primärvård, vilken vård som ger ersättning och hur detta ska kontrolleras. För vårdcentralerna, oavsett om de drivs av regionen

eller är privata, förstärks behovet av att beskriva verksamheten på ett fördelaktigt sätt gentemot regionen för att kunna erhålla ersättning för utförd vård. En konsekvens av vårdvalssystemet är att vårdpersonal behöver ägna tid åt att arbeta med så kallade listningar av vårdcentralens patienter samt administrera kring varje vårdbesök. Dessa krav leder således till att vårdbesöken ska mätas och registreras för att generera rätt ersättningar, vilket i praktiken innebär mer administration för personalen på vårdcentralerna.

Läkarkårens *journalföring* utgör en central och närmast grundläggande urtyp för ett administrativt instrument, med sitt ursprungliga och huvudsakliga syfte att vara ett stöd för vårdgivaren att inför kommande patientmöten själv minnas vad som bedömdes och beslutades vid det föregående, eller för andra vårdgivare att kunna ta del av bedömningen. Journalföringen har dock utvecklats från i huvudsak ett verktyg för läkarna att bedriva adekvat vård till att lika mycket vara ett administrativt verktyg för styrning, mätning och kontroll. Journalen har således blivit en källa för att mäta produktivitet och medicinsk kvalitet, framför allt sedan journalsystemen digitaliserades. Allt fler krav har knutits till journalföringen, inte minst genom att integrera de prestationsbaserade ersättningsmodellerna i det system där den medicinska dokumentationen sker. Den ökade granskningen medför också att läkarna också skriver såväl för patienten själv, som har rätt att läsa sin egen journal, som för tillsynsmyndigheten, för att ”ha ryggen fri”.

Ytterligare en administrativ process som identifierats är vårdpersonalens arbete med att *registrera data i olika hälsoregister*, vilket kan hänföras till Socialstyrelsens riktlinjer för det obligatoriska hälsodataregistret (SFS 1998:543; se även SFS 2018:439). Samtidigt finns det ett stort antal register som inte är lagstadgade och som förvaltas av ett antal andra lokala och regionala aktörer som aktivt arbetar för att vårdpersonalen ska registrera i olika typer av data. SKR är här en viktig aktör, då organisationen ansvarar för ett stort antal nationella kvalitetsregister. Kvalitetsregistren kan sägas härröra ur ett slags idé om evidensbasering, kunskapsinhämtning, förbättring och effektivisering av vården.

En del av läkarnas arbete är att *utfärda sjukintyg* till många olika aktörer för många olika tillfällen. När det gäller statens verksamhet och läkarintyg är det främst Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan som avkräver dessa för att klienter exempelvis ska erhålla kunna ta del av speciella arbetsmarknadsstöd eller erhålla sjukpenning. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan utformar själva vilka krav som ställs på läkarintyg för att de ska anses som giltiga och kraven har ökat när det gäller informationsmängden i intygen. Detta innebär en indirekt styrning av läkarnas arbete och inverkar på hur de utformar de intyg de skriver. Patienternas sjukintyg har över tid kommit att bli alltmer omfattande för att någon annan instans än vårdgivaren själv ska kunna bedöma huruvida den sjukskrivning som utfärdats är medicinskt motiverad. Studier har också visat att läkarintygets bevisvärde minskat över tid (se Mannelquist et al. 2010). Detta tyder på en minskad tillit till

läkarprofessionen som i praktiken innebär att läkare i högre grad än tidigare måste ägna mer tid åt administrativt arbete riktat mot externa aktörer.

När det gäller *ledningssystem för miljö, arbetsmiljö och kvalitet*, kan styrningen betraktas som tvåsidig, eller dubbel. Styrningen sker här på två olika nivåer, där staten utgör den ena parten och huvudmannen, regionen, den andra. Det är dock tydligt att den direkta styrningen via lagstiftningen är mycket begränsad eftersom lite sägs om hur kvalitetsarbetet i hälso- och sjukvården ska bedrivas och i vilka former. Av denna anledning får Socialstyrelsen och huvudmännen ett stort utrymme att indirekt styra vårdverksamheten baserat på dessa aktörers uttolkning av hur kvalitetsarbete ska bedrivas, tillsammans med externa företag som står för certifieringen av ledningssystemen. Det finns även vissa inslag av efterhandsstyrning, då certifieringen innebär någon typ av kontinuerlig efterhandskontroll. Kraven som ställs från ledningssystemet är mycket omfattande och förmedlas till verksamheterna i form av nedskrivna riktlinjer och anvisningar. En central del handlar om uppföljning och mätning av verksamheten i förbättringssyfte. I praktiken på vårdcentralen innebär arbetet med kvalitetsindikatorer, som härstammar från ledningssystemet, administrativt arbete för personalen eftersom det är dem, tillsammans med verksamhetscheferna, som rapporterar in data om kvaliteten till ledningssystemet. På ett sätt är också kvalitetsarbetet kopplat till ersättningssystemet eftersom vissa vårdinsatser ger vite eller bonus, baserat på hur bra vårdcentralen uppnått målen. Det är dock svårt att avgöra vilka delar i kvalitetsrapporteringen som verkligen är verksamhetskritiska inom primärvården.

Listning av vårdcentralens patienter, administration kring vårdbesök, journalföring, registrering i hälsoregister, utfärdandet av sjukintyg samt arbetet med kvalitetsfaktorer har åtminstone en sak gemensamt – arbetet sker idag i datorn i olika slags *IT-system*. Studierna av primärvården (Ivarsson Westerberg et al. 2021) visade att en mängd olika IT-system används dagligen av vårdpersonalen. En av få som diskuterat IT-system i vården är Jonas Söderström. Han menar att det saknas kontroll på hur många system sjuksköterskor och läkare måste arbeta i, hur många inloggningar och hur många musklick som de måste göra varje dag. Detta tillsammans med väntan på att olika system ska reagera ger stor kognitiv belastning, vilket är en riskfaktor inom vården (Söderström 2010). Problem med system som inte är samordnade samt den spilltid som inte är produktiv har också uppmärksammats. Tre iakttagelser kan göras i sammanhanget: det är troligt att IT *omfördelar* arbetet, det vill säga att systemen underlättar för att administrativt arbete kan flyttas över till vårdpersonalen när IT-systemen görs tillgängliga för den gruppen. IT ökar också *kapaciteten* för administration i och med att de är i det närmaste oändligt skalbara. Ett IT-system kräver inget större arbete för att lägga till arbetsuppgifter av administrativ karaktär till de redan existerande, det krävs bara en ny menyrad eller en ny rullista för att ställa ytterligare krav på information som vårdpersonalen behöver hantera. IT ökar slutligen

tempot i administrationen, eftersom fler arbetsuppgifter kan samlas i ett system och gränssnittet gör det administrativa arbetet effektivare, i kontrast till tidigare pappersarbete.

Det är tydligt att IT har en stor påverkan på det administrativa arbetet, men att det finns olika dimensioner av hur påverkan går till. Även om effektivisering ofta framhålls som ett skäl till ökad digitalisering, är det inte helt säkert att denna effektivisering är helt entydig.

6.2. Sju faktorer som driver administrativt arbete i hälso- och sjukvården

Vad kan vi då säga om de faktorer som driver administrativt arbete i hälso- och sjukvården? De faktorer vi diskuteras nedan i stor utsträckning sammanflätade med varandra på olika sätt och de är också tydligt relaterande till de tre starka idéer vi presenterade ovan; management, marknad och den starka tron på förbättringar. En viktig faktor är kopplad till marknadsideal är *konkurrensutsättningen* av vården som medför ett antal administrativa processer som krävs för att den marknadsorienterade organiseringen av vården ska kunna upprätthållas. På en grundläggande nivå handlar dessa administrativa processer, som är insprängda i det ordinarie vårdarbetet, om att vårdvalssystemet kräver en bokföring av prestationer, det vill säga vårdproduktion som bestämts ge fiktiva verksamhetsinkomster (åtminstone för regiondriven vård). Dessa arbetsprocesser tillkom som en direkt konsekvens av vårdvalssystemet, och utfördes inte tidigare. Kopplingen till kärnverksamheten, att bedriva hälso- och sjukvård för medborgarna, är också svag när det gäller detta administrativa arbete. Här utgör således själva vårdvalssystemet och dess bakomliggande marknadsidéer grunden för denna form av administrativt arbete. Parallellt och nära sammanflätad med konkurrensutsättningen finner vi också *tendensen att vilja mäta, följa upp och kontrollera* verksamheternas medicinska kvalitet, produktivitet och utfall. För att inte tappa kontrollen över verksamheten krävs naturligtvis kontroll av något slag, däremot har krav kopplade till denna faktor utvecklats starkt de senaste åren. I stort handlar detta om effektivitetsfrågor inom en managementlogik, men som också är nära sammanvävd med marknadsideal och tron på förbättringar. När det gäller dessa processer baseras kontrollen vanligtvis på möjligheten att aktivera någon typ av sanktioner, som både kan vara positiva och negativa, i syfte att förändra verksamheten åt det håll som är önskvärt. Dessa sanktioner och inbyggda förändringskrav bidrar emellertid till mer administrativt arbete och skapar i många fall en prioritering av administrativt arbete, oavsett om sanktionerna innebär att en verksamhet kan få ökade ekonomiska tillskott, eller tvärtom, riskera att förlora ersättning eller betala vite.

Viljan att mäta, följa upp och kontrollera bygger i sin tur på i sig goda tankar om *verksamhetsförbättring och effektivisering*, men som också riskerar att leda till ökat administrativt arbete. Exempelvis innebär arbetet med hälsoregister, vilket syftar till att samla in kunskap på bred front om vissa sjukdomstyper, bland annat, att ett stort antal mindre arbetsuppgifter av administrativ

karaktär blir insprängda i det dagliga arbetet, något som också gör det svårt att överblicka hur mycket tid administrationen tar. En fjärde faktor är närvarande i princip samtliga exempel från primärvården ovan, och handlar om den *misstro som riktas mot vårdpersonalen* på alla nivåer. Misstron har sitt ursprung i ambitionen att styra och kontrollera verksamheten på ett effektivt sätt, vilket kan relateras till såväl marknads- som managementidéer. Misstron synliggörs dock som tydligast i journalföringen och skrivandet av intyg i läkargruppen, där det är tydligt att kraven ökat på vårdpersonalen att dokumentera på ett mer omfattande sätt och med en ökad detaljnivå. Denna tendens tyder på att tilliten till att vårdpersonalen faktiskt utför sitt arbete minskat, då ökad kontroll generellt sett är ett uttryck för misstro. Det faktum att *IT*-system blivit allt fler och mer komplexa utgör också en faktor i sammanhanget som driver administrativt arbete. *IT-systemens skalbarhet* och deras konstanta utveckling och uppdatering innebär att hindren att införa nya administrativa processer minskar eftersom möjligheterna att samla data av olika slag är i de närmaste oändliga.

En sjätte faktor kopplar vi till *tillväxten av de organisationsprofessionella* och deras betydelse för tolkning och utarbetandet av krav i den tolkningsprocess som i många fall riskerar att generera administrativt arbete för personalen i hälso- och sjukvården. Denna grupp byråkrater, med de olika utbildningsbakgrunder och professionella förhållningssätt de har, bidrar till att formulera krav utifrån gruppens varierade palett av arbetsmodeller, metoder, tekniker, kulturer och normer som utvecklats inom andra professionella områden. Dessa krav innebär ofta att nya administrativa arbetsuppgifter skapas och överförs till hälso- och sjukvårdspersonalen.

Den sjunde och sista faktorn vi observerat handlar om *fragmentiseringen av hälso- och sjukvårdsystemet*. Vi har sett att konkurrensutsättningen ger upphov till nya administrativa processer på lokal verksamhetsnivå. Förflyttas perspektivet från verksamhetsnivån till hälso- och sjukvårdens övergripande organisation är det möjligt att observera ytterligare konsekvenser av konkurrensutsättningen som inte är direkt synliga på verksamhetsnivån. Inom den offentliga sektorn har en tendens varit att skapa lokala styrformer för olika verksamheter (Brunsson & Sahlin-Andersson 2000). Ett resultat av denna förändring är att man kan se dessa lokala styrformer som egna enheter och i slutänden, separata organisationer. En del i denna process kan kopplas till idéer om decentralisering, medan den andra delen handlar om mer eller mindre explicit önskan att skapa aktörer på en marknad. Idén om konkurrensutsättning av hälso- och sjukvården har inneburit att vårdens olika delar kommit att omskapas till egna formella organisationer, med egna formella relationer till ett större eller mindre antal andra organisationer. En del i denna marknadiseringsprocess inom hälso- och sjukvården har således handlat om avreglering av befintlig verksamhet. Studier av avreglering av tidigare statlig verksamhet har dock visat att i stället för färre regler, som ju begreppet antyder, ökar antalet styrande regler (Ahrne och Brunsson 2005; Vogel 1998, Brunsson och Jutterström 2018), vilket också har observerats inom hälso- och sjukvården i enlighet

med vårt resonemang ovan. När det gäller de formella relationer, kan vi i ett exempel från primärvården se att vårdcentraler har formella relationer till andra organisationer i offentlig sektor såväl som till företag; relationerna kan vara till regionorganisationen, laboratorieföretag, andra vårdcentraler, tolkservice, transportverksamhet, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, IT-företag för de olika IT-systemen, sjukhus och så vidare. I en vårdorganisation som fungerar enligt denna logik kan äldre styrningsfilosofier upplevas som svaga och verkningslösa. Med fler organisatoriska relationer följer också nya typer av transaktionskostnader, som i sig också ställer högre krav på mer styrning och granskning, vilket i praktiken innebär mer administrativt arbete. Med transaktionskostnader avses de kostnader som uppstår i vid införskaffande av information kring köpare och säljare på en marknad samt vid genomförandet av en transaktion (Coase 1938). Kostnaderna kan handla om redovisning, upprättande av kontrakt, utvärdering, kontroll, samordningsmöten och så vidare. Fler organisatoriska enheter leder således till mer administration och ökade transaktionskostnader.

Att ökade krav på styrning uppkommer handlar om svårigheten att hålla ihop ett stort antal olika organisationer inom vården, som både kan vara regiondrivna och privata. Mer styrning och granskning brukar därför vara en vanlig medicin mot en fragmentiserad tillvaro. Den fragmentiserade hälso- och sjukvårdsorganisationen är därför en viktig faktor när det gäller att förstå vad det är som driver det administrativa arbetet. Fragmentiseringen är också tydligt relaterad till skapandet av en konkurrensutsatt hälso- och sjukvård eftersom denna logik bidrar till fragmentiseringen genom bildandet av fler formella organisationer som följer av marknadiseringen. Fragmentiseringen skapar också förutsättningar för de tolkningsprocesser vi diskuterat ovan eftersom varje relation som innebär att något krav riktas mot exempelvis en vårdcentral skapar utrymme för tolkning som riskerar att resultera i mer administrativt arbete.

Forskningen pekar på att konsekvenserna för dessa ökade styr- och granskningsförsök är att organisationerna svarar med administration, vilket är tydligt i exemplet ovan om lednings- och kvalitetssystem inom hälso- och sjukvården. I förlängningen innebär det ökade administrativa arbetet, särskilt på verksamhetsnivå, det vill säga det administrativa arbete som sprängs in i vårdpersonalens vardagliga arbetsuppgifter, att styr- och granskningsförsöken innebär kostnader, så kallade ”compliance costs”. En sådan kostnad som tidigare observerats är målförskjutning, det vill säga att vårdens personal i mindre utsträckning inte arbetar med kärnverksamheten. Detta är också en ekonomisk kostnad eftersom den hälso- och sjukvårdsorienterade prestationsförmåga som förväntas av vårdpersonalen inte nås till fullo.

Sammanfattningsvis kan således följande faktorer riskera att skapa förutsättningar för ökat administrativt arbete i hälso- och sjukvården:

- Konkurrensutsättningen
- Tendensen att vilja mäta, följa upp och kontrollera
- Verksamhetsförbättring och effektivisering
- Misstro som riktas mot vårdpersonalen
- IT-systemens skalbarhet
- Tillväxten av organisationsprofessionella
- Fragmentisering av vårdorganisationen

Det administrativa arbete som dessa faktorer ger upphov till återfinns främst inom de administrativa kategorierna informationsadministration och prestationsadministration, det vill säga administration som riktar sig mot externa aktörer. Informationsadministrationen handlar i grova drag om att upplysa om verksamheten utåt sett, medan prestationsadministrationen är mer sofistikerad och syftar till att synliggöra vårdpersonalens arbete och hur verksamheten presterar gentemot kravställande externa aktörer.

6.3. Vad motverkar (onödigt) administrativt arbete i hälso- och sjukvården?

En diskussion om vilka faktorer som kan motverka den ökande tendensen till administrativt arbete inom hälso- och sjukvården blir av naturliga skäl antaganden. Tidigare studier har främst fokuserat på faktorer som driver administrativt arbete, och inte de som motverkar den observerade utvecklingen. Ett sätt att diskutera presumtiva motverkande faktorer är att dela upp resonemanget i två delar. Det första handlar om att diskutera verksamhetsnära faktorer. Det andra perspektivet utgör faktorer som befinner sig på systemnivå, det vill säga en diskussion riktad mot hälso- och sjukvårdens grundläggande funktionssätt.

När det gäller verksamhetsnära faktorer som kan motverka administrativt arbete utgör *administrativa buffertar* en viktig sådan. Alla styrförsök och dokumentationskrav behöver inte slå igenom hos dem som arbetar direkt med patienterna. En tanke som finns inom organisationsteorin är att en av chefers och organisationsledningars viktigaste uppgift är att skydda "den operativa kärnan", dvs avvisa reformer och styrförsök som ökar de administrativa kraven. Till viss del kan ett tillskott av särskilda administratörer fungera avlastande för vårdpersonalen, men detta motverkar inte det arbete som är insprängt i flera olika arbetsuppgifter som vårdpersonalen utför, och vars källa oftast återfinns i ersättningssystemen och granskningskraven. En annan motverkande faktor handlar om att *förenkla IT-systemen*. Det är tydligt att ett mer genomtänkta IT-stöd skulle medföra förändringar för det administrativa arbetet, där exempelvis förbättrade samordningslösningar och minimering av

antalet "musklick" är två sådana förändringar som framkommit i debatten. Om hänsyn tas till "administrativ hållbarhet" vid utveckling och upphandling av IT-system i framtiden skulle sannolikt detta kunna motverka den administrativa tillväxten i hälso- och sjukvården.

Att *uppmärksamma de problematiska aspekterna av administrativt arbete* inom hälso- och sjukvården kan utgöra en motverkande faktor på övergripande nivå. En utökad medvetenhet om riskerna med administrativ tillväxt på samtliga nivåer där lagstiftning omsätts till krav kan i sig motverka och dämpa så väl antalet krav som deras omfattning bland de som styr organisationerna inom hälso- och sjukvården. Att formalisera en sådan medvetenhet genom ytterligare krav på konsekvensanalys av administrativ tillväxt när riktlinjer utformas på myndighetsnivå kan också utgöra en motverkande faktor. Däremot är risken att ytterligare administrativt arbete skapas som i sin tur kan betunga både den reguljära administrativa personalen och vårdpersonalen. En faktor som också kan motverka administrativt arbete är att lyfta och diskutera frågan vad som bör ingår i vårdpersonalens centrala arbetsuppgifter.

På övergripande nivå utgör också de etablerade idéerna om marknadisering och konkurrensutsättning en källa till det administrativa arbete som upplevs som problematiskt. Dels handlar det om att *motverka fragmentiseringen* som följer av marknadisering och konkurrensutsättning, dels kan *reformerade ersättningssystem* skulle kunna motverka det administrativa arbete som vårdpersonal utför i relation till ersättningssystemet, och få dem att ägna mer tid åt patienterna. Detta gäller då särskilt de delar som ställer krav på mätningar, uppföljningar och kontroll av vårdverksamheten. Samtidigt skulle reformerade ersättningssystem inte vara en särskilt övertygande motverkande faktor i sammanhanget. Sannolikt krävs det mer grundläggande åtgärder av paradigmskifteskaraktär för att åstadkomma tydliga förändringar, det vill säga åtgärder som riktar sig mot själva idén om vad effektiva organisationer är och hur de kan utformas. Så länge som vi tror att lösningen på alla problem i organisationer är mer styrning, mer granskning, mer dokumentation, mer regler och mer produktivitet (i kvantitativa termer), kommer också en av konsekvenserna att vara mer administration.

7. Statligt huvudmannaskap och administration i hälso- och sjukvården

Frågan om statligt huvudmannaskap är förstås svår att svara på och svaret blir med nödvändighet mer spekulativt. En lärdom från organisationsforskningen är att antalet organisatoriska enheter i ett organisationssystem påverkar administrationen. Detta eftersom antalet relationer mellan enheterna blir fler. Relationerna handlar om kommunikation, samordning, ekonomi med mera. Rent konkret i administrativt hänseende kan det handla om beställningar, faktureringar, möten, dokument, redovisningar, rapporter, osv. Det är kostnaderna för dessa som kallas transaktionskostnader. Logiken är således att ju fler organisatoriska enheter som har kontakt med varandra i ett organisatoriskt system, desto fler relationer av administrativ karaktär som ger upphov till transaktionskostnader. Om det statliga huvudmannaskapet skulle innebära att staten tar över ansvaret, och samtidigt inrättar en ny nationell myndighet men behåller regionorganisationen skulle administrationen således öka på grund av fler organisationer. Men om det statliga huvudmannaskapet skulle innebära en minskning av antalet organisationer, till exempel genom att slopa regionerna skulle administrationen förmodligen minska.

Ett annat sätt att resonera kring detta är längden på den så kallade styrkedjan. Vi resonerade tidigare i rapporten om hur administrativa krav tolkas, översätts och förmedlas av olika aktörer i styrkedjan. I hälso- och sjukvården är dessa aktörer till exempel Socialstyrelsen, regionförvaltningar och sjukhusförvaltningar. Om huvudmannaskapet adderar ytterligare en nivå i en sådan styrkedja kommer det troligen att leda till mer administration.

Slutsatsen är utifrån detta perspektiv, system- eller strukturperspektivet, att man samtidigt med ett statligt huvudmannaskap måste reducera antalet organisatoriska enheter och nivåer för att kunna minska fragmentiseringen och således minska administrationen.

En andra faktor som utgår från våra teoretiska resonemang om vad som driver administrationen är att det handlar om kravställande från omgivningen. Det kan vara från överordnade hierarkiska nivåer, eller komma från andra delar av omgivningen. Ett statligt huvudmannaskap är inte automatiskt kopplat till (eller immunt) mot sådant kravställande eftersom dessa krav finns i lagstiftning, riktlinjer, standarder eller från andra starka normer om till exempel hållbarhet, organisering, ledarskap, samverkan, krishantering, värdegrundsarbete, jämställdhet eller liknande. Mycket av den administration som beror på kravställande kommer troligen inte att påverkas av en förflyttning av huvudmannaskapet.

Detta gäller också administration som genereras av det fria vårdvalet. I ett sådant system finns administration som handlar om att vårdgivarna ges ersättning på samma villkor. Det krävs således ett ersättningssystem som i sig är administrativt och som kräver redovisningar, rapportering och

fakturering mm. För att minska sådan administration behöver det ske en mer strukturell förändring av vårdvalssystemet, och är egentligen en fråga som inte är avhängigt huvudmannaskapet.

8. Referenser

Ahrne, G. & Brunsson, N. (2004). Regelexplosionen. EFI: ekonomiska Forskningsinstitutet vid Handelshögskolan i Stockholm.

Aili, C. & Brante, T. (2006) *Kvalificerande arbete: Lärares vardagliga arbete som bas för lärarprofessionens autonomi*. Stockholm: Lärarförbundet.

Alamaa, L & Hall, P & Löfgren, K (2024) Why are organisational professionals expanding in the Swedish public sector? The role of accountability. Public Policy and Administration, Onlinefirst.

Baldwin, J.N. (1990) Perceptions of Public Versus Private Sector Personnel and Informal Red Tape: Their Impact on Motivation. *American Review of Public Administration* 20:7–28.

Bozeman, B (1993) A theory of government red tape. *Journal of public administration and theory*. 3:273-303.

Brunsson, N., & Jutterström, M. (2018) *Organizing and reorganizing markets*. Oxford University Press.

Brunsson, N & Sahlin-Andersson, K (2000) Constructing organizations: the example of public sector reform. *Organization Studies*, 21(4), 721–746.

Chen, G & Williams, D. (2007) How Political Support Influences Red Tape through Developmental Culture. *Policy Studies Journal*, 35(3): 419–436.

Coase, R. H. 1938. The nature of the firm, *Economica*, 4 (nov.), s. 386–405.

Cutler, D.M. & Ly, D.P. (2011) The (paper) work of medicine: Understanding international medical costs, *Journal of Economic Perspectives*, 25 (2), s. 3–25.

Czarniawska, B. & Sevón, G. (red.) (1996), *Translating organizational change*. Berlin: de Gruyter.

DeHart-Davis, L. & Pandey, S. (2005) Red Tape and Public Employees: Does Perceived Rule Dysfunction Alienate Managers? *Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART*, Jan., 2005, Vol. 15, No. 1 (Jan., 2005), pp. 133–148.

Ekeren A, Foss H, Fosshaug B, Haga T, Skaar V, Westby MT. (2006) Hvor mycket tid får pasientene? *Sykepleien*,94(1):64–65.

Forssell, A & Ivarsson Westerberg, A (2014) *Administrationssamhället*, Lund: Studentlitteratur

Füchtbacher, L.M. & Nörgaard, B. & Backer Mogensen C. (2013) Emergency department physisians spend only 25procent of their working time on direct patient care, *Danish medical journal* 60(1):A4558.

Gottschalk, A. och Flock, S. (2005) Time Spent in Face-to-Face Patient Care and Work Outside the Examination Room. *Annals of Family Medicine* 6:488–93.

Heinrich, C (2016) The Bite of Administrative Burden: A Theoretical and Empirical Investigation. *Journal of Public Administration Research and Theory*, Volume 26, Issue 3, July 2016, Pages 403–420.

Hofvendal, J. (2006) Förpapprade samtal och talande papper. I E. Forsberg & E. Wallin (red.), *Skolans kontrollregim – ett kontraproduktivt system för styrning?* Stockholm: Stockholms universitets förlag.

Ivarsson Westerberg, A & Andersson, A, & Anskär, E & Castillo, D, & Falk, M, & Forssell, A (2021) *Papper, pengar och patienter. Primärvården i administrationssamhället*. Lund: Studentlitteratur.

Kreicberg, J. (2009) *Byråkratexplosionen - Hur kommuner och landsting använder ökade resurser*. Stockholm: Timbro.

Lane, J-E & Arvidson, S & Magnusson, T (1986) *Byråkrati och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur.

Mache, S. & Kelm, R. & Bauer, H. & Nienhaus, A. & Klapp, B. & Groneberg, D. (2009a) General and visceral surgery practice in German hospitals: a real-time work analysis on surgeons work flow, *Langenbecks Arch Surg*, 2010 Jan; 395(1):81–7.

Mache, S & & Vitzthum, K & Kusma, B & Nienhaus, A & Klapp, B & Groneberg, D. (2009b) Pediatricians working conditions in German hospitals: a real-time task analysis" *Eur J Pediatr.* 2010 May;169 (5): 551–5.

Mamykina L., Vawdrey D. K., Stetson, P. D., Zheng K, Hripcsak G. (2012) Clinical documentation: composition or synthesis? *Journal of the American Medical Informatics Association,* 19:1025-31.2.

Mannelquist, R, Karlsson, B & Järvholm, B (2010) "Läkarintyg om bedömning av arbetsförmåga klarar inte alltid rättslig prövning. Svårt för läkaren att förstå juridik – och för juristen att förstå medicin", *Läkartidningen*, vol 107, nr 49.

Moynihan, D, Herd, P & Hope, H (2015) Administrative Burden: Learning, Psychological, and Compliance Costs in Citizen-State Interactions. *Journal of Public Administration Research and Theory*, Volume 25, Issue 1, January 2015, Pages 43–69.

Poissant L., Pereira J., Tamblyn R., Kawasumi Y. (2005) The Impact of Health Records on Time Efficiency of Physicians and Nurses: A Systematic Rewiew. *Journal of the American Medical Informatics Association* 12: 505–516.

Sunstein, C.S. (2021) *Sludge. What stops us from getting things done and what to do about it*. Cambridge: The MIT Press.

Söderström, J (2010) *Jävla skitsystem! Hur en usel digital arbetsmiljö stressar oss på jobbet – och hur vi kan ta tillbaka kontrollen.* Stockholm: Publit Sweden.

Vogel S.K. (1998) *Freer Markets, More Rules: Regulatory Reform in Advanced Industrial Countries*. Ithaca, NY: Cornell Univ. Press

Vårdfokus. *Fler styr och räknar. Färre vårdar patienter*. 2018-05-21.

Vårdfokus. *Sjuksköterskor flyr golvet - Byråkratin sväller*. 2021-11-02.

Westbrook, J.I. & Ampt, A. & Kearney, L. & Rob, M.I. (2008) All in a days work; An observational study to quantify how and with whom doctors on hospital wards spend their time, *Medical Journal of Australia, MJA*, 188(9).

Woolhandler, S & Campbell, T & Himmelstein, D (2003) Costs of Health Care Administration in the United States and Canada. *n engl j med* 349;8 www.nejm.org august 21, 2003.

Bör hälso- och sjukvården centraliseras?
Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård

Åsa Hansson
Lunds universitet och Ratio

1. Inledning

Syftet med denna rapport är att analysera hur finansieringsaspekter av hälso-och sjukvård påverkar argumenten för och emot ökat statligt huvudmannaskap för hälso-och sjukvård i Sverige. Spelar finansieringen någon roll för vilken fiskal nivå hälso- och sjukvården bör organiseras på?

Ett grundläggande krav för effektivitet är att de som har nytta av en tjänst också är de som finansierar tjänsten. Om någon annan står för finansieringen än de som har nytta av tjänsten upplevs kostnaden vara lägre än den faktiska och tjänsten överkonsumeras. Detta leder till samhällsekonomiska kostnader och sämre resursutnyttjande i ekonomin. Det går därför inte att från ett effektivitetsperspektiv frikoppla tillhandahållandeansvaret av hälso- och sjukvård från finansieringen av den. Huvudmannaskap och finansiering måste därför analyseras gemensamt. Av den anledningen kommer för- och nackdelar med olika grader av decentralisering/centralisering av hälso- och sjukvård diskuteras med koppling till finansiering i rapporten. Fokus i rapporten är hur finansieringen och huvudmannaskapet av hälso- och sjukvård ska organiseras för att målsättningarna om både effektivitet och jämlikhet ska uppnås.

Fokus i rapporten ligger således på effektivitets- och jämlikhetsaspekter av olika grader av centralisering. En viktig aspekt är att analysera hur finansieringen påverkar möjligheten att säkerställa ett hälso- och sjukvårdssystem som håller god kvalitet och god kostnadskontroll både på kort och längre sikt. För att göra det krävs även ett framåtblickande perspektiv. Därför förs ett resonemang kring frågan hur hållbart dagens finansiering är på sikt i en global värld med nya digitala möjligheter. Globaliseringen och nya digitala möjligheter ökar arbetskraftens rörlighet både inom Sverige och internationellt och medför att den samhällsekonomiska kostnaden av att beskatta förvärvsinkomster stiger men också att skillnader i beskattning inom landet och internationellt försvåras. Detta riskerar att pressa ett redan urholkat system än mer, och reser frågan hur hållbart det är på sikt.

Rapporten inleds med en beskrivning av dagens system och de utmaningar dagens finansiering möter. Därefter följer en mer teoretisk analys av för- och nackdelar med decentraliserad eller centraliserad hälso- och sjukvård. Denna analys följs av en diskussion kring hur lokal finansiering bör utformas samt hur hållbar en relativt omfattande lokal beskattning är i ett mer framåtblickande perspektiv där arbetsinkomster sannolikt blir mer mobila och därför svårare att beskatta. Rapporten avslutas med några förslag till förändring och slutsatser.

2. Dagens system

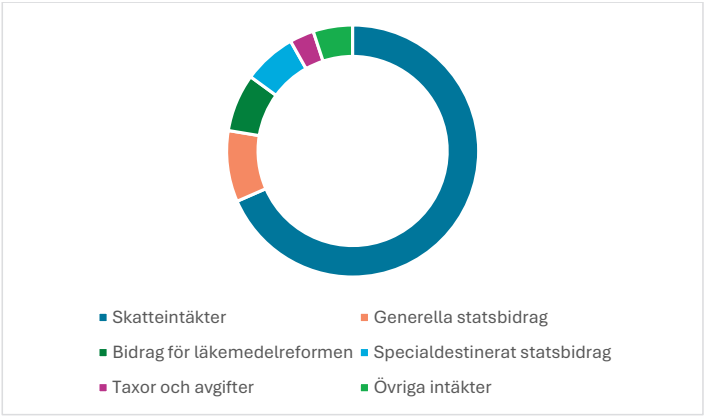
Sverige har en starkt decentraliserad offentlig sektor där kommunerna och regionerna är huvudmän för en rad viktiga välfärdstjänster. Kommunal och regional konsumtion står för ungefär 70% av den totala offentliga konsumtionen, varav ca 30 procentenheter är på regional nivå. Hälso- och sjukvården är den absolut största utgiftsposten för regionerna, 88% (SKR 2024a)

Regionerna ansvarar förutom för hälso- och sjukvård även för kollektivtrafik och regionala utvecklingsfrågor. Även kommunerna har ett stort ansvar för vård, den nära vården till äldre. Kommunernas vård diskuteras dock inte i denna rapport.

Det lokala självstyret ger kommunerna och regionerna rätt att ta ut proportionell inkomstskatt, och den starka decentraliseringen i Sverige innebär att kommuner och regioner också gör så i betydande grad. Utgångspunkten är att varje kommun och region har beskattningsrätt och stor självständighet och eget ansvar för att sköta sin ekonomi. Skatteintäkterna kommer från beskattning av förvärvsinkomster vilket utgör kommunernas huvudsakliga och regionernas enda skattebas. Kommunerna erhåller även ca 2,5% av sin finansiering från fastighetsavgiften. Kommunerna och regionerna har egentligen bara bestämmanderätt över skattesatserna på förvärvsinkomster men inte skattebasen eller något som rör fastighetsavgiften.

Skatteintäkterna täcker inte kostnaderna. Skatteintäkterna täcker ca 70% av kostnaderna på både kommunal och regional nivå, resterande 30% täcks av olika statsbidrag och andra bidrag och intäkter (SKR 2024a). Diagram 1 visar hur regionens intäkter fördelar sig på olika intäktsslag. Intäkterna för hälso- och sjukvård består till ca 68,5% av skatteintäkter och till 3% av avgifter (se diagram 1). Resterande består av olika former av statsbidrag och bidrag för läkemedelsreformen.

Diagram 1. Regionernas intäkter 2023



Källa: SKR (2024a)

Kommuner och regioner ska förhålla sig till kommunlagens balanskrav och lagens krav på god ekonomisk hushållning på både kort och lång sikt. Balanskravet är lagstadgat och innebär att varje kommun och region som huvudregel ska upprätta en budget där intäkterna överstiger kostnaderna, dvs ett positivt resultat (Kommunallagen 2017:725 11 kap. 5 §).[1] Det är tillåtet att budgetera för underskott om det täcks av avsättningar i en resultatutjämningsreserv (RUR) eller om det finns synnerliga skäl. Om det finns ett underskott ska det återställas inom tre år.[2] Underskotten kan hanteras genom att ändra skattesatsen, utgifterna eller genom att använda eventuell resultatutjämningsreserv. Om kommunerna hänvisar till bestämmelsen om synnerliga skäl ger det möjlighet att under vissa omständigheter underbalansera budgeten.

Det finns stora skillnader i både skattekraft, dvs förmågan att generera skatteintäkter, och kostnaderna mellan regionerna. För att hantera strukturella skillnader mellan regionerna finns ett omfattande system för intäkts- och kostnadsutjämning. Staten lämnar bidrag till kommuner och regioner i form av generella tillskott som regionerna fritt får förfoga över eller som riktade bidrag till ändamål som staten bestämmer.

[1] Det finns ingen entydig definition på vad som menas med god ekonomisk hushållning utan det är upp till varje kommun och region att fastställa riktlinjer och det kan därför variera. Ett vanligt riktmärke är dock att resultatet bör uppgå till minst två procent av skatteintäkterna och generella statsbidrag. Kommuner och regioner har möjlighet att använda sig av en resultatutjämningsreserv (RUR) för att jämna ut variationer i intäkter mellan åren.

[2] Sedan 2024 finns även ett system för resultatreserver (RER) som påminner om RUR men är mer flexibelt. RUR är tänkt att utjämna över konjunkturcykler medan RER är mer flexibelt och kan användas till omstruktureringar av verksamhet eller vid oförutsedda utgiftsökningar eller inkomstbortfall. Tanken är att RER ska ersätta RUR men fram till 2033 kommer de samexistera.

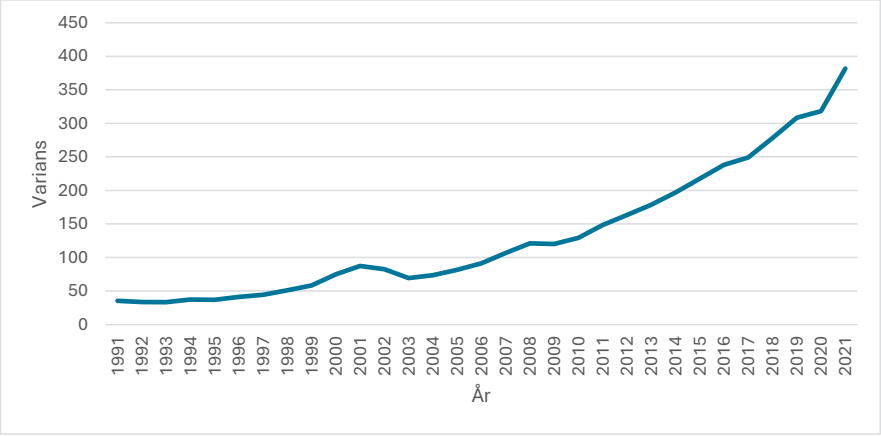
2.1 Regionala skillnader i kostnader och intäkter

Regionala skillnaderna i offentligt finansierade kostnader för hälso- och sjukvård är betydande. År 2022 var skillnaden, borträknat Gotland, mellan den regionen med högst och lägst kostnad per invånare 18%. Nettokostnaden för hälso- och sjukvård per invånare (exklusive tandvård) var 27 543 kr i Västra Götaland och 32 952 kr i Västernorrland, en skillnad per invånare på 5 100 kr (SKR 2024b).[3] Nettokostnaden avser den offentliga finansieringen, dvs inkluderar de kostnader som finansieras med regionskatt, generella statsbidrag och finansnetto, patientavgifter och specialdestinerade statsbidrag är inte medräknade vilket innebär att de totala kostnaderna är högre. En intressant fråga att ställa är vad de stora skillnaderna i kostnader beror på? Beror de på skillnader i behov, skillnader i produktivitet eller regionala skillnader i utbud? Vi återkommer till denna fråga senare i rapporten.

Förvärvsinkomsterna är regionernas skattebas (skattekraft) och det förekommer stora skillnader i genomsnittliga förvärvsinkomster mellan regionerna. Skillnaderna har dessutom ökat över tiden. Figur 1 visar hur spridningen, mätt som varians, i förvärvsinkomst per skattebetalare i regionerna ökar över tiden. Under 1990-talet var skillnaderna i skattekraft mellan regionerna begränsade men har sedan i synnerhet 2010-talet ökat. En anledning till detta är att löneinkomsterna ökat i snabbare takt i storstäder än i glesbygd (Andersson m. fl. 2021). Den genomsnittliga förvärvsinkomsten per invånare var 2021 38 626 kr i region Stockholm och 29 051 kr i region Gotland, en skillnad på 9 575 kr. 2010 var skillnaden mellan regionen med högst och lägst genomsnittlig förvärvsinkomst 5 717 kr. De ökade skillnaderna i förmågan att generera skatteintäkter ökar behovet av att utjämna för att kompensera för inkomstskillnaderna. Detta är inget nytt problem och har lett till ett flertal utredningar om utjämningssystemet (bland annat Riksrevisionen 2019 och 2020, SOU 2024:50, Finanspolitiska rådet 2024). Nu senast av Utjämningskommittén och utredningen ”Nätt och jämnt: Likvärdighet och effektivitet i kommunsektorn” (SOU 2024:50).

[3] Gotland är speciellt och brukar inte inkluderas i jämförelser eftersom det då kan bli missvisande. Skulle Gotland inkluderas är skillnaden i kostnader 40% och i kronor över 11 000 kr.

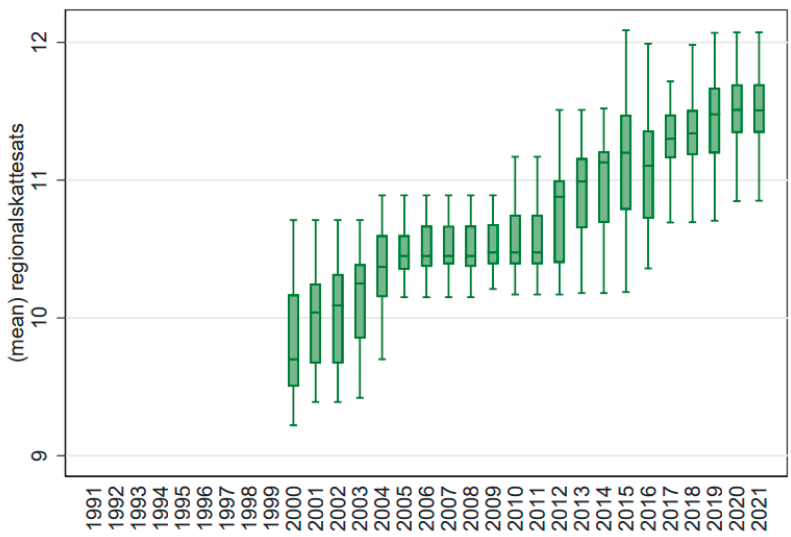
Figur 1. Varians (spridning) i skattekraft mellan regioner, år 1991-2021



Källa: IoT, SCB (2024)

Figur 2 visar hur regionala skattesatser successivt ökat över tiden men också att skattesatserna skiljer sig mellan olika regioner. Boxplotdiagrammet visar medianskattesatsen över tid (strecket i boxen). Inom boxen ligger 75% av alla regionala skattesatser. Variationen i skattesats har minskat och de flesta regioner har en skattesats mellan 11 och 12%. Idag, 2024, är den högsta regionala skattesatsen 12,38% i region Stockholm och den lägsta 10,83% i region Sörmland, en skillnad på 1,55 procentenheter.

Figur 2. Regionala skattesatser över tiden och skillnader i skattesats mellan olika regioner



Källa: IoT, SCB (2024)

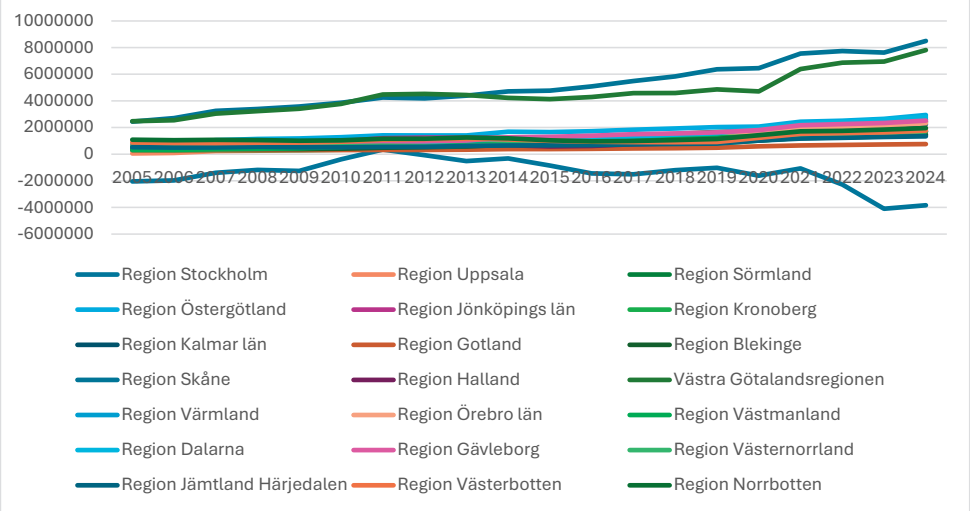
2.2 Utjämningssystemet

Alla invånare ska ha tillgång till en god och likvärdig offentlig välfärd, oavsett var i landet man bor. Samtidigt skiljer sig förutsättningarna för detta mellan olika delar av Sverige. Det finns betydande skillnader mellan kommuner respektive mellan regioner i skattekraft, folkmängd, åldersstruktur, bebyggelsestruktur och socio-ekonomiska faktorer, såsom befolkningens utbildningsnivå och inkomst. Dessa strukturella skillnader leder till att de ekonomiska förutsättningarna är olika, både på intäkts- och kostnadssidan. För att utjämna skillnaderna finns ett omfattande utjämningssystem med syfte att skapa likvärdiga ekonomiska förutsättningar att tillhandahålla välfärdstjänster och annan samhällsservice. Inom hälso- och sjukvården sker omfattande utjämning, under 2024 omfördelas 8,1 miljarder kronor mellan regionerna i kostnadsutjämning (SOU 2024:50).

Utjämningen sker genom generella och riktade statsbidrag samt kostnadsersättning. De generella statsbidragen kan kommuner och regioner fritt disponera utan krav på särskilt användningsområde eller prestation. Riktade statsbidrag kan kommuner och regioner ansöka om och är avsedda för en viss insats, ett ändamål eller för att stimulera utveckling i en bestämd verksamhet. Kostnadsersättningar består av ersättningar för specifika kostnader som kommuner eller regioner har med anledning av en statligt beslutad skyldighet att utföra eller erbjuda något, exempelvis en tjänst. För regionerna består i princip hela beloppet för kostnadsersättningar av bidraget för läkemedelsreformen (se diagram 1).

Figur 3 visar hur utjämning på regionnivå sett ut sedan 2004. Alla regioner utom Stockholmsregion är nettobidragstagare. Behovet av utjämning har ökat över tid. Mellan 2010 och 2024 ökade bidragen i genomsnitt med 170% för alla nettomottagande regioner (bortser från Stockholmsregion som är nettobidragare). Bidragen till Skåne och Västra Götaland har varit betydligt högre, i genomsnitt sedan 2010 2,5 respektive 2,7 miljoner högre än genomsnittet.

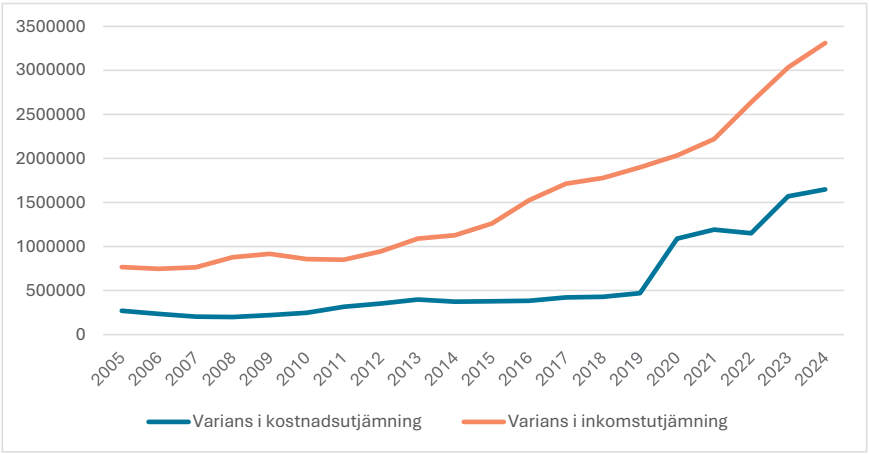
Figur 3. Kommunalekonomisk utjämning, utfall, tkr efter region och år



Källa: SCB (2024)

Det är framför allt skillnader i inkomster som orsakar obalans mellan regionernas möjlighet att finansiera verksamheten. I figur 4 visas utvecklingen i spridningen (variansen) i inkomst- respektive kostnadsutjämning sedan 2004. Som framgår av figuren är spridningen i inkomst (skattekraft) betydligt större än spridningen i kostnader mellan regionerna. Sedan 2010 har skillnaderna i inkomstutjämning mellan regionerna ökat. Skillnaderna har ökat över tid och i synnerhet sedan 2021. Skillnader i kostnadsutjämning mellan regionerna är lägre och relativt konstanta fram till 2020. Från 2020 har skillnaderna i kostnadsutjämning mellan regionerna ökar, eventuellt pga. regionala skillnader i smittspridning av Covid.

Figur 4. Varians (spridning) i inkomst- respektive kostnadsutjämning mellan regioner, 2004 till 2024



Källa: SCB (2024)

Samtidigt som skillnaderna i skattekraft mellan regionerna ökat och sannolikt kommer att fortsätta att öka kommer troligen även kostnaderna för hälso- och sjukvård att stiga. Sedan 2018 har den årliga genomsnittliga kostnadsökningen varit 5,6% (SKR 2024a). Efterfrågan av hälso- och sjukvård tenderar att öka med inkomst och välstånd samtidigt som utbudet också sannolikt kommer att öka tack vare den tekniska utvecklingen. Sammantaget leder detta troligen till ökade kostnaderna för hälso- och sjukvård i framtiden. Även om det inte leder till ökade kostnadsskillnaderna mellan regionerna kommer ökade kostnaden utmana systemet eftersom det kräver att skatteintäkterna ökar i samma takt. Som vi kommer att diskutera senare i rapporten är det osannolikt att regionala skatteintäkter från förvärvsinkomst kan öka i samma takt och dessutom någorlunda jämnt fördelat över regionerna. Det är därför troligt att ett redan pressat och urholkat system kommer att pressas än mer framöver.

3. För- och nackdelarna med ett decentraliserat och centraliserat hälso- och sjukvårdssystem

Det finns många fördelar med ett decentraliserat system, men också nackdelar. Enligt subsidiaritetsprincipen, eller närhetsprincipen, bör beslut fattas så nära medborgarna som är ändamålsriktigt. Vad detta innebär i realiteten är inte helt enkelt att avgöra. Det finns både demokrati och effektivitetsargument som talar för decentralisering. Decentralisering är speciellt viktigt om invånare på olika geografiska platser har olika preferenser för offentliga välfärdstjänster, och lokala beslutsfattare har bättre kännedom om dessa preferenser än vad centrala beslutsfattare har. En viktig effektivitetsaspekt är att de som utnyttjar de offentliga tjänsterna eller täcks in av ett offentligt skyddsnät även betalar för dessa. Det handlar inte om att varje individ ska stå för sina egna kostnader eftersom det är det offentliga skyddsnätets roll att göra det. Däremot bör varje ansvarig enhet, i detta fall regionen,

stå för kostnaderna och inte övervältra dem på någon annan. Står inte regionen för hela kostnaden utan övervältrar en del på andra, stat eller andra regioner, framstår kostnaderna som lägre än vad de faktisk är vilket leder till överkonsumtion och att de samlade resurserna i samhället utnyttjas dåligt. Ibland benämner man detta som att regionerna har mjuka budgetrestriktioner, dvs de står inte för de totala kostnaderna. Detta är ett starkt skäl till att inte frikoppla finansieringen från huvudmannaskapet.

Olikheter i skatteunderlag och i kostnader för hälso-och sjukvård skapar skillnader i förmågan för regioner att tillhandahålla likvärdig hälso- och sjukvård. För att minska skillnaderna i förutsättningarna, dvs skatteintäkterna, och i kostnader behövs inkomst- och kostnadsutjämningssystem. Ju större skillnader det finns i förmågan att finansiera på egen hand eller skillnader i kostnadsläge desto större krav på utjämning för att tillhandahålla en likvärdig hälso- och sjukvård. Utjämningssystem leder till ineffektivitet eftersom kostnaderna överförs på en annan part. Om hälso- och sjukvården centraliseras och finansieringen därmed också blir central behövs ingen utjämning och de samhällsekonomiska kostnaderna av utjämningssystemen undviks. Detta talar för en centralisering av hälso- och sjukvården. Det är således inte helt självklart på vilken fiskal nivå som ansvaret och finansieringen av hälso- och sjukvård ska ligga på. Nedan diskuteras argument för en decentraliserad respektive centraliserad hälso- och sjukvård.

3.1 Argument för decentraliserat huvudmannaskap för hälso- och sjukvård

Det kanske starkaste argumentet för att decentralisera offentlig välfärd är för att det då är lättare att *skräddarsy utbud efter lokala preferenser*. Ju mer preferenserna för offentlig välfärd skiljer sig mellan geografiska områden desto större anledning att decentralisera. Kännedom om efterfrågan är ofta större på lokal nivå vilket motiverar att beslut och ansvar ligger på lokal nivå.

Frågan är hur stora regionala skillnader det finns i preferenser för hälso-och sjukvård. Det är svårt att mäta preferenser och efterfråga. Det är lättare att mäta faktiskt utfall – såsom kostnader för hälso- och sjukvård. Kostnader skiljer sig dock från efterfrågan, eftersom kostnaderna även speglar tillgång och skillnader i effektivitet och kostnadsläge. Befintlig statistik visar att skillnaderna i kostnader framför allt beror på åldersstruktur där kostnaderna tenderar att öka med åldern och i synnerhet i de övre åldrarna. Skillnader i demografi mellan regionerna spelar därför stor roll för kostnadsskillnaderna. Även inkomst, utbildning, boendesituation och sysselsättningsstatus verkar spela roll för kostnaderna (SOU 2024:50). Individer med lägre inkomster kostar mer, förutom vid hög ålder då sambandet är det motsatta. Sammanboenden kostar mindre än ensamboende och sysselsatta mindre än arbetslösa. Dock verkar inte regionala skillnader i sig spela roll eller finnas belägg för att efterfrågan på hälso- och sjukvård skulle skilja sig på regionalbasis om man kontrollerar för demografi och socio-ekonomiska faktorer.

Preferenserna kan eventuellt skilja sig regionalt för olika typer av hälso- och sjukvård på grund av demografiska eller socio-ekonomiska skillnader. Efterfrågan på äldrevård skiljer sig mellan regioner om andel äldre skiljer sig. Däremot är skillnaderna sannolikt mindre än för många andra välfärdstjänster, tex snöröjning och fritidsverksamhet. Eftersom det dessutom är lagstiftat i Sverige att hälso- och sjukvård ska vara likvärdig faller motivet att skräddarsy utbudet av hälso- och sjukvård efter lokala preferenser och därmed argumentet att decentralisera huvudmannaskapet av hälso- och sjukvård. Regionerna kan däremot ha bättre lokal kännedom och därmed bättre förutsättningar att implementera och administrera en likvärdig hälso- och sjukvård. Detta kan tala för att vården ska administreras på en mer lokal nivå men inte nödvändigtvis att den ska finanserias lokalt eller att huvudmannaskapet ska ligga på lokal nivå.

Ett annat starkt argumentet för att decentralisera offentlig välfärd är för att införa *konkurrens* i den offentliga sektorn och därmed öka effektiviteten i den offentliga sektorn. Det finns flera anledningar till att decentralisering i teorin ökar konkurrensen och därmed leder till effektivitet. Ett argument baseras på Tiebouts teori ”rösta med fötterna” vilket innebär att kommun- eller regioninvånarna kan välja den kommun eller region som passar deras preferenser både vad gäller utbud av offentlig service och kostnaden för den samma. Tanken är att individer bosätter sig eller har möjlighet att bosätta sig där utbudet motsvarar preferenserna till lägsta kostnad och att detta introducerar konkurrens mellan kommuner/regioner som vill locka till sig eller i alla fall inte förlora medborgare. Detta får två effekter, dels att alla hittar en mix av offentlig välfärd och skatt som passar dem, dels att möjligheten att flytta – dvs ”rösta med fötterna”- har en disciplinerande effekt på kommunerna och regionerna. Hotet om flytt har en disciplinerande effekt på politiker att använda skattemedel i medborgarnas intresse. Det senare argumentet påminner om s.k. ”yardstick competition”. Där medborgare kan jämföra olika kommuner/regioners utbud och ställa ansvariga till svars om de inte anser att det som erbjuds motsvarar vad andra kommuner/regioner erbjuder.

Effektivitetsargumentet bygger dock dels på att det finns skillnader i utbud, dels att medborgarna har kunskap om dessa och även kan välja utifrån dem. Skillnader i utbud, i alla fall betydande skillnader, strider mot kravet om likvärdig vård oberoende av var individer bor. Argumentet bygger också på att finansieringen av offentlig service inte övervältas på någon annan – tex stat eller andra kommuner/regioner. Riktade statsbidrag och inkomstutjämningen försvagar därför effektivitetseffekten. Något vi återkommer till senare. Kravet eller önskemålet om likvärdighet i hälso- och sjukvårdsutbudet och utjämningssystemet omkullkastar argumenten att decentralisering leder till konkurrens och därmed effektivitet.

Konkurrens och effektivitet kan införas på andra sätt. Ett vanligt förekommande argument är att privatisering av hälso- och sjukvård introducerar valmöjligheter och konkurrens. Det är svårt att utvärdera effekterna av privatiseringen eftersom det saknas en bra kontrollgrupp eller counterfactual

(dvs vad hade hänt om vården inte privatiserats). Utfallet är inte heller teoretiskt givet eftersom hälso- och sjukvårdsmarknaden är en s.k. kvasimarknad, det finns problem med både offentlig och privat tillhandhållen hälso- och sjukvård. Flera försök att utvärdera har gjorts. Anell (2010) kom fram till att vårdvalet och reglerad etableringsfrihet inom primärvården och av apotek i första hand har skapat bättre tillgänglighet genom fler enheter och bättre öppettider men att de nya verksamheterna har ungefär samma erbjudanden till befolkningen som tidigare och att innovationerna var få. Kastberg och Siverbo (2007) och Lindgren (2014) finner att privat sjukvård ofta är bättre men kvalitetsskillnaderna är små. Enligt studier av Glenngård och Anell (2012a &b) var patienter vid privata vårdcentraler mer nöjda, även när man kontrollerar för socioekonomiska faktorer. En övergripande slutsats är att de stora förhoppningarna om ökad kvalitet och lägre kostnader ännu inte infriats. Syftet i denna rapport är inte att utvärdera privatiseringen utan snarare att peka på att det finns andra sätt att uppnå konkurrens än att ha ett decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem där regioner konkurrerar med varandra. Sannolikt är privata alternativ ett bättre sätt att introducera konkurrens på eftersom det finns fler privata alternativ som kan användas som jämförelseobjekt för brukare än de 21 regionerna.

Ett annat argument som talar för att decentralisera offentlig verksamhet är att det ökar möjligheterna till *innovation* och att prova olika lösningar på lokal nivå för att sen utvärdera och kunna skala upp. Visar det sig att en innovation eller alternativ lösning inte gav avsedda effekter skalas de inte upp och får därmed begränsad skadlig inverkan. Fungerar de däremot bra kan andra kommuner och regioner kopiera lösningen. Eftersom hälso- och sjulvården är relativt reglerad och styrd centralt har regionerna inte helt fritt spelrum att uppfinna och testa alternativa lösningar. Även om privata alternativ ofta finansieras av regionerna och att det kan vara besvärligt för de 21 regionerna att upphandla på olika sätt kan privata alternativ ha större incitament att uppfinna och att introduktionen av privata alternativ inom hälso- och sjukvård därför kan ge bättre innovationsmöjligheter. Privata alternativ är ofta bättre på innovation och att hitta kreativa lösningar än den offentliga sektorn.

Ett annat argument som ibland förs fram är att decentralisering av offentlig service leder till *ökat ansvarstagande* från politiskt håll. Demokratiskt fattade beslut ska fattas så när medborgarna som möjligt för att makthavarna dels ska veta vad medborgarna efterfrågar, dels för att det ökar politikernas ansvarstagande. Tanken är att lokala och regionala politiker lättare kan hållas till svar eftersom de är närmare väljarna och att dessa därför har bättre insyn i vad som händer och kan ställa politiker till svars. Det finns dock belägg för att det även kan vara tvärtom. Lokala/regionala politiker kan ha incitament att agera i egenintresse och gynna vissa väljare över andra. Hur sambandet ser ut mellan grad av decentralisering och ansvarstagande är olika från fall till fall och sannolikt svårt att generalisera. Att argumentera för decentralisering baserat på detta argument är därför inte uppenbart korrekt.

Dessutom verkar väljare ha dålig uppfattning om vem som fattar beslut om hälso- och sjukvård och vilka regionalpolitiker det är som bestämmer. I en Novusundersökning (2022) som Uppdrag granskning

beställt svarade knappt hälften, 47%, att det är regionerna som ansvarar för hälso- och sjukvård. 41% tror att det är riksdagen och 11% tror att sjukvården är kommunernas ansvar. Knappt hälften av svenskarna (48%) vet vilket parti som styr i regionen de bor. I undersökningen framgick också tydligt att regionvalet inte är lika viktigt som valet till riksdag och kommun. Endast 4 procent tycker att valet till regionerna är det viktigaste.

Slutligen kan det finns administrativa fördelar med att decentralisera hälso- och sjukvård och att regionala enheter är en hanterbara administrativ storlek. Det kan lika gärna finnas stordriftsfördelar med att centralisera administrationen. Till exempel kan små regioner sakna resurser och kompetens att ansöka om riktade statsbidrag vilket skapar ojämlika förutsättningar. Den fiskala enheten bör vara av en storlek som gör det administrativt enkelt att sköta och lokal kännedom kan, som tidigare påpekats, göra det lättare att implementera likvärdig vård. Hälso- och sjukvårdens administration kan frikopplas från huvudmannaskapet och finansiering, därför ägnas inte mer utrymme åt det här.

3.2 Argument för centraliserat huvudmannaskap för hälso- och sjukvård

Det kanske starkaste skälet till att centralisera hälso- och sjukvården är att det sannolikt skulle göra det lättare att tillhandahålla en mer likvärdig hälso- och sjukvård i Sverige. Finansieringen skulle vara nationell och skillnader i skattekraft skulle inte få något genomslag på utbudet. Likvärdig hälso- och sjukvård är ett lagstiftade mål och därför är jämlikhetsargumentet att starkt skäl till att centralisera. Det finns belägg för att vården idag inte är likvärdig över landet. Om detta beror på att behoven av vård skiljer sig och att utbudet svarar till skillnader i behov är det naturligt och i sin ordning. Om det däremot beror på olikheter i utbud strider det mot horisontell rättvisa, dvs lika villkor att få likvärdig hälso- och sjukvård oberoende av var man bor.

Johansson (2021) visar att det finns betydande skillnader mellan Sveriges 21 regioner när det gäller nyttjande av och kostnader för sjukvård. De regionala skillnaderna i totalkostnader för hälso- och sjukvård och för läkemedelskostnader är relativt små medan skillnaderna i antal läkarbesök är stora. Sådana skillnader är problematiska om de inte kan förklaras av att vårdbehovet skiljer sig åt. Johansson (2021) visar att skillnader till största del beror på individspecifika egenskaper såsom behov och efterfråga och att dessa inte primärt skiljer sig mellan regionerna. Demografiska faktorer, som andel äldre, kan motivera små skillnader men inte förklara skillnaderna som finns. Resultaten visar att skillnader i vårdbehov endast kan förklara en del av regional variation i sjukvård. Tillgängliga resurser däremot, i form av bland annat vårdcentraler per capita, förklarar en del av variationen i primärvårdsläkarbesök, vilket sammantaget pekar mot att regionala skillnader i primärvård inte är förenliga med målet om vård på lika villkor. Johansson (2021) menar att regionala variationer i primärvården bör åtgärdas. Det finns också stora regionala skillnader när det gäller väntetider

(Andersson, 2022). I Jämtland och Härjedalen var andelen patienter som väntat högst 90 dagar på operation eller åtgärd i den specialiserade vården 36%. Det kan jämföras med Halland där motsvarande siffra var 85%.

Ett annat starkt argument för att centralisera offentlig välfärd är att det innebär bättre *riskspridning*. Mycket av offentlig välfärd är av försäkringsnatur och skyddar mot olika risker som kan uppstå i livet, så som arbetslöshet, fattigdom och sjukdom. Om dessa risker drabbar olika delar av befolkningen och eller olika delar av landet vid olika tidpunkter men samtidigt inte alltid samma region är det gynnsamt att sprida riskerna på en så stor del av befolkningen som möjligt, det vill säga hellre hela än den regionala befolkningen. Inom försäkringsteori pratar man om ”de stora talens lag”, dvs ju fler som ingår i försäkringen desto fler kan riskerna spridas över och därmed blir finansieringen av försäkringen lägre. Som tidigare diskuterats finns det geografiska skillnader i vårdkostnader mellan olika regioner, om detta beror på skillnader i underliggande risker för att drabbas av hälso- och sjukvård är svårare att fastställa (Johansson 2021). Om hälsorisker drabbar olika delar av landet asymmetriskt i tid men symmetriskt över tiden talar det för att en centralisering skulle sprida riskerna och därmed minska kostnaderna. Exempelvis om risken att drabbas av hjärtinfarkt ett år är högre i norra Sverige än i södra Sverige och att det året efter kan vara det omvända finns det en poäng att sprida riskerna och centralisera. Om riskerna för att drabbas av alla typer ohälsa är de samma över landet försvinner poängen med att centralisera för att sprida ut riskerna på fler.

Stordriftsfördelar i både finansiering och tillhandahållande talar också för centralisering. Stordriftsfördelar innebär att genomsnittskostnaden för att dra in skatt eller tillhandahålla vård sjunker med antalet som beskattas eller får vård. Stordriftsfördelarna ser olika ut för olika typer av hälso- och sjukvård. Avancerad specialistvård som kräver dyr utrustning och hög kompetens har större stordriftsfördelar än exempelvis rutinmässiga vaccinationer inom primärvården. Detta talar för att avancerad specialistvård inte bör tillhandahållas på varje sjukhus utan på ett mindre antal ställen. Mot stordriftsfördelarna ska möjligheterna att skräddarsy efter preferenser samt tillgänglighet ställas. Det kan även finnas stordriftsfördelar inom beskattningskompetens och administration som talar för centralisering.

Det kan även finnas politisk-ekonomiska argument som kan tala för en centralisering. Det finns en ganska omfattande litteratur, som kallas public choice, som menar att politiker utöver att se till väljarnas intresse även agerar i egenintresse och bryr sig om makt och inflytande. Det finns även empiriska belägg för att det är så. Av denna anledning kan regionala politiker sakna viljan att flytta sjukhus eller vård från regionen. I ett centralt system kan det därför vara lättare att göra omorganiseringar av hälso- och sjukvården för att anpassa till de förändringar i behov och teknik som kan uppstå.

Slutligen kan beslut som är optimala på lokalnivå vara ineffektiva på nationellnivå om det finns s k spillover effekter eller externa effekter. Dessa effekter kan vara både positiva och negativa. Problemet

vid positiva externa effekter är att för lite tillhandahålls lokalt medan det vid negativa externa effekter tillhandahålls för mycket lokalt jämfört med vad som är samhällsekonomiskt optimalt. Det finns olika typer av externa effekter både i tillhandahållanden av offentlig välfärd och i finansieringen vid decentralisering som kan internaliseras om beslut i stället fattas centralt, dvs ännu ett argument för att centralisera.

Att universitet är i statlig medan grundskolan är i lokal regi kan förklaras av externa effekter. De flesta universitetsstudenter kommer inte stanna i utbildningsorten efter avslutad utbildning utan spridas över Sverige (eller globalt) och utgör då en positiv extern effekt för de orter de bosätter sig och arbetar på. Om Lund eller Uppsala skulle tillhandahålla och finansiera universitetsplatser skulle antalet platser sannolikt vara betydligt färre än vad som är optimalt för Sverige. Det är rimligt att tänka sig att även hälso- och sjukvård har betydande externa effekter som talar för en centralisering. Till exempel har förebyggande hälso- och sjukvård sannolikt positiva externa effekter, dels på framtida kostnader (som blir lägre), dels för andra regioner om individer flyttar mellan regioner. Tillhandahålls förebyggande vård regionalt (eller inom en årlig budget) läggs sannolikt för lite resurser på förebyggande vård på grund av att de positiva externa effekterna inte tas med i beslutet om hur mycket som ska tillhandahållas regionalt. På samma sätt kan man argumentera för att för lite resurser läggs på klinisk forskning och utvecklingsarbete som också har positiva externa effekter och att effekten av underfinansiering förstärks i ett regionalt system.

Även inom finansieringen finns fiskala externa effekter i decentraliserade system. Både horisontella och vertikala som medför att beskattning på lokalnivå blir ineffektiv. Horisontella fiskala externa effekter uppstår när lokala regeringar försöka locka till sig medborgare genom att erbjuda attraktiva skattesatser, s k skattekonkurrens. Skattebaser är mer mobila på ett lokalt än nationellt plan och kommuner och regioner kan strategiskt använda lokala skatter för att locka till sig medborgare från andra kommuner eller regioner. En kommuns/regions beslut om beskattning minskar skatteintäkterna i andra kommuner/regioner och påverkar därför andra kommuners/regioners beskattningsmöjligheter och utgör därmed en negativ extern effekt på dessa kommuner/regioner. Horisontella fiskala externa effekter tenderar att leda till att skatten sätts för lågt i förhållande till vad som är optimalt. Vid nationell beskattning internaliseras de externa effekterna eftersom staten tar hänsyn till vad som är bäst för hela nationen och problemet med för låga skatter uppstår därför inte.

Att konkurrens mellan lokala regeringar leder till horisontella fiskala externa effekter och för låga skattesatser i förhållande till vad som är samhällsekonomiskt optimalt är i strid med argumentationen som tidigare fördes baserat på Tiebout och så kallad ”yardstick competition” som menar att konkurrens har en disciplinerande effekt och ökar effektiviteten. Det är därför en empirisk fråga vilken effekt som dominerar.

Svenska empiriska studier visar att hur skatten sätts på andra ställen påverkar skatten i en viss lokalisering. Edmark och Ågren (2008) visar att det finns horisontell skatteintegration mellan svenska kommuner. Skattesatsen i en viss kommun påverkas av kommunala karaktäristika samt ett vägt genomsnitt av grannkommunernas skattesats. Även Lundberg (2021) visar på viss interaktion i skattesats mellan kommuner.

Interaktion behöver inte betyda skattekonkurrens men innebär att lokala regeringar inte helt autonomt kan sätta skattesatsen utan konsekvenser för mobiliteten. Feld och Kirchgässner (2001) visar att framför allt höginkomsttagare väljer bostadsort utifrån inkomstskattens storlek i Schweiz. En genomgång av Kleven m. fl. (2020) visar att mobiliteten bland höginkomsttagare är substantiell. Sannolikt är skattekonkurrens ett större problem vid kommunalbeskattning än beskattning på regional nivå eftersom mobiliteten mellan kommuner är större än den mellan regioner.

Det finns även vertikala fiskala externa effekter vid lokal beskattning som leder till effektivitetsförluster. Vertikala fiskala externa effekter uppstår när beskattning på en nivå (till exempel den regionala) har en direkt effekt på de övriga nivåernas (till exempel kommunernas och statens) skatteintäkter. Även om en enskild region tar hänsyn till att regionens beslut om skattesats påverkar den egna skattebasen bortser man i allmänhet från att också kommunens och statens skattebaser kommer att påverkas. Vertikala externa effekter leder därför till att kommuner och regioner tenderar att underskatta den samhällsekonomiska kostnaden av beskattning, det vill säga kostnaden för att generera skatteintäkter. Detta medför i sin tur att regionerna tar ut en högre skattesats än vad som är önskvärt ur samhällets synvinkel. Det finns sätt att internalisera vertikala externa effekter och därmed eliminera den effektivitetsförlust dessa ger upphov till. Ett sätt är att begränsa beskattningsrätten till en enda beslutsnivå (till exempel staten) i kombination med omfördelning av intäkterna mellan olika nivåer. Empirisk forskning baserad på data från 1980-talet visar att de vertikala externa effekter som följer av att kommunerna och regionerna delar på samma skattebas inte var internaliserade, dvs det existerar vertikala externa effekter. Det finns skäl att tro att dessa effekter kvarstår idag (Aronsson & Wikström 2021). Det är svårt att storleksbestämma dem men att betydande skatt tas ut på tre olika nivåer talar för att de inte är obetydliga.

De horisontella och vertikala fiskala externa effekterna går i motsatt riktning och skulle i bästa fall ta ut varandra. De horisontella externa effekterna tenderar att leda till underbeskattning och de vertikala till överbeskattning på lokal nivå. Det är osannolikt att de tar ut varandra och för att undvika dem bör beskattningen centraliseras. Horisontella vertikala externa effekter är sannolikt mindre på regionnivå än kommunnivå eftersom fler flyttar mellan kommuner än mellan regioner. Dessutom förstärker utjämningssystemet de samhällsekonomiska kostnaderna och stärker motiven för centralisering, mer om det nedan.

3.3 Incitamentseffekter av utjämningssystemet

För att minska skillnaderna i skatteinkomst och kostnader mellan regionerna och för att uppnå en mer jämlik hälso- och sjukvård i landet krävs ganska omfattande inkomst- och kostnadsutjämning. Utjämningen har tyvärr ogynnsamma incitamentseffekter vilket är ett argument för att centralisera ansvaret för att undvika de negativa konsekvenserna. Dessutom förstärks de ovan nämnda vertikala fiskala externa effekterna av att inkomstutjämningssystemet ersätter skatteintäktsbortfallet och leder sammantaget till en underskattning av kostnader av att beskatta lokalt, och därmed en för hög beskattning.

För det första kan lokala politiker agera strategiskt för att skjuta över kostnaden på andra. Detta gäller de riktade statsbidragen som kommuner och regioner ansöker om. Möjligheten att ansöka om riktade statsbidrag öppnar för möjligheten att minska kommuners och regioners beskattning och riktade statsbidrag leder till så kallade mjuka budgetrestriktioner (Aronsson & Wikström 2021). Lokala politiker har lägre incitament att balansera budgeten och tar ut för lite i skatt och får i gengäld ökade transfereringar. Denna effekt leder till för låga skatter på lokal nivå jämfört med vad som är samhällsekonomiskt optimalt eftersom skatten övervältas på någon annan.

Det finns empiriska belägg för att riktade statsbidrag leder till mjuka budgetrestriktioner. Petterson-Lidbom (2010) visar i en dynamisk modell att de riktade statsbidragen i genomsnitt ökar den kommunala skulden per invånare med mellan 16 och 25% när sannolikheten att få extra statsbidrag ökar från 0 till 1. De generella statsbidragen är däremot formelbaserade och därför inte lika påverkbara.

De flesta utvärderingar som gjorts är överens om att riktade statsbidrag bör undvikas (se till exempel, Riksrevisionen 2019 & 2020, Andersson m. fl. 2004, Aronsson & Wikström 2021, Dahlberg & Rattsø 2010, Vård och omsorgsanalys 2022). Det är därför problematiskt att de riktade statsbidragen ökat i omfattning, trots ambitioner om att minska dem. Förutom incitamentseffekten brister de också i förberedande analys och prioritering, långsiktighet i genomförandet samt förutsättningarna för uppföljning. De tenderar också att missgynna små regioner och kommuner som inte har administrativ kapacitet att ansöka om bidrag.

Den andra incitamentseffekten av utjämningssystemet uppstår på grund av att inkomstutjämningssystemet kompenserar för skatteintäktsbortfall. Skatter har beteendeeffekter och en skattehöjning leder till en minskad skattebas, denna minskning kompenseras av inkomstutjämningssystemet. Detta innebär att en del av kostnaden av beskattningen bärs av andra är kommunen/regionen som sätter skattesatsen. Denna externa effekt medför att skattesatsen sätts för högt eftersom en del av kostnaden inte betalas av den jurisdiktion som bestämmer skattesatsen.

Det finns även empiriskt stöd för denna effekt, dock ej baserad på svenska data. Resultat från liknade utjämningssystem i Australien och Kanada visar att inkomstutjämningssystemet leder till att

lokalregeringar underskattar kostnaden av att beskatta och har incitament att ta ut en högre skattesats än vad de annars skulle gjort. Dahlby & Warren (2003) hittar stöd för detta baserat på data från Australien och Smart (2007) samt Ferede (2017) finner samma resultat baserat på data från Kanada.

Utjämningssystemet har kritiserats för att vara otillräckligt och behäftat med effektivitetsförluster. Det har utretts ett antal gånger i närtid. Finanspolitiska rådet uppmärksammade brister i 2024 års rapport och den statliga utredningen, Nätt och jämnt, med syfte att se över systemet presenterades i början av sommaren. I Finanspolitiska rådets rapport lyftes kommunernas och regionernas ansträngda ekonomiska situation och det konstateras att i synnerhet regionernas ekonomi är i obalans. Alla regioner bedömdes gå med underskott 2023 men med stora skillnader i storlek och möjlighet att kunna hantera underskotten.

En orsak till den ansträngda ekonomin är övergående eftersom den beror på den höga inflationen som drivit upp utgifterna för framför allt tjänstepensioner och lett till underskott i kommuner men i synnerhet för regionerna (Finanspolitiska rådet 2024). Några regioner har aviserat uppsägningar på grund av den ansträngda ekonomin och under våren varslade Region Östergötland personal och alla regioner utom tre har aviserat att de kommer behöva minska antalet anställda (Finanspolitiska rådet 2024). Den ekonomiska situationen är dock olika i olika regioner vilket försvårar förutsättningarna att tillhandahålla likvärdig hälso- och sjukvård.

Den offentliga översynen av utjämningssystemet som presenterades i sommar (SOU 2024:50) kom med förslag till förbättringar och konstaterade även att riktade statsbidrag bör undvikas. Även Riksrevisionen (Riksrevisionen 2019) har utvärderat utjämningssystemet och den övergripande slutsats från denna är att systemet för kommunalekonomisk utjämning inte är utformat så att kommunerna kan ge kommuninvånarna en i huvudsak likvärdig service utan att öka skillnaderna i skattesatser. Kommunerna har skilda demografiska och geografiska förutsättningar. Dessa förutsättningar ger kommunerna varierande ekonomiska förutsättningar, trots att det finns ett utjämningssystem som är tänkt att leda till likvärdighet.

3.4 Sammanfattning

Det finns således många aspekter att ta hänsyn till i frågan om vilken fiskal nivå som huvudmannaskapet och finansieringen av hälso-och sjukvård lämpar sig bäst att ligga på. I många fall finns det målkonflikter som kräver avvägning mellan de olika aspekterna. De stora fördelarna med decentralisering är att olikheter i preferenser lättare kan tillgodoses på lokal nivå och att konkurrens införs som kan leda till bättre resursutnyttjande samt möjligheten att uppfinna på lokal nivå. Dessa fördelar kräver att det finns olikheter eller att olikheter tillåts i tillhandahållandet, vilket lagkravet på likvärdig hälso- och sjukvård försvårar. Därför går många av fördelarna med decentralisering förlorade. Privata alternativ inom hälso- och sjukvård kan däremot kompensera för detta och införa konkurrens som kan vara effektivitetshöjande

samt innovationskraft som ökar effektiviteten. Privata alternativ är vanligtvis mer innovativa än den offentlig sektorn och privata alternativ introducerar fler alternativ som gör det möjligt att jämföra och ger s.k. ”yardstick competition”.

Decentralisering kräver även omfattande utjämningssystem som leder till effektivitetsförluster. Många av fördelarna med decentralisering går förlorade när finansieringen inte är på samma vertikala fiskala nivå som tillhandahållandet av hälso- och sjukvård. Det uppstår externa effekter som kan internaliseras om beslut ligger på nationell nivå. Även detta talar således för en centralisering.

Sammantaget överväger argumenten för centralisering. Likvärdig vård, internalisering av externa effekter och stordriftsfördelar är argument för centralisering. Dock skiljer sig avvägningen mellan för- och nackdelarna för olika typer av hälso- och sjukvård. Vid hälso- och sjukvård där preferenserna skiljer sig lokalt och kännedom om dessa är större på lokal nivå stärks decentraliseringsargumenten. Detta talar för att tillhandahållning av vård av äldre kan vara lämplig att lägga på lokal nivå, kommunal som är fallet idag. Däremot talar mycket för att specialistvård snarare bör centraliseras. Specialistvård och förebyggande vård har sannolikt mer att vinna på att vara under centralt huvudmannaskap på grund av stordriftsfördelar i specialistvården och externa effekter vid förebyggande hälso- och sjukvård. Regional primärvård ligger eventuellt någonstans mitt emellan, men dokumenterade olikheter i utbud mellan regionerna inom primärvården (Johansson 2021) samt svårigheterna att beskatta lokalt talar för en centralisering även här.[4] Nedan diskuteras utmaningar att beskatta lokalt och krav som lokala skatter bör uppfylla.

4. Hur bör lokal beskattning utformas?

Det ställs krav på hur skatter generellt sett bör utformas för att minska de samhällsekonomiska kostnaderna av beskattning och för att utgöra bra skatter. Exempelvis bör skatterna vara neutrala för att inte störa ekonomiska beslut. Att ha olika skattesatser på olika aktiviteter eller olika typer av konsumtion (tex olika skatt på olika investeringar eller olika momsskattesatser) är inte neutralt och påverkar investerings- och konsumtionsval. Det bör undvikas. Det är också bättre att beskatta breda skattebaser med en lägre skattesats än att använda en högre skattesats på en smalare skattebas. Därför bör konsumtion, som är den bredaste skattebasen, eller förvärvsinkomster hellre beskattas än förmögenhet, arv och fastigheter, som är smala skattebaser. Det är också viktigt att skatterna anses vara rättvisa, legitima och transparenta.

[4] Kommunal vård möter också utmaningar med stora skillnader både i skattekraft mellan glesbygdskommuner och större kommuner och i demografisk struktur, tex när det gäller andel äldre. Det kan därför finnas anledning att även diskutera en eventuell centralisering av kommunal vård. Detta ligger dock utanför ramen för denna rapport.

Förutom dessa krav finns det även önskemål om vad *lokala* skatter bör leva upp till. Det mest grundläggande argumentet för lokalbeskattning är att det ska sammanlänka de som drar nytta av lokala nyttigheter med de som finansierar densamma. Separeras nyttan från kostnaden uppstår ineffektivitet och sämre resursutnyttjande till följd av att ”andras pengar” inte behandlas med samma försiktighet som ens egna, dvs problemet som ofta benämns allmänningens tragedi (eller common pool på engelska). När kostnaden delas med någon annan ökar efterfrågan eftersom priset blir lägre än vad det egentligen är. Välfärdstjänster som nyttjas lokalt men finansieras centralt tenderar att överkonsumeras. Detta talar för att tjänster som nyttjas lokalt finansieras lokalt samt att tjänster som utnyttjas nationellt finansieras nationellt. Rodden m. fl. (2003) har visat att hög egenfinansiering leder till bättre resursutnyttjande och ger incitament att föra lokal politik som stärker näringslivsutvecklingen. Borge & Marcinko (2020) visar att det finns ett klart positivt samband i Norge mellan högre andel lokal skattefinansiering och effektivitet i kommunen och Barankay & Lockwood (2007) finner samma samband i Schweiz.

Att de som drar nytta av lokala nyttigheter ska betala för de samma innebär att den skattebas som används behöver vara tillräckligt stor för att täcka så stora delar av kostnaderna som möjligt och att skattebasen, för att minska behovet av utjämning, bör vara någorlunda jämnt fördelad så att lokalt självbestämmande kan införlivas och de negativa effektivitetskostnaderna av utjämningen blir så små som möjliga. Breda skattebaser i Sverige är konsumtion och förvärvsinkomster. I Sverige används förvärvsinkomster för att finansiera huvuddelen av lokal offentlig välfärd medan beskattning av konsumtion är en nationell skattebas. I USA är däremot även konsumtionsskatten lokal (statlig och kommunal).

För att minska effektivitetskostnaderna bör det helst vara en skattebas som inte beskattas på en annan nivå. Ordningen i Sverige med att beskatta förvärvsinkomster på tre fiskala nivåer - kommun, region och stat - kan därför ifrågasättas. Lokal fastighetsskatt används i många andra länder för att täcka stora delar av den lokala offentliga konsumtionen. Det är inte möjligt i Sverige med dagens system eftersom det är en liten skattebas och intäkterna skulle inte räcka, dessutom är de lokala skillnaderna i fastighetsvärden större än för förvärvsinkomster vilket skulle medför ett ännu större behov av inkomstutjämning mellan regionerna än om förvärvsinkomster används (Aronsson &Wikström 2021).

Den lokala beskattningen bör även beskatta en skattebas som inte är alltför mobil för att undvika allvarliga horisontella fiskala externa effekter och höga samhällsekonomiska effektivitetsförluster. Även om konkurrens kan leda till ökad effektivitet, minskar det lokala regeringars autonomi. Höginkomsttagare är mer mobila än låginkomsttagare eftersom de har mest att vinna på att välja bostadsort med omsorg. I Sverige är skillnaden 6 procentenheter mellan den kommun som har lägst och högst beskattning. Förvärvsinkomster är mer mobila än fastigheter vilket talar för att använda fastighetsbeskattning snarare än beskattning av förvärvsinkomster. Dock är det en mindre skattebas och

därför olämplig som finansieringskälla till omfattande lokal offentlig välfärd. Länder som har mindre omfattande lokal offentlig välfärd använder, som sagt, i större utsträckning lokal fastighetsbeskattning.

Andra kriterier som bör uppfyllas för att en skattebas ska vara ett bra alternativ att använda på lokal nivå är att den är stabil över tiden och inte variera för mycket med konjunkturcykler. Olika skattebaser är olika konjunkturkänsliga och de som är mindre känsliga bör utgöra lokala skattebaser. Enligt Borge & van der Leyer (2024) talar detta för en fastighetsskatt snarare än för beskattning av förvärvsinkomster i Norge. Detta gäller sannolikt även för Sverige.

Dessutom bör skatten vara transparent så att skattebetalarna vet vad de betalar i skatt. Detta är viktigt eftersom skatter bestäms i en demokratisk process och transparens ger väljarna bättre kontroll över politiska beslut och incitament för politiker att påverka skatter i den riktning väljarna vill. Detta gäller såklart för alla skatter inte bara de lokala. Det är därför bekymmersamt att kunskapen om regionernas ansvarsområde och finansiering är dålig. Det hade exempelvis varit bättre om den lokala och regionala skatten redovisades separat på skattekontot och på slutskattebeskedet, och även med information om vad skatteintäkterna går till.

Det finns forskningsstöd för att mindre synliga skatter används för att öka skatteuttaget. Bordignon med flera (2017) visar med hjälp av italienska data att lokala politiker som står inför omval i högre grad utnyttjade mindre synliga skatter. Cabral och Hoxby (2012) finner stöd för att ökad synlighet leder till lägre skatter på fastigheter i USA.

Det går även att argumentera för att mindre synliga skatter har mindre snedvridande effekter och att mer komplicerade och icke-transparenta skattesystem innebär att medborgarna reagerar mindre på skatteökningar och att effektivitetsförlusten av skatterna därför blir mindre (se tex Leicester m. fl. 2012). Att motivera icke-transparens av denna anledning är att föra väljarna bakom ljuset och inte låta medborgarnas preferenser avgör politiska beslut och därför inte att rekommendera.

Däremot är lokala skatter inte lämpliga att använda i syfte att omfördela, dvs lokala skatter bör inte vara progressiva. Omfördelning via skatter bör göras på nationell nivå. Anledningen till det är att omfördelning kan ses som en typ av försäkring mot inkomstbortfall och att det är fördelaktigare att sprida riskerna över så många som möjligt, dvs använda de stora talens lag.

Sammanfattningsvis är realistiska alternativ till möjliga skattebaser vid omfattande lokal offentlig välfärd breda skattebaser som konsumtion och förvärvsinkomst. Fastighetsskatten som är en mer stabil och mindre mobil skattebas är egentligen en bättre kandidat för lokal finansiering men för liten för att kunna finansiera omfattande offentlig välfärd och ojämnt fördelad geografiskt. Den skulle dock kunna kombineras med andra skattebaser. Det är i sammanhanget intressant att notera att Sverige i princip är det enda västlandet som inte har lokal fastighetsbeskattning. Annan kapitalinkomstbeskattning är mer

mobil, mindre stabila över konjunkturer, ojämnt fördelat och en smal skattebas och därför olämplig som lokal skattebas.

5. Lokal finansiering i ett framåtblickande perspektiv

Som framgick av figur 1 finns det redan stora skillnader i skattekraft mellan regionerna. Mycket tyder på att dessa skillnader kommer att fortsätt att öka. Regionernas ekonomier är också ansträngda, även om kostnadsutvecklingen för tillfället till stor del beror på inflation. Sannolikt kommer kostnaderna för hälso- och sjukvård att stiga eftersom efterfrågan tenderar att öka när individer blir rikare och tekniken erbjuder fler möjligheter och bättre vård. För att lösa denna ekvation behöver troligen både den regionala skattesatsen höjas och utjämningssystemet utvidgas. Frågan är om det är hållbart. Höga skatter på förvärvsinkomster har samhällsekonomiska kostnader och dessa kostnader ökar med storleken på skattesatsen. Skattesatserna på förvärvsinkomster är redan höga i Sverige, bland de högsta i världen (Ekonomifakta 2024).

Vi står inför, eller är mitt uppe i, en strukturomvandling orsakad av ett paradigmskifte inom den tekniska utvecklingen med digitalisering, AI, automatisering och maskininlärning. Denna utveckling kommer sannolikt få stor inverkan och effektivisera hälso- och sjukvårdssektorn. Det är dock inte säkert att det kommer minska kostnaderna för hälso- och sjukvård eftersom den tekniska utvecklingen kommer att leda till nya möjligheter och botemedel och med det ökad efterfrågan på dessa. Det är inte uppenbart hur teknikutvecklingen kommer att påverka kostnaderna men finansieringen på lokal nivå kommer med största sannolikhet att fördyras pga. teknikutvecklingen. Digitalisering, AI, automatisering riskerar att öka de samhällsekonomiska kostnaderna av att beskatta förvärvsinkomster eftersom arbetskraften blir mer rörlig och dessutom kan ersättas av teknik (Hansson 2023).

Flera studier och statistik från SCB visar att många redan arbetar hemifrån men att de också väljer att bosätta sig längre från sin arbetsplats när de inte längre behöver vara på jobbet varje dag. Eliasson (2023) visar att hemarbete som möjliggörs av digitaliseringen och som påskyndades av pandemin har inneburit att speciellt högkvalificerad och högavlönad arbetskraft flyttat längre från Storstockholm. Även om det fortfarande är relativt få som flyttar visar studien att sannolikheten att flytta ut från urbana områden mer än fördubblats.

Enligt SCB jobbade i mars 2023 nästan 15% av de sysselsatta hemifrån minst hälften av dagarna och 23% mindre än hälften av dagarna (SCB 2024). Hemarbete är vanligare bland akademiker. Enligt en undersökning gjord av IT-företaget Global Connect har nästan varannan svensk (44%) funderat på att byta jobb för att få möjlighet att jobba hemma mer och av de som letar nytt jobb svarar var tredje svensk att de väljer bort arbetsgivare som inte erbjuder möjlighet till distansarbete. Jämfört med övriga skandinaviska länder sticker Sverige ut som det land där flest är villiga att byta jobb för att få möjlighet

att jobba hemma mer. Många väljer också att arbeta på distans utanför sitt hemland, så kallade digitala nomader har blivit allt vanligare och många länder använder attraktiva skatteregler för att locka till sig digitala nomader (Hansson 2023). 2023 uppskattades det finnas 40 miljoner digitala nomader i världen, en relativt liten siffra men stigande (Ploscaru 2024). Eftersom Sverige kännetecknas av höga skatter på arbetsinkomster är incitamenten större här att flytta för att bli beskattad i en annan jurisdiktion.

Om utvecklingen kommer att fortsätta och bli mer än ett marginalfenomen är svårt att förutspå men eftersom arbetsinkomstbeskattning är en betydande intäktskälla (57% av de totala skatteintäkterna kommer från beskattning av arbetsinkomster) kan även relativt små beteendeförändringar få konsekvenser för skatteintäkterna och därmed möjligheterna att finansiera offentlig välfärd.

Att inte behöva arbeta på plats innebär att arbetskraften blir med mobil och därmed kostnaden av att beskatta arbetsinkomster högre. För Sveriges del kan detta vara extra bekymmersamt eftersom vi sticker ut i att beskatta arbetskraft högt men även på grund av de stora skillnaderna i skatt beroende på var vi bor, i dag en skillnad på 6 procentenheter. För en familj med två yrkesarbetande som vardera tjänar 500 000 om året innebär skillnaden i skatt mellan att bo i den kommun med högst skatt och lägst skatt en skillnad på 60 000 om året. Det lönar sig därför att vara strategisk i var man bosätter sig. De som tjänar mest vinner mest på att välja bostadsort/region med omsorg. Detta kommer sannolikt leda till ökade skillnader i skattekraft mellan regionerna och därmed även behovet av inkomstutjämning.

Teknikutvecklingen kommer påverka arbetsmarknaden även på andra sätt. Även om de flesta inte tror att teknikutvecklingen kommer att leda till massiv arbetslöshet kommer vissa arbeten ersättas av teknik och ändra innehållet i många yrken (Hansson 2023). De flesta bedömare tror att teknikutvecklingen kommer att öka inkomstskillnaderna och därmed behovet av omfördelning. Som påpekades innan, lämpar sig omfördelning via skatter bäst på nationell nivå. Av den anledningen kan lokalbeskattning av arbetsinkomst behöva begränsas.

Ökad mobilitet och stora skillnader i beskattning beroende på vad man bor kan utmana ett kraftigt decentraliserat system och öka de negativa externa effekterna av både horisontell konkurrens och att samma skattebas beskattas på tre fiskala nivåer. Eftersom det framför allt är höginkomsttagare som har möjlighet att arbeta hemifrån och i större utsträckning strategiskt kan välja var de beskattas kommer denna trend att kräva ett än mer utvecklat utjämningssystem. Som flera forskare och instanser uppmärksammat är systemet med långtgående utjämning redan ansträngt och leder till effektivitetsproblem. Att utöka det ytterligare kan vara förenat med stora effektivitetsförluster. Denna utveckling talar för en mer centraliserad finansiering och därmed ett mer centraliserat huvudmannaskap.

6. Några tentativa förslag och slutsatser

För att uppnå många av de fördelar ett decentraliserat system har är det viktigt att kostnads- och intäktssidan hänger ihop. Om kostnaden är på regional nivå måste även finansieringen ske regionalt annars går poängen med att decentralisera, dvs ökad effektivitet, förlorad. Dagens regioner lyckas finansiera sig regionalt till ca 70%, resterande 30% finansieras med hjälp av olika bidrag, i stor utsträckning statsbidrag och i ökad grad riktade statsbidrag. Dessutom leder skillnader i regional skattekraft och kostnader mellan olika regioner till krav på utjämningssystem för att tillgången till hälso- och sjukvård inte ska skilja sig allt för mycket mellan regioner. Trots detta och lagkrav på likvärdig hälso- och sjukvård tyder mycket på att hälso- och sjukvården inte är likvärdig och att skillnaderna inte primärt beror på regionala skillnader i behov utan snarare på skillnader i individuella behov samt regionala skillnader i utbud.

Likvärdig vård är ett tungt vägande argument för centralisering. Dessutom innebär avsaknaden av full egenfinansiering och därmed krav på utjämningssystem att en del av effektivitetsvinsterna av att decentralisera går förlorade. Lagkravet på likvärdig hälso- och sjukvård medför även att poängen med att skräddarsy utbudet och införa konkurrens mellan regionerna går förlorad. Poängen med att decentralisera bygger i stor utsträckning på att det finns skillnader i utbudet.

Även ur beskattningssynpunkt finns det olägenheter med ett decentraliserat system. Ett särskilt problem i Sverige är att samtliga tre fiskala nivåer, stat, regioner och kommuner delar på i stort sett samma skattebas (förvärvsinkomster). Detta gör att de vertikala externa effekterna troligen är betydande. Effekterna av omfördelningssystemet förstärker dessutom regionernas incitament att höja skatten utöver vad som är samhällsekonomiskt optimalt. Till detta ska läggas att skatten på arbete är hög i Sverige och behovet av att sänka den har framförts av en rad skatteforskare (Finanspolitiska rådet 2020, ESO 2020, Omstartskommissionen 2020, SNS 2022).

Om någon fiskal nivås beskattningsrätt ska inskränkas är regionerna den kandidat som är mest lämpad eftersom regionerna har färre antal åtaganden än kommunerna samt att det dessutom finns andra argument som talar för en centralisering av hälso- och sjukvården. Sammantaget finns det således starka argument för att centralisera hälso- och sjukvård. Dock kan kännedomen om lokala förutsättningarna som påverkar implementering och administration av jämlik hälso-och sjukvård vara större på lokal nivå vilket talar för regionala administrationsenheter.

Ett förhållandevis omfattande förslag är att ta bort regionskatten och överföra ansvaret och finansieringen av hälso- och sjukvård till staten. Om hela det regionala hälso- och sjukvårdsåtagandet skulle flyttas över till staten skulle regionskatten i princip kunna upphöra eftersom 88% finansierar hälso- och sjukvård. Detta förslag har många fördelar.

Om den regionala inkomstskatten skulle slopas skulle det medföra en sänkning av skatten på förvärvsinkomster med 11 till 12 procentenheter. En sådan förändring skulle innebära att de tre fiskala nivåerna som vi har idag reduceras till två och en sammantaget lägre beskattning av förvärvsinkomster. Skatten på förvärvsinkomster är hög i Sverige och många skatteutredningar har, som redan påpekats, föreslagit en sänkning av skatt på arbete. Borttagandet av regionalskatten skulle således vara en reform som ligger i linje med förslagen om sänkt skatt på arbete.

Slopandet av regionalskatten skulle leda till betydande skatteintäktsbortfall vilket skulle behöva ersättas av andra skatteintäkter, tex från konsumtionsskatt (moms). Ett skift från beskattning av förvärvsinkomst till ökad konsumtionsbeskattning skulle innebära att en mer skadlig skatt ersattes av en mindre skadlig skatt. Skatt på konsumtion är en bredare skattebas än förvärvsinkomster och av den anledningen bättre, dessutom är arbetsinkomster mer mobila än konsumtion. Det är troligt att arbetskraftens mobilitet kommer att öka tack vare teknikutvecklingen, vilket gör de samhällsekonomiska kostnaderna av att beskatta arbetsinkomster högre. Även detta bör leda till en lägre beskattning av förvärvsinkomster, allt annat lika.

För att öka skatteuttaget på konsumtion görs momsen förslagsvis likformig, vilket även det skulle leda till samhällsekonomiska vinster (Hansson 2022). En likformig moms på 25% skulle uppskattningsvis ge 65 miljarder i skatteintäkter (Hansson 2022). Det är inte i närheten av regionernas kostnader för hälso- och sjukvård på 412 miljarder (SKR 2024b). En likformig moms skulle därför inte räcka för att finansiera hälso- och sjukvård utan momsskattesatsen skulle behöva höjas och/eller basen breddas. En stor andel av privat konsumtionen momsbeskattas inte, ungefär en tredjedel (Lundberg 2019). Exempelvis är finansiella och försäkringstjänster undantagna moms och även utbildning, bostäder, och hälso- och sjukvårdstjänster.[5] Det finns således potential att bredda basen betydligt och därmed generera mer momsskatteintäkter. Ytterligare källor till ökade intäkter är att minska skatteutgifterna, dvs avvikelser från normen i skattesystemet. Exempel på skatteutgifter är nedsättningar av vissa kapitalinkomstskatter samt reseavdrag och andra avdragsmöjligheter. Skatteutgifterna är betydande och utgör ca 15% av BNP (Hansson 2022). En sista möjlighet, som visserligen innebär en mindre sänkning av arbetsinkomstbeskattningen, är att öka den statliga skatten på förvärvsinkomster. En fördel med statlig skatt framför lokal är att den kan utformas att vara mer progressiv än lokala skatter.

För att täcka resterande kostnader för regionerna, dvs kollektivtrafik och regional utveckling, kan fastighetsskatten som är mindre mobil skattebas bli regional och täcka kostnaderna som blir kvar på regional nivå och eventuellt kompletteras av naturresursbeskattning som finns i många andra länder och som också är geografiskt förankrade och inte flyttar på sig. I många andra länder används

[5] EUs momsdirektiv sätter stopp för många basbreddningar. Därför bör Sverige arbete för en förändring på EU-nivå.

fastighetsskatten som en lokal skatt och många länder beskattar mineraler, olja eller lax (som i Norge). Även i Sverige har en speciell gruvskatt diskuterats men inte blivit verklighet.

Andra lösningar som är mindre radikala är att centralisera delar av hälso- och sjukvården. De delar som lämpar sig att överföras i statlig regi är de där stordriftsfördelar kan utnyttjas och vinsterna av riskspridning och internalisering av externa effekter är som störst samt där geografiska skillnader i behov som minst. Naturliga delar är specialistvården. Den specialiserade somatiska vården kostade 48,3 miljarder och den specialiserade psykiatriska vården 7,4 miljarder 2023 (Ekonomifakta 2024). Dessa skulle täckas mer än väl av intäkterna från en likformig moms. Annan vård som förebyggande vård samt den kliniska forskningen på regional nivå skulle sannolikt vinna på att centraliseras. Även primärvården, men hur långt man kan gå i centraliseringen av hälso- och sjukvården beror på politisk vilja och möjlighet att genomföra relativt omfattande förändringar i existerande system. Kanske är ett mer realistiskt alternativ att göra det stegvis.

Även om omfattande förändringar inte skulle göras finns det förändringar i det befintliga systemet som bör genomföras. För det första bör riktade statsbidrag undvikas eftersom de har negativa incitamentseffekter och leder till ineffektivitet och godtycke. Riktade statsbidrag har kritiserats av många instanser eftersom de är godtyckliga och leder till mjuka budgetrestriktioner och överkonsumtion. Dessutom är de till nackdel för små regioner som kan sakna resurser att ansöka om riktade statsbidrag. Det är därför bekymmersamt att de ökat i användning. Ett annat förslag som bör, och ganska enkelt kan, genomföras är att redovisa den kommunala och regionala skattesatsen separat på skattekontot och på slutskattebeskedet för att öka transparensen och kunskapen kring regionskatten. Det bör även framgå vad skatteintäkterna används till. Det är en viktig demokratifråga att väljarna har kunskap om skatterna de betalar och vad de finansierar. Kunskapen om just regionskatten och vad regionerna gör är låg.

Referenser

Andersson, J. (2022). Stora regionala skillnader i väntetid, Läkartidningen, 2022-05-16, Stora regionala skillnader i väntetiderna (lakartidningen.se).

Andersson, L., Aronsson, T. & M. Wikström. (2004). Testing for vertical fiscal externalities. *International Tax and Public Finance*, 11(3), 243–263.

Andersson, L. F., H. A. Bengtsson, S. Fina & B. Heider. (2021). Ett ojämlikt Sverige – regionala socioekonomiska skillnader i Sverige, Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.

Anell. A. (2010). Hälso- och sjukvårdstjänster i privat regi, i Hartman L. (red). Konkurrensens konsekvenser: vad händer med svensk välfärd, SNS förlag.

Aronsson. T & M. Wikström. (2021). Lokal beskattning och ekonomiska incitament, 2021, SNS

Barankay, I. & B. Lockwood. (2007). Decentralization and the productive efficiency of governments, *Journal of Political Economy*, 91, 1197-1218.

Blix, M. & H. Jordahl. (2021). *Privatizing Welfare Services – Lessons from the Swedish Experiment*. Oxford University Press: Oxford UK.

Bordignon, M, Grembi V, & S. Piazza. (2017). Who do you blame in local finance? An analysis of municipal financing in Italy. *European Journal of Political Economy*, 49, 146-163.

Borge, L.-E. & L. Marcinko. (2020). Vertical fiscal imbalance and local government efficiency: evidence from a natural experiment on Norway, manuscript, Institutt for samfunnsøkonomi, NTNU.

Borge, L-E. & K. van der Leyer. (2024). Vurdering av kommunenes skattefinansiering, Samfunnsøkonomen nr 2.

Boadway, R. & M. Keen. (1996). Efficiency and the optimal direction of federal-state transfers. *International Tax and Public Finance*, 3(2), 137–155.

Dahlberg, M. & J. Rattsø. (2010). Statliga bidrag till kommunerna – i princip och praktik. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2010:5. Finansdepartementet.

Dahlby, B. & N. Warren. (2003). Fiscal incentive effects of the Australian equalization system. *Economic Record*, 79(247), 434–445.

Edmark, K. & H. Ågren. (2008). Identifying strategic interactions in Swedish local income tax policies. *Journal of Urban Economics*, 63(3), 849–857.

Eklund, K. (2020). *Vårt framtida skattesystem – en ESO-rapport med förslag på en genomgripande skattereform*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2020:7. Stockholm: Finansdepartementet.

Eliasson, K. (2023). Work from home and big city out-migration before and after the pandemic, WP 2023:05, Tillväxtanalys, Stockholm.

Ekonomifakta. (2024). Regionernas kostnader (ekonomifakta.se).

Feld, L. P. & G. Kirchgässner. (2001). Income tax competition at the state and local level in Switzerland. *Regional Science and Urban Economics*, 31 (2–3), 181–213.

Ferede, E. (2017). The incentive effects of equalization grants on tax policy: Evidence from Canadian provinces. *Public Finance Review*, 45(6), 723–747.

Finanspolitiska rådet. (2020). *Ett enklare och effektivare skattesystem*. Stockholm: Finanspolitiska rådet.

Finanspolitiska rådet. (2024). Svensk finanspolitik Finanspolitiska rådets rapport 2024. Stockholm.

Glenngård, A. & A. Anell (2012a). Produktivitet och patientnöjdhet i primärvården – en studie av Region Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Institutet för Ekonomisk Forskning, Lunds universitet. Skriftserie 2012:2.

Glenngård, A. & A. Anell. (2012b). Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården?, Rapport 2012:1, Vårdanalys.

Goodspeed, T. J. (2000). Tax structure in a federation. *Journal of Public Economics*, 75(3), 493–506.

Hansson, Å. (2020). Ett skattesystem för ett starkare Sverige, In K. Eklund (red*), Idéer för ett starkare Sverige: Omstartskommissionen*, Ekerlids Förlag.

Hansson, Å. (2022). Ett skattesystem för Sverige i en global värld, Forskningrapport, SNS.

Hansson, Å. (2023). Digitaliseringens konsekvenser för skattesystemet, Entreprenörskapsforum.

Johansson, N. (2021). Vad kan förklara regionala skillnader i svensk hälso-och sjukvård, SNS Analys 75, september 2021.

Kastberg, G. & S. Siverbo. (2007). Activity-Based Financing of Health Care – Experiences from Sweden. *International Journal of Health Planning and Management*, 22: s. 25–44.

Kleven, H., Landais, C., & S. Stantcheva. (2020). Taxation and Migration: Evidence and Policy Implications, *Journal of Economic Perspectives*, 34(2), p. 119–142.

Lindgren, A-M. (2021). ”Varje förslösad skattekrona – Bokslut över privatiseringar och marknadsexperiment i svensk välfärd.” Rapport Nr. 3. Tankesmedjan Tiden och Skattebetalarnas Riksförbund.

Leicester, M, Levell, P. & I. Rasul. (2012). Tax and benefit policy: Insights from behavioural economics, IFS Commentary C125, Institute for Fiscal Studies.

Lundberg, J. (2021). Horizontal interactions in local personal income taxes. *The Annals of Regional Science*, 67(1), 27–46.

Lundberg, J. (2019). Framtidens skatter: En reform för tillväxt och enkelhet. Timbro. Stockholm.

Novus. (2022). Novus-undersökning till Uppdrag granskning, Så låg kunskap har svenskarna om sin viktigaste valfråga | SVT Nyheter.

Pettersson -Lidbom. P. (2010). Dynamic commitment and the soft budget constraint: An empirical test. *American Economic Journal: Economic Policy*, 2(3), 154–179.

Ploscaru, D. (2024). Digital Nomads Statistics and Figures in 2024, Statistics & Tech Content Contributor, July 8th, 2024.

Riksrevisionen. (2019). Det kommunala utjämningssystemet – behov av mer utjämning och bättre förvaltning, Riksrevisionen, RIR 2019:29.

Riksrevisionen. (2020). Tillväxthämmande incitament i den kommunala inkomstutjämningen?, RiR 2020:11.

Rodden, J, Eskeland G, & J. Litvack. (2003). Fiscal decentralization and the challenge of the hard budget constraint. MIT Press.

Smart, M. (2007). Raising taxes through equalization. *Canadian Journal of Economics*, 40(4), 1188–1212.

SOU 2024:50. (2024). Nätt och jämnt: Likvärdighet och effektivitet i kommunsektorn, Betänkande från Utjämningskommittén, Finansdepartementet.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). (2024a). Sektorn i siffror | SKR.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). (2024b). Vården i siffror. Nettokostnad för hälso- och sjukvård per invånare och år, exklusive tandvård.

Dokumentation av simuleringar för fördelning av resurser till regionerna

Innehåll

Datakällor 1
Metod 2
Resultat 3
1. Per region 4
2. Per sjukvårdsregion 4
Diskussion 5

Datakällor

Kostnader för hälso- och sjukvård

Uppgifter om regionernas kostnader för hälso- och sjukvård exklusive tandvård har hämtats från Vården i siffror, tabell *Nettokostnad för hälso- och sjukvård per invånare och år, exklusive tandvård*. Beräkningarna baseras på data för 2022 (senaste tillgängliga år). Observera att kostnader för kommunal hemsjukvård inte ingår.

Följande information om måtten finns på Vården i siffror:

”Med nettokostnader avses de kostnader som finansieras med regionskatt, generella statsbidrag och finansnetto. Patientavgifter och specialdestinerade statsbidrag är frådragna. (...) I måttet ingår nettokostnaden för verksamheterna primärvård, specialiserad somatisk vård, specialiserad psykiatrisk vård, övrig hälso- och sjukvård (verksamhet som inte relateras till vårdtillfälle eller besök), politisk verksamhet samt läkemedel inom läkemedelsförmånen.”

Teknisk definition:
”Mätpopulationsdefinition

Måttet anger kostnaden för hälso- och sjukvård i löpande priser. I måttet ingår nettokostnaden för verksamheterna primärvård, specialiserad somatisk vård, specialiserad psykiatrisk vård, övrig hälso- och sjukvård (verksamhet som inte relateras till vårdtillfälle eller besök), politisk verksamhet samt läkemedel inom förmånen.

Kostnadsbegreppet som används är nettokostnad, det vill säga verksamhetens kostnader minus verksamhetens intäkter. Med nettokostnad avses den kostnad som regionen ska finansiera med regionskatt, generella statsbidrag och finansnetto. Kostnader för privat vård och den vård som befolkningen konsumerar i annan region ingår.

Kostnader för verksamhet som regionen säljer till andra regioner ingår inte. Kostnaden delas med antal invånare den 31 december aktuellt år. Måttet utgörs av den faktiska nettokostnaden per invånare (enligt ovan).”

Standardkostnader:

Uppgifter om standardkostnader har hämtats från SCBs hemsida. *Kommunalekonomisk utjämning för regioner, Utjämningsår 2022, Utfall. Tabell 4 Hälso- och sjukvårdsmodellen*.

Enligt 3§ Lagen om kommunalekonomisk utjämning är en standardkostnad: *En för varje kommun eller landsting beräknad teoretisk kostnad för var och en av de verksamheter och kostnadsslag som anges i 8 §, varvid kostnaden beräknas med utgångspunkt i faktorer som är av särskild betydelse för att belysa strukturella förhållanden*.

I rapporten används standardkostnaden från ***hälso- och sjukvårdsmodellen***. Denna beaktar fyra typer av faktorer: vårdbehov, speciella kostnader för vård i glesbygd, speciella kostnader för löner i glesbygd, relativ lönenivå. Se SOU 2018:74 *Lite mer lika* (s 69f.) för en utförlig beskrivning av modellen. Den övervägande delen av standardkostnaden bestäms av komponenten *vårdbehov*. Denna är i sin tur baserad på en kostnadsmatris där befolkningen indelats i åldersgrupper och därefter utifrån vissa ytterligare faktorer (disponibel inkomst för åldersgruppen <19 år; disponibel inkomst och utbildningsnivå för åldersgruppen 19-79år; ensamboende/samboende för åldersgruppen 80+). Kostnaden per ”cell” i matrisen är beräknad utifrån data för Region Norrbotten, Västra Götalandsregionen, och Region Skåne år 2016.

BNP per capita

BNP/capita för 2022 hämtades från https://www.ekonomifakta.se/Fakta/makroekonomi/Tillvaxt/BNP-per-capita/ BNP/capita 2022 Uppdaterad 2023-08-30.

Metod

Tankeexperimentet är att den summa som läggs på sjukvård i riket idag omfördelas mellan regionerna utifrån strukturella faktorer (behov). I ett **första steg** görs beräkningar på **regionnivå**. Omfördelningen görs med utgångspunkt i varje regions standardkostnad i förhållande till den genomsnittliga standardkostnaden. Således får regioner vars standardkostnader överstiger snittet mer pengar per invånare, medan regioner vars standardkostnader understiger snittet får mindre pengar per invånare.

För att beräkna om en given region blir vinnare eller förlorare i förhållande till sina nuvarande kostnader, vilka bestäms inte bara av vårdbehov utan även av regionalt bestämda preferenser angående skatteuttag, jämförs den viktade summan som beräknats ovan med regionens faktiska kostnader.

Det är möjligt att staten skulle vilja undvika att införa ett system som skapar förlorare. Därför beräknas även hur mycket kostnaderna per invånare skulle behöva öka för att undvika att någon region blir förlorare (under antagandet att staten uteslutande skulle vilja använda denna modell för resursfördelning – vilket kan diskuteras, se nedan).

I ett **andra steg** aggregeras kostnaderna upp till **sjukvårdsregionsnivå**. För varje sjukvårdsregion beräknas den faktiska kostnaden per invånare genom att summera de totala kostnaderna per region och dividera med sjukvårdsregionens totala invånarantal. Därefter beräknas den simulerade kostnaden per invånare genom att göra samma beräkning, men utifrån de simulerade kostnaderna per region från det första steget. Notera att detta innebär att det fortfarande är de av SCB beräknade standardkostnadsvikterna per region som används – det är möjligt att de simulerade kostnaderna per

sjukvårdsregion hade blivit annorlunda, om jag hade haft tillgång till vikter från varje *sjukvårdsregion*.[1]

Definition av sjukvårdsregioner som använts i beräkningarna:

Norra sjukvårdsregionen

Region Västernorrland, Region Norrbotten, Region Jämtland Härjedalen och Region Västerbotten.

Sjukvårdsregion Mellansverige

Region Dalarna, Region Gävleborg, Region Sörmland, Region Uppsala, Region Värmland, Region Västmanland och Region Örebro län.

Stockholm- Gotland

Region Stockholm och Region Gotland.

Sydöstra sjukvårdsregionen

Region Jönköpings län, Region Kalmar län och Region Östergötland.

Södra sjukvårdsregionen

Region Blekinge, Region Kronoberg och Region Skåne.

Västra Götaland samt Halland

Västra Götalandsregionen och Region Halland.

Resultat

Tabell 1 visar den relativa förändringen per region resp. sjukvårdsregion (se Excelfil för detaljer). Regionerna är sorterade utifrån storleken på förändringen. Sjukvårdsregionerna är inte sorterade.

TABELL 1

Region	Diff	Sjukvårdsregion	Diff
Gotland	-13%	Norra sjukvårdsregionen	3%
Stockholm	-8%	Sjukvårdsregion Mellansverige	1%
Östergötland	-3%	Stockholm- Gotland	-8%
Örebro	-2%	Sydöstra sjukvårdsregionen	1%
Västernorrland	-2%	Södra sjukvårdsregionen	2%
Sörmland	-2%	Västra Götaland samt Halland	5%
Blekinge	-1%		
Uppsala	0%		
Västmanland	1%		
Gävleborg	2%		
Skåne	3%		
Västerbotten	3%		
Värmland	3%		
Jämtland Härjedalen	4%		
Kronoberg	4%		
Jönköping	4%		
Västra Götaland	5%		
Halland	5%		
Kalmar	5%		

[1] Detta hade krävt att jag hade tillgång till kostnadsmatrisen som används i kostnadsutjämningssystemet samt data över varje sjukvårdsregions befolkningskaraktäristika, samt beräkningar av glesbygds-/lönejustering på sjukvårdsregionnivå.

Norrbotten	6%
Dalarna	6%

1. Per region

Om dagens modell för kostnadsutjämning användes för att fördela ut de totala sjukvårdskostnaderna skulle sju av dagens regioner bli ”förlorare”, 14 skulle bli ”vinnare” och 1 skulle vara helt opåverkad. Med förlorare/vinnare avses att de statligt fördelade medlen skulle understiga/överstiga regionens nuvarande sjukvårdskostnader.

För 11 regioner skulle förändringen uppgå till max +/-3%. Störst förlorare skulle vara Gotland (-13%), därefter Stockholm (-8%). Störst vinnare skulle vara Norrbotten och Dalarna (bägge +6%). Noterbart är att det inte är regionens befolkningsstorlek som avgör om man är en vinnare eller förlorare: den största och den minsta regionen (i termer av invånarantal) är de största förlorarna, samtidigt som såväl VGR som Halland skulle vara relativt stora vinnare (+5%). Utfallet speglar som sagt inte bara skillnader i behov utan även i ambitionsnivå. Det får antas utifrån resultaten att VGR har en relativt blygsam ambitionsnivå, medan Stockholm har en hög ambitionsnivå för/efterfråga på vård.

Givet att staten skulle vilja använda denna modell för fördelning, med hur mycket skulle man behöva öka de totala kostnaderna för att undvika att någon region blir en förlorare? Detta är samma sak som att fråga sig hur stora kostnader per invånare som skulle krävas för att kompensera den största förloraren, dvs Gotland. Detta skulle kräva en ökning av de totala kostnaderna per invånare på 4 395 kr/inv., vilket motsvarar en 15% ökning av sjukvårdskostnaderna (!) och en hel procentandel av BNP. Notera att ökningen blir så stor pga. **antagandet** att regeringen **endast** skulle vilja fördela medel med denna omfördelningsmodell, vilket skulle medföra att **alla** regioner får tillskott. Ett **billigare alternativ** skulle vara att särbehandla Gotland med en specialkompensation **utanför den standardkostnadsbaserade resursfördelningen.**

Om staten skulle ha den mer modesta ambitionen att kompensera Stockholm inom ramen för den helt standardskostnadsbaserade resursfördelningsmodellen, skulle de totala kostnaderna behöva öka med 2 659 kr/inv. – även det en stor ökning, motsvarande 9% av dagens sjukvårdskostnader. Återigen skulle en specialkompensation till Stockholm vara ett billigare alternativ (kanske politiskt acceptabelt under en övergångsperiod; kanske rentav motiverad i den utsträckning Stockholms kostnader drivs av nationella uppdrag/högspecialiserad vård).

2. Per sjukvårdsregion

Av den högra delen av Tabell 1 visar de aggregerade resultaten. Föga förvånande är Stockholm-Gotland den största – och faktiskt den enda – förloraren av sjukvårdsregionerna (-8%). Den relativa minskningen sammanfaller med minskningen i Stockholm, vilket beror på att Stockholms folkmängd är så mycket större än Gotlands. Den största vinnaren är Västra Götaland och Halland (obs, inkluderar hela Halland) som skulle få en ökning med 5%. Därefter kommer Norra sjukvårdsregionen (3%), Södra sjukvårdsregionen (2%) och slutligen Mellansverige samt Sydöstra (bägge 1%).

Återigen, kom ihåg att det är de regionala vikterna som använts. Dvs, resultaten kanske hade blivit annorlunda om hade funnits vikter beräknade utifrån befolkningssammansättningen i hela sjukvårdsregionen.

Diskussion

Resultaten tyder på att det sannolikt inte är politiskt hållbart att fördela alla medel utifrån dagens kostnadsutjämningsmodell, eftersom man skulle behöva välja mellan dramatiska nedskärningar av gotlänningarnas och stockholmarnas vård eller betydande ökningar av de totala sjukvårdskostnaderna. Ett mer ekonomiskt alternativ vore att specialbehandla dessa regioner utanför resursfördelningsmodellen, i den mån man anser att det är befogat.

Andra möjliga faktorer som skulle kunna ingå i en förfinad modell:

- Ansvar för högspecialiserad vård. Dagens standardkostnadsmodell baseras bland annat på data från Skåne och Västra Götaland, som har ansvar för vissa typer av högspecialiserad vårdtyp. Därmed ingår i viss mån en kompensation för sådana ansvar. Men det är inte säkert att de högspecialiserade vårduppdragen som ligger i Skåne och VGR i tillräcklig grad speglar motsvarande uppdrag för andra regioner med sådana uppdrag. Detta skulle kunna vara en bidragande orsak till att Stockholm blir en så stor förlorare. (Dvs, deras höga skatteuttag kanske inte enbart speglar preferenser, utan även kostnader för unika och dyra vårdtyper som ges i länet).
- Diagnoser. I många sjukvårdssystem används diagnosbaserad justering, ofta utifrån någon typ av DRG-system. I ett ingångsläge skulle detta gynna Stockholm, som är den enda region som för närvarande använder DRG-baserad ersättning och där diagnoskodningsbenägenheten därför sannolikt är som störst. Om man väljer att uppdatera modellen efter några år skulle Stockholms försprång sannolikt minska, eftersom andra regioner då skulle ha börjat koda mer diagnoser. Men det är sannolikt att Stockholms högspecialiserade vård fortsatt skulle gynna regionen.
- Annan modell för socioekonomi? I SOU 2018:74 konstaterades att dagens enkla modell för standardkostnader för hälso- och sjukvård, som bara baseras på befolkningens utbildnings- och inkomstnivå, är likvärdig med den tidigare, mer komplexa, modellen som inkluderade flera andra faktorer (sysselsättningsgrad mm). Detta talar för att det ***inte*** finns stora vinster av att utveckla sjukvårdsmodellen med denna typ av variabler. Men naturligtvis finns skäl att undersöka vad den pågående utredningen av kostnadsutjämningen kommer fram till i denna fråga.

Statens offentliga utredningar 2025

Kronologisk förteckning

1. Skärpta krav för svenskt medborgarskap. Ju.
2. Några frågor om grundläggande fri- och rättigheter. Ju.
3. Skatteincitament för forskning och utveckling. En översyn av FoU-avdraget och expertskattereglerna. Fi.
4. Moderna och enklare skatteregler för arbetslivet. Fi.
5. Avgift för områdessamverkan – och andra åtgärder för trygghet i byggd miljö. LI.
6. Plikten kallar! En modern personalförsörjning av det civila försvaret. Fö.
7. Ny kärnkraft i Sverige – effektivare tillståndsprövning och ändamålsenliga avgifter. KN.
8. Bättre förutsättningar för trygghet och studiero i skolan. U.
9. På språklig grund. U.
10. En förändrad abortlag – för en god, säker och tillgänglig abortvård. S.
11. Straffbarhetsåldern. Ju.
12. AI-kommissionens Färdplan för Sverige. Fi.
13. En effektivare organisering av mindre myndigheter – analys och förslag. Fi.
14. En skärpt miljöstraffrätt och ett effektivt sanktionssystem. KN.
15. Stärkta drivkrafter och möjligheter för biståndsmottagare. Volym 1 och 2. S.
16. Ett nytt regelverk för uppsikt och förvar. Ju.
17. Anpassning av svensk rätt till EU:s avskogningsförordning. LI.
18. Ett likvärdigt betygssystem. Volym 1 och 2. U.
19. Kunskap för alla – nya läroplaner med fokus på undervisning och lärande. U.
20. Kommunal anslutning till Utbetalningsmyndighetens verksamhet. Fi.
21. Miljömålsberedningens förslag om en strategi för hur Sverige ska leva upp till EU:s åtaganden inom biologisk mångfald respektive nettoupptag av växthusgaser från markanvändningssektorn (LULUCF). KN.
22. Förbättrad konkurrens i offentlig och privat verksamhet. KN.
23. Ersättningsregler med brottsoffret i fokus. Ju.
24. Publiken i fokus – reformer för ett starkare filmland. Ku.
25. Arbetslivskriminalitet – upplägg, verktyg och åtgärder, fortsatt arbete. A.
26. Tid för undervisningsuppdraget – åtgärder för god undervisning och läraryrkenas attraktivitet. U.
27. En socionomutbildning i tiden. U.
28. Frihet från våld, förtryck och utnyttjande. En jämställdhetspolitisk strategi mot våld och en stärkt styrning av centrala myndigheter. A.
29. Ökad kvalitet hos Samhall och fler vägar till skyddat arbete. A.
30. Enklare mervärdesskatteregler vid försäljning av begagnade varor och donation av livsmedel. Fi.
31. Utmönstring av permanent uppehållstillstånd och vissa anpassningar till miniminivån enligt EU:s migrations- och asylpakt. Ju.
32. Vissa förändringar av jaktlagstiftningen. LI.
33. Skärpta och tydligare krav på vandel för uppehållstillstånd. Ju.
34. Ett modernare konsumentskydd vid distansavtal. Ju.
35. Etableringsboendelagen – ett nytt system för bosättning för vissa nyanlända. A.

36. Skydd för biologisk mångfald i havsområden utanför nationell jurisdiktion. UD.
37. Skärpta villkor för friskolesektorn. U.
38. Att omhänderta barn och unga. S.
39. Digital teknik på lika villkor. En reglering för socialtjänsten och verksamhet enligt LSS. S.
40. Säkrare tivoli. Ju.
41. Pensionsnivåer och pensionsavgiften – analyser på hundra års sikt. S.
42. Säkerhetsskyddslagen – ytterligare kompletteringar. Ju.
43. Säkerställ tillgången till läkemedel – förordnande och utlämnande i bristsituationer. S.
44. Förbättrat stöd i skolan. U.
45. Ökat informationsutbyte mellan myndigheter – några anslutande frågor. Ju.
46. Tryggare idrottsarrangemang. Ju.
47. Spänning i tillvaron – hur säkrar vi vår framtida elförsörjning? KN.
48. Stärkt pandemiberedskap. S.
49. Säkerhetspolisens behandling av personuppgifter. Ju.
50. En ny nationell myndighet för viltförvaltning. LI.
51. Bättre förutsättningar för klimatanpassning. KN.
52. Ökad insyn i politiska processer. Ju.
53. Kvalificering till socialförsäkring och ekonomiskt bistånd för vissa grupper. S.
54. Ett skärpt regelverk om utvisning på grund av brott. Ju.
55. En reformerad samhällsorientering för bättre integration. A.
56. Stärkt skydd för domstolarnas och domarnas oberoende. Ju.
57. Polisiär beredskap i fred, kris och krig. Ju.
58. En stärkt hästnäring – för företagande, jämställdhet, jämlikhet och folkhälsa. LI.
59. Stärkt lagstiftning mot hedersrelaterat våld och förtryck. Ju.
60. En starkare fondmarknad. Fi.
61. Sveriges internationella adoptionsverksamhet – lärdomar och vägen framåt. Volym 1 och 2. S.
62. Ansvaret för hälso- och sjukvården. Volym 1 Bedömningar och förslag. Volym 2 Underlagsrapporter. S.

Statens offentliga utredningar 2025

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Arbetslivskriminalitet – upplägg, verktyg och åtgärder, fortsatt arbete. [25]

Frihet från våld, förtryck och utnyttjande. En jämställdhetspolitisk strategi mot våld och en stärkt styrning av centrala myndigheter. [28]

Ökad kvalitet hos Samhall och fler vägar till skyddat arbete. [29]

Etableringsboendelagen – ett nytt system för bosättning för vissa nyanlända. [35]

En reformerad samhällsorientering för bättre integration. [55]

Finansdepartementet

Skatteincitament för forskning och utveckling. En översyn av FoU-avdraget och expertskattereglerna. [3]

Moderna och enklare skatteregler för arbetslivet. [4]

AI-kommissionens Färdplan för Sverige. [12]

En effektivare organisering av mindre myndigheter – analys och förslag. [13]

Kommunal anslutning till Utbetalningsmyndighetens verksamhet. [20]

Enklare mervärdesskatteregler vid försäljning av begagnade varor och donation av livsmedel. [30]

En starkare fondmarknad. [60]

Försvarsdepartementet

Plikten kallar! En modern personalförsörjning av det civila försvaret. [6]

Justitiedepartementet

Skärpta krav för svenskt medborgarskap. [1]

Några frågor om grundläggande fri- och rättigheter. [2]

Straffbarhetsåldern. [11]

Ett nytt regelverk för uppsikt och förvar. [16]

Ersättningsregler med brottsoffret i fokus. [23]

Utmönstring av permanent uppehållstillstånd och vissa anpassningar till miniminivån enligt EU:s migrations- och asylpakt. [31]

Skärpta och tydligare krav på vandel för uppehållstillstånd. [33]

Ett modernare konsumentskydd vid distansavtal. [34]

Säkrare tivoli. [40]

Säkerhetsskyddslagen – ytterligare kompletteringar. [42]

Ökat informationsutbyte mellan myndigheter – några anslutande frågor. [45]

Tryggare idrottsarrangemang. [46]

Säkerhetspolisens behandling av personuppgifter. [49]

Ökad insyn i politiska processer. [52]

Ett skärpt regelverk om utvisning på grund av brott. [54]

Stärkt skydd för domstolarnas och domarnas oberoende. [56]

Polisiär beredskap i fred, kris och krig. [57]

Stärkt lagstiftning mot hedersrelaterat våld och förtryck. [59]

Klimat- och näringslivsdepartementet

Ny kärnkraft i Sverige – effektivare tillståndsprövning och ändamålsenliga avgifter. [7]

En skärpt miljöstraffrätt och ett effektivt sanktionssystem. [14]

Miljömålsberedningens förslag om en strategi för hur Sverige ska leva upp till EU:s åtaganden inom biologisk mångfald respektive nettoupptag av växthusgaser från markanvändningssektorn (LULUCF). [21]

Förbättrad konkurrens i offentlig och privat verksamhet. [22]

Spänning i tillvaron – hur säkrar vi vår framtida elförsörjning? [47]

Bättre förutsättningar för klimatanpassning. [51]

Kulturdepartementet

Publiken i fokus – reformer för ett starkare filmland. [24]

Landsbygds- och infrastrukturdepartementet

Avgift för områdessamverkan – och andra åtgärder för trygghet i byggd miljö. [5]

Anpassning av svensk rätt till EU:s avskogningsförordning. [17]

Vissa förändringar av jaktlagstiftningen. [32]

En ny nationell myndighet för viltförvaltning. [50]

En stärkt hästnäring – för företagande, jämställdhet, jämlikhet och folkhälsa. [58]

Socialdepartementet

En förändrad abortlag – för en god, säker och tillgänglig abortvård. [10]

Stärkta drivkrafter och möjligheter för biståndsmottagare Volym 1 och 2. [15]

Att omhänderta barn och unga. [38]

Digital teknik på lika villkor. En reglering för socialtjänsten och verksamhet enligt LSS. [39]

Pensionsnivåer och pensionsavgiften – analyser på hundra års sikt. [41]

Säkerställ tillgången till läkemedel – förordnande och utlämnande i bristsituationer. [43]

Stärkt pandemiberedskap. [48]

Kvalificering till socialförsäkring och ekonomiskt bistånd för vissa grupper. [53]

Sveriges internationella adoptionsverksamhet – lärdomar och vägen framåt. Volym 1 och 2. [61]

Ansvaret för hälso- och sjukvården. Volym 1 Bedömningar och förslag. Volym 2 Underlagsrapporter. [62]

Utbildningsdepartementet

Bättre förutsättningar för trygghet och studiero i skolan. [8]

På språklig grund. [9]

Ett likvärdigt betygssystem Volym 1 och 2. [18]

Kunskap för alla – nya läroplaner med fokus på undervisning och lärande. [19]

Tid för undervisningsuppdraget – åtgärder för god undervisning och läraryrkenas attraktivitet. [26]

En socionomutbildning i tiden. [27]

Skärpta villkor för friskolesektorn. [37]

Förbättrat stöd i skolan. [44]

Utrikesdepartementet

Skydd för biologisk mångfald i havsområden utanför nationell jurisdiktion. [36]

Ansvaret för hälso- och sjukvården

Volym 1 Bedömningar och förslag

Betänkande av Vårdansvarskommittén

Stockholm 2025

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2025:62

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2021:1.
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 2025

ISBN 978-91-525-1267-8 (tryck)
ISBN 978-91-525-1268-5 (pdf)
ISSN 0375-250X

Till statsrådet
Acko Ankarberg Johansson

Regeringen beslutade den 1 juni 2023 att tillkalla en parlamentariskt sammansatt kommitté för att ta fram beslutsunderlag som möjliggör ett stegvis och långsiktigt införande av ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Kommitténs uppdrag har varit att analysera och belysa för- och nackdelar med ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården, lämna förslag som säkerställer ett mer effektivt hälso- och sjukvårdssystem som utgår från patienter och tar hänsyn till medarbetares behov, föreslå en genomförandeplan med tidsplan för hur staten stegvis och långsiktigt helt eller delvis kan ta över huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården, och inom ramen för genomförandeplanen, identifiera vilka åtgärder som krävs för att genomföra kommitténs förslag. Uppdraget har inte omfattat den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och det har inte ingått i uppdraget att lämna författningsförslag (dir. 2023:73).

Kommittén har tagit namnet Vårdansvarskommittén. Generaldirektören Jean-Luc af Geijerstam förordnades att från och med den 1 juli 2023 vara ordförande i kommittén. Den 18 september 2023 förordnades som ledamöter regionstyrelseordföranden Rachel De Basso (S), f.d. riksdagsledamoten Jonas Eriksson (MP), riksdagsledamoten Johan Hultberg (M), riksdagsledamoten Anders W Jonsson (C), kommunalrådet Elisabet Lann (KD), riksdagsledamoten Fredrik Lundh Sammeli (S), f.d. riksdagsledamoten Per Ramhorn (SD), riksdagsledamoten Karin Rågsjö (V), riksdagsledamoten Carina Ståhl Herrstedt (SD), oppositionsregionrådet Irene Svenonius (M) och regionrådet Amelie Tarschys Ingre (L). Den 21 februari 2024 entledigades Amelie Tarschys Ingre och i hennes ställe förordnades regionrådet Malin Sjöberg Högrell (L) som ledamot. Den 12 mars 2024

entledigades Irene Svenonius (M) och i hennes ställe förordnades den 25 mars 2024 oppositionsregionrådet Emilie Orring (M) som ledamot. Den 15 augusti 2024 entledigades Carina Ståhl Herrstedt och i hennes ställe förordnades gruppledaren Linda Lindberg (SD) som ledamot.

Som sakkunniga förordnades den 16 november 2023 ämnesrådet Maria Ahlsved vid Landsbygds- och infrastrukturdepartementet, departementssekreteraren Martina Bergström vid Socialdepartementet, departementssekreteraren Jonas Brynhildsen vid Utbildningsdepartementet, departementssekreteraren David Dager vid Finansdepartementet, departementssekreteraren Lars Karlander vid Finansdepartementet och ämnesrådet Petra Zetterberg Ferngren vid Socialdepartementet som sakkunniga. Den 26 juni entledigades Jonas Brynhildsen och i hans ställe förordnades departementssekreteraren Joel Westlund Hult som sakkunnig. Den 1 oktober 2024 entledigades Martina Bergström och i hennes ställe förordnades departementssekreteraren Ellinor Östensson som sakkunnig.

Som experter förordnades den 16 november 2023 förbundsordföranden Conny Allaskog, avdelningschefen Peter Alvinsson, utredaren Jan Boström, chefsjuristen Sara Catoni, juristen Karin Elinder, t.f. avdelningschefen Mattias Fredricson, förbundsordföranden Margareta Haag, utredaren Mari Huupponen, förbundsordföranden Lotta Håkansson, chefsjuristen Karin Lewin, sjukhusdirektören Mikael Ohrling, professorn Bo Rothstein, förbundsordföranden Sofia Rydgren Stale, vice förbundsordföranden Jani Stjernström, förbundsordföranden Kristina Taylor, professorn Mikael Wiberg, professorn Ulrika Winblad, utredaren Daniel Zetterberg och förbundsordföranden Anders Åkesson som experter. Den 12 april 2024 förordnades specialistläkaren Magnus Isacson som expert. Den 16 augusti 2024 entledigades Jan Boström och i hans ställe förordnades utredaren Hanna André som expert.

Den 30 juni 2023 förordnades enhetschefen Rickard Broddvall som huvudsekreterare. Den 31 augusti förordnades forskningssekreteraren Isabelle Carnlöf som sekreterare. Den 2 oktober 2023 förordnades utredaren Caroline Vidigsson Schmölzer som sekreterare. Den 24 oktober förordnades professorn Anders Anell som sekreterare och senior rådgivare. Den 30 november 2023 förordnades utredningssociologen Selma Sahin som biträdande sekreterare. Den 7 december 2023 förordnades utredningssekreteraren Staffan Söderberg

som sekreterare. Den 20 februari 2024 förordnades kammarrättsassessorn Klara Nordin som sekreterare. Den 17 april 2024 förordnades docenten Moa Dahlin som sekreterare och juridisk rådgivare. Den 26 juni 2024 entledigades Selma Sahin.

Vårdansvarskommittén har hållit tolv sammanträden och sekretariatet har genomfört fem möten med kommitténs expertgrupp. Kommittén överlämnar härmed sitt betänkande *Ansvaret för hälso- och sjukvården* (SOU 2025:62), bestående av volym 1, *Bedömningar och förslag* och volym 2, *Underlagsrapporter*. Till betänkandet har fogats nio särskilda yttranden. Kommitténs uppdrag är härmed slutfört.

Stockholm den 2 juni 2025

Jean-Luc af Geijerstam

Rachel De Basso

Jonas Eriksson

Johan Hultberg

Anders W Jonsson

Elisabet Lann

Linda Lindberg

Fredrik Lundh Sammeli

Emilie Orring

Per Ramhorn

Karin Rågsjö

Malin Sjöberg Högrell

Rickard Broddvall
Isabelle Carnlöf
Caroline Vidigsson Schmölzer
Staffan Söderberg
Klara Nordin
Anders Anell
Moa Dahlin

Innehåll

Sammanfattning **11**

Summary **19**

1 Inledning **27**

1.1 Uppdraget 27

1.2 Genomförandet av utredningsarbetet 28
1.2.1 Kontakter under utredningsarbetet 28
1.2.2 Framtagna kunskapsunderlag och kommitténs arbetsprocess 29

1.3 Utmaningar med uppdraget 31

1.4 Huvudmannens ansvar för hälso- och sjukvård 32
1.4.1 Tillhandahållaransvaret är kärnan i huvudmannaskapet 33

1.5 Utgångspunkter och avgränsningar för kommitténs arbete 34
1.5.1 Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet 34
1.5.2 Avgränsningar 36

1.6 Betänkandets disposition 39

2 Kommitténs utgångspunkter **41**

2.1 Hälso- och sjukvårdsystemet har många styrkor men också kända brister 41

2.2 Hälso- och sjukvården behöver förändras och förbättras 43

2.2.1 Sex förbättringsmål för önskad förändring av hälso- och sjukvården ... 45
2.2.2 Tillgången till hälso- och sjukvård av god kvalitet behöver bli mer jämlik över landet ... 47
2.2.3 Tillgängligheten till och kapaciteten i hälso- och sjukvården behöver förbättras ... 53
2.2.4 En hållbar och jämlik finansiering av hälso- och sjukvården behöver säkras ... 59
2.2.5 Den samlade effektiviteten i hälso- och sjukvårdssystemet behöver öka ... 63
2.2.6 Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning behöver stärkas och arbetsmiljön förbättras ... 65
2.2.7 Innovations- och omställningsförmågan i hälso- och sjukvården behöver förbättras och forskningen stärkas ... 68

2.3 Kommitténs sammanfattande slutsatser ... 73
2.3.1 Staten behöver ta ett större ansvar för hälso- och sjukvården ... 73

3 Kommitténs bedömningar och förslag ... 75

3.1 Kommitténs bedömning av ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården ... 76
3.1.1 Skälen för kommitténs bedömning ... 77

3.2 Kommitténs bedömning av ett delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården ... 85
3.2.1 Skälen för kommitténs bedömning ... 86

3.3 Kommitténs svar på direktivets frågor om statligt huvudmannaskap ... 89

3.4 Kommitténs bedömning av ett utökat statligt ansvar för hälso- och sjukvården ... 92
3.4.1 Skälen för kommitténs bedömning ... 95
3.4.2 Kompetensförsörjning ... 97
3.4.3 Läkemedel ... 101
3.4.4 Vaccinationer ... 112
3.4.5 Screening ... 117
3.4.6 Rättspsykiatrisk vård ... 120

3.4.7 Luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter 124

3.5 Kommitténs bedömningar och förslag om stärkt och förbättrad statlig styrning 129

3.6 Konsekvenser av kommitténs förslag 146
3.6.1 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen 147
3.6.2 Finansiering av kommitténs förslag 148
3.6.3 Genomförande av kommitténs förslag och behovet av nya och ändrade författningar 150

Särskilda yttranden 153

Referenser 171

Bilaga

Bilaga Kommittédirektiv 2023:73 179

Sammanfattning

Vårdansvarskommittén har haft regeringens uppdrag att analysera och belysa för- och nackdelar samt lämna förslag på möjligheterna att långsiktigt införa ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för den regionala hälso- och sjukvården. Kommittén har valt att se kärnan i huvudmannaskapet som ansvaret att tillhandahålla hälso- och sjukvård, det vill säga så som begreppet i dag definieras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Hälso- och sjukvården anses av invånarna vara en av de viktigaste frågorna och vården är en central del av välfärden i samhället. Det har därför varit viktigt för kommittén att arbeta så öppet, inkluderande och transparent som möjligt under hela utredningsarbetet och att göra det i dialog med så många intressenter som möjligt i hälso- och sjukvårdssystemet.

Det har inte ingått i kommitténs uppdrag att lämna författningsförslag och inte heller att analysera huvudmannaskapet för tandvården eller för den kommunala hälso- och sjukvården. Med detta betänkande överlämnar kommittén sina bedömningar och förslag.

Kommitténs bedömning av ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården

Kommittén konstaterar att svensk hälso- och sjukvård har god medicinsk kvalitet och står sig väl på många sätt i internationella jämförelser. Samtidigt finns det förbättringspotential kring hälso- och sjukvårdens måluppfyllelse, bland annat gällande tillgänglighet och geografisk jämlikhet i utbud av vård och behandling.

Kommittén har utifrån flera aspekter analyserat hur ett statligt huvudmannaskap skulle påverka hälso- och sjukvården. Några av de aspekter som har undersökts är jämlikhet, tillgänglighet, effektivitet,

kompetensförsörjning, finansiering och innovationsförmåga. Kommitténs analyser visar att det finns tänkbara för- och nackdelar både med att behålla nuvarande huvudmannaskap och tillhandahållaransvar hos regionerna och att införa ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. En entydig slutsats med säkra kausala samband går inte att dra utifrån underlagen eller tidigare erfarenheter.

Kommittén bedömer att en huvudmannaskapsförändring kan innebära både risker och möjligheter. En så omfattande och genomgripande förändring finns det inte ett brett parlamentariskt stöd för. Kommitténs ledamöter värderar de väntade fördelarna och nackdelarna med ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården olika.

Ledamöterna från S, M, V, C, MP och L ser att det saknas underlag som pekar på att ett helt statligt huvudmannaskap skulle leda till förbättringar, samt att det finns stora risker och höga genomförandekostnader och gör därför bedömningen att en sådan förändring inte bör genomföras. Ledamöterna från SD och KD bedömer att underlaget ger stöd för att det finns starka skäl och behov av ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården.

Kommitténs bedömning av ett delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården

Kommitténs analyser visar att det finns flera svårigheter och risker med att dela upp tillhandahållaransvaret för hälso- och sjukvårdssystemets olika delar mellan staten och regionerna.

Om staten skulle bli huvudman för exempelvis den specialiserade hälso- och sjukvården eller primärvården skulle detta i praktiken innebära komplexa gränsdragningar gentemot andra delar av hälso- och sjukvården som regionerna är fortsatt huvudmän för. Dels för att hälso- och sjukvården i praktiken är integrerad och ömsesidigt beroende, dels för att hälso- och sjukvårdsstrukturen ser olika ut i olika regioner. I ett hälso- och sjukvårdssystem med tre huvudmän finns risk för nya samverkansutmaningar och gränsdragningar som inte skulle medföra positiva effekter för patienterna.

Kommittén avråder därför från ett delvis statligt huvudmannaskap med innebörden att dela tillhandahållaransvaret för hälso- och sjukvården mellan kommunerna, regionerna och staten.

Kommittén ser behov av ett utökat statligt ansvar för vissa delar av hälso- och sjukvården

Kommitténs utredningsarbete har visat att det finns omotiverade skillnader mellan och inom regionerna i fråga om tillgång till viss vård och behandling. Hälso- och sjukvårdslagens bestämmelse om vård på lika villkor för hela befolkningen behöver uppfyllas bättre än i dag och efterlevnaden av patientlagen behöver stärkas.

Kommittén anser att statens ansvar för och styrning av hälso- och sjukvården behöver stärkas jämfört med i dag för att bättre kunna hantera de problem som identifierats och de utmaningar som vården står inför. Kommittén bedömer att det är möjligt att förändra ansvarsfördelningen mellan regionerna och staten på andra sätt än genom att överföra huvudmannaskapet till staten. Det är till exempel möjligt för staten att ta ett större systemansvar. Det innebär att utöka ansvaret för att styra innehållet i, samt utformningen och uppföljningen av, en verksamhet som regionerna tillhandahåller. Det är också möjligt för staten att ta ett större finansieringsansvar, i form av att i större utsträckning eller fullt ut finansiera en verksamhet, en funktion eller ett vårdområde som regionerna tillhandahåller.

Kommittén bedömer att staten bör ta ett utökat ansvar för ett antal områden och frågor i hälso- och sjukvården i syfte att skapa bättre förutsättningar att möta hälso- och sjukvårdslagens bestämmelse om vård på lika villkor för hela befolkningen. Områden där staten bör ta ett större ansvar och därmed också stärka sin styrning är kompetensförsörjning, läkemedel, vaccinationer, screening, rättspsykiatrisk vård och luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter. Detta innebär en betydande ökning av statens ansvar och en väsentligt stärkt statlig styrning och kontroll inom dessa delar av hälso- och sjukvården.

Kompetensförsörjning

Enligt kommittén är kompetensförsörjningen av både dagens och framtidens hälso- och sjukvård en av de största hållbarhetsutmaningarna för hälso- och sjukvårdsystemet. I dag ansvarar varje region för att tillhandahålla utbildningsplatser utifrån egna snarare än gemensamma nationella behov, vilket inte bidrar till ett effektivt system. Kommittén ser därför behov av en ökad nationell samordning och dimensionering i utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal där

varje huvudman tydligare behöver bidra till det samlade nationella behovet av hälso- och sjukvårdspersonal.

Frågan om kompetensförsörjningen är komplex och så också problembilden. Vårdpersonalens arbetsmiljö spelar en stor roll i fråga om rekrytering. Arbetsmiljön måste förbättras. Det betyder att det inte finns en enkel åtgärd eller lösning att pröva. Mot bakgrund av kompetensförsörjningens vikt för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem måste frågan prioriteras, pågående utvecklingsarbeten utvärderas och föreslagna insatser som har bred förankring hos hälso- och sjukvårdsaktörerna genomföras.

Kommittén föreslår att staten bör ta ett utökat ansvar för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Regeringen bör se över de närmare formerna för detta.

Läkemedel

Kommittén ser flera starka skäl för ett utökat statligt ansvar för läkemedel. Det väcker samtidigt många och svåra frågor kopplat till styrning, finansiering, prioriteringar, forskning och rekommendationer samt inköp av läkemedel.

Kommittén föreslår därför att en utredning bör tillsättas för att se över hur statens ansvar för läkemedel och särskilt finansieringen och styrningen kan utökas och stärkas. Regeringen bör även på kort sikt vidta åtgärder för att säkerställa en jämlik tillgång till vissa särskilda läkemedelsbehandlingar.

Vaccinationer

Kommitténs utredningsarbete har visat att det finns omotiverade skillnader mellan regionerna i fråga om vilka vaccinationer som erbjuds och till vilken avgift. Kommitténs uppfattning är att tillgången till vaccinationer inte ska vara beroende av var i landet som patienten bor utan vaccinationer ska erbjudas på lika villkor för hela befolkningen. Även skillnader inom regioner behöver utjämnas genom kontinuerlig uppföljning och riktade insatser till grupper där vaccinationstäckningen är lägre.

Kommittén föreslår därför att staten bör ta ett utökat ansvar för vaccinationer genom de nationella vaccinationsprogrammen.

Screening

Kommitténs utredningsarbete har visat att det finns omotiverade skillnader mellan regionerna i fråga om vilken screening som erbjuds. Kommitténs uppfattning är att tillgången till screening inte ska vara beroende av var i landet som patienten bor utan screening ska erbjudas på lika villkor för hela befolkningen.

Kommittén föreslår att staten bör ta ett utökat ansvar för screening. Ett utökat statligt ansvar är dock förenat med flera utmaningar, varför en utredning bör tillsättas med uppdrag att närmare utreda formerna för detta.

Rättspsykiatrisk vård

Rättspsykiatrisk vård är en straffrättslig påföljd och frihetsberövande och andra tvångsåtgärder inom den rättspsykiatriska vården motiveras av såväl vårdbehov som samhällsskydd.

Den rättspsykiatriska vårdens särskilda karaktär i detta avseende motiverar enligt kommitténs bedömning att staten tar ett större ansvar för såväl finansiering av vården som vårdens kvalitet och innehåll. Inriktningen framåt bör vara att staten ansvarar för att finansiera hela eller delar av den rättspsykiatriska vården, vilket måste kombineras med tydliga krav på vårdens kvalitet och innehåll. Regionerna bör dock fortsatt ha tillhandahållaransvaret för den rättspsykiatriska vården, eftersom samarbetet mellan den rättspsykiatriska vården och övrig somatisk och psykiatrisk vård skulle kunna försvåras om ansvaret för verksamheterna delas mellan två huvudmän.

Kommittén föreslår att statens ansvar för den rättspsykiatriska vården stärks. Som ett första steg bör staten ta finansieringsansvaret för den rättspsykiatriska vården genom att lämna ersättning till regionerna för de patienter som vårdas i den rättspsykiatriska vården. Regeringen bör även tillsätta en utredning med uppgift att lämna förslag på hur statens systemansvar och befogenheter samt styrning av rättspsykiatrisk vård framöver kan utvecklas i syfte att stärka vårdens kvalitet och innehåll.

Luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter

Regionerna har ett upparbetat samarbete kring ambulansflyg. När det gäller ambulanshelikopter är situationen en annan och alla regioner har i dag inte någon egen helikopterverksamhet. Internationellt samarbete i olika organisationer väcker också många frågor kring nationell samordning och styrning av luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter i såväl fredstid som i händelse av kris, höjd beredskap eller krig.

Kommittén noterar att Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten lagt fram förslag hur det nationella och statliga ansvaret för frågorna kan stärkas i händelse av kris, höjd beredskap och krig. Kommittén bedömer att det är angeläget att regeringen bereder dessa förslag vidare och då även inkluderar den nationella samordningen och styrningen samt tillgången till helikopter för ambulanssjukvård och sjuktransporter i fredstida lägen.

Kommittén bedömer att statens styrning av hälso- och sjukvården behöver stärkas och förbättras

Kommittén anser att statens styrning av regionernas hälso- och sjukvård behöver stärkas och förbättras. Statens styrning av hälso- och sjukvården är över lag splittrad och mängden styrsignaler är omfattande. Den statliga styrningen är dessutom ofta kortsiktig och detaljerad på grund av användandet av tillfälliga statsbidrag och stimulansmedel. Regionerna måste ges långsiktiga planeringsförutsättningar och regionernas mottagarkapacitet för den statliga styrningen måste beaktas vid styrningens utformning. Statens ansvarsutkrävande och kontroll bör stärkas i syfte att säkra patientens rättigheter samt garantera att hälso- och sjukvårdslagstiftningen får större genomslag i praktiken.

Kommittén föreslår att riktade statsbidrag endast bör användas i undantagsfall. Det bör fastställas tydligare kriterier för när riktade statsbidrag får användas.

Kommittén föreslår också att den statliga styrningen bör renodlas mot normering och antalet styrformer begränsas. Det bör tillsättas en utredning om hur och på vilka områden detta ska genomföras.

Kommittén föreslår även att staten bör vidta åtgärder gentemot regionerna för ökad regelefterlevnad och för att stärka patientens

ställning. Detta kräver dels stärkt uppföljning, information och kunskap om regionernas insatser, dels verktyg i form av till exempel stärkt tillsyn och utökade sanktioner samt information till patienterna om deras rättigheter och möjligheter att välja i olika avseenden.

Summary

The Committee of Inquiry on responsibility for care has been tasked by the Government with analysing and identifying advantages and disadvantages of, and presenting proposals for, a full or partial State mandatorship of health care. The Committee considers the core of mandatorship to be responsibility for provision of health and medical care, as it is currently defined in the Health and Medical Services Act (2017:30).

Swedish residents consider health and medical care one of the most important issues, and care is a key part of welfare in society. For this reason, it has been important for the Committee to work as openly, inclusively and transparently as possible throughout the inquiry process, and to do so in dialogue with as many interested parties in the health and medical care system as possible.

The Committee's remit does not include presenting legislative proposals or analysing the mandatorship for dental care or municipal health and medical care. This report presents the Committee's findings and proposals.

The Committee's assessment of a full State mandatorship of health and medical care

The Committee notes that Swedish health and medical care has good medical quality and stands up well in international comparisons in many respects. At the same time, there is room for improvement with regard to achieving the objectives of health and medical care in areas such as accessibility and geographic equity in terms of available care and treatment.

The Committee has analysed how State mandatorship would affect health and medical care based on several aspects. Some of the

aspects that have been examined are equity, accessibility, effectiveness, supply of human resources, funding and capacity for innovation. The Committee's analyses have identified conceivable advantages and disadvantages in both the regions remaining the responsible authorities for health and medical care and provision and in making State government the responsible authority for health and medical care. It is not possible to draw a clear-cut conclusion with irrefutable causal links based on the reference material or previous experience.

The Committee finds that a change in mandatorship could entail both risks and opportunities. There is no broad parliamentary support for such a comprehensive and fundamental change. The Committee members have diverging views of the expected advantages and disadvantages of State mandatorship for all health and medical care.

The members representing the Social Democrats, the Moderate Party, the Left Party, the Centre Party, the Green Party and the Liberal Party find that there is not enough supporting that full State mandatorship would result in improvements, and that this would entail major risks and high implementation costs. For this reason, they consider that such a change should not be implemented. The members representing the Sweden Democrats and the Christian Democrats find that there is support for strong reasons and a need for full State mandatorship for all health and medical care.

The Committee's assessment of a partial State mandatorship of health and medical care

The Committee's analyses identify a number of challenges and risks associated with dividing responsibility for providing the various parts of the health and medical care system between State government and the regions.

For example, if State government were to become the responsible authority for specialised health and medical care or primary care, it would in practice entail a complex delineation from other parts of health and medical care for which the regions would continue to be responsible. This is partly because health and medical care are in practice integrated and mutually dependent, and partly because the health and medical care structure differs between regions. A health and medical care system with three responsible authorities entails a

risk for new cooperation challenges and delineations that would not have positive effects for patients.

The Committee therefore advises against State government being the responsible authority for some health and medical care, with the responsibility for provision of care being shared between the municipalities, regions and State government.

The Committee sees a need for increased State government responsibility for certain parts of the health and medical care system

In its work, the Committee has identified unjustifiable differences between and within regions with respect to access to certain care and treatment. The Health and Medical Services Act's provision concerning care on equal terms for the entire population needs to be better fulfilled than is currently the case, and compliance with the Patients Act needs to improve.

The Committee finds that State government responsibility for, and governance of, health and medical care needs to be enhanced in order to be able to better manage the problems identified and the challenges care is facing. The Committee deems that it is possible to change the division of responsibility between the regions and State government in other ways than a change in mandatorship. For example, it is possible for State government to assume greater system responsibility. This means expanding its responsibility for steering the content, framing and follow-up of an activity that the regions provide. It is also possible for State government to assume greater financing responsibility by providing additional or full funding for an activity, function or care area that the regions provide.

The Committee finds that State government should assume greater responsibility for a number of health and medical care areas and issues with the aim of creating better conditions for fulfilment of the Health and Medical Services Act's provision concerning care on equal terms for the entire population. Areas where State government should assume greater responsibility and thus also strengthen its governance are supply of human resources, pharmaceutical products, vaccinations, screening, forensic psychiatric care and airborne ambulance and medical transport services. This entails significantly

increased State government responsibility and substantially strengthened steering and control over these parts of health and medical care.

Supply of human resources

The Committee finds that the supply of human resources – both today and in the future – is one of the greatest sustainability challenges for the health and medical care system. Currently, every region is responsible for providing training places based on their own needs rather than collective national needs, which does not contribute to an effective system. The Committee therefore sees a need for increased national coordination and dimensioning of the training of health and medical care staff, wherein every responsible authority needs to contribute more clearly to the collective national need for health and medical care staff.

Supply of human resources is a complex issue and thus also presents challenges. The work environment plays a major role in care staff recruitment and must be improved. This means that there are no simple measures or solutions that can be tested out. In light of the importance of human resources to a sustainable health and medical care system, this issue must be prioritised, ongoing development work evaluated and proposed initiatives with broad support among health and medical care actors implemented.

The Committee proposes that State government assume greater responsibility for the supply of human resources in health and medical care. The Government should investigate specific ways to achieve this.

Pharmaceutical products

The Committee sees several strong arguments for increased State government responsibility for pharmaceutical products. At the same time, it raises many difficult questions concerning governance, funding, prioritisation, research and recommendations, and procurement of pharmaceutical products.

The Committee therefore proposes appointing an Inquiry to investigate ways in which State government responsibility for pharmaceutical products – and especially funding and overall governance– can be expanded and enhanced. The Government should also take

measures in the short term to ensure equal access to certain special pharmaceutical treatments.

Vaccination

The Committee's work has revealed unjustifiable differences between regions as regards vaccinations offered and the associated fees. The Committee's view is that access to vaccinations should not depend on where a patient lives, but rather that it should be available to the entire population on equal terms. Differences within regions should also be evened out through continuous follow-up and measures targeting groups with lower vaccination coverage.

The Committee proposes that State government should take greater responsibility for vaccinations through the national vaccination programmes.

Screening

The Committee's work has revealed unjustifiable difference between regions as regards the screening offered. The Committee's view is that access to screening should not depend on where a patient lives, but rather that it should be available to the entire population on equal terms.

The Committee proposes that State government should assume greater responsibility for screening. However, increased State government responsibility is associated with several challenges, and therefore an Inquiry should be appointed to investigate ways to achieve this.

Forensic psychiatric care

Forensic psychiatric care is a criminal penalty, and custodial and other coercive measures within forensic psychiatric care are justified by both the need for care and the protection of society.

The Committee finds that the specific nature of forensic psychiatric care in this respect justifies State government assuming greater responsibility for the care's funding, quality and content. The approach going forward should be that State government is responsible for funding all or parts of forensic psychiatric care, which must be com-

bined with clear requirements on the quality and content of care. However, the regions should continue to be responsible for providing forensic psychiatric care, as cooperation between forensic psychiatric care and other somatic and psychiatric care could be complicated by dividing responsibilities for the activities between two responsible authorities.

The Committee proposes enhancing State government's responsibility for forensic psychiatric care. As an initial step, State government should assume funding responsibility for forensic psychiatric care by reimbursing the regions for patients who receive forensic psychiatric care. The Government should also appoint an Inquiry to submit proposals on how State government system responsibility and authority, and governance of forensic psychiatric care can be developed in future with the aim of improving the care's quality and content.

Airborne ambulance and medical transport services

The regions have well-established cooperation on ambulance jets. However, the situation is different with regard to ambulance helicopters, and not all regions currently have their own helicopter operations. International cooperation in various organisations also raises questions concerning national coordination and governance of airborne ambulance and medical transport services during times of peace and in times of crisis, heightened state of alert or war.

The Committee notes that the National Board of Health and Welfare and the Swedish eHealth Agency have presented proposals on national and State government responsibility for these issues in the event of a crisis, heightened state of alert and war. The Committee deems it necessary for the Government to prepare these proposals further and also include national coordination and steering and access in peacetime situations.

The Committee finds that State governance of health and medical care needs to be enhanced and improved

The Committee considers that State governance of the regions' health and medical care needs to be enhanced and improved. On the whole, State governance of health and medical care is fragmented today, with an immense number of policy signals issued. Moreover, State governance is often shortsighted and overly detailed due to the use of temporary state subsidies and incentive funds. The regions must be given conditions for long-term planning, and their recipient capacity for State governance must be factored in. Accountability and control should be strengthened with the aim of safeguarding patient rights and guaranteeing that health and medical care legislation has a greater impact in practice.

The Committee proposes that targeted state subsidies should only be used in exceptional cases. Clearer criteria for when targeted state subsidies can be used are needed.

The Committee also proposes that State governance should focus on norms, and the number of forms of governance should be limited. An Inquiry should also be appointed to investigate how and in what areas this will be implemented.

The Committee further proposes that State government take measures with regard to the regions to ensure increased regulatory compliance and improve the position of patients. This requires better follow-up, information and knowledge about the regions' initiatives, tools such as better supervision and expanded sanctions, and information for patients about their rights and possibilities to choose in various respects.

1 Inledning

I det här kapitlet beskriver Vårdansvarskommittén uppdraget enligt direktivet (dir. 2023:73) och hur kommittén har genomfört arbetet. Vidare beskrivs utgångspunkterna i form av fyra analytiska ansvarsbegrepp som konkretiserar begreppet huvudmannaskap. Sist i kapitlet beskrivs betänkandets disposition.

1.1 Uppdraget

Vid regeringssammanträdet den 1 juni 2023 beslutade regeringen om direktivet till en parlamentarisk kommitté. Grunden för tillsättandet av kommittén finns i Tidöavtalet, en överenskommelse mellan Sverigedemokraterna, Moderaterna, Kristdemokraterna och Liberalerna. I Tidö-avtalet anges att en utredning ska tillsättas med uppdrag att analysera och belysa för- och nackdelar samt lämna förslag på möjligheterna att långsiktigt införa ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården.

Uppdraget var mer konkret att ta fram ett beslutsunderlag som möjliggör ett stegvis och långsiktigt införande av ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Uppdraget har endast omfattat den regionalt finansierade hälso- och sjukvården och inte huvudmannaskapet för den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. Det har inte heller ingått i uppdraget att lämna författningsförslag.

De första delarna av sekretariatet var på plats den 1 september, ledamöterna i kommittén förordnades av regeringen den 15 september och den 18 oktober 2023 hade kommittén sitt första sammanträde och tog då namnet Vårdansvarskommittén. Kommitténs expertgrupp förordnades av regeringen den 16 november 2023 och hade sitt första möte den 15 december samma år.

Slutjusteringsmötet ägde rum den 23 april 2025. Direktivet i sin helhet återfinns i bilaga 1. Vårdansvarskommittén har haft tolv sammanträden under utredningstiden.

1.2 Genomförandet av utredningsarbetet

Kommitténs uppdrag handlar om hälso- och sjukvården, som av invånarna anses vara en av de viktigaste frågorna och som också är en central del av välfärden i samhället. Det har därför varit viktigt för kommittén att arbeta så öppet, inkluderande och transparent som möjligt under hela utredningsarbetet och att göra det i dialog med så många intressenter som möjligt i hälso- och sjukvårdssystemet.

1.2.1 Kontakter under utredningsarbetet

Under utredningsarbetet har kommittén, främst genom sekretariatet, haft möten och samtal med ett drygt 100-tal aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet, deltagit i ett drygt 40-tal seminarier, hållit möten med den politiska ledningen för samtliga sex sjukvårdsregioner och haft dialoger med tjänstemannaledningen för samtliga 21 regioner inom ramen för sjukvårdsregionerna. Kommittén har genom sekretariatet i samarbete med Karlstads universitet Samhällsnytta AB genomfört tre workshops med kommitténs expertgrupp samt med andra särskilt inbjudna experter från olika delar av hälso- och sjukvården.

Vidare har en hearing genomförts med kommitténs ledamöter och expertgrupp där ett antal forskare diskuterade demokrati, legitimitet och ansvarsutkrävande kopplat till huvudmannaskapsreformer. Tidigt i arbetet genomfördes en öppen konsultation där 75 aktörer lämnade in skriftliga svar och synpunkter kopplade till kommitténs uppdrag.

Inom uppdraget har också fem möten med kommitténs brett sammansatta expertgrupp genomförts och expertgruppen har löpande fått läsa och lämna synpunkter på utkast till underlagsrapporter som sekretariatet tagit fram. De beskrivna mötena, dialogerna och konsultationen har syftat till att skapa ett kvalitativt utredningsunderlag som en bas för de beskrivningar och analyser som gjorts inom uppdraget. En lista över kontakterna under utredningsarbetet

återfinns i sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap i betänkandets volym 2.

De kontakter som kommittén haft under sitt arbete kan grovt sett delas upp i två faser. Den första fasen syftade i huvudsak till att sondera olika aktörers syn på problem och utmaningar inom svensk hälso- och sjukvård och vad som kan uppnås med ett statligt huvudmannaskap. Den andra fasen hade fokus på att diskutera utformande, beskrivningar och genomförande av en huvudmannaskapsreform och att utveckla analyserna av möjliga konsekvenser av en sådan reform.

1.2.2 Framtagna kunskapsunderlag och kommitténs arbetsprocess

Vårdansvarskommitténs bedömningar och förslag i detta betänkande bygger på ett omfattande kunskapsunderlag som tagits fram under utredningsarbetet. Kommittén har uppdragit åt sekretariatet att låta fyra forskare ta fram underlagsrapporter. Forskarna svarar helt och hållet för analys, slutsatser och rekommendationer. Vårdansvarskommittén tar inte ställning till dessa. Rapporterna berör statlig finansiering och resursfördelning, administration och administrativ börda, simulering av resursfördelning samt demokratiskt ansvarsutkrävande och legitimitet inom hälso- och sjukvårdssystemet. Dessa underlagsrapporter återfinns i betänkandets volym 2.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering har genomfört litteratursökningar på uppdrag av kommittén bland annat kring kompetensförsörjningen och följsamheten till evidensbaserade riktlinjer i hälso- och sjukvården. Kommittén har genom sekretariatet haft dialog med Myndigheten för vård- och omsorgsanalys avseende myndighetens rapport om strukturreformer inom hälso- och sjukvården i de nordiska länderna samt med Statskontoret utifrån myndighetens många rapporter om förvaltningsreformer i Sverige.

Kommittén har också uppdragit åt sekretariatet att ta fram ett flertal olika promemorior med kunskapsunderlag. Dessa promemorior har arbetats in i sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap, som återfinns i betänkandets volym 2.

Den egna datainsamling som kommittén genom sekretariatet gjort under utredningsarbetet har till övervägande del varit av kvalitativ karaktär.

Kommittén anser att valet att arbeta med analys och utvärdering av scenarier och arbetsprocessen har bidragit till att lyfta fram och belysa olika problembilder, möjliga sätt att ändra ansvarsfördelningen, för- och nackdelar med ett statligt huvudmannaskap och konsekvenser av en sådan förändring på ett strukturerat sätt. Detta arbete redovisas i sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap som återfinns i betänkandets volym 2. Där analyseras också vilka möjliga konsekvenser som ett statligt huvudmannaskap i olika varianter kan få för patienter, invånare och hälso- och sjukvårdens medarbetare. Utgångspunkten för scenarierna är att staten helt eller delvis tar över det ansvar som regionerna har i dag för att erbjuda och tillhandahålla hälso- och sjukvård.

Med det samlade kunskapsunderlaget som bas har kommittén under sina sammanträden diskuterat och besvarat frågor om för- och nackdelar med statligt huvudmannaskap, dragit slutsatser och lämnat såväl bedömningar som förslag om vilka förändringar av ansvarsfördelning och styrning som bör genomföras. Detta återges i föreliggande betänkande.

Arbetsprocessen i utredningsarbetet var föremål för diskussion tidigt i kommitténs arbete. Ett alternativ som diskuterades var att kommittén tidigt skulle ta ställning till uppdragets kärnfråga om huvudmannaskapsreformer och därefter genomföra djupare analyser av ställningstagandena. Ett annat alternativ, som kommittén valde, var att låta sekretariatet utarbeta ett analytiskt ramverk och ta fram olika kunskapsunderlag som besvarar de många frågorna i direktivet. Detta vägval innebar att analysarbetet omfattade flera alternativa sätt att fördela ansvar i hälso- och sjukvårdssystemet i en bred analys, och att kommittén tog ställning till ett förändrat huvudmannaskap i ett senare skede baserat på vad analyserna visade. Konsekvenser av kommitténs vägval blev att utredningsarbetet har bedrivits brett med fokus på många olika frågor, snarare än att analysera avgränsade frågor på djupet och att såväl konsekvensanalyser som genomförandeplaner har en mer övergripande karaktär.

1.3 Utmaningar med uppdraget

En grundläggande utmaning med att besvara frågorna i kommitténs uppdrag är att det saknas sammanställd kunskap eller forskning om flera av de komplexa frågor som ingår i uppdraget. Det gäller både sambanden mellan hur hälso- och sjukvårdssystemet ser ut i dag och upplevda problem respektive vilka effekter som skulle uppstå av ett förändrat huvudmannaskap. Det saknas till stor del kunskap som gör att det går att dra säkra slutsatser om kausala förhållanden mellan sättet som hälso- och sjukvården styrs och organiseras och de styrkor och svagheter som hälso- och sjukvårdssystemet har när det gäller måluppfyllelse och funktionssätt.

Det finns inte heller någon kunskap som talar för att dagens ansvarsfördelning med 21 huvudmän är den bästa eller att det skulle finnas något optimalt sätt att organisera och fördela ansvaret i ett hälso- och sjukvårdssystem. Erfarenheterna från de nordiska grannländerna, som jämfört med Sverige har en starkare statlig styrning och ett större statligt ansvar, pekar i samma riktning. Kommittén har bilden av att man i dessa och andra länder med en starkare statlig styrning arbetar fortlöpande med ytterligare reformer och förändringar av hur vårdens styrs.

Även om det inte går att uttala sig om kausala samband mellan ansvarsfördelningen och systemets funktionssätt har ansvarsfördelningen och styrningen betydelse för hur systemet fungerar. Utifrån de studier som finns och den kunskap som samlats in under utredningsarbetet ser kommittén flera systemrelaterade utmaningar och utvecklingsbehov i svensk hälso- och sjukvård. Kommittén har också skapat sig en bild av hur förutsättningarna att möta dessa utmaningar och behov ser ut med nuvarande system och ansvarsfördelning. Direktivets begränsning att endast undersöka den hälso- och sjukvård som regionerna ansvarar för men inte den kommunala hälso- och sjukvården har dock varit en utmaning eftersom hela hälso- och sjukvårdssystemet därmed inte har kunnat analyseras.

Hälso- och sjukvården är en komplex verksamhet som utvecklas och förändras snabbt precis som omvärlden. Kommittén har valt att hantera de metodologiska utmaningar som det medför genom att beskriva och analysera ansvarsfördelningen i hälso- och sjukvårdssystemet utifrån definierade ansvarsbegrepp som tillämpas genom analys av förenklade scenarier. Detta tillvägagångssätt skapar förut-

sättningar för att identifiera konsekvenser på kort och lång sikt av olika vägval, och ger en grund för att utforma lämpliga åtgärder för fortsatt utveckling av hälso- och sjukvården.

1.4 Huvudmannens ansvar för hälso- och sjukvård

Begreppet *huvudmannaskap* är centralt i direktivet men begreppet definieras inte närmare där. Det finns i dag många olika bilder av vad en huvudman mer konkret har för ansvar.

Under utredningsarbetet har kommittén konkretiserat och kvalificerat innebörden av begreppet huvudmannaskap. Detta har bedömts som nödvändigt för att kommittén ska vara så tydlig som möjligt med vilka typer av ansvar som en huvudman för hälso- och sjukvård har och vilka ansvar som därmed skulle flyttas vid en huvudmannaskapsreform. Under utredningsarbetet har kommittén därför formulerat fyra analytiska begrepp som beskriver de olika typer av ansvar som en huvudman för hälso- och sjukvård har i dag (kommuner och regioner) men också kan ha i framtiden. De fyra ansvaren är:

- Systemansvar.
- Finansieringsansvar.
- Tillhandahållaransvar.
- Verksamhetsansvar.

Systemansvaret omfattar ansvaret för den politiska och strategiska styrningen av vården, att till exempel genom olika former av normgivning uttrycka mål, policy och riktning för utveckling. Det inkluderar vidare ett ansvar för tillsyn, uppföljning och utvärdering samt att genom processer utkräva ansvar inom systemet. Systemansvaret medför också ett ansvar för vissa systemövergripande funktioner och resurser. Det kan till exempel handla om kritisk infrastruktur, försörjningsberedskap, utbildning, nationell statistik, analys och kunskapsstöd eller andra övergripande funktioner som behövs för att hälso- och sjukvården ska kunna fungera och utvecklas.

Finansieringsansvaret innebär i den svenska hälso- och sjukvårdsmodellen till exempel ett ansvar för beskattning och fastställande av vårdavgifter. Resursfördelning sker på flera olika nivåer i ett hälso- och sjukvårdssystem som en del av vårdens styrning och ledning,

men finansieringsansvaret omfattar i huvudsak den övergripande resursfördelningen.

Tillhandahållaransvaret innebär ett ansvar för att hälso- och sjukvård finns tillgänglig för befolkningen, det vill säga det ansvar för att erbjuda befolkningen vård som regleras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Det innefattar också ansvaret för att planera, organisera och dimensionera hälso- och sjukvården så att den svarar mot befolkningens behov.

Verksamhetsansvaret kan beskrivas som ansvaret att utföra hälso- och sjukvård till patienter och invånare i enlighet med uppställda mål och krav. Därmed är verksamhetsansvaret ett ansvar som den som har tillhandahållaransvaret kan välja att antingen behålla själv och bedriva vården i egen regi eller lägga ut på exempelvis privata aktörer. Om det inte är möjligt att lägga ut verksamhetsansvaret måste den som har tillhandahållaransvaret (huvudmannen) också själv ta verksamhetsansvaret.

1.4.1 Tillhandahållaransvaret är kärnan i huvudmannaskapet

Det huvudsakliga ansvaret för hälso- och sjukvården faller i dag på regioner och kommuner. Ansvaret för hälso- och sjukvården uttrycks i HSL som att regioner och kommuner är huvudmän för hälso- och sjukvård. Det finns inte någon generell rättslig definition av begreppet huvudman eller begreppet huvudmannaskap som gäller för alla aktörer och verksamheter i samhället.

Kommittén har valt att se kärnan i huvudmannaskapet som ansvaret att tillhandahålla hälso- och sjukvård, det vill säga så som begreppet i dag definieras i HSL. I nuvarande hälso- och sjukvårdssystem är det följaktligen kommunerna och regionerna som är huvudmän. Kommuner och regioner har utöver tillhandahållaransvaret också ett verksamhetsansvar för den vård som bedrivs i egen regi samt ett system- och finansieringsansvar för hälso- och sjukvården inom sina geografiska områden. Staten har i dag inget tillhandahållaransvar eller verksamhetsansvar för hälso- och sjukvård riktat direkt till befolkningen. Däremot är staten genom vissa myndigheter vårdgivare och har då verksamhetsansvar för hälso- och sjukvård, till exempel Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse (SiS).

Staten har det övergripande systemansvaret, främst genom lagstiftningsmakten och därigenom ansvar och befogenhet att besluta om samhällsorganisationen och ansvarsfördelningen. Staten har inget formellt eller reglerat ansvar att finansiera hälso- och sjukvård men finansierar i dag cirka 30 procent av kostnaderna (inklusive kostnadsersättningen för läkemedelsförmånen). Statens finansiering genom generella och riktade statsbidrag samt kostnadsersättningar har enligt Statskontoret ökat i omfattning över tid.[1] Samtidigt menar Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) att statsbidragen i praktiken urholkas över tid då de inte är värdesäkrade, det vill säga inte räknas upp med pris-, löne- och demografiutvecklingen.[2]

Sammanfattningsvis är system- och finansieringsansvaret i dag till stor del delat mellan staten, regionerna och kommunerna medan tillhandahållaransvaret när det gäller vård direkt till befolkningen enbart innehas av regioner och kommuner. Verksamhetsansvaret kan som i dag ligga på kommuner, regioner, statliga myndigheter och enskilda näringsidkare (till exempel privata vårdgivare) som bedriver hälso- och sjukvård.

1.5 Utgångspunkter och avgränsningar för kommitténs arbete

I avsnittet tar kommittén avstamp i en översiktlig beskrivning av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, för att sedan ange de olika avgränsningar som gjorts i utredningsarbetet. Avgränsningarna är i många fall angivna i direktivet och i andra fall formulerade av kommittén.

1.5.1 Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet

Vårdansvarskommitténs uppdrag omfattar det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Utgångspunkten för att beskriva vad det systemet omfattar är att Sverige är en enhetsstat med tre förvaltningsnivåer.

[1] Mer information finns i Statskontoret (2024), *Statens styrning med statsbidrag till kommuner och regioner 2023 – Antal, omfattning och innehåll*, s. 18. Se även Sveriges Kommuner och Regioner, hemsidan för *Sektorn i siffror*.
[2] Pressnyhet från Sveriges Kommuner och Regioner om statsbidrag.

Det finns en statlig nationell nivå bestående av riksdagen, regeringen och de statliga myndigheterna. Enligt 1 kap. 1 § regeringsformen, RF, (1974:152) förverkligas den svenska folkstyrelsen genom ett representativt och parlamentariskt statsskick och genom kommunal självstyrelse. Den offentliga förvaltningen omfattar även en regional och en kommunal nivå bestående av kommuner och regioner med en grundläggande kommunal självstyrelse. Portalparagrafen i kommunallagen (2017:725) stadgar att Sverige är indelat i kommuner och regioner och att varje region omfattar ett län, om inget annat är beslutat.

Ansvaret för hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige delas av staten, regionerna och kommunerna men staten är ytterst ansvarig. Regioner och kommuner är huvudmän och ansvarar därmed för hälso- och sjukvårdssystemen inom sina geografiska områden. Det nationella hälso- och sjukvårdssystemet omfattar alla dessa tre nivåer, men kommitténs uppdrag är avgränsat till den nationella och regionala nivån. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet omfattar i dag:

- Staten, i form av riksdag, regering och ett antal statliga myndigheter.
- 21 regioner (huvudmän).
- 290 kommuner (huvudmän).
- 6 samverkansregioner/sjukvårdsregioner.
- 7 universitetssjukhus.
- 66 regionala akutsjukhus.
- Ett stort antal specialistkliniker.
- 1 100–1 200 vårdcentraler (offentliga och privata med offentlig finansiering).

Därutöver finns ett stort antal privata vård- och omsorgsgivare under såväl regionernas som kommunernas huvudmannaskap samt uppskattningsvis 4 430 tandläkarkliniker och omkring 1 450 apotek.[3]

[3] European Observatory on Health Systems and Policies och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023), *Sweden – Health system review*, European Observatory on Health Systems and Policies och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Sweden – Health system summary*.

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet omfattar runt 11 procent av BNP och har cirka 300 000 anställda i regionerna. Regionernas kostnader för hälso- och sjukvård uppgår till omkring 400 miljarder kronor per år. Hälso- och sjukvården är således en omfattande välfärdsverksamhet med stor betydelse i samhällsekonomin och för arbetsmarknaden.[4]

1.5.2 Avgränsningar

Utifrån direktivet ska bestämmelser i RF om den kommunala självstyrelsen kvarstå oförändrad i uppdraget och i alla scenarier som analyseras. Det innebär att analyserna utgår ifrån att de uppgifter som staten genom lag ålägger kommuner och regioner även fortsatt ska skötas på den kommunala självstyrelsens grund. Även fortsättningsvis ska utgångspunkten vara att det offentliga har ett åtagande att tillhandahålla och finansiera hälso- och sjukvård i Sverige.

Det offentliga ekonomiska åtagandet för vården antas vara oförändrat i scenarierna, vilket innebär att analyserna utgår ifrån en bibehållen omfattning av den offentligt finansierade hälso- och sjukvårdens utbud. Eftersom direktivet anger att kommitténs arbete ska utgå från gällande mål och principer i svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning är utgångspunkten att hälso- och sjukvården även framgent ska finansieras genom offentlig beskattning. Därmed undersöks inte försäkringsbaserade hälso- och sjukvårdssystem.

Vidare antas mål, principer och bestämmelser i svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning som avser den vård som erbjuds invånare och patientens rättigheter vara oförändrade, allt enligt direktivet. Lagstiftning om vårdval och privata vårdgivare antas således vara oförändrad jämfört med i dag. Uppgifts- och ansvarsfördelning inom andra sektorer förblir också oförändrad jämfört med vad som gäller i dag liksom innebörden av vårdgivaransvaret förblir oförändrat och scenarierna utgår från att vårdgivarnivån i ett utgångsläge ska kunna se ut på motsvarande sätt som i dag. Förändringar av vårdgivarstrukturen, till exempel vad gäller antal sjukhus eller nivåstruktureringen i svensk hälso- och sjukvård, berörs inte.

[4] Statistiska centralbyrån, SCB, (2024). Hälso- och sjukvårdens andel av BNP var 10,5 procent 2022, Statistiknyhet från SCB, Sveriges Kommuner och Regioner, *Sektorn i siffror*, avser verksamheten 2023, hämtat från hemsidan.

Enligt direktivet ska kommittén inte pröva huvudmannaskapet för den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för. Denna begränsning har gjort att utredningsarbetet fokuserats på regionerna och staten. Den kommunala hälso- och sjukvården beskrivs översiktligt eftersom den är en väsentlig del av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Utifrån direktivets avgränsning har kommittén dock lagt fokus mest på behoven av samverkan kring patienter mellan regionernas och kommunernas hälso- och sjukvård.

Tandvården har annan organisation, annan finansiering och delvis annan lagstiftning än hälso- och sjukvården, däribland tandvårdslagen (1985:125). Samtidigt gäller till exempel patientsäkerhetslagen (2010:659) både hälso- och sjukvård och tandvård. Det pågår också en tydlig utveckling mot ökad samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård, inte minst utifrån en resolution från världshälsoorganisationen WHO 2021 som innebär att munhälsa inkluderas i den globala agendan för icke överförbara sjukdomar. Det pågår också förändringar av tandvårdens uppdrag och finansiering, genom förslag från olika statliga utredningar och i regeringsuppdrag. Tandvården delar också flera av hälso- och sjukvårdens utmaningar, exempelvis gällande kompetensförsörjning.

Enligt direktivet ska kommittén särskilt beakta tandvårdens organisering, utifrån dess nära koppling till hälso- och sjukvården och liknande utmaningar som just kompetensförsörjning men också behovet av att kunna erbjuda en mer jämlik vård. Kommitténs uppdrag omfattar dock inte att analysera huvudmannaskapet för tandvården. Det har i stället Socialstyrelsen gjort som den 5 september 2024 fick i uppdrag av regeringen att analysera och beskriva konsekvenserna för tandvården och det statliga tandvårdsstödet. Uppdraget redovisades till regeringen den 28 februari 2025. Underlag från Socialstyrelsens rapport återges på flera ställen här i volym 1 och även i sekretariatets underlagsrapport om ett helt statligt huvudmannaskap i betänkandets volym 2.

Apoteken är vårdgivare och en del av hälso- och sjukvården genom uppdraget lämna ut förskrivna läkemedel och ge rådgivning om läkemedelsanvändning till patienter. Apoteken är dock inte under regionalt huvudmannaskap och undersöks därför inte närmare i uppdraget. Däremot nämns apoteken som exempel på aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet där samverkan med övrig vård är grundläggande, inte minst inom läkemedelsområdet.

Vårdansvarskommittén har inte haft i uppdrag att se över regionerna i sig eller regionernas övriga uppgifter utöver hälso- och sjukvård. Uppdraget handlar därmed inte om att genomföra en regionreform eller om att avskaffa regionerna.

Direktivet anger att kommittén ska utreda vilken form av myndighetsorganisation som krävs för att staten ska kunna utföra uppgifter som huvudman för hälso- och sjukvården, vilka kapaciteteter som krävs samt att en statlig myndighetsorganisation bör följa den geografiska strukturen för samverkansregionerna. Kommittén har utifrån dessa utgångspunkter fokuserat på en organisering i form av myndigheter och inte närmare undersökt exempelvis organisering i form av statliga bolag eller liknande.

I direktivet nämns ökad effektivitet men också minskad detaljstyrning samt administrativ börda som viktiga mål. Styrningen av vården är således central. I uppdraget ligger fokus på den statliga styrningen av hälso- och sjukvården. Det har inte varit möjligt att inom ramen för uppdraget göra egna utvärderingar av effektiviteten i regionernas styrning, eller fastställa i vilken mån den statliga eller regionala styrningen tynger verksamheterna. Frågor om styrning och ökad administration behandlas däremot i Förvaltningsakademins underlagsrapport som återfinns i betänkandets volym 2. Det har inte heller varit möjligt att inom ramen för uppdraget utvärdera i vilken mån utfallet av regionernas egen styrning motsvarar de lokala behoven och förväntningarna hos befolkningen och patienterna.

Scenarioanalyserna omfattar i princip all hälso- och sjukvård där regionerna är huvudman. Det finns dock specifika undantagna frågor som är relaterade till huvudmannaskap vid vissa typer av hälso- och sjukvård, som till exempel vård i slutna miljöer såsom kriminalvård, psykiatrisk tvångsvård och tvångsvisa placeringar hos Statens institutionsstyrelse (SiS). Sådana verksamhetsspecifika frågor behandlas inte närmare, med undantag för rättspsykiatrisk vård som behandlas som ett scenario.

Kommittéförordningen (1998:1474) ställer krav på att kommittén måste genomföra konsekvensanalyser av sina förslag. Det kravet gäller särskilt författningsförslag, vilket kommittén enligt direktivet inte ska lämna. Kommittén lämnar inga förslag om förändrat huvudmannaskap samtidigt som direktivet anger att konsekvenser av förändrat huvudmannaskap ska beskrivas. Kommittén har mot denna bakgrund valt att göra övergripande konsekvensanalyser utifrån

scenarierna för att så långt möjligt ändå besvara direktivets frågor. Dessa konsekvensanalyser redovisas närmare i sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap i betänkandets volym 2. Där finns även övergripande förslag till genomförandeplaner med tänkbara steg och uppskattad tidsåtgång för främst genomförande av ett helt statligt huvudmannaskap.

De förslag som kommittén lämnar är av en sådan övergripande inriktningskaraktär att det inte bedömts vara möjligt att genomföra djupgående konsekvensanalyser eller genomförandeplaner för dessa förslag inom ramen för kommitténs uppdrag. Det görs dock översiktliga beskrivningar av konsekvenser och av genomförandet av kommitténs förslag.

1.6 Betänkandets disposition

Vårdansvarskommitténs betänkande består av två volymer. Volym 1 innehåller kommitténs bedömningar och förslag, särskilda yttranden och bilaga (direktivet). Volym 2 utgörs av ett förord och fem underlagsrapporter.

Volym 1 Vårdansvarskommitténs bedömningar och förslag

I detta *kapitel 1* beskriver kommittén uppdraget enligt direktivet (dir. 2023:73) och hur kommittén har genomfört arbetet. Vidare beskrivs de analytiska utgångspunkterna i form av fyra ansvarsbegrepp som konkretiserar begreppet huvudmannaskap.

I *kapitel 2* formulerar kommittén sin bild av nuläget i svensk hälso- och sjukvård och formulerar sin syn på behoven av förändring. Detta baseras på kommitténs diskussioner vid sammanträden och på det samlade kunskapsunderlaget från utredningsarbetet.

I *kapitel 3* prövar kommittén fyra sätt för staten att ta ett större ansvar för hälso- och sjukvården:

– Helt statligt huvudmannaskap.
– Delvis statligt huvudmannaskap.
– Utökat statligt system- och finansieringsansvar inklusive stärkt statlig styrning inom ett antal utvalda områden.

– En utvecklad och stärkt statlig styrning inom ramen för nuvarande ansvarsfördelning.

Konsekvenser och genomförande av kommitténs förslag beskrivs översiktligt. Därefter följer referenser och bilaga.

Volym 2 Underlagsrapporter

Volym 2 inleds med ett förord följt av sekretariatets underlagsrapport, *Ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården – utformning, genomförande och konsekvenser.*

Därefter följer underlagsrapport 2, *Möjliga konsekvenser av ett helt- eller delvis förstatligande av huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården i Sverige avseende demokrati, ansvarsutkrävande och legitimitet*, författad av professorn i statsvetenskap Bo Rothstein.

Som underlagsrapport 3 återfinns *Administration i hälso- och sjukvården, några organisationsteoretiska iakttagelser*, författad av professorn i offentlig förvaltning Anders Ivarsson Westerberg och filosofie doktorn i sociologi Daniel Castillo.

Därefter följer underlagsrapport 4, *Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård*, författad av docenten i nationalekonomi, Åsa Hansson.

Sist återfinns underlagsrapport 5, *Ekonomiska beräkningar och simuleringar av fördelning av resurser till regionerna*, författad av docenten i nationalekonomi, Lina Maria Ellegård.

Sekretariatet ansvarar för innehållet i underlagsrapport 1. Forskarna svarar helt och hållet för analys, slutsatser och rekommendationer i sina respektive underlagsrapporter. Vårdansvarskommittén tar inte ställning till dessa.

2 Kommitténs utgångspunkter

I kapitlet presenterar Vårdansvarskommittén sin bild av nuläget i svensk hälso- och sjukvård och formulerar sin syn på behoven av förändring. Detta baseras på kommitténs diskussioner vid sammanträden och på det samlade kunskapsunderlaget från utredningsarbetet som redovisas i betänkandets volym 2.

2.1 Hälso- och sjukvårdsystemet har många styrkor men också kända brister

Vårdansvarskommittén konstaterar att hälso- och sjukvården i Sverige presterar väl i flera dimensioner vid jämförelser med andra länder. Hälso- och sjukvårdens medicinska kvalitet är generellt sett hög även om det finns variationer. Den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten och skillnaden i självskattad hälsa mellan dem med långvarig sjukdom och dem som är friska är förhållandevis låg. En majoritet av befolkningen upplever att deras hälsobehov blir tillgodosedda av hälso- och sjukvården. Få invånare avstår från att söka vård på grund av kostnader eller fysiska avstånd och förtroendet för hälso- och sjukvården (särskilt dess medarbetare) är högt.

Samtidigt ser kommittén att svensk hälso- och sjukvård sedan länge har ett antal väl kända brister som bidrar till onödigt lidande, patientsäkerhetsrisker och ineffektiv användning av både personella och ekonomiska resurser. I flera avseenden presterar också hälso- och sjukvården i Sverige sämre än i andra jämförbara länder. Det handlar om ett vårdsystem där delarna inte hänger ihop tillräckligt väl runt patienten och där alldeles för många får vänta för länge på behandling och operation. Det handlar också om ett vårdsystem som erbjuder olika tillgång till behandling, diagnostik, hjälpmedel

och läkemedel beroende på var man bor i landet och socioekonomiska förutsättningar.

Vårdansvarskommittén har under utredningsarbetet gjort en historisk tillbakablick på det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Därav framgår att nuvarande ansvarsfördelning i hälso- och sjukvårdssystemet har vuxit fram under lång tid. Olika huvudmän (stat, landsting/numera regioner och kommuner) har varit ansvariga i olika perioder. Idén om att samla så många som möjligt av vårdens olika delar och verksamheter under en huvudman har varit framträdande under åtminstone de senaste 50 åren. Det var till exempel ett av argumenten för att överföra ansvaret för den öppna vården och mentalsjukvården från staten till landstingen under 1960-talet. Sist i den utvecklingen överfördes ansvaret för Akademiska sjukhuset i Uppsala och Karolinska universitetssjukhuset i Stockholm till respektive landsting (nuvarande regioner) under 1980-talet.

Den bild som framträder är att landstingen tillfördes fler uppgifter inom vården därför att landstingen redan hade ansvaret för närliggande uppgifter. Inriktningen uttrycktes tydligt i hälso- och sjukvårdslagen när den först infördes 1982. Det decentraliserade ansvaret för beslut har också betonats i exempelvis revideringarna av kommunallagen (2017:725) i början av 1990-talet. Även decentraliseringen av kostnadsansvaret för receptförskrivna läkemedel år 1998 kan förstås utifrån ambitionen att integrera ansvaret för hälso- och sjukvårdens olika delar till dåvarande landstingen.

Nuvarande organisering med 21 regioner (och 290 kommuner) som huvudmän är präglad av målsättningar att skapa ett integrerat och decentraliserat ansvar för hälso- och sjukvården. Den målsättningen när det gäller vårdens övergripande organisation och ansvarsfördelning har tillkommit för att främja ett antal olika värden; anpassning av vården till lokalbefolkningens behov men också till lokala och regionala ekonomiska förutsättningar, närhet mellan verksamhet och politiska beslutsfattare, lokalt och regionalt demokratiskt inflytande och kommunal självstyrelse för att nämna några exempel. Nuvarande sätt att organisera vården har även medfört variationer över landet, till följd av såväl olika politiska prioriteringar som av olika förutsättningar och behov i befolkningen samt skillnader i professionernas praxis och sätt att arbeta.

Kommittén har i kunskapsunderlagen från utredningsarbetet sett att nationell samverkan mellan regionerna har utvecklats och

fördjupats över tid, ofta med positiva resultat. Ett konkret exempel är cancervården och därutöver kan nämnas kunskapsstyrning, nivåstrukturering och digitalisering men också samverkan inom ramen för regionernas övriga lagreglerade ansvarsområden kollektivtrafik och regionala utvecklingsfrågor.

2.2 Hälso- och sjukvården behöver förändras och förbättras

Vårdansvarskommitténs bedömning är att det svenska hälso- och sjukvårdssystemet har många styrkor och att det över lag erbjuder hälso- och sjukvård av hög kvalitet till de flesta invånare i landet. Det decentraliserade ansvaret, det regionala och lokala demokratiska styret och den kommunala självstyrelsen skapar förutsättningar att anpassa vården till befolkningens behov, att pröva olika lösningar för att möta de utmaningar som finns och möjligheter att samverka utifrån olika utgångspunkter.

Kommittén drar dock utifrån utredningsarbetet slutsatsen att något nu behöver göras åt de områden där svensk hälso- och sjukvård inte presterar som den behöver göra och förväntas göra utifrån gällande lagstiftning men också för att bättre kunna möta framtida utmaningar och ta vara på möjligheter. Det handlar om områden där brister funnits under lång tid och där hittills genomförda insatser i form av exempelvis lagstiftning, överenskommelser, riktade statsbidrag och annan styrning inte fått avsedd effekt för patienter och invånare.

Kommittén menar att den geografiska jämlikheten över landet måste stärkas och tillgängligheten till vård måste öka. Det ska inte spela någon roll var man bor i landet utan man ska få tillgång till den behandling, den diagnostik, de läkemedel eller de hjälpmedel som man behöver på lika villkor.

Kommittén anser att effektiviteten i hälso- och sjukvårdssystemet måste stärkas. I utredningsarbetet har fokus legat på den samlade effektiviteten, vilket avser förhållandet mellan hälso- och sjukvårdens resurser, prestationer och kvalitet. Den samlade effektiviteten avgörs av en stor mängd olika faktorer på såväl systemnivå, verksamhetsnivå och den enskilde patientens vårdmöte och vårdprocess. De samlade resurserna, såväl ekonomiska som personalmässiga, både kan

och behöver användas mer effektivt än i dag. Finansieringen av hälso- och sjukvården står också inför stora utmaningar, inte minst till följd av den demografiska utvecklingen, och finansieringen av vården behöver bli mer långsiktig, hållbar och jämlik. En ökad effektivitet är också en nödvändig och viktig del i att kunna hantera dessa utmaningar med att finansiera hälso- och sjukvården.

En grund för att kunna bedriva hälso- och sjukvård är att det finns tillräckligt med personal med rätt kompetens där det behövs. Kommitténs bedömning är att det nationella perspektivet på och inflytandet över kompetensförsörjningen behöver stärkas, både när det gäller grundutbildning och när det gäller fortbildning och vidareutbildning. Vårdens ledare och verksamheter behöver göra mer för att förbättra arbetsmiljön och för att behålla den personal som finns där.

Kommittén anser att förmågan till innovation och omställning i hälso- och sjukvården behöver stärkas, i flera dimensioner. En grundläggande förutsättning för att kunna åstadkomma det är tillgång till personal med rätt kompetens. Det handlar om att skapa bättre förutsättningar för verksamhetsnära innovation, till exempel i primärvården och att i högre grad implementera metoder och insatser som drivits i projektform i den ordinarie verksamheten. Det handlar om att skapa bättre förutsättningar för kliniska prövningar och för verksamhetsnära forskning, som är integrerad i den ordinarie verksamheten. Det handlar om att fortsätta och stärka det som staten nu driver i form av pågående insatser för att åstadkomma bättre förutsättningar för digitalisering, semantisk och teknisk interoperabilitet och utbyte av hälsodata i ett nationellt perspektiv och om att etablera en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården.

Kommittén noterar att det pågår regeringsuppdrag till bland annat E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsen samt till två nationella samordnare för nationell digital infrastruktur. Inriktningen för dessa uppdrag är att staten (och även EU) nu på olika sätt tar ett större system- och finansieringsansvar än tidigare i digitala frågor inklusive hälsodata med målsättningen att påverka jämlikhet, tillgänglighet och effektivitet.

Utvecklingen i omvärlden ställer ökade krav på Sverige att kunna agera som den enhetsstat Sverige är. Kommittén ser att det ställs ökade internationella krav på Sverige att agera samlat som stat inom hälso- och sjukvården. Det svenska Nato-medlemskapet är ett exem-

pel där Sverige behöver utöka bland annat vård- och transportkapaciteten samt förmågan till planering och ledning i ett nationellt perspektiv. EU-regleringen i form av den nyligen beslutade europeiska hälsodataförordningen (EHDS) börjar gälla 2027 och det pågår omfattande arbete på EU-nivå inom läkemedelsområdet. EU-lagstiftningen om EHDS, och möjligen även läkemedelsfrågan, kommer påverka svensk hälso- och sjukvård i stor utsträckning i en nära framtid. Kommittén ser att EHDS skapar ett informationsbehov som involverar både myndigheter och vården, där patienten får ett antal rättigheter som måste kunna användas och omsättas. Det här kan bidra till att stärka patientens rätt och roll om vården och myndigheter tar ett gemensamt informationsansvar.

Krav på ökad styrbarhet, planering och ledning i ett nationellt perspektiv ökar i frågor om beredskap och civilt försvar. Det pågår nu utvecklingsarbete i de här frågorna i alla regioner och via Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Flera statliga utredningar har lämnat förslag om till exempel tydligare befogenheter för kommuner och regioner. Vidare pågår nationellt regiongemensamt arbete om den så kallade 10-punktlistan om nationell digital infrastruktur. Samtidigt ser kommittén att organiseringen genom 21 (+ 290) huvudmän för hälso- och sjukvård i vissa fall kan medföra begränsningar i Sveriges förmåga att möta sådana nationella och internationella krav.

2.2.1 Sex förbättringsmål för önskad förändring av hälso- och sjukvården

Det utredningsarbete som kommittén genomfört visar att det inte finns särskilt starka kausala samband mellan nuvarande ansvarsfördelning för hälso- och sjukvården och geografiska skillnader över landet på ett generellt plan. Samtidigt ser kommittén att det i dag finns omotiverade skillnader för invånarna och patienterna i ett nationellt perspektiv.

Kommitténs bedömning är att detta inte längre är hållbart i relation till vad invånare och patienter kan förvänta sig utifrån de krav som lagstiftningen anger att hälso- och sjukvården ska leva upp till i hela landet. Det finns ytterligare områden där vården i dag inte lever upp till de nationellt politiskt beslutade målen i gällande lagstiftning. Kommittén menar därför att ansvaret för och den statliga

styrningen av hälso- och sjukvården behöver förändras för att åstadkomma bättre resultat.

Kommittén har under utredningsarbetet tagit del av befintlig kunskap om hälso- och sjukvårdssystemet, haft dialoger med en stor bredd av aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet samt med forskare och myndigheter. Utredningsarbetet har också resulterat i delvis ny kunskap om konsekvenser av statligt huvudmannaskap. Kommittén sammanfattar behoven i form av sex förbättringsmål för hälso- och sjukvården:

1. Tillgången till hälso- och sjukvård av god kvalitet behöver bli mer jämlik över landet.
2. Tillgängligheten till och kapaciteten i hälso- och sjukvården behöver förbättras.
3. En hållbar och jämlik finansiering av hälso- och sjukvården behöver säkras.
4. Den samlade effektiviteten i hälso- och sjukvårdssystemet behöver öka.
5. Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning behöver stärkas och arbetsmiljön förbättras.
6. Innovations- och omställningsförmågan i hälso- och sjukvården behöver förbättras och forskningen stärkas.

För patienternas skull behöver hälso- och sjukvården bli mer jämlik, tillgänglig och effektiv. Ett robust och välfungerande hälso- och sjukvårdssystem förutsätter också en hållbar och jämlik finansiering, en stabil kompetensförsörjning som möjliggör detta, en arbetsmiljö som säkrar att personal stannar kvar och attraherar nya medarbetare samt en stark förmåga till innovation och omställning för patienternas, medarbetarnas och systemets bästa. Förbättringsmålen går således in i varandra och de är i många fall ömsesidigt beroende av varandra.

I följande avsnitt beskriver kommittén sin syn på nuläget i svensk hälso- och sjukvård utifrån förbättringsmålen och med koppling till hur ansvarsfördelningen i hälso- och sjukvårdssystemet ser ut i dag.

2.2.2 Tillgången till hälso- och sjukvård av god kvalitet behöver bli mer jämlik över landet

Kommittén beskriver först hälsans bestämningsfaktorer för att sedan övergå till att resonera om jämlik hälso- och sjukvård, med särskilt fokus på geografisk jämlikhet.

Hälsans bestämningsfaktorer

Hälsa påverkas av en lång rad faktorer utanför hälso- och sjukvården, och utanför vad kommittén haft möjlighet att hantera i det här uppdraget. Detta illustreras av det folkhälsopolitiska ramverket vars övergripande mål är att åstadkomma mer jämlika livsvillkor och därmed möjligheter för en jämlik hälsa. Det övergripande målet innefattar åtta målområden som utgör hälsans bestämningsfaktorer, det vill säga faktorer på olika nivåer i samhället som påverkar hälsotillståndet hos individer. De åtta bestämningsfaktorerna för hälsa är:

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. Kontroll, inflytande och delaktighet.
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.[5]

Kommitténs uppdrag handlar enligt direktivet främst om den åttonde bestämningsfaktorn; hälso- och sjukvården. En av de främsta utgångspunkterna för kommitténs arbete är därför det grundläggande målet om en jämlik hälso- och sjukvård. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska alla invånare i Sverige ha tillgång till hälso- och sjukvård på lika villkor. När prioriteringar görs ska de patienter och grupper med störst behov ges företräde till vård och behandling.

[5] Folkhälsomyndighetens hemsida om nationellt folkhälsomål och målområden.

Kommittén har valt att fokusera på tillgång till jämlik hälso- och sjukvård snarare än på jämlik hälsa, som bestämningsfaktorerna 1–7 ovan kan bidra till. Det huvudsakliga skälet är att jämlik hälso- och sjukvård bedömts vara mer rimligt att hantera genom direktivets frågor om struktur, ansvarsfördelning, organisering och styrning än vad jämlik hälsa är. Hälso- och sjukvården har också ett kompensatoriskt uppdrag, vilket innebär att personer med sämre hälsa ska få mer vård. Därmed ska en mer jämlik hälso- och sjukvård också över tid bidra till en mer jämlik hälsa.

Geografisk jämlikhet i fokus för kommittén

Enligt direktivet är ett av målen med att ompröva statens ansvar och styrning inom hälso- och sjukvården att förbättra förutsättningarna för patienternas rätt till hälso- och sjukvård på lika villkor oavsett bostadsort. Detta benämns i den här rapporten som en ökad geografisk jämlikhet i hälso- och sjukvården. Analyser av geografisk jämlikhet kan göras mellan regioner likväl som mellan vårdinrättningar inom regioner. Geografisk ojämlikhet kan också finnas mellan till exempel glesbygd och storstadsområden.

Utöver geografisk ojämlikhet finns också flera andra former av ojämlikhet i hälso- och sjukvården, till exempel skillnader mellan individer och grupper beroende på socioekonomiska förhållanden eller förekomst av funktionsnedsättning. Patientens rätt till en hälso- och sjukvård på lika villkor får inte heller påverkas av faktorer som kön, ålder eller etnicitet. En ojämlik vård beroende av andra faktorer än geografiska benämns i denna rapport som socialt ojämlik vård.

Utredningsarbetet har fokuserats på framför allt geografiska skillnader och i vad mån vissa av dessa skillnader kan sägas medföra en ojämlik vård. Social ojämlikhet är givetvis lika viktigt men utredningsarbetet visar att geografisk ojämlikhet sannolikt beror mer på hur vården organiseras och styrs än vad social ojämlikhet gör. Social ojämlikhet handlar förvisso indirekt om organisation och styrning, men enligt kommittén sannolikt mer om strukturella frågor och resursfördelning eller att man inte anpassat sina arbetsformer i verksamheterna till olika behov i befolkningen. Det kan till exempel handla om hur primärvården organiseras och resurssätts eller om hur man sätter patientavgifter. Det är tydligt visat att om en väl

fungerande primärvård saknas eller om avgifterna till vården höjs så ökar den sociala ojämlikheten. Detta är också faktorer som är relevanta oavsett hur den övergripande organisationen och styrningen av hälso- och sjukvården ser ut.

Socialstyrelsen har i en rapport visat att ojämlikhet är en utmaning även inom tandvården, både när det gäller munhälsan (främst kopplat till social ojämlikhet) och tillgången till tandvård runt om i landet.[6]

Jämlik hälso- och sjukvård kan vara förenlig med skillnader

Kommittén vill understryka att jämlik vård inte är detsamma som lika vård. Det betyder att vissa skillnader mellan regioner och mellan patienter kan accepteras så länge vården bedrivs i enlighet med de nationellt gällande kraven och principerna i gällande lagstiftning och så länge skillnaderna är relevanta. Exempel på skäl som kan göra skillnader legitima utan att vården kan betraktas som ojämlik är individens vårdbehov och preferenser, liksom erbjudande om alternativa likvärdiga behandlingar.

Det är när det uppstår skillnader som inte kan motiveras av relevanta omständigheter som vården kan sägas vara ojämlik. Sådana skillnader kan handla om att en person prioriteras eller bemöts annorlunda på grund av social status, kön eller funktionsförmåga eller att tillgången till läkemedel, vaccination och screening skiljer sig åt mellan eller inom regioner.

Det finns kända omotiverade skillnader i dag

Det finns ett flertal studier och analyser som visat att det finns ojämlikhet i form av omotiverade skillnader i hälso- och sjukvården och det är en både känd och viktig utgångspunkt för kommitténs resonemang. Iakttagelser från vissa av dessa studier och analyser återges här.

[6] Socialstyrelsen (2025), *Tandvården och Vårdansvarskommittén, Från rot till krona – förslag på områden för statlig översyn i tandvårdssystemet.*

Exempel på social ojämlikhet

Ett exempel på skillnader i främst social jämlikhet gäller cancer som ofta upptäcks i ett tidigare stadium bland personer med eftergymnasial utbildning än bland dem med kortare utbildning. Bröstcancerpatienter med insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) diagnosticeras senare än övriga bröstcancerpatienter. Bland diabetespatienter får endast hälften så många patienter med funktionsnedsättning blodfettssänkande behandling, jämfört med patienter utan en funktionsnedsättning.

Också när det gäller så kallad undvikbar slutenvård (sjukdomar och tillstånd som kan behandlas framgångsrikt inom öppna vårdformer) finns det betydande skillnader mellan lågutbildade och högutbildade individer. Motsvarande skillnader finns också när det gäller män och kvinnor, och när det gäller utlandsfödda jämfört med sverigefödda. Män och utlandsfödda har till exempel högre dödlighet i behandlingsbara sjukdomar jämfört med kvinnor och svenskfödda. En kunskapsöversikt från SKR visar att föreställningar om kön och bristande kunskap om biologiska skillnader kan leda till att kvinnor och män inte får likvärdig vård och behandling.[7] Vidare har personer med psykisk funktionsnedsättning enligt Socialstyrelsen sämre möjlighet att få tillgång till rätt vård och behandling och ett korrekt bemötande från hälso- och sjukvården.[8]

Inom tandvården har skillnaderna mellan de som har sämst munhälsa och de som har bäst munhälsa minskat i takt med att munhälsan i befolkningen har blivit bättre. Samtidigt ser Socialstyrelsen att det kvarstår betydande skillnader i munhälsa och i tillgång till förebyggande tandvård mellan specifika grupper i samhället (bland annat utifrån socioekonomi) och i många fall förstärks skillnaderna med ökad ålder.[9]

[7] Sveriges Kommuner och Regioner (2019), *kunskapsöversikten (O)Jämställd hälsa och vård.*
[8] Socialstyrelsen (2023), *Hälsotillståndet bland personer med psykisk funktionsnedsättning – Aspekter av betydelse.*
[9] Socialstyrelsen (2025), *Tandvården och Vårdansvarskommittén, Från rot till krona – förslag på områden för statlig översyn i tandvårdssystemet.*

Exempel på geografisk ojämlikhet

Kommittén ser att det i dag finns skillnader mellan och även inom regioner som är omotiverade och som enligt kommitténs uppfattning inte heller överensstämmer med vad gällande lagstiftning anger som krav på hälso- och sjukvården eller på tandvården. Även här kan cancer användas som ett exempel. Kommittén konstaterar att det finns betydande omotiverade skillnader mellan olika regioner i tillgång till vård och behandling av cancer. Dessa skillnader gör att två personer med samma sjukdomstillstånd kan få olika utredning, behandling och uppföljning beroende på var i landet de söker vård. Detta är en oacceptabel geografisk ojämlikhet som måste åtgärdas. Underlaget för kommitténs texter återfinns i betänkandets volym 2, särskilt i sekretariatets underlagsrapport om statligt huvudmannaskap.

Den geografiska ojämlikheten mellan regioner som kommittén tagit del av under utredningsarbetet rör till exempel tillgången till evidensbaserade insatser, varierande vårdutbud och behandlingsriktlinjer inom flera olika områden, tillgången till nya läkemedel och behandlingar, screening, vaccinationer (till exempel mot bältros), vårdförlopp och möjligheten att medverka i forskningsstudier. Men även tillgång till rehabilitering, habilitering, och medicintekniska produkter skiljer sig åt mellan regioner. Hjälpmedelsförskrivning är ett annat område inom rehabilitering och habilitering där det råder särskilt stor ojämlikhet avseende regelverk, sortiment, avgifter och tillgång till rätt förskrivarkompetens.

Även tillgången till läkemedel har under utredningsarbetet problematiserats ur ett jämlikhetsperspektiv, exempelvis när det gäller tillgång till läkemedel för sällsynta hälsotillstånd och när det gäller en jämlik implementering av precisionsmedicin så beror den på ett antal olika faktorer.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har pekat på att utvecklingen av precisionsmedicin ställer höga krav på vårdens infrastruktur i form av till exempel IT-system och organisering. För att potentialen med precisionsmedicin ska kunna tas tillvara pekar myndigheten bland annat på ett behov av resurser för omställning, prioriteringar och politiskt ledarskap, ökad integrering av forskning och klinisk verksamhet, mer kunskap i hälso- och sjukvården och tillgängliggörande av hälsodata. Myndigheten drog också slutsatsen att en otydlig ansvarsfördelning och styrning samt bristande natio-

nell samordning medförde brister i ändamålsenligheten och effektiviteten i införandet av precisionsmedicinen. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys såg också en risk att olika prioriteringar gällande precisionsmedicin inom ramen för det kommunala självstyret kunde leda till geografisk ojämlikhet för patienter.[10]

Även Vinnova har pekat på att omställningen mot precisionsmedicin ställer stora krav på nationell samordning, engagemang, nya arbetssätt och samverkan över organisationsgränser samt mellan regioner och kommuner, vilket för med sig stora strukturella utmaningar.[11]

Utredningsunderlaget, särskilt det underlag som inhämtats från genomförda möten och den öppna konsultationen, pekar på att variationerna mellan regionerna i ovan nämnda frågor är stora och att till exempel personal och utrustning för diagnostik är olika fördelade både inom och mellan regionerna samt att tillgången till olika former av läkemedel för samma typ av patienter skiljer sig åt över landet.

Ytterligare ett exempel där det förekommer geografisk ojämlikhet är de standardiserade vårdförloppen. Dessa används till exempel inom cancerområdet där de beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos, samt vilka tidsgränser som ska eftersträvas från välgrundad misstanke till start av första behandling. Ett av målen med införandet av standardiserade vårdförlopp, som implementerades 2015–2018, var att bidra till en mer jämlik cancervård och att korta väntetiderna i cancervården. Men de regionala skillnaderna kvarstår och standardiserade vårdförlopp har visserligen strukturerat utredningsprocessen och bidragit till förbättringar men inte varit tillräckligt för att lösa problemen med långa väntetider. Det finns även stora geografiska skillnader när det gäller palliativ vård.[12]

Socialstyrelsen konstaterar att tillgången till personal och tandvårdskliniker varierar över landet. Det gör att både närheten till och utbudet av tandvårdstjänster i dag skiljer sig geografiskt mellan olika delar av Sverige.[13]

---

[10] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *Genvägen till ökad precision. En framåtblickande analys av precisionsmedicin i hälso- och sjukvården.*
[11] Vinnova (2023), *Acceleration mot en hållbar framtid.* Vinnovas inspel till regeringens forsknings- och innovationsproposition 2025–2028.
[12] Socialdepartementet (2024), *Bättre tillsammans – Förslag till en uppdaterad nationell cancerstrategi.*
[13] Socialstyrelsen (2025), *Tandvården och Vårdansvarskommittén, Från rot till krona – förslag på områden för statlig översyn i tandvårdssystemet.*

Kommittén konstaterar att den demografiska utvecklingen sätter de ekonomiska förutsättningarna och hållbarheten i finansieringen av vården under prövning i de allra flesta regioner, men i olika omfattning i olika delar av landet. Detta identifieras som ett av skälen till bristande geografisk jämlikhet, till exempel när det gäller tillgång till särläkemedel och vissa andra läkemedel. Det är med största sannolikhet så att de skillnader som identifierats under kommitténs utredningsarbete inte har en enda orsak, utan det handlar om komplexa samband som leder till olika utfall.

Utöver de olika ekonomiska och budgetmässiga förutsättningarna som nämnts ovan kan olika politiska prioriteringar i regionerna bidra liksom att professioner har olika praxis och arbetssätt såväl inom som mellan regioner. Kommittén har under utredningsarbetet identifierat ett antal olika skillnader men det har inte varit möjligt att närmare undersöka orsaker till dessa skillnader i det här utredningsuppdraget.

2.2.3 Tillgängligheten till och kapaciteten i hälso- och sjukvården behöver förbättras

Enligt HSL och patientlagen (2014:821) ska hälso- och sjukvården vara lätt tillgänglig och enligt den Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna har staten (Sverige) en skyldighet att skapa förutsättningar för en tillgänglig hälso- och sjukvård utifrån rätten till liv och förbudet mot tortyr eller omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning.

Tillgänglighet och förtroende

Kommittén påtalar att tillgänglighet är ett mångfacetterat begrepp. Det grundläggande är att alla invånare och patienter som behöver tillgång till vård också får det. Om tillgängligheten varierar mellan grupper eller om vården i praktiken bara är tillgänglig för vissa grupper är det något som måste förändras. För att invånarna överhuvudtaget ska söka vård behöver det finnas ett förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet och en förväntan på att patienter får vård efter sina behov. God tillgänglighet förutsätter också en effektiv samverkan mellan vårdens olika delar och en hög grad av personcentrering.

Invånarnas förtroende för den svenska hälso- och sjukvården nådde enligt Hälso- och sjukvårdsbarometern från SKR en topp under pandemiåren 2020 och 2021 (69 procent under båda åren), för att sedan minska till 62 procent 2022 och 61 procent 2023.[14] År 2024 uppgav 67 procent av patienterna att de har ett stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sin region. Det är en ökning med sex procentenheter jämfört med 2023. Över landet varierar svaren från 54 procent i region Västernorrland till 82 procent i region Jönköping.

En majoritet av invånarna, 87 procent, uppgav 2024 att de har tillgång till den vård de behöver, en ökning med tre procentenheter jämfört med 2023. Det finns variationer över landet i svaren på den frågan, från 80 procent i region Norrbotten till 92 procent i region Halland. Enligt barometern ansåg 53 procent av invånarna 2024 att väntetiderna till besök och behandling på sjukhus är rimliga. Det är en ökning med fem procentenheter jämfört med 2023. Högst är andelen i Region Jönköpings län och Region Kalmar län med 70 procent vardera, vilket är en ökning med fyra respektive två procentenheter sedan 2023. Lägst är andelen i Region Norrbotten med 40 procent. Samtidigt ansåg stora delar av befolkningen att väntetiderna i vården är orimligt långa. Bara 48 procent upplevde att väntetiderna till sjukhusvården är rimliga. Motsvarande siffror för primärvården var 67 procent, en ökning med fyra procentenheter jämfört med 2023. Högst andel som anser att väntetiderna är rimliga finns i Region Kalmar län med 84 procent. Lägst andel finns i Region Stockholm och Region Västernorrland med 61 procent.[15]

Ungefär två procent av Sveriges befolkning uppger att de avstått från att söka vård till följd av kostnad, avstånd eller långa väntetider. Kommittén noterar att det är en låg siffra jämfört med andra länder, vilket innebär att utifrån dessa aspekter har svensk hälso- och sjukvård god tillgänglighet. De allra flesta invånare uppger också att de har tillgång till den vård de behöver och att det är lätt att komma i kontakt med primärvården.[16]

[14] Sveriges Kommuner och Regioner (2020, 2021, 2022, 2023), *Hälso- och sjukvårdsbarometern – Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården.*
[15] Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Hälso- och sjukvårdsbarometern – Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården.*
[16] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022), *Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården*. PM 2022:3.

Tillgänglighet i en internationell kontext

En tillgänglig vård är ett mål som återfinns i många länders hälso- och sjukvårdssystem, men det är inte alldeles enkelt att jämföra hälso- och sjukvårdssystem i olika länder och kanske ännu svårare att jämföra tillgänglighet. Den återkommande undersökningen International Health Policy survey (IHP) som genomförs av The Commonwealth Fund skapar vissa möjligheter att jämföra över tid. En förutsättning för att vården ska uppfattas som tillgänglig är att patienter uppfattar att man blir lyssnad på och tagen på allvar. Undersökningen 2023 fokuserade på vården ur befolkningens perspektiv och den visar på flera utmaningar för Sverige.

Jämfört med andra länder har Sverige högst andel patienter som svarar att de har blivit orättvist behandlade i vården och också högst andel som känt att hälsobesvär inte har tagits på allvar av vården. I Sverige svarade 19 procent att de någon gång blivit orättvist behandlade när de besökt vården. Det är högst andel bland alla länder i undersökningen. Lägst andel har Nederländerna med sju procent. Utifrån de som besvarat undersökningen har Sverige också högst andel patienter, 38 procent, som svarat att de någon gång när de besökt vården känt att deras hälsobesvär inte tagits på allvar. Näst högst andel har USA (27 procent) och lägst har Nederländerna (16 procent).[17]

Den senaste IHP-undersökningen 2024 behandlar vården ur befolkningens perspektiv med fokus på personer som är 65 år eller äldre. Ett för Sverige positivt resultat är att förhållandevis få av de äldre har avstått från vård på grund av kostnaderna (patientavgifter), jämfört med övriga länder i undersökningen. Undantaget är tandvården, där Sveriges resultat är i nivå med övriga länder. Sverige har mer negativa resultat än övriga länder i undersökningen på flera punkter. Sverige har i genomsnitt sämre resultat än andra länder när det gäller väntetider. Det är vanligare att äldre patienter i Sverige upplever att de har blivit orättvist behandlade eller inte tagna på allvar än i andra länder i undersökningen. I Sverige är det mycket mindre vanligt att ha en fast läkare än i andra länder. Sveriges resultat är också

[17] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Vården ur befolkningens perspektiv*, International Health Policy Survey (IHP) 2023. Frågan om bemötande ställdes första gången 2023 och därmed finns ingen jämförelse med tidigare år. De länder som ingick i undersökningen 2023 var Australien, Frankrike, Kanada, Nederländerna, Nya Zeeland, Schweiz, Storbritannien, Sverige, Tyskland och USA. PM 2024:3.

sämre än genomsnittet för länderna i undersökningen på alla frågor om samordning av vård.[18]

Tillgänglighet – kontakt med vården

En form av tillgänglighet handlar om att vården ges på ett sätt som gör att patienten kan ta till sig information och att hänsyn tas till olika funktionsvariationer som en patient kan ha. Utredningsarbetet visar på bland annat brist på kontakttolkar i de mest efterfrågade språken.

Tillgänglighet är också ett mått på hur lätt det är att komma i kontakt med vården via olika kanaler och att patienterna vet var de ska vända sig. Enligt den nationella vårdgarantin ska alla som ringer få kontakt med vårdcentralen för rådgivning och/eller tidsbokning samma dag. Andel patienter som fick kontakt med primärvården samma dag var i genomsnitt 84 procent i januari 2025. Skillnaderna mellan regioner är dock stora och varierar mellan 66 procent i region Gävleborg och region Norrbotten och 96 procent i region Kalmar.[19]

Patienter söker i allt högre grad råd och vård på internet, genom telefon till 1177 eller via digitala kanaler hos olika vårdgivare. E-hälsomyndigheten har till exempel undersökt invånarnas användning av digitala tjänster (appar och webbplatser som invånarna kan använda för att hantera sin hälsa). Enligt undersökningen har invånarna sedan 2019 årligen ökat sin användning av digitala tjänster, till exempel för att chatta med vårdgivare, genomföra digitala vårdbesök eller dela data med vårdgivaren. E-hälsomyndigheten lyfter också risken för digitalt utanförskap, det vill säga att grupper i samhället av olika skäl inte kan använda digitala tjänster.[20]

I andra fall söker patienter vård direkt vid sjukhusens akutmottagningar. Här visar utredningsarbetet på stora variationer i utnyttjandet och därmed tillgängligheten beroende var man som invånare bor och socioekonomiska faktorer som utbildning och inkomst, vilket kan resultera i ojämlikhet.

---

[18] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2025), *Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre – International Health Policy Survey* (IHP) 2024. PM 2025:1.
[19] Sveriges Kommuner och Regioner, *telefontillgänglighet, Väntetider i vården*. Siffrorna avser januari 2025.
[20] E-hälsomyndigheten (2024), *Undersökning om digitala tjänster inom hälso- och sjukvård 2023 – Resultatrapport.*

Tillgänglighet – väntetider

Kommittén konstaterar att väntetider är den kanske mest framträdande tillgänglighetsbristen i svensk hälso- och sjukvård. Underlag i utredningsarbetet visar den bristande måluppfyllelsen av den nationella vårdgarantin och att väntetiderna är långa i Sverige jämfört med andra jämförbara länder.[21] Nuvarande vårdgaranti är en lagstadgad rättighet som innebär att regionen ska erbjuda vård åt den som är bosatt inom regionen inom en viss tid. Primärvårdens tillgänglighet är enligt kommittén avgörande för att realisera omställningen till en god och nära vård.

Andelen patienter som har fått medicinsk bedömning inom tre dagar av legitimerad personal i primärvård låg runt 90 procent för riket i januari 2025, men i regionerna varierade det från 45 procent i region Örebro till 96 procent i region Stockholm.[22] Uppfyllelsen av vårdgarantin skiljer sig också åt mellan olika legitimerade professioner. För medicinsk bedömning inom primärvården av läkare eller sjuksköterska låg måluppfyllelsen i januari 2025 generellt runt 90 procent, medan den på genomsnittsnivå varierar mer mellan andra yrkesgrupper som psykologer (49 procent), arbetsterapeuter (62 procent) och fysioterapeuter (57 procent). Även här finns variationer över landet.[23]

Enligt den nationella vårdgarantin ska patienten, vid överenskommelse om remiss från primärvården till specialiserad vård, erbjudas första besök med den specialiserade vården inom 90 dagar. Det gäller även om man sökt vård med så kallad egenremiss. Efter beslut om behandling, till exempel en operation, ska patienten ges en tid för detta inom 90 dagar. Regionerna kan ha andra tidsgränser än vad som gäller enligt den nationella vårdgarantin. Dock får sådana alternativa tidsgränser bara vara kortare, de får inte vara längre.

I januari 2025 väntade 471 955 patienter inom specialistvården på ett första besök och 154 759 patienter på operation/åtgärd. Medelväntetiden till första kontakt i den specialiserade vården var 101 dagar i januari 2025 och 133 dagar till operation/åtgärd. I genomsnitt hade en knapp tredjedel av patienterna (32 procent)

[21] Socialstyrelsen (2023), *Samlad uppföljning av regionernas tillgänglighetsarbete. Nationell översikt.*
[22] Sveriges Kommuner och Regioner, *medicinsk bedömning i primärvården, Väntetider i vården*. Siffrorna avser januari 2025.
[23] Sveriges Kommuner och Regioner, *medicinsk bedömning i primärvården, Väntetider i vården*. Siffrorna avser januari 2025.

väntat längre än 90 dagar på ett första besök och 39 procent hade väntat längre än 90 dagar på operation/åtgärd. I januari 2025 fick således 61 procent av patienterna i genomsnitt sin operation/åtgärd inom 90 dagar. Variationerna mellan regionerna är dock stora, från 25 procent i region Norrbotten till 93 procent i region Gävleborg. Andelen väntande som fått ett första besök eller operation/åtgärd i den specialiserade vården inom 90 dagar varierade i juli 2024 från 59 till 93 procent. Variationerna är också stora mellan sjukhus inom samma region.[24]

Tillgänglighet – data och kapacitet

Kommittén har under utredningsarbetet konstaterat att det utifrån tillgängliga data inte är helt enkelt att få en klar bild av hur stora variationerna i tillgänglighet verkligen är. Vidare kan, som tidigare nämnts, skillnader förekomma även om tillgängliga data skulle vara av hög kvalitet. Det behöver inte heller vara så att skillnaderna som syns alltid är omotiverade och därmed ett uttryck för en ojämlik vård. Såväl sjukhus som universitetssjukhus har olika utbud, innehåll och funktioner i olika regioner och de tar sinsemellan emot olika patientgrupper och utför olika sorters vård. Det finns därmed en risk att data som helt korrekt beskriver skillnader i tillgänglighet ändå kan bli vilseledande eftersom det inte går att utläsa att patienterna i verkligheten har fått tillgång till vård någon annanstans.

Vidare måste huvudmännen matcha tillgängligheten mot behoven hos invånarna. Tillgänglighet kan också handla om kapacitet och tillgång till vårdplatser. Kommittén noterar utifrån underlag i utredningsarbetet att det råder brist på vårdplatser, särskilt inom den somatiska vården och den rättspsykiatriska vården, och att detta kan innebära risker för patientsäkerheten. Här finns kopplingar till utmaningarna med kompetensförsörjningen, eftersom brist på personal begränsar tillgången till vårdplatser. Enligt Socialstyrelsen behöver antalet vårdplatser öka i 20 av 21 regioner (en ökning på mellan tre och 31 procent). Inom intensivvården menar Socialstyrelsen att antalet platser behöver utökas i 14 regioner, med mellan sex och

[24] Sveriges Kommuner och Regioner, *första besök respektive operation/åtgärd i specialiserad vård*, *Väntetider i vården*. Siffrorna avser januari 2025.

45 procent av befintligt antal.[25] Kommittén konstaterar utifrån dessa siffror att brist på vårdplatser är ett nationellt problem.

2.2.4 En hållbar och jämlik finansiering av hälso- och sjukvården behöver säkras

Som nämnts i avsnittet om avgränsningar anger direktivet att kommitténs arbete ska utgå från gällande mål och principer i svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning. Därmed är en av utgångspunkterna för kommittén att hälso- och sjukvården även framgent ska finansieras primärt genom beskattning. Försäkringsbaserade hälso- och sjukvårdssystem undersöks därför inte närmare.

Utgångspunkter och nuläget

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet finansieras i dag till största delen av huvudmännen (regioner och kommuner), genom en proportionell beskattning av invånarnas förvärvsinkomster samt (till en liten del) genom patientavgifter. Det som regioner och kommuner kan påverka genom politiska beslut är skattesatsen men inte skattebasen. För regionerna är förvärvsinkomst i dag den enda skattebasen de kan använda. Kommunerna har utöver förvärvsinkomst även fastighetsavgiften som en andra och mindre skattebas.

Regionerna finansierar i dag omkring 70 procent av hälso- och sjukvårdens kostnader genom beskattning av invånarnas förvärvsinkomster och staten knappt 30 procent (inklusive läkemedelsförmånen) genom generella och riktade statsbidrag. Den andel av finansieringen som täcks av generella och riktade statsbidrag sammantaget har ökat och skatternas andel har minskat sedan 2015.[26] Enligt räkenskapssammandraget för 2024 från Statistiska centralbyrån var 2024, liksom 2023, ett utmanande år för regionerna. Intäkterna fortsatte att minska och kostnaderna fortsatte att öka. Verksamhetens resultat

[25] Socialstyrelsen (2024), *Plats för vård Förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården.*
[26] Statskontoret (2023), *Utvecklingen av den statliga styrningen av kommuner och regioner 2022* och Statskontoret (2023:7), *Att styra de självstyrande - En analys av statens styrning av kommuner och regioner.*

(det vill säga inte bara hälso- och sjukvården) blev negativt för andra året i rad och slutade på minus 2,8 miljarder kronor.[27]

Regionernas totala kostnader 2023 var 469 miljarder kronor, varav hälso- och sjukvård stod för cirka 400 miljarder kronor.[28] Förklaringar till regionernas ekonomiska resultat som beskrivits ovan är, enligt SKR, en svag ökning av skatteintäkterna och ytterligare kostnadsökningar för pensionerna som främst beror på inflationen förra året. Detta är en utveckling som pågått över tid men som nämnts var särskilt utmanande de två föregående åren, 2023 och 2024.[29] Resultatet var enligt Statistiska centralbyrån negativt i 16 av landets 21 regioner, vilket kan jämföras med 15 regioner året innan. Av landets regioner försämrades det negativa resultatet från 2023 ytterligare inom sex regioner, medan fem regioner hade ett positivt resultat 2024. Övriga tio regioner hade ett lägre negativt årsresultat 2024 än föregående år.[30]

Kommittén menar att regionernas varierande ekonomiska förutsättningar, och de ökande skillnaderna i skattekraft, är en viktig grund för fortsatta resonemang om att åstadkomma en mer långsiktig, hållbar och jämlik finansiering av hälso- och sjukvården. Kommittén ser en långsiktigt hållbar finansiering av vården och en mera jämlik fördelning av de ekonomiska resurserna över landet som centrala mekanismer för att minska geografiska ojämlikheter i tillgängligheten till vård, sett i ett nationellt perspektiv.

Kommittén menar att de ekonomiska förutsättningarna och utmaningarna som samtliga regioner har sannolikt inte kan förklaras av en enda faktor eller ett enda problem. Sambanden mellan orsaker och problem är komplexa. Utredningsarbetet och det samlade underlag som kommittén tagit fram pekar på faktorer som kraftigt höjda pensionskostnader, en svag ökning av skatteintäkterna, ökade skillnader mellan regionerna samt prisökningar i kombination med höga räntor. Därtill kan nämnas att de generella statsbidragen och den kommunalekonomiska utjämningen enbart ökat marginellt i reella termer. Andra tänkbara förklaringar bakom regionernas ansträngda ekonomi är enligt utredningsunderlaget att många regioner fortfarande har en ”vårdskuld” efter pandemin samt ökade kostnader för läkemedel och möjligen kvarvarande kostnader för

[27] Statistiska centralbyrån, statistiknyhet på hemsidan om räkenskapssammandraget för 2024.
[28] Sveriges Kommuner och Regioner, *Sektorn i siffror*, avser verksamheten 2023.
[29] Sveriges Kommuner och Regioner, *Ekonomirapporten oktober 2024*.
[30] Statistiska centralbyrån, statistiknyhet på hemsidan om räkenskapssammandraget för 2024.

hyrpersonal. Produktivitet i hälso- och sjukvården kan mätas på olika sätt och utredningsarbetet har inte identifierat särskilt många studier på området. I en jämförande studie från 2019 konstaterades att hälso- och sjukvårdens produktivitet är lägre i Sverige än i andra jämförbara länder.[31] Tidigare jämförelser mellan de nordiska länderna har pekat ut produktiviteten vid svenska sjukhus som lägre jämfört med Danmark, Norge och särskilt Finland. Utredningsarbetet pekar på minskad produktivitet över tid.[32]

Kommittén kan utifrån utredningsunderlaget konstatera att det inte verkar finnas något uppenbart samband mellan regionstorlek och produktivitet. Bland regionerna med högst produktivitet finns både små och stora regioner. Stora regioner har alltså inte entydigt högre produktivitet än små.[33]

Det bör också sägas att produktivitet inte enbart är en fråga för hälso- och sjukvården. Produktivitetskommissionen har till exempel sett att det trots mätproblem finns tydliga indikationer på att produktivitetsutvecklingen i offentlig sektor kan förbättras, bland annat när det gäller de tydliga variationer i produktion och utfall som finns mellan olika kommuner, regioner och myndigheter. [34]

Även inom tandvården är finansiering en viktig fråga, enligt Socialstyrelsen. Det handlar där bland annat om att med hjälp av en utvecklad finansiering nå fler patienter och grupper samt om att förbättra samarbetet mellan regionerna och privata vårdgivare.[35]

Hållbar finansiering – många utmaningar

Kommittén konstaterar att finansiell och ekonomisk hållbarhet är en avgörande fråga för hälso- och sjukvården. Utredningsarbetet visar att såväl hälso- och sjukvårdens finansiering som kompetensförsörjning utmanas av den demografiska utvecklingen och dess

[31] Rehnberg, C. (2019), *Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv.*
[32] Kittelsen et al. (2008), *Hospital productivity and the Norwegian ownership reform. A Nordic comparative study*. HERO Working Paper, 10/2008, Oslo University.
Kittelsen et al. (2015), *Costs and Quality at the Hospital Level in the Nordic Countries*. Health Economics, Dec;24 Suppl 2:140–163.
[33] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022), *Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022.*
[34] Produktivitetskommissionens delbetänkande (SOU 2024:29), *Goda möjligheter till ökat välstånd*, s. 473.
[35] Socialstyrelsen (2025), *Tandvården och Vårdansvarskommittén, Från rot till krona – förslag på områden för statlig översyn i tandvårdssystemet.*

konsekvenser för de framtida vårdbehoven. Enligt prognoser från Statistiska centralbyrån väntas befolkningen öka i 14 län och minska i sju. Utmärkande för den framtida befolkningen är att andelen barn och unga beräknas minska medan andelen äldre i befolkningen ökar. Andelen av befolkningen som är under 25 år beräknas minska i alla län och i nästan alla kommuner mellan år 2023 och 2040. Samtidigt beräknas både antalet och andelen i åldrarna 70 år och äldre vara högre 2040 än 2023 i alla län och kommuner och det är särskilt andelen 85 år och äldre som beräknas öka.[36]

Som framgår av docent Åsa Hanssons underlagsrapport om finansiering i betänkandets volym 2 finns det skillnader i genomsnittliga förvärvsinkomster (skattekraft[37]) mellan regionerna och att skillnaderna har ökat över tid, särskilt sedan 2010-talet. En anledning till detta är att löneinkomsterna ökat i snabbare takt i storstäder (särskilt i Stockholm) än i mindre städer och glesbygd. Samtidigt som skillnaderna i skattekraft mellan regionerna ökat, och sannolikt kommer att fortsätta att öka, kommer troligen även kostnaderna för hälso- och sjukvård att stiga. Efterfrågan på hälso- och sjukvård tenderar att öka med inkomst och välstånd samtidigt som utbudet kommer att öka tack vare den medicinsk-tekniska utvecklingen och ökade förväntningar från befolkningen. Detta kommer att påverka regionerna på olika sätt och i olika utsträckning och troligen leda till ökade kostnader för hälso- och sjukvården, allt annat lika. Även om det i sig inte behöver leda till ökade kostnadsskillnader mellan regioner kommer de ökande kostnaderna att utmana regionerna och hälso- och sjukvårdssystemet eftersom det kräver att regionernas skatteintäkter ökar i samma takt.

Det kommunalekonomiska utjämningssystemet, som i praktiken är ett system för kommunerna och ett annat för regionerna, syftar till att skapa likvärdiga ekonomiska förutsättningar för att alla kommuner och regioner i landet ska kunna tillhandahålla sina invånare likvärdig service, oberoende av kommuninvånarnas inkomster och andra strukturella förhållanden. Utjämningssystemet har dock inte som syfte att utjämna skattekraften. Systemet har nyligen utretts av en parlamentarisk kommitté, som i sitt betänkande

[36] Statistiska centralbyrån (2024), *Den framtida befolkningen i Sveriges län och kommuner 2024–2040*. Rapport från juni 2024.
[37] Skattekraft är ett mått på de beskattningsbara inkomsterna per invånare i en region eller en kommun. I den nämnda underlagsrapporten är det förvärvsinkomsten enbart som undersöks.

(SOU 2024:50) lämnat ett flertal förslag om förändringar av de delar som berör regioner.

Prognoser över den demografiska utvecklingen i kombination med nuvarande sätt att finansiera hälso- och sjukvården pekar enligt kommittén på att en långsiktigt hållbar finansiering är en av de största framtidsutmaningarna för svensk hälso- och sjukvård.

2.2.5 Den samlade effektiviteten i hälso- och sjukvårdssystemet behöver öka

Kommittén har analyserat den samlade effektiviteten, det vill säga förhållandet mellan hälso- och sjukvårdens samlade resurser, prestationer och kvalitet. I avsnittet beskrivs också styrkor och svagheter i nuvarande hälso- och sjukvårdssystem utifrån ett effektivitetsperspektiv.

Fokus på samlad effektivitet

Behovet av att öka den samlade effektiviteten och produktiviteten i hälso- och sjukvårdssystemet är ett framträdande mål i kommitténs direktiv och de förslag som kommittén lämnar ska säkerställa ett effektivt hälso- och sjukvårdssystem. Kommittén konstaterar inledningsvis att begreppen effektivitet och produktivitet är komplexa och kan definieras på flera olika sätt, men att ett mer grundläggande problem är att kunna göra analyser som täcker alla möjliga dimensioner. Det har inom ramen för kommitténs arbete inte varit möjligt att göra en fullödig analys av effektiviteten i den svenska hälso- och sjukvården. Kommittén har utgått från sekretariatets definition av effektivitet, produktivitet och systemeffektivitet som återges i sekretariatets underlagsrapport om statligt huvudmannaskap i betänkandets volym 2.

Kommittén har valt att lägga fokus på den samlade effektiviteten, det vill säga förhållandet mellan hälso- och sjukvårdens samlade resurser, prestationer och kvalitet. Systemeffektivitet är således något annat och mer än till exempel effektiviteten i enskilda verksamheter, vårdkedjor eller behandlingar. Systemeffektivitet är på så sätt också mera relevant i ett övergripande statligt perspektiv. Systemeffektiviteten avgörs av en stor mängd olika faktorer på såväl systemnivå som

verksamhetsnivå inklusive den enskilde patientens vårdmöte och vårdprocess. Det finns inga enskilda mått som fångar alla aspekter av effektiviteten, men kommittén ser att det går att göra bedömningar utifrån förhållandet mellan resurser och kostnader samt måluppfyllelse och kvalitet. Bedömningarna kan också baseras på kända källor till ineffektivitet och konstaterad effektiviseringspotential.

Kommittén konstaterar att ju mer effektivt hälso- och sjukvårdssystemet fungerar, desto mer hälsa kan skapas med de tillgängliga resurserna. Den sammantagna systemeffektiviteten har därför stor betydelse för patienter, invånare och hälso- och sjukvårdens medarbetare. Att resurser används på ett effektivt sätt är också viktigt för invånarnas långsiktiga förtroende för hälso- och sjukvården och systemets långsiktiga hållbarhet.

Både styrkor och svagheter ur ett effektivitetsperspektiv

Utredningsarbetet visar att det svenska hälso- och sjukvårdssystemet i dag uppvisar både styrkor och svagheter ur ett effektivitetsperspektiv. Kommittén ser att inom många områden är måluppfyllelsen god, i form av goda medicinska resultat och hög kvalitet. Samtidigt pekar flera analyser på att kostnaden för hälso- och sjukvård har ökat över tid och att det finns svagheter och variationer när det gäller effektivitet och produktivitet. Vidare ser kommittén att primärvården inte fungerar som avsett och inte heller i relation till den önskade omställningen till en god och nära vård. Den bristande effektiviteten visar sig också i att samverkan mellan regioner och mellan regioner och kommuner behöver fördjupas för att bättre kunna möta patienternas behov.

Kommittén ser att det finns potential att stärka såväl produktivitet som effektivitet genom fortsatt utveckling av arbetssätt, behandlingsmetoder, styrning och processer. Sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap i betänkandets volym 2 visar att svensk vård regelmässigt rankas högt när det gäller kvalitet och utfall samtidigt som det finns en lika konsekvent bedömning när det gäller brister i effektivitet och produktivitet. I de nordiska grannländerna är erfarenheterna snarare att effektiviteten och produktiviteten utvecklats i mer positiv riktning. Kommittén menar att en ökad effektivitet och produktivitet också är en nödvändig

nyckel till att kunna hantera den ovan beskrivna ökande resursutmaningen i hälso- och sjukvården. Kommittén konstaterar att de samlade resurserna, såväl ekonomiska som personalmässiga, både kan och behöver användas mer effektivt än i dag.

Tandvården regleras, styrs och finansieras på andra sätt än vad hälso- och sjukvården gör. Men även i tandvården finns liknande utmaningar som i vården och som aktualiserar behovet av ökad effektivitet.[38]

2.2.6 Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning behöver stärkas och arbetsmiljön förbättras

Kommittén beskriver i avsnittet att kompetensförsörjning av både dagens och framtidens hälso- och sjukvård är en av de största hållbarhetsutmaningarna för hälso- och sjukvårdsystemet och även för tandvården. Variationer i tillgång till kompetens och vikten av en god arbetsmiljö behandlas också.

Kompetensförsörjningen är en grundläggande utmaning

Sverige delar utmaningarna med kompetensförsörjning med de flesta andra europeiska länder, och även med andra sektorer. Det finns också utmaningar i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet att rekrytera och behålla sjuksköterskor på sjukhus och det finns sedan lång tid en underbemanning av allmänläkare.

Kompetensförsörjning handlar om att på kort och lång sikt säkerställa att verksamheten har tillgång till medarbetare med rätt kompetens. I detta ingår analys av kompetensbehov, utbildning, rekrytering, att behålla medarbetare med rätt kompetens samt hur medarbetarnas tid och kompetens används. Utredningsarbetet visar att det framöver kommer att behöva rekryteras och utbildas ett stort antal personer till hälso- och sjukvården enbart för att bibehålla nuvarande åtagande. Den demografiska, teknologiska och medicinska utvecklingen driver dessutom både ett behov av nya kompetenser och kontinuerlig kompetensutveckling. Prognoser från Statistiska centralbyrån och Universitetskanslersämbetet visar att bristen på

[38] Socialstyrelsen (2025), *Tandvården och Vårdansvarskommittén, Från rot till krona – förslag på områden för statlig översyn i tandvårdssystemet.*

hälso- och sjukvårdspersonal kommer att kvarstå eller öka fram till och med år 2035. Till följd av exempelvis demografiska förändringar och pensionsavgångar väntas behoven öka särskilt av sjuksköterskor, läkare och biomedicinska analytiker. Under samma tidsperiod väntas också vårdbehoven öka.

Kommittén konstaterar att ansvaret för att säkerställa hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning i dag är delat mellan regionerna som sjukvårdshuvudmän och staten i form av universitet och högskolor. Under senare år har det gjorts flera insatser för att stärka samverkan mellan berörda aktörer i kompetensförsörjningsfrågor. Det har till exempel utvecklats nya strukturer för samverkan kring kompetensförsörjning på både nationell och sjukvårdsregional nivå. Här kan det Nationella vårdkompetensrådet och dess regionala motsvarigheter nämnas.

Tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal varierar

Kommittén har under utredningsarbetet noterat att det finns väsentliga skillnader mellan olika delar av landet när det gäller förutsättningar för kompetensförsörjning och karaktären på utmaningarna kopplat till kompetensförsörjning. Tillgången till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har länge uppvisat stora regionala skillnader. Mer än hälften av den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen är koncentrerad till storstadslänen. Tillgången till läkare är generellt sett bättre i storstadslänen medan tillgången till undersköterskor och vårdbiträden är högre i de mer glesbefolkade länen. Antalet sjuksköterskor skulle behöva öka med omkring 5 200 anställda till 2033 till följd av demografiska förändringar. Det innebär en ökning med omkring sju procent jämfört med dagens antal anställda. Därtill kommer 17 400 sjuksköterskor att gå i pension.

Utredningsarbetet visar att störst är de geografiska skillnaderna när det gäller läkare i primärvården, från 65 till 55 per 100 000 invånare. Den ojämna fördelningen medför bland annat ett relativt stort beroende av bemanningsanställda, särskilt på landsbygden. Kommittén ser en risk att detta har negativa effekter för patienter, med mindre kontinuitet och därmed lägre kvalitet. Även fördelningen av psykologer är ojämn över landet, där 70 procent av alla psykologer bor i

fyra regioner tillsammans med 57 procent av landets invånare samtidigt som 19 av 21 regioner uppger brist på psykologer.

Liknande utmaningar med tillgång till personal och variationer över landet finns inom tandvården.[39]

Utredningsarbetet pekar på att det inte finns en enskild orsak till bristen på personal i hälso- och sjukvården utan att det beror på flera olika samverkande faktorer. Som exempel kan nämnas för få utbildningsplatser, brist på platser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) för sjuksköterskor samt tjänster för allmäntjänstgöring, specialisttjänstgöring och bastjänstgöring (AT-, ST- och BT-tjänster), hög konkurrens från andra arbetsgivare, pensionsavgångar, ökade behov och mindre antal sysselsatta till följd av demografiska förändringar. Utbildningsplatser, VFU-platser samt AT- och BT-tjänster är i dag ojämlikt fördelade över landet och regionerna finansierar dessa i olika utsträckning.

Arbetsmiljön är viktig i ett kompetensförsörjningsperspektiv

Kommittén konstaterar vidare att arbetsmiljön är en viktig fråga kopplad till kompetensförsörjningen, för att attrahera människor att arbeta i vården och för att vården ska kunna behålla de medarbetare som finns där. Utredningsarbetet visar att många läkare, sjuksköterskor och andra yrkesgrupper inom såväl den kommunala som den regionala hälso- och sjukvården i dag upplever en dålig arbetsmiljö. Läkare, sjuksköterskor och undersköterskor i den kommunala och regionala sjukvården har en sämre självskattad hälsa jämfört med arbetstagare på den svenska arbetsmarknaden i stort. Nästan tre av tio har symtom på arbetsrelaterad ohälsa i form av utmattning och upp emot hälften överväger att lämna sitt arbete.[40] Läkare i primärvården upplever sig också vara mer stressade än läkare i andra länder.[41] I jämförelse med anställda i andra sektorer upplever hälso- och sjukvårdens anställda fler organisatoriska och sociala riskfaktorer, till exempel sämre balans mellan arbete och privatliv, mer moralisk stress, sämre stöd från chefer och en högre obalans mellan

[39] Socialstyrelsen (2025), *Tandvården och Vårdansvarskommittén, Från rot till krona – förslag på områden för statlig översyn i tandvårdssystemet.*
[40] Myndigheten för arbetsmiljökunskap, Mynak (2023), *Arbetsmiljörisker och friskfaktorer bland hälso- och sjukvårdspersonal.*
[41] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023), *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv*, International Health Policy Survey (IHP) 2022. Rapport 2023:1.

ansträngning och belöning.[42] Situationen med ökande arbetsmiljöproblem bland hälso- och sjukvårdspersonal är ett globalt fenomen, men även i jämförelse med andra länder menar kommittén att arbetsmiljön i svensk hälso- och sjukvård framstår som bristande. Variationerna över landet är dock stora och det finns arbetsgivare och arbetsplatser som lyckas hantera arbetsmiljön väl.

Kommittén konstaterar utifrån ovanstående att åtgärder behöver vidtas när det gäller kompetensförsörjning och arbetsmiljö.

2.2.7 Innovations- och omställningsförmågan i hälso- och sjukvården behöver förbättras och forskningen stärkas

I avsnittet konstaterar kommittén att en ökad förändringstakt i samhället ställer höga krav på förmågan till utveckling och omställning i hälso- och sjukvården. Förutsättningarna för innovation, omställning och forskning behandlas också.

Allmänt om innovationsförmåga

Exempelvis påverkas hälso- och sjukvården av förändringar i demografi och folkhälsa liksom i befolkningens vårdbehov, förväntningar och beteendemönster. Den snabba tekniska och medicinska utvecklingen, konsekvenser av klimatförändringar samt den samhällsekonomiska och geopolitiska situationen är också exempel på faktorer som ställer krav på hälso- och sjukvårdens förmåga till innovation, omställning och utveckling.

Forskning och implementering av forskningsresultat pekas i kommitténs direktiv ut som en grund för en effektiv och modern hälso- och sjukvård och en stärkt innovations- och omställningsförmåga är ett av de områden som kommittén pekat ut som angeläget att åstadkomma förändringar inom.

Kommittén vill betona att förutsättningarna för forskning, utveckling och innovation är viktiga för patienter och invånare på flera sätt. Goda och jämlika förutsättningar för klinisk forskning och kliniska prövningar är till exempel en förutsättning för att få tillgång till nya behandlingar som tillgängliggörs genom deltagande

[42] Myndigheten för arbetsmiljökunskap, Mynak (2023), *Arbetsmiljörisker och friskfaktorer bland hälso- och sjukvårdspersonal.*

i forskningsstudier. Att det finns goda förutsättningar för verksamhetsnära utvecklingsarbete och innovation menar kommittén också är nödvändigt för att vården ska kunna bedriva ett systematiskt arbete med patient- och medarbetardriven innovation och förbättring. Detta är särskilt viktigt i primärvården som ju är den vård som möter flest antal patienter. Förutsättningarna för forskning, utveckling och innovation är sammantaget mycket viktiga för hälso- och sjukvårdens långsiktiga kvalitetsutveckling och för den samlade systemeffektiviteten.

Det har inte varit möjligt att inom ramen för kommitténs arbete göra fördjupade beskrivningar eller analyser av alla frågor som är viktiga för förmåga till utveckling eller förutsättningarna för innovation och forskning. Det är omfattande och komplexa frågor.

Hälso- och sjukvårdssystemet behöver öka sin förmåga till innovation och omställning

Kommittén konstaterar utifrån utredningsarbetet att det svenska hälso- och sjukvårdssystemets förmåga kan förbättras när det gäller systemövergripande omställning och utveckling. Två vanligt förekommande exempel på detta är hälso- och sjukvårdens digitalisering och omställningen till en god och nära vård. Kommittén ser inom båda dessa områden exempel på trögheter och svårigheter att realisera önskad utveckling.

När det gäller digitalisering och nationell digital infrastruktur noterar kommittén att det pågår ett stort antal utredningar, uppdrag, nationella och internationella initiativ samt att staten har en tydlig ambition att ta ett större ansvar för frågorna. Det handlar om uppdrag som utförs av E-hälsomyndigheten, nationella samordnare och utredningar avseende interoperabilitet och hälsodataanvändning samt det nyligen beslutade europeiska hälsodataområdet EHDS som nu ska införas. Kommittén ser positivt på att staten tar ett större system- och finansieringsansvar för digitalisering och nationell digital infrastruktur. Det är något som sannolikt kommer att bidra till ökad utvecklingsförmåga i vården och kommittén ser att ett större statligt ansvar i dessa frågor också kan underlätta ett eventuellt genomförande av kommitténs förslag.

Omställningen till god och nära vård har pågått med nationell politisk samsyn sedan 2018 och staten har hittills satsat drygt 29 mil-

jarder kronor tillsammans med SKR inom ramen för överenskommelser. Kommittén konstaterar utifrån uppföljningar som gjorts av Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att mycket arbete pågår med omställningen men att de uppställda målen ännu inte har uppnåtts i tillräcklig utsträckning.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har till exempel noterat en bred uppslutning kring omställningens syfte och mål bland dem som arbetar i verksamheterna samt att mycket arbete pågår med att genomföra omställningen i regioner och kommuner, både på strategisk nivå och i projektform. Myndighetens sammantagna bild var dock att det fanns ett stort gap mellan vad verksamhetsföreträdare och yrkesverksamma lyfter fram som viktigt och de insatser som hittills varit i fokus för regionernas och kommunernas genomförande av reformen. Därtill kommer att primärvårdens ekonomiska resurser under den senaste femårsperioden enbart har ökat marginellt. I en majoritet av regionerna har resursandelen stått stilla eller minskat. I regionernas handlingsplaner för omställningen är det otydligt om regionerna avser att förstärka primärvårdens resurser framöver, och i så fall hur.[43] Kommittén noterar också att en omställning till förmån för en bättre och mera utvecklad primärvård inte är något nytt tema. Sedan tidigare finns ambitioner att stärka och utveckla primärvården, som ännu inte fullt ut realiserats.

Verksamhetsnära innovation behöver bättre förutsättningar att gå från projekt till införande

Kommittén noterar att det pågår en stor mängd innovationsprojekt runt om i landet, i hälso- och sjukvården samt på och i samverkan med lärosäten, näringsliv och civilsamhällets aktörer. En stor andel av regionerna bedriver ett systematiskt innovationsarbete. Det förefaller finnas ett stort engagemang och en stor vilja i vården, socialtjänsten och tandvården att driva förändring, vilket kommittén ser som en viktig förutsättning för innovation.

Samtidigt visar utredningsunderlaget att det finns utmaningar med att driva innovation och utveckling i dagens hälso- och sjukvårdssystem. Kommittén ser att innovationsverksamheten ofta är relativt frånkopplad den löpande verksamheten och att förutsätt-

[43] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023), *Ordnat för omställning? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport.*

ningarna för att gå från tillfälliga projekt till att implementera innovationer i större skala än i dag är begränsade. Kommittén konstaterar att förutsättningarna för verksamhetsnära forskning och innovation samt för implementering av resultaten behöver stärkas.

Förutsättningarna för klinisk forskning måste förbättras, för patienternas och Sveriges skull

Kommittén bedömer utifrån kunskapsunderlag i utredningsarbetet att svensk klinisk forskning generellt förefaller hålla hög kvalitet och i flera fall mycket hög kvalitet. Samtidigt ser kommittén att förutsättningarna för klinisk forskning behöver förbättras och mer tid behöver skapas i vårdens verksamheter för att genomföra sådan forskning. Klinisk forskning behöver också i större utsträckning integreras i vårdens olika verksamheter. Det gäller inte minst i primärvården, där kunskapsutveckling och forskning har identifierats som en viktig insats för att realisera utvecklingen mot en god och nära vård. Underlag i utredningsarbetet pekar på att bättre förutsättningar för forskning i primärvården kan bidra till att öka antalet specialister i allmänmedicin och kunskapsutvecklingen inom området.

Kommittén noterar utifrån underlag i utredningsarbetet att det de senaste dryga tio åren skett en nedgång av antalet kliniska prövningar som genomförs i Sverige samt att företag i högre utsträckning väljer andra länder för att genomföra sina studier. Det är en utveckling som om den inte vänds kan påverka Sveriges konkurrenskraft och få negativa konsekvenser i ett näringspolitiskt perspektiv. Kommitténs bild utifrån utredningsarbetet är att kliniska studier och kliniska prövningar i hälso- och sjukvården i dag nedprioriteras och att det verkar svårt att få tid och resurser för dessa aktiviteter parallellt med hälso- och sjukvårdens kärnverksamheter. Utmaningarna med kompetensförsörjningen och brist på personal kan vara en förklaring till detta. Andelen forskarutbildade läkare minskar också stadigt och kommittén ser att det är svårt att locka sökande till förenade anställningar. Kommittén menar att det är nödvändigt att få till en utveckling där en större andel patienter medverkar i kliniska studier.

Implementering och spridning av kunskap och innovationer behöver stärkas

Utifrån kommitténs uppdrag har fokus i huvudsak lagts på de insatser som görs och kan göras på systemnivå för att stödja utveckling och innovation. En viktig aspekt av detta är system och strukturer för att skapa ny kunskap och sedan sprida kunskap och innovationer och stödja implementering.

Precisionsmedicin har sagts kunna skapa stora möjligheter för bättre behandlingar med utgångspunkt i individens genetiska förutsättningar och som något som kan komma att revolutionera hälso- och sjukvården. Kommittén ser samtidigt att precisionsmedicin utmanar hälso- och sjukvårdssystemet att öka sin förmåga till innovation. Om precisionsmedicin ska kunna erbjudas på ett jämlikt sätt menar kommittén att det kommer att behöva tas fram ny kunskap och kompetens som därefter sprids och implementeras i nya arbetssätt och rutiner samt utveckling av vårdens infrastruktur i form av till exempel IT-system och organisering. Utredningsarbetet pekar också på behov av ökad nationell samordning och samverkan mellan universitetssjukvård, akademin, myndigheter och vårdens aktörer. Vidare krävs tydligt nationellt och lokalt ledarskap samt prioriteringar av hur tillgängliga resurser används.

Kunskapsstyrningen är ett viktigt instrument för att sprida och tillgängliggöra kunskap i syfte att stimulera och stödja utveckling. Det gäller både hälso- och sjukvården och tandvården. Utredningsarbetet pekar på att systemet för kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården alltjämt är under utveckling, många aktörer är inblandade och utarbetar olika former av kunskapsstöd. Det förefaller i nuläget oklart hur olika nationella riktlinjer och kunskapsstöd förhåller sig till varandra och vilka som bör vara vägledande. Detta kan försvåra för beslutsfattare och professioner inom hälso- och sjukvården att nyttja kunskapsstöden och det kan i förlängningen leda till en ojämlik hälso- och sjukvård.

Utredningsarbetet visar att det finns utmaningar med implementering av ny kunskap och att bristande följsamhet till evidensbaserade rekommendationer kvarstår. Systemet för kunskapsstyrning förutsätter att det finns evidensbaserad kunskap att föra ut och implementera. Så är dock inte fallet när det gäller precisionsmedicin. Kommittén ser därför att den nya kunskap som utvecklas inom

fältet precisionsmedicin kan behöva hanteras i andra strukturer än nuvarande kunskapsstyrning och implementeras på andra sätt än genom rekommendationer till huvudmännen.

Kommittén konstaterar att ett fortsatt arbete för att utveckla den nationella kunskapsstyrningen är angeläget och att precisionsmedicin sannolikt behöver hanteras på andra och mer styrande sätt när det gäller implementering.

2.3 Kommitténs sammanfattande slutsatser

Kommitténs sammanfattande slutsats från utredningsarbetet är att det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver ges bättre förutsättningar att kunna leverera det som lagstiftningen anger och som invånarna och patienterna därmed kan förvänta sig. Kommittén har valt att se på sitt uppdrag som att man mot denna bakgrund bör undersöka om nuvarande ansvarsfördelning och organisering av den svenska hälso- och sjukvården kan behöva förändras för att i högre grad nå de mål som anges i gällande lagstiftning och möta nya krav från omvärlden.

En utgångspunkt för kommittén är att det nationella och statliga perspektivet på och ansvaret för hälso- och sjukvården behöver stärkas liksom även statens styrning av vården. Samverkan på nationell nivå mellan regioner är viktigt och det behöver utvecklas löpande, men kommittén menar att det inte kommer att räcka till för att i grunden åstadkomma de förändringar som behövs.

Kommittén anser därför att staten behöver ta en mer framträdande roll och ett större ansvar än hittills i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Detta kan ske på flera olika sätt.

2.3.1 Staten behöver ta ett större ansvar för hälso- och sjukvården

Kommittén har under utredningsarbetet, vilket också nämns ovan, formulerat fyra övergripande ansvarsbegrepp för att ringa in det ansvar som en huvudman för hälso- och sjukvård har; systemansvar, finansieringsansvar, tillhandahållaransvar och verksamhetsansvar. Det har också beskrivits att kärnan i huvudmannaskapet är tillhandahållaransvaret. Kommitténs uppfattning är att det som benämns ett

statligt huvudmannaskap innebär att ansvaret att tillhandahålla hälso- och sjukvård till invånarna flyttas från regionerna till staten, helt och hållet eller för delar av vården. Att göra detta är att göra en huvudmannaskapsreform. Om tillhandahållaransvaret flyttas finns det starka skäl till att också flytta systemansvaret och finansieringsansvaret. Det är logiskt att den som tillhandahåller en tjänst till invånarna också har ansvar för att styra och finansiera tjänsten.

Kommittén ser också att det är möjligt att förändra ansvarsfördelningen mellan regionerna och staten på andra sätt än att överföra huvudmannaskapet och därmed tillhandahållaransvaret. Det är till exempel möjligt för staten att ta ett större systemansvar, i form av att ta över ansvaret för att styra innehållet i och utformningen av en verksamhet som regionerna tillhandahåller. Det är också möjligt för staten att ta ett större finansieringsansvar, i form av att i större utsträckning eller fullt ut finansiera en verksamhet, en funktion eller ett vårdområde som regionerna tillhandahåller. Detta är utifrån de fyra övergripande ansvarsbegreppen inte en förändring av huvudmannaskapet men en tydlig förändring av ansvarsfördelningen.

Staten kan också utveckla och stärka sin styrning av hälso- och sjukvården utan att ansvarsfördelningen mellan stat och regioner förändras alls. Det kan handla om vilken typ av styrning som används och hur olika styrmedel utformas.

I kapitel 3 prövar kommittén mot denna bakgrund fyra sätt för staten att ta ett större ansvar för hälso- och sjukvården, i form av;

- Ett helt statligt huvudmannaskap.
- Ett delvis statligt huvudmannaskap.
- Ett utökat statligt system- och finansieringsansvar inklusive stärkt statlig styrning inom ett antal utvalda områden.
- En utvecklad och stärkt statlig styrning inom ramen för nuvarande ansvarsfördelning.

3 Kommitténs bedömningar och förslag

Vårdansvarskommittén har enligt direktivet (dir. 2023:73) haft i uppdrag att ta fram ett beslutsunderlag som möjliggör ett stegvis och långsiktigt införande av ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Uppdraget har endast omfattat den regionalt finansierade hälso- och sjukvården och inte huvudmannaskapet för den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. Det har inte heller ingått i uppdraget att lämna författningsförslag. Kommittén ska bland annat

- analysera och belysa för- och nackdelar med ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården,
- lämna förslag som säkerställer ett mer effektivt hälso- och sjukvårdssystem som utgår från patienter och tar hänsyn till medarbetares behov,
- föreslå en genomförandeplan med tidsplan för hur staten stegvis och långsiktigt helt eller delvis kan ta över huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården, och
- inom ramen för genomförandeplanen, identifiera vilka åtgärder som krävs för att genomföra kommitténs förslag.

I detta kapitel presenterar kommittén sina bedömningar och förslag av helt respektive delvis statligt huvudmannaskap, utökat statligt system- och finansieringsansvar inklusive stärkt statlig styrning inom ett antal utvalda områden samt en utvecklad och stärkt statlig styrning inom ramen för nuvarande ansvarsfördelning.

3.1 Kommitténs bedömning av ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården

Kommitténs bedömning: Svensk hälso- och sjukvård har god medicinsk kvalitet och står sig väl på många sätt i internationella jämförelser. Samtidigt finns det förbättringspotential kring hälso- och sjukvårdens måluppfyllelse, bland annat gällande tillgänglighet och geografisk jämlikhet i utbud av vård och behandling.

Kommittén har utifrån flera aspekter analyserat hur ett statligt huvudmannaskap skulle påverka hälso- och sjukvården. Några av de aspekter som har undersökts är jämlikhet, tillgänglighet, effektivitet, kompetensförsörjning, finansiering och innovationsförmåga. Kommitténs analyser visar att det finns tänkbara för- och nackdelar både med att behålla nuvarande huvudmannaskap och tillhandahållaransvar hos regionerna och att införa ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. En entydig slutsats med säkra kausala samband går inte att dra utifrån underlagen eller tidigare erfarenheter.

Kommittén bedömer att en huvudmannaskapsförändring kan innebära både risker och möjligheter. En så omfattande och genomgripande förändring finns det inte ett brett parlamentariskt stöd för. Kommitténs ledamöter värderar de väntade fördelarna och nackdelarna med ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården olika.

Ledamöterna från S, M, V, C, MP och L ser att det saknas underlag som pekar på att ett helt statligt huvudmannaskap skulle leda till förbättringar, samt att det finns stora risker och höga genomförandekostnader och gör därför bedömningen att en sådan förändring inte bör genomföras. Ledamöterna från SD och KD bedömer att underlaget ger stöd för att det finns starka skäl och behov av ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården.

3.1.1 Skälen för kommitténs bedömning

Ett helt statligt huvudmannaskap innebär att staten tar över ansvaret för all hälso- och sjukvård som regionerna ansvarar för i dag. Staten har då systemansvaret, finansieringsansvaret, tillhandahållaransvaret, och verksamhetsansvaret när det gäller offentligt drivna verksamheter, för hälso- och sjukvården. Regionerna har inte kvar något ansvar alls för hälso- och sjukvården, medan kommunernas ansvar kvarstår oförändrat jämfört med i dag.

Vårdansvarskommittén har undersökt möjliga effekter av ett helt statligt huvudmannaskap med hjälp av scenarioanalys och utifrån ett flertal aspekter. Det finns ett stort antal mål, värden och perspektiv som behöver beaktas i en analys av vilka konsekvenser ett statligt huvudmannaskap kan få på kort och lång sikt för invånare, patienter och medarbetare. Det samlade kunskapsunderlaget och den utförliga analysen av ett helt statligt huvudmannaskap finns i sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap i betänkandets volym 2. I följande avsnitt återges kommitténs sammantagna slutsatser om för- och nackdelar med ett helt statligt huvudmannaskap.

Svårt att dra säkra slutsatser om hur patienter och invånare påverkas av ett helt statligt huvudmannaskap

Kommittén konstaterar utifrån det samlade kunskapsunderlaget att det inte med säkerhet går att förutsäga hur patienter och invånare skulle påverkas av ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. En orsak till det är att det resultat som skapas för patienter beror av många samverkande faktorer som bara delvis kan förutsägas eller påverkas av en organisationsförändring. Utfallen för patienter och invånare beror på vad staten faktiskt beslutar om och gör inom ramen för sitt huvudmannaskap och på flera faktorer i omvärlds- och samhällsutvecklingen.

Det är inte heller klarlagt i vilken utsträckning de identifierade problemen med exempelvis tillgänglighet och jämlikhet beror på nuvarande ansvarsfördelning i, och styrning av, hälso- och sjukvården. Kommittén menar att det därför är svårt att med någon större säkerhet säga att de fördelar som kan finnas med centralisering av styrning, finansiering och organisation skulle lösa de problem som

patienter och invånare möter, till exempel långa väntetider och geografiska skillnader i tillgång till vård. Kommittén konstaterar omvänt att det inte heller går att dra slutsatsen att nuvarande ansvarsfördelning skulle vara den enda eller viktigaste förklaringen till de styrkor som det svenska hälso- och sjukvårdssystemet uppvisar.

Ökad tillgänglighet till vården, främst i termer av kortare väntetider, var ett övergripande mål för sjukhusreformen i Norge 2002 och för strukturreformen i Danmark 2007. Vilken tidsperiod och vilka jämförelsepunkter som väljs för att mäta väntetiderna påverkar vilket resultat som kan uppvisas. Åren efter reformerna kortades väntetiderna till både den specialiserade vården och primärvården, för att under och efter pandemin öka igen.[44] I till exempel Norge var den genomsnittliga väntetiden för patienter som remitterats till somatisk sjukvård 74,6 dagar år 2023.[45] Precis som i Sverige finns det utmaningar i båda dessa länder som påverkar tillgängligheten till vård, till exempel brist på allmänläkare i primärvården och svårigheter med kompetensförsörjningen. Det är svårt att direkt koppla utvecklingen av tillgängligheten till de centraliseringsreformer som genomförts.

Det samlade politiska ansvaret som ett statligt huvudmannaskap medför kan göra hälso- och sjukvårdssystemet och ansvarsfördelningen enklare att förstå för invånarna. En tydligare ansvarsfördelning kan också ha fördelar i relation till det politiska ansvarsutkrävandet eftersom det skulle vara mer tydligt vilken nivå som bär det fulla politiska ansvaret för hälso- och sjukvården.

Samtidigt ser kommittén att ett statligt huvudmannaskap också innebär att den enskilde invånaren får längre avstånd till ansvariga politiker och till såväl ledning som beslutsfattare i myndighetsorganisationen. Vid ett statligt huvudmannaskap skulle de politiska prioriteringarna för hälso- och sjukvården ytterst beslutas av riksdagen, genom lagstiftning och budgetbeslut. Även regeringen skulle ha stort inflytande över hälso- och sjukvården om denna skulle styras via myndigheter och genom den statliga budgetprocessen.

[44] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (PM 2024), *Strukturreformer i Norden Analys av hälso- och sjukvårdsystemen i Norge, Danmark och Finland*. PM 2024:4. Sveriges Kommuner och Regioner (2025), *Utblick Norge – En belysning av den norska sjukhusreformen 2002.*

[45] Helsedirektoratet (2025), *Sykehusopphold – ventetid påbegynt helsehjelp*. Information på Helsedirektoratets hemsida.

De regionala behoven skulle representeras politiskt av 349 riksdagsledamöter i stället för av drygt 4 500 förtroendevalda i regionerna varav drygt 1 700 i 21 regionfullmäktige. Kommittén bedömer att det därför finns en risk för en minskad representation av olika lokala och regionala behov och perspektiv i hälso- och sjukvårdspolitiken. Väljarna kan i mindre utsträckning identifiera sig med sina politiska företrädare i hälso- och sjukvårdsfrågor eftersom den gruppen riskerar att spegla befolkningen i mindre utsträckning.[46] Detta innebär att beslut om sjukvården i lägre utsträckning skulle bygga på beslutsfattarnas kännedom om lokala perspektiv och förutsättningar. Ett statligt huvudmannaskap skulle också skapa andra förutsättningar för styrning genom beslut från tjänstemän och styrning genom professioner.

Direkta konsekvenser för hälso- och sjukvårdens medarbetare, men osäkra för- och nackdelar på längre sikt

I likhet med effekterna för patienter ser kommittén att det finns flera osäkerhetsfaktorer i analyserna av hur hälso- och sjukvårdens medarbetare skulle påverkas av ett statligt huvudmannaskap. Vad som kan konstateras är däremot att hälso- och sjukvårdens medarbetare kan komma att påverkas förhållandevis mycket av genomförandet av en huvudmannaskapsreform. Erfarenheter från liknande reformprocesser visar till exempel att stora organisatoriska förändringar ofta utgör en utmaning ur ett arbetsmiljöperspektiv.

En konkret förändring för den offentligt anställda hälso- och sjukvårdspersonalen skulle vara att de med ett statligt huvudmannaskap får en annan arbetsgivare. Det finns vissa skillnader mellan att vara statligt och regionalt anställd, men exakt hur hälso- och sjukvårdspersonalens villkor skulle utvecklas är svårt att förutsäga. Det är till viss del upp till lagstiftaren att avgöra hur villkor för statligt anställd hälso- och sjukvårdspersonal ska regleras, men också en fråga för förhandling mellan parterna på arbetsmarknaden.

Kommittén har inte funnit något tydligt stöd för att en statlig huvudman på något avgörande sätt har bättre förutsättningar än regionerna att bidra till förbättrade arbetsvillkor eller en förbättrad

[46] Ytterligare kunskap och resonemang finns i professor Bo Rothsteins underlagsrapport *En förstatligad hälso- och sjukvård? Konsekvenser avseende demokrati, legitimitet och ansvarsutkrävande* som återfinns i betänkandets volym 2.

arbetsmiljö i hälso- och sjukvården. Samtidigt finns inte heller något som pekar på att staten skulle vara en sämre arbetsgivare eller att arbetsmiljön skulle försämras ytterligare, med undantag för de risker som är förknippade med att genomföra en stor organisationsförändring.

Ytterligare en konsekvens av ett helt statligt huvudmannaskap vore att det skulle finnas en (eller ett antal, beroende på hur den statliga hälso- och sjukvårdsorganisationen skulle se ut) offentlig arbetsgivare i stället för 21. Kommittén ser att det kan finnas både fördelar och nackdelar med detta, men en nackdel som framkommit är att det då bara finns en offentlig aktör som efterfrågar personal och att detta exempelvis kan leda till en sämre löneutveckling. Den konkurrens som i dag finns mellan regionerna när det gäller personal kan alltså till viss del vara en fördel ur ett medarbetarperspektiv.

Det är inte givet att en huvudmannaskapsreform skulle behöva påverka arbetsuppgifter och roller för det stora flertalet medarbetare, men förändringar skulle sannolikt ske i de högsta chefsleden och i den interna styrningen och ledningen, eftersom 21 olika hälso- och sjukvårdssystem ska föras samman till ett (eller ett antal färre och större geografiska enheter än i dag beroende på hur den statliga hälso- och sjukvårdsorganisationen skulle se ut). Även om utgångspunkten är att vårdorganisationen till stor del ska kunna se ut som den gör i dag, skulle en huvudmannaskapsreform på sikt med stor sannolikhet också leda till förändringar i vårdorganisationen. Detta eftersom uppgifts- och arbetsfördelning behöver utvecklas inom större geografiska enheter. Sådana förändringar behöver på längre sikt inte vara negativa för medarbetare, men det är svårt att förutse effekterna på förhand.

Lärdomar från tidigare centraliseringsreformer

Kommittén konstaterar att det inte finns någon nuvarande statlig verksamhet i Sverige som motsvarar hälso- och sjukvården i omfattning, varken om man utgår från verksamhetens kostnader eller antal anställda. Antalet anställda inom regional hälso- och sjukvård är i dag fler till antalet än medarbetarna på alla statliga myndigheter tillsammans. Om ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården skulle organiseras i en statlig enmyndighet skulle den

bli den största statliga myndigheten i Sverige och vara ungefär tio gånger större än Polismyndigheten som är den största myndigheten i dag.

Tidigare enmyndighetsreformer i Sverige visar att en centraliserad struktur ger andra förutsättningar för en enhetlig styrning och uppföljning av verksamheten, det blir enklare att omfördela resurser över landet och flytta uppgifter inom organisationen. Koncentration av vissa administrativa funktioner kan också vara kostnadsbesparande. Samtidigt finns det risk för många och ibland motstridiga styrsignaler inom stora myndigheter med flera chefs- och beslutsnivåer och långa styrkedjor. Problemet uppstår om den interna styrningen inte är samordnad och om olika avdelningar därför förmedlar olika budskap, exempelvis om vad som ska prioriteras inom myndigheten. Vidare visar de erfarenheter från andra sektorer som inhämtats under utredningsarbetet att förutsättningarna att åstadkomma ökad jämlikhet inte nödvändigtvis är bättre i en statlig myndighetsorganisation. Det är, vilket bland annat Statskontoret beskrivit i flera rapporter, vanligt att stora myndighetsorganisationer med långa styrkedjor har utmaningar med att hitta en balans mellan central styrning och lokalt inflytande.

Kommittén ser därmed en risk att vissa aspekter av ojämlikhet som präglar dagens förvaltningsmodell med 21 regioner sannolikt skulle kvarstå i en statlig myndighetsorganisation som tillhandahåller hälso- och sjukvård. Tidigare centraliseringsprocesser av myndigheter inom olika politikområden i Sverige och lärdomar från centraliseringsreformer av hälso- och sjukvården i de andra nordiska länderna visar också att det kan vara svårt att utvärdera organisationsreformers påverkan på komplexa utmaningar som till exempel kompetensförsörjning.

I Danmark, Finland och Norge har det genomförts olika centraliseringsreformer av hälso- och sjukvården där staten har tagit ett större ansvar för finansiering, styrning och planering. Hälso- och sjukvården har utvecklats positivt på flera sätt i de berörda länderna, till exempel har tillgängligheten till vård och produktiviteten förbättrats. Men det är svårt att direkt koppla utvecklingen till reformerna. Danmark och Norge har mer centraliserade hälso- och sjukvårdssystem än Sverige, dessa länder har delvis liknande utmaningar med jämlikhet som Sverige har och varken den geografiska eller sociala jämlikheten förefaller ha påverkats i någon större ut-

sträckning av de strukturreformer som dessa länder genomfört av sina hälso- och sjukvårdssystem. Såvitt kan bedömas gäller detta även Finland som genom sina välfärdsområden har en mer decentraliserad struktur för tillhandahållandet av vård men en mer centraliserad ordning för finansieringen.

Tänkbara för- och nackdelar med ett helt statligt huvudmannaskap ur ett styrnings- och systemperspektiv

Ett helt statligt huvudmannaskap innebär flera olika typer av förändringar jämfört med nuvarande ordning när det gäller hälso- och sjukvårdens styrning, finansiering och organisatoriska förutsättningar. Dessa förändringar kan betraktas som antingen fördelar eller nackdelar beroende på utgångspunkter och perspektiv. Nedan listas några av de förändringar som kommer med ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården:

– Ett samlat och mer centraliserat politiskt ansvar skapar förutsättningar för en mer enhetlig politisk styrning av hälso- och sjukvården i hela landet och minskad variation i politiska prioriteringar. Detta är en direkt konsekvens av att politiska beslut och prioriteringar gällande hälso- och sjukvård sker från färre nivåer och av färre aktörer jämfört med nuvarande ordning.
– Vid ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården behöver riksdagen, och framför allt regeringen, Regeringskansliet och ett flertal statliga myndigheter, utöka och utveckla sina kapaciteter, förmågor och organisationer för en styrning av hälso- och sjukvården som skiljer sig väsentligt mot den nuvarande nationella styrningen. Den politiska styrningen av hälso- och sjukvården kan mer komma att likna den politiska styrningen som finns i dag av till exempel polisen och försvarsområdet.
– Kännedomen om, och förståelsen för, lokala och regionala behov och förutsättningar kan i mindre utsträckning än i dag säkerställas via politisk representation. De politiska besluten skulle ske på längre avstånd från medborgarna och lokala perspektiv och behov behöver därför i högre utsträckning än i dag kunna säkerställas genom en tjänstemannaorganisation.

– Ett statligt huvudmannaskap innebär att avståndet mellan verksamheter och ledning/beslutsfattare ökar jämfört med nuvarande ansvarsfördelning. Den operativa styrningen av hälso- och sjukvården behöver alltså i högre utsträckning än i dag ske genom en tjänstemannaorganisation, eftersom riksdagen eller regeringen inte skulle kunna fatta beslut på en så pass operativ nivå som regionernas fullmäktige och nämnder gör i dag. Det ger ett annat utrymme för styrning av vården genom tjänstemän och professioner.
– Ett samlat och centraliserat politiskt ansvar innebär en ökad grad av maktkoncentration jämfört med i dag, både politiskt i form av att den politiska makten över hälso- och sjukvården koncentreras till riksdagen, men också i förvaltningen om en enmyndighetslösning väljs för tjänstemannaorganisationen. Det innebär å ena sidan en ökad tydlighet jämfört med i dag om hur ansvarsfördelningen i vården ser ut, men också en minskad riskspridning. När de beslut som fattas direkt gäller hela landet blir konsekvenserna större om de inte fungerar som tänkt jämfört med om någon eller några regioner prövar lösningar som inte fungerar som tänkt.
– Ett nationellt perspektiv och beslutsfattande skulle kunna underlätta beslut om att förändra hälso- och sjukvårdsstrukturen och öka effektiviteten genom koncentration och nyttjande av stordriftsfördelar i vårdorganisationen. Sådana förändringar kan leda till ett mer effektivt resursutnyttjande, men kan också betraktas som en nackdel eller risk i förhållande till närheten till vård och lokalsamhällens förutsättningar och utveckling. Vid ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården behöver det finnas en tanke om hur balansen mellan central styrning och lokal anpassning ska se ut och hur sådana avvägningar ska göras.
– Om hela regionernas ansvar för hälso- och sjukvården skulle överföras till staten, utan att regionerna tillförs nya eller andra ansvarsområden, är det svårt att se att regionerna som politisk nivå på sikt skulle kunna finnas kvar. Om regionerna inte skulle finnas kvar skulle antalet aktiva förtroendevalda i Sverige minska kraftigt och de politiska partiernas, och därmed demokratins, förutsättningar skulle förändras på ett betydande sätt.

Genomförandet av en huvudmannaskapsreform skulle bli kostsamt, tidskrävande och kan tränga undan annat utvecklings- och reformarbete

Kommitténs analyser av vad som skulle krävas för att genomföra en huvudmannaskapsreform visar att det skulle vara både en tidskrävande och kostsam process. En övergripande genomförandeplan med möjliga steg och en uppskattad tidsåtgång för att genomföra reformen finns redovisad i sekretariatets underlagsrapport om ett helt statligt huvudmannaskap i betänkandets volym 2.

I ett första steg behöver ett flertal större frågor utredas närmare. Det gäller till exempel förberedelser för rättsliga reformer som en bred genomlysning av hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Det gäller också förberedelser för och ställningstaganden till en skatteväxling och formerna för en statlig finansiering av vården. Vidare behöver organisatoriska frågor analyseras närmare och beslut fattas om, och förberedelser göras inför, den nya myndighetsorganisationen och eventuella förändringar av befintlig myndighetsorganisation. Förhandlingar mellan arbetsmarknadens parter behöver ske när det gäller personalens verksamhetsövergång och det behöver göras närmare utredning av formerna för överlåtelse av fastigheter, annan vårdinfrastruktur och tillgångar. Förberedelsen av förändringen kommer ta såväl resurser, tid, uppmärksamhet och personal i anspråk i såväl staten som regionerna, och även kommunerna när nya samverkansformer ska upprättas, under en längre tid.

Det går att göra något mer säkra bedömningar av hur stora kostnaderna för en huvudmannaskapsreform skulle bli på kort sikt än vad det går att bedöma hur stora vinsterna skulle kunna bli på längre sikt. Möjligheterna att realisera vinsterna beror på vilka politiska beslut som fattas i samband med, och efter, en reform av huvudmannaskapet och hur dessa beslut implementeras.

Sammantaget innebär detta enligt kommittén att genomförandekostnaderna för en huvudmannaskapsreform är höga och att genomförandet av en huvudmannaskapsreform kan få undanträngningseffekter på annat utvecklings- och reformarbete. Det kan inte heller uteslutas att genomförandet kan komma att få negativa konsekvenser för patienter, till följd av minskad produktivitet och effektivitet i en övergångsfas som till exempel kan påverka tillgängligheten och kapaciteten negativt.

Sammanfattande bedömning av helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården

Ett statligt huvudmannaskap skulle sannolikt vara en effektiv lösning på problem som beror på att den svenska hälso- och sjukvården i dag styrs från flera politiska nivåer och att ansvaret är utspritt mellan regionerna. Kommitténs analyser visar att det finns problem som kan härledas till dagens flernivåstyrning, bland annat viss otydlighet i ansvarsfördelningen, men det finns samtidigt ett förhållandevis svagt stöd för att decentraliseringen och flernivåstyrningen skulle vara den enda eller den viktigaste orsaken till de utmaningar, med exempelvis tillgänglighet och jämlikhet, som drabbar patienter och invånare eller skapar en bristfällig arbetsmiljö för hälso- och sjukvårdens personal. Det går därmed att dra olika slutsatser om för- och nackdelar med dagens ansvarsfördelning likväl som om vilka förändringar ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården skulle kunna innebära.

Sammantaget bedömer kommittén att genomförandekostnaderna för en huvudmannaskapsreform kan bli höga och att genomförandet av en huvudmannaskapsreform kan få undanträngningseffekter på annat utvecklings- och reformarbete. Det kan inte heller uteslutas att genomförandet kan komma att få negativa konsekvenser för patienter, till följd av minskad produktivitet och effektivitet i en övergångsfas som till exempel kan påverka tillgängligheten och kapaciteten negativt.

3.2 Kommitténs bedömning av ett delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården

Kommitténs bedömning: Kommitténs analyser visar att det finns flera svårigheter och risker med att dela upp tillhandahållaransvaret för hälso- och sjukvårdssystemets olika delar mellan staten och regionerna.

Om staten skulle bli huvudman för exempelvis den specialiserade hälso- och sjukvården eller primärvården skulle detta i praktiken innebära komplexa gränsdragningar gentemot andra delar av hälso- och sjukvården som regionerna är fortsatt huvudmän för. Dels för att hälso- och sjukvården i praktiken är inte-

grerad och ömsesidigt beroende, dels för att hälso- och sjukvårdsstrukturen ser olika ut i olika regioner.

I ett hälso- och sjukvårdssystem med tre huvudmän finns risk för nya samverkansutmaningar och gränsdragningar som inte skulle medföra positiva effekter för patienterna. Kommittén avråder därför från ett delvis statligt huvudmannaskap med innebörden att dela tillhandahållaransvaret för hälso- och sjukvården mellan kommunerna, regionerna och staten.

3.2.1 Skälen för kommitténs bedömning

Enligt kommittén är tillhandahållaransvaret det mest centrala ansvar en huvudman för hälso- och sjukvård har. Att analysera olika scenarier för delvis statligt huvudmannaskap innebär därför att undersöka olika varianter där staten har tillhandahållaransvar för olika vårdområden inom hälso- och sjukvården och regionerna för andra. De scenarier som kommittén har analyserat är:

1. Statligt huvudmannaskap för specialiserad hälso- och sjukvård, i fyra undervarianter:
   - Statligt huvudmannaskap för all specialiserad hälso- och sjukvård.
   - Statligt huvudmannaskap för universitetssjukvård.
   - Statligt huvudmannaskap för universitetssjukhus.
   - Statligt huvudmannaskap för nationell högspecialiserad vård.
2. Statligt huvudmannaskap för primärvård.
3. Statligt huvudmannaskap för rättspsykiatrisk vård.
4. Statligt huvudmannaskap för vaccinationer och screening.
5. Statligt huvudmannaskap för luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter.

I avsnitten nedan presenteras de huvudsakliga dragen i kommitténs analys av delvis statligt huvudmannaskap. Mer information och ingående analyser finns i sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap i betänkandets volym 2. Sammantaget ser

kommittén att det finns fler tänkbara och större nackdelar och risker än fördelar med ett delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården och avråder därför från en sådan reform.

Ett delvis statligt huvudmannaskap riskerar att fragmentisera hälso- och sjukvårdssystemet

Kommittén anser att samtliga scenarier för ett delvis statligt huvudmannaskap medför nya problem när det gäller styrningen och hälso- och sjukvårdssystemets funktionssätt, särskilt avseende hur samverkan ska gå till mellan de tre huvudmännen i hälso- och sjukvårdssystemet, det vill säga staten, regionerna och kommunerna. I jämförelse med att genomföra ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården framstår ett delvis statligt huvudmannaskap som mindre kostsamt att införa eftersom konsekvenserna för samhällsorganisationen inte blir lika stora och riskerna med en ökad maktkoncentration inte är lika påtagliga. Samtidigt menar kommittén att det inte finns några uppenbara fördelar med att genomföra sådan reform, och risken är att hälso- och sjukvårdssystemet blir än mer fragmentiserat med tre huvudmannaskapsnivåer.

Kommittén drar följande övergripande slutsatser om ett delvis statligt huvudmannaskap:

- Samtliga alternativ som innebär att staten tar över ansvaret för en del av vården innebär att det tillkommer ytterligare en huvudman i hälso- och sjukvårdssystemet. Det kommer skapas nya gränsytor mellan statens och regionernas ansvar för hälso- och sjukvården som behöver hanteras. En ny huvudmannaskapsgräns tillkommer också mellan staten och kommunerna. Nya former för samverkan behöver därför utvecklas med kommunerna men också med organisationer som företräder patienter, brukare och anhöriga.
- En uppdelning av ansvaret för olika delar av hälso- och sjukvården skulle gå i motsatt riktning mot det mål som varit gällande länge i såväl Sverige som i andra länder: att integrera ansvaret för hälso- och sjukvården till ett sammanhängande system för patienter och att ställa om hälso- och sjukvårdssystemet från ett sjukhustungt system till ett system med primärvården som nav.

– Att dela upp ansvaret för hälso- och sjukvårdssystemets olika delar mellan staten och regionerna kan skapa problematiska incitament och hindra en sammanhållen utveckling, styrning och omställning av hälso- och sjukvårdssystemet. Det gäller särskilt alternativ som innebär att ansvaret för primärvården och den specialiserade vården delas upp mellan huvudmän.
– De scenarier som avser ett delvis statligt huvudmannaskap för delar av den specialiserade hälso- och sjukvården medför praktiska svårigheter med gränsdragningar gentemot andra delar av hälso- och sjukvården. Sjukhusstrukturen och sjukhusens uppgifter ser olika ut i olika regioner och olika typer av hälso- och sjukvård är på flera men olika sätt integrerade i och ömsesidigt beroende av varandra. Att dra en huvudmannagräns mellan till exempel universitetssjukvård eller högspecialiserad vård och annan vård skulle få olika konsekvenser i olika delar av landet. Det skulle innebära svårigheter att göra dessa gränsdragningar, och riskerar också att cementera gränserna mellan olika typer av vård på ett sätt som kan hindra effektiv styrning, utveckling och omställning i hälso- och sjukvårdssystemet.

Flera risker än möjligheter med ett delvis statligt huvudmannaskap ur ett invånar- och patientperspektiv

Kommittén drar slutsatsen att det är svårt att med säkerhet förutsäga hur patienter och invånare skulle påverkas av ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. På samma sätt är det svårt att dra säkra slutsatser om hur patienter och invånare påverkas av ett delvis statligt huvudmannaskap eftersom det beror på en mängd faktorer. Kommittén ser dock flera risker ur ett patient- och invånarperspektiv med att införa ett delvis statligt huvudmannaskap, särskilt om primärvård och specialiserad vård skulle delas upp mellan staten och regionerna.

Med ytterligare en huvudman i systemet skapas en tredje huvudmannagräns i ett stort antal vårdkedjor. Det kan utgöra en risk ur ett patientsäkerhetsperspektiv och leda till ökade svårigheter att säkerställa sammanhållna vårdkedjor.

Med ytterligare en huvudman i hälso- och sjukvårdssystemet kan systemet bli svårare att förstå och navigera i för patienter. Det

finns en betydande risk att information skulle ges på fler plattformar än i dag och att det ur ett patientperspektiv skulle kunna upplevas som att det finns två eller fler parallella hälso- och sjukvårdssystem med olika kommunikation, rutiner, processer och system.

Att dela upp ansvaret för vården mellan tre olika huvudmän (staten, regionerna och kommunerna) ställer höga krav på invånarna i förhållande till ansvarsutkrävande. För att utkräva politiskt ansvar för hälso- och sjukvården behöver invånare vara väl insatta och rösta i tre olika val som avser olika delar av vården.

Svårt att förutsäga effekterna för medarbetarna i hälso- och sjukvården vid ett delvis statligt huvudmannaskap

I likhet med ett helt statligt huvudmannaskap skulle de konkreta effekterna för hälso- och sjukvårdens medarbetare av ett delvis statligt huvudmannaskap vara beroende av hur författningsregleringen utformas i kombination med vad arbetsmarknadens parter kommer överens om.

Det skulle potentiellt kunna vara en fördel för medarbetare att det tillkommer en statlig huvudman i hälso- och sjukvårdssystemet, utifrån perspektivet att konkurrensen mellan offentliga arbetsgivare skulle stärkas. Vad det konkret skulle innebära är svårt att fullt ut förutsäga, men det är till exempel möjligt att en statlig huvudman skulle vilja konkurrera med bättre arbetsvillkor och högre löner för att attrahera personal till den statliga hälso- och sjukvårdsorganisationen. Att detta skulle ske går dock inte att förutse och kommittén anser därför att det är svårt att dra konkreta slutsatser om för- och nackdelar ur ett medarbetarperspektiv.

3.3 Kommitténs svar på direktivets frågor om statligt huvudmannaskap

Direktivet till kommitténs uppdrag innehåller ett antal frågor om hur ansvaret för olika uppgifter och områden kan fördelas och utformas om en reform med ett statligt huvudmannaskap genomförs. Kommittén har diskuterat dessa frågor under utredningsarbetet, bland annat utifrån sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap som redovisas närmare i betänkandets volym 2.

Fokus i det underlaget ligger på helt statligt huvudmannaskap men resonemangen kan i flera fall tillämpas även på delvis statligt huvudmannaskap.

Direktivets utgångspunkt är att en huvudmannaskapsreform, helt eller delvis, ska utredas och att en genomförandeplan ska tas fram. Som framgått av föregående avsnitt finns det inte parlamentariskt stöd för en sådan reform. I det följande återges därför en sammanfattning av hur kommittén hanterat de särskilda frågorna i direktivet.

I utredningsarbetet har kommittén analyserat begreppet *huvudmannaskap* och därefter formulerat fyra övergripande ansvarsbegrepp. Detta sätt att resonera om huvudmannaskap har såväl kommittén och expertgruppen som många intressenter ställt sig bakom och det har skapat ett gemensamt sätt att resonera om frågorna.

Ett grundläggande syfte med kommitténs uppdrag är att ta fram ett *beslutsunderlag*. Kommittén menar att kvalificeringen av begreppet huvudmannaskap i kombination med valet av scenarioanalys som metod har lagt grunden för ett analysramverk. Med hjälp av detta ramverk beskrivs och analyseras scenarier för olika former av statligt huvudmannaskap och för- och nackdelar med olika ansvarsfördelningar identifieras. Vidare beskrivs tänkbara sätt att genomföra de reformer som scenarierna beskriver samt vad för ytterligare utredningar som behöver tillsättas. Detta är underlag som förutom att tillföra ny kunskap i de här frågorna och ett samlat sätt att resonera om dem också kan utgöra grund för eventuella kommande beslut om åtgärder.

En fråga som aktualiseras vid en huvudmannaskapsreform gäller *modeller för finansiering och resursfördelning.* Kommittén för i betänkandet övergripande resonemang om vikten av att utforma och implementera nya nationella modeller för resursfördelning i ett helt statligt huvudmannaskap. Ytterligare underlag med övergripande beskrivningar redovisas, till exempel i form av simuleringar av sådana modeller, exempel från andra länder och möjlig utformning av finansieringsmodeller.

Fördelning av *utbildnings- och forskningsansvaret* nämns i direktivet. Kommitténs utgångspunkt är att lärosätenas ansvar för forskning och utbildning i ett statligt huvudmannaskap förutsätts vara oförändrat jämfört med i dag. Detsamma gäller det utbildningsansvar som faller på vårdgivare och de ansvarsbestämmelser som

avser utförande av forskning. Det ansvar som i dag faller på hälso- och sjukvårdens huvudmän när det gäller forskning, utbildning och fortbildning kan vid ett helt statligt huvudmannaskap tillfalla den statliga myndighetsorganisation som behövs för ansvaret att tillhandahålla hälso- och sjukvård. Vid ett helt statligt huvudmannaskap får staten ett samlat ansvar för forskning, utveckling, utbildning och innovation i hälso- och sjukvården. Staten får också det samlade ansvaret för kunskapsstyrningen. Det finns flera olika möjligheter för hur ett sådant nationellt systemansvar kan organiseras och detta skulle behöva ses över särskilt.

Direktivet nämner *arbetsgivaransvaret* som en särskild fråga. Kommittén har resonerat i termer av att staten kommer att vara arbetsgivare i den utsträckning staten också har verksamhetsansvaret, inom såväl ett helt som ett delvis statligt huvudmannaskap. Många anställda kommer att beröras, särskilt med ett helt statligt huvudmannaskap. De rättsliga aspekterna på arbetsgivarfrågor, arbetsmiljöfrågor, verksamhetsövergångar, pensionsfrågor och arbetsrätt i stort har beskrivits.

Om ett statligt huvudmannaskap införs aktualiseras frågan om en statlig *myndighetsorganisation och dimensioneringen* av den. Som framgår av sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap i betänkandets volym 2 beskrivs för varje scenario en tänkbar myndighetsorganisation, där det bedömts att en sådan behövs. För det helt statliga huvudmannaskapet finns mer ingående beskrivningar och organisationsskisser, baserat på en geografisk indelning av myndighetsorganisationen utifrån de sex sjukvårdsregionerna. Dimensionering och kostnader har inte beskrivits annat än översiktligt. Detsamma gäller utformningen av befintliga myndigheters uppdrag och roller.

Ett område som behöver hanteras vid en eventuell huvudmannaskapsreform är *fastigheter och vårdinfrastruktur*. Komplexiteten i och omfattningen av frågor kopplade till fastigheter och vårdinfrastruktur samt utrustning och andra tillgångar beskrivs och hänvisning görs till tidigare utredningar i frågan inom hälso- och sjukvården samt till andra utredningar inom försvarsområdet. De rättsliga aspekterna på överlåtelse av fastigheter och andra tillgångar har beskrivits, främst avseende helt statligt huvudmannaskap men resonemangen kan i flera fall tillämpas även på ett delvis statligt huvudmannaskap. Även digital infrastruktur beskrivs utifrån dessa aspekter.

Samverkan mellan regioner, kommuner, statliga myndigheter, patientorganisationer och civilsamhälle samt med kommunal hälso- och sjukvård och tandvård i ett statligt huvudmannaskap beskrivs översiktligt. Detsamma gäller *regionernas övriga uppdrag*. I sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap i betänkandets volym 2 beskrivs samtliga verksamheter som regionerna ansvarar för i dag utöver hälso- och sjukvård utifrån lagstiftning, finansiering och omfattning. En övergripande uppskattning av konsekvenserna för dessa områden av en huvudmannaskapsförändring görs också.

Direktivet pekar ut *minskad detaljstyrning och minskad administrativ börda* som särskilda frågor. Begreppet styrning och statens styrning av hälso- och sjukvården behandlas utifrån flera perspektiv. Begreppen administration och administrativ börda problematiseras utifrån forskningsläget i en underlagsrapport från forskare vid Förvaltningsakademin. Perspektivet om ansvar för frågor om *beredskap och säkerhet* behandlas också översiktligt.

Slutligen ska kommittén enligt direktivet redovisa *genomförandeplaner* och *konsekvensanalyser* för det som blir kommitténs förslag. Som tidigare nämnts har kommittén presenterat översiktliga genomförandeplaner inklusive bedömningar av utredningar som behöver tillsättas, med särskilt fokus på det helt statliga huvudmannaskapet. Sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap i betänkandets volym 2 är till stora delar en övergripande konsekvensanalys, där konsekvenser av förändrat huvudmannaskap beskrivs och analyseras inom flera områden och för olika målgrupper (patienter, invånare, medarbetare), men på ett övergripande plan. Konsekvenser för kommuner, statliga myndigheter inklusive Regeringskansliet, riksdag och regering skisseras också.

3.4 Kommitténs bedömning av ett utökat statligt ansvar för hälso- och sjukvården

Kommittén har tidigare i kapitel 2 konstaterat att statens ansvar för och styrning av hälso- och sjukvården behöver stärkas jämfört med i dag för att bättre kunna hantera de problem som identifierats och de utmaningar som vården står inför.

I föregående avsnitt har kommittén redovisat sina bedömningar av ett helt respektive delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Utöver ett helt eller ett delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården har kommittén också undersökt om de önskade vinsterna och effekterna kan uppnås med hjälp av andra förändringar av ansvarsfördelningen mellan staten och regionerna liksom statens styrning av hälso- och sjukvården.

Kommittén har under utredningsarbetet formulerat fyra övergripande ansvarsbegrepp för att ringa in det ansvar som en huvudman för hälso- och sjukvård har; systemansvar, finansieringsansvar, tillhandahållaransvar och verksamhetsansvar. Kärnan i huvudmannaskapet är tillhandahållaransvaret. Kommitténs uppfattning är därmed att ett statligt huvudmannaskap innebär att ansvaret att tillhandahålla hälso- och sjukvård till invånarna flyttas från regionerna till staten, helt och hållet eller för delar av vården.

Kommittén bedömer att det är möjligt att förändra ansvarsfördelningen mellan regionerna och staten på andra sätt än genom att överföra huvudmannaskapet/tillhandahållaransvaret till staten. Det är till exempel möjligt för staten att ta ett större systemansvar. Det innebär att utöka ansvaret för att styra innehållet i, samt utformningen och uppföljningen av, en verksamhet som regionerna tillhandahåller. Det är också möjligt för staten att ta ett större finansieringsansvar, i form av att i större utsträckning eller fullt ut finansiera en verksamhet, en funktion eller ett vårdområde som regionerna tillhandahåller. Om staten utökar sitt ansvar på de här sätten innebär det också att staten både kan och behöver stärka sin styrning inom de områden där ansvaret utökats. Det som avses här är utifrån de fyra övergripande ansvarsbegreppen inte en förändring av huvudmannaskapet men en tydlig förändring av ansvarsfördelningen i riktning mot staten.

Staten kan också utveckla och stärka sin styrning av hälso- och sjukvården utan att ansvarsfördelningen mellan staten och regionerna förändras. Det kan handla om vilken typ av styrning som används och hur olika styrmedel utformas.

I detta och nästkommande avsnitt återges kommitténs bedömningar och förslag kring utökat statligt ansvar i form av system- och finansieringsansvar inklusive stärkt styrning inom ett antal områden samt en utvecklad och stärkt statlig styrning inom ramen för nuvarande ansvarsfördelning. Bedömningar och förslag i kommande av-

snitt är inte en del av kommitténs huvudsakliga uppdrag om huvudmannaskap, även om insikter och slutsatser till stor del bygger på det underlag som tagits fram under arbetets gång och de diskussioner som förts inom kommittén. Av naturliga skäl har dessa frågor därför inte kunnat ges samma utrymme i utredningsarbetet som frågan om ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap.

Det innebär att alla områden inte har varit föremål för en så grundlig genomlysning som krävs för att kommittén ska kunna lämna väl utvecklade och underbyggda förslag. Förslagen som presenteras i kommande avsnitt berör dessutom områden med en stor komplexitet och där nuvarande ordning ofta är resultatet av flera politiska och rättsliga reformer. Förslagen har därför i stor utsträckning karaktären av inriktningsförslag eller rekommendationer om tillsättande av utredningar. Det finns dock en bred parlamentarisk enighet i kommittén om inriktningen för det fortsatta arbetet mot ökat statligt ansvar och vilka åtgärder som bör ta vid efter att kommittén har överlämnat sitt betänkande.

Kommitténs bedömning: Utredningsarbetet har visat att det finns omotiverade skillnader mellan och inom regionerna i fråga om tillgång till viss vård och behandling. Hälso- och sjukvårdslagens bestämmelse om vård på lika villkor för hela befolkningen behöver uppfyllas bättre än i dag och efterlevnaden av patientlagen behöver stärkas.

Kommittén bedömer att staten bör ta ett utökat ansvar för ett antal områden och frågor i hälso- och sjukvården i syfte att skapa bättre förutsättningar att möta dessa krav.

Områden där staten bör ta ett större ansvar och därmed också stärka sin styrning är kompetensförsörjning, läkemedel, vaccinationer, screening, rättspsykiatrisk vård och luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter. Detta innebär ett betydande statligt ansvar och en väsentligt ökad statlig styrning och kontroll inom dessa delar av hälso- och sjukvården.

3.4.1 Skälen för kommitténs bedömning

Kommittén anser att det nationella perspektivet på hälso- och sjukvården behöver stärkas. Kommittén bedömer att staten är den aktör som har bäst förutsättningar att tillgodose och samordna det nationella perspektivet och att staten behöver ta en mer framträdande roll och ett större ansvar än hittills i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Utredningsarbetet har visat att detta kan genomföras på fler sätt än genom att flytta huvudmannaskapet från regionerna till staten.

Områden för utökat statligt ansvar

Kommittén ser att en utveckling i ovan nämnda riktning kan påbörjas genom att staten tar ett utökat ansvar inom följande områden:

- Kompetensförsörjning.
- Läkemedel.
- Vaccinationer.
- Screening.
- Rättspsykiatrisk vård.
- Luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter.

Kommittén anser att ett utökat statligt ansvar och stärkt styrning inom dessa områden är motiverat av flera skäl. Kommittén ser dels behov av ökad nationell samordning, dels behov av en mer hållbar och jämlik finansiering och en mer effektiv styrning. Dessa områden är sinsemellan olika i många avseenden och kommer behöva hanteras på olika sätt vid en organisering av statligt system- och finansieringsansvar. En gemensam nämnare för dessa områden är att kommittén har identifierat dessa som lämpliga för ett utökat statligt ansvar och stärkt statlig styrning.

Utredningsarbetet har visat att en centraliserad beslutsstruktur är att föredra för verksamheter där behovet av lokal anpassning inte är stort, där det finns fördelar med att verksamheten bedrivs på samma sätt överallt i landet och där det finns stordriftsfördelar att hämta. Kommitténs bedömning är att de sex områdena i punktlis-

tan ovan är sådana verksamheter och frågor som behöver en starkare nationell styrning och samordning.

Kommittén anser att läkemedel, vaccinationer och screening bör beslutas, styras, utvärderas och sedan erbjudas nationellt men tillhandahållas av regionerna. Erbjudandet om vaccination eller screening baseras oftare på fysiologiska faktorer hos grupper av individer, såsom ålder, än på geografiskt avgränsade sjukdomstillstånd. Detta gäller generellt även för annan vård men kommitténs uppfattning är att vaccinationer, screening och läkemedel är delar av hälso- och sjukvården som är enklare att avgränsa från en vårdkedja och där befolkningen förväntar sig ett likvärdigt utbud. Anpassningen till lokala preferenser är inte lika påtaglig inom dessa områden som inom andra delar av hälso- och sjukvården. Därför bör vaccination och screening beslutas nationellt och erbjudas likvärdigt till hela befolkningen. Kommittén bedömer att ett utökat statligt system- och finansieringsansvar kan stärka förutsättningarna att komma till rätta med omotiverad geografisk ojämlikhet i tillgång till läkemedel, screening och vaccinationer.

Utökat statligt ansvar ger nya förutsättningar för stärkt styrning

Kommittén konstaterar att med ett förändrat och utökat statligt ansvar i denna riktning följer också en annan och mer direkt form av statlig styrning av hälso- och sjukvården. En grundläggande skillnad är att staten då kan stärka sin styrning i kraft av att staten har ett större systemansvar och i större utsträckning finansierar ett område eller en verksamhet.

Staten får som ansvarig för dessa delar inom hälso- och sjukvårdssystemet därför incitament att utveckla sin styrning mer mot styrmedel som staten har rådighet över; lagstiftning, uppföljning, tillsyn och kontroll. Kommittén ser detta som en både nödvändig och viktig förskjutning av fokus i statens styrning av hälso- och sjukvården.

Ny strategisk inriktning genom en förändrad ansvarsfördelning

Det som kommittén skisserar här innebär en ny inriktning för relationerna mellan staten och regionerna i hälso- och sjukvårdsfrågor. Det medför en betydande utökning av statens ansvar inom hälso-

och sjukvårdssystemet men också en förändrad maktbalans i samhällsorganisationen.

Ett utökat systemansvar innebär bland annat ett tydligare ansvar för staten att styra och att utforma och genomföra uppföljning, utvärdering och tillsyn i ett patientperspektiv. Detta ger bättre möjligheter för staten att kunna utkräva ansvar från huvudmännen för hur beslutade mål och intentioner i lagstiftning efterlevs när staten blir en tydligare beställare och ansvarig part gentemot huvudmännen. För invånarna kommer det politiska ansvarsutkrävandet att genomföras så som i dag. Statens utökade ansvar kan också innebära att staten tar ett samlat ansvar för vissa systemövergripande funktioner och avsättandet av ekonomiska resurser som i dag finns och görs hos huvudmännen.

Ett utökat finansieringsansvar innebär att staten i högre grad än i dag (eller fullt ut) tar ansvar för finansiering av hälso- och sjukvården och för hur de ekonomiska resurserna inom dessa områden fördelas över landet.

Sammantaget innebär kommitténs förslag en omfattande förändring av ansvarsfördelningen mellan regionerna och staten. Här noteras att regionernas självbestämmande kommer att minska i den mån staten tar över hela eller delar av system- och finansieringsansvaren. Det som kommittén presenterar nedan ställer också betydligt högre krav på staten i flera avseenden, till exempel på regeringen och Regeringskansliet att utöva en mer samordnad styrning av myndigheterna inom hälso- och sjukvårdsområdet men också på myndigheterna vars olika uppdrag ökar i omfattning.

I följande avsnitt presenterar kommittén mer ingående sina bedömningar av, och förslag om, hur statens ansvar för olika delar av hälso- och sjukvården kan utökas och stärkas. I avsnitt 3.6 redovisas kommitténs bedömning av vilka konsekvenser kommitténs förslag kan väntas få.

3.4.2 Kompetensförsörjning

Kommitténs bedömning: Kompetensförsörjningen av både dagens och framtidens hälso- och sjukvård är en av de största hållbarhetsutmaningarna för hälso- och sjukvårdsystemet. I dag ansvarar varje region för att tillhandahålla utbildningsplatser uti-

från egna snarare än gemensamma nationella behov, vilket inte bidrar till ett effektivt system. Kommittén ser därför behov av en ökad nationell samordning och dimensionering i utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal där varje huvudman tydligare behöver bidra till det samlade nationella behovet av hälso- och sjukvårdspersonal.

Frågan om kompetensförsörjningen är komplex och så också problembilden. Det betyder att det inte finns en enkel åtgärd eller lösning att pröva. Mot bakgrund av kompetensförsörjningens vikt för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem måste frågan prioriteras, pågående utvecklingsarbeten utvärderas och föreslagna insatser som har bred förankring hos hälso- och sjukvårdsaktörerna genomföras. Vårdpersonalens arbetsmiljö spelar en stor roll i fråga om rekrytering. Arbetsmiljön måste förbättras.

Kommitténs förslag: Staten bör ta ett utökat ansvar för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Regeringen bör se över de närmare formerna för detta.

Skälen för kommitténs bedömning och förslag

Kompetensförsörjning har inte analyserats som ett scenario för förändrat huvudmannaskap men det är ett område där kommittén sett behov av ett utökat statligt ansvar.

Kompetensförsörjningen av både dagens och framtidens hälso- och sjukvård är en av de största hållbarhetsutmaningarna för hälso- och sjukvårdsystemet. Utmaningen delas med många andra europeiska länder, och även med andra sektorer. Det kommer framöver behöva rekryteras och utbildas ett stort antal personer till hälso- och sjukvården enbart för att bibehålla nuvarande åtagande. Den demografiska, teknologiska och medicinska utvecklingen driver dessutom både ett behov av nya kompetenser och kontinuerlig kompetensutveckling. Denna problembeskrivning delas av hälso- och sjukvårdens olika aktörer (fackförbund, arbetsgivare, patientorganisationer och myndigheter), både enligt tidigare publicerade rapporter och enligt den egna kvalitativa datainsamling som genomförts under kommitténs arbete.

Nuvarande ansvarsfördelning

Utifrån nuvarande lagfästa bestämmelser är regioner och kommuner ansvariga för att den hälso- och sjukvård som erbjuds befolkningen är god och patientsäker. I dessa krav ingår att det finns tillgång till personal i förhållande till de arbetsuppgifter som ska utföras. Staten å sin sida ansvarar dels för myndigheterna universitet och högskolor, dels för att kontrollera att regioner och kommuner följer de lagar och bestämmelser som gäller för till exempel hälso- och sjukvårdspersonalens arbetsmiljö.

Bristen på personal beror på flera olika samverkande faktorer. För få utbildningsplatser, brist på platser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) för hälso- och sjukvårdspersonal samt tjänster för allmäntjänstgöring, bastjänstgöring och specialisttjänstgöring (AT-tjänster, BT-tjänster och ST-tjänster), hög konkurrens från andra arbetsgivare, pensionsavgångar, bristande arbetsmiljö och ökade vårdbehov hos befolkningen är några sådana faktorer. Försörjningskvoten, det vill säga hur många personer det finns utanför den arbetsföra befolkningen jämfört med personer i arbetsför ålder, och även kompetensbehoven skiljer sig åt. Utredningsarbetet har visat att det finns väsentliga skillnader mellan olika delar av landet när det gäller förutsättningar för kompetensförsörjning och karaktären på utmaningarna kopplat till kompetensförsörjning.

Vidare innebär det delade ansvaret inom kompetensförsörjningsområdet att ingen enskild aktör har förutsättningar eller resurser för att ta ansvar för helheten på lång sikt, vilket ställer höga krav på samverkan. Sjukvårdshuvudmännen planerar i huvudsak utifrån det egna behovet vilket visar på en inneboende målkonflikt i systemet och på behovet av en nationellt ansvarig aktör för att åstadkomma en dimensionering utifrån gemensamma behov.

Frågan behöver utredas med inriktning mot ett ökat statligt ansvar

Kompetensförsörjningen av både dagens och framtidens hälso- och sjukvård är en av de största hållbarhetsutmaningarna för hälso- och sjukvårdsystemet. Det är en systemövergripande fråga som behöver planeras och dimensioneras med ett nationellt perspektiv. Samtidigt är frågan om kompetensförsörjningen komplex och så också problembilden. Det betyder att det inte finns en enkel åtgärd eller lösning

att pröva. Mot bakgrund av kompetensförsörjningens vikt för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem måste frågan analyseras vidare med ett tydligt fokus på hur ett ökat statligt ansvarstagande kan konkretiseras.

Kommittén konstaterar att mycket arbete och många initiativ pågår inom kompetensförsörjningsområdet i dag. Det görs både av huvudmännen och i samverkansformer som Nationella vårdkompetensrådet. Regeringen har den 20 mars 2025 uttalat behovet av att stärka det nationella åtagandet för kompetensförsörjningen och gett Socialstyrelsen i uppdrag att fördela och betala ut medel till regionerna för att stimulera till fler AT-tjänster. Socialstyrelsen ska också förstärka det strategiska arbetet med prognoser och dimensionering av läkares utbildningstjänster och samordna dessa ur ett nationellt perspektiv samt stödja regionerna i övergången till en ny utbildningsstruktur för att säkerställa den långsiktiga tillgången till specialistläkare efter vårdbehov.[47] Kommittén har inom ramen för sitt arbete inte haft möjlighet att kartlägga allt arbete som pågår för att stärka kompetensförsörjningen, eller ta ställning till exempelvis förslag som Nationella vårdkompetensrådet har lagt fram.[48]

Frågor som bör analyseras närmare

Några frågor som kommittén utifrån sitt utredningsarbete ser bör undersökas närmare är hur VFU-, AT-, BT- och ST-platser i hälso- och sjukvården kan fördelas över landet utifrån en nationell behovsanalys där alla aktörer, offentliga som privata, bidrar. Kommittén anser också att det bör undersökas närmare vilka åtgärder staten kan vidta för att få fler att utbilda sig till bristyrken i hälso- och sjukvården. Innehållet i hälso- och sjukvårdsutbildningarna behöver vara anpassat till verksamheternas behov och ofta snabba utveckling, så att studenterna får de erfarenheter som behövs i den kliniska verksamheten.

Kommittén ser även att utökad förskrivningsrätt för vissa yrkesgrupper och task-shifting mellan yrkesgrupper kan vara möjliga vägar

[47] Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela och betala ut medel för att öka antalet tjänster för allmäntjänstgöring, dnr S2025/00584.
[48] Nationella vårdkompetensrådet (2025), *Förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning*, slutredovisning inom det ändrade uppdraget att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (S2023/00256).

framöver för att möta kompetensförsörjningsutmaningarna men också för att bidra till en förbättrad arbetsmiljö. Kommittén ser att samarbetet och samordningen mellan olika departement och myndigheter i de här frågorna samt mellan de statliga myndigheterna och huvudmännen kan och behöver förbättras. Även nordiskt samarbete kring utbildning och kompetensutveckling av hälso- och sjukvårdspersonal bör belysas, och i den mån det är möjligt, stärkas.

Arbetsmiljön och systematiskt kvalitetssäkringsarbete är centrala aspekter. Den snabba digitala utvecklingen och hur denna kan påverka utförandet av hälso- och sjukvård kommer med stor sannolikhet leda till behov av kompetensutveckling och innovativa sätt att använda och fördela arbetsuppgifter inom redan befintlig arbetskraft. Det förutsätter också ett gott ledarskap på alla nivåer.

Ovanstående är perspektiv som är viktiga att ha med i det fortsatta utvecklingsarbetet av kompetensförsörjningen av hälso- och sjukvårdspersonal. Beroende på vilka former som regeringen identifierar för statens utökade ansvar för kompetensförsörjningen framöver kan detta få olika budgetkonsekvenser och andra effekter som är viktiga att reda ut.

3.4.3 Läkemedel

Kommitténs bedömning: Kommittén ser flera starka skäl för ett utökat statligt ansvar för läkemedel. Det väcker samtidigt många och svåra frågor kopplat till styrning, finansiering, prioriteringar, forskning och rekommendationer samt inköp av läkemedel.

Kommitténs förslag: En utredning bör tillsättas för att se över hur statens ansvar för läkemedel och särskilt finansieringen och styrningen kan utökas och stärkas. Regeringen bör även på kort sikt vidta åtgärder för att säkerställa en jämlik tillgång till vissa särskilda läkemedelsbehandlingar.

Skälen för kommitténs bedömning och förslag

Läkemedel är ett område som inte analyserats som ett scenario för förändrat huvudmannaskap men där kommittén sett behov av ett utökat statligt ansvar. Kommittén ser utifrån kunskapsunderlaget som tagits fram under utredningsarbetet att det finns omotiverade geografiska skillnader över landet och där patienternas tillgång till läkemedel varierar på ett sätt som är svårt att direkt förklara utifrån medicinska behov. Kommittén menar att det inte är acceptabelt att patienter med samma eller likartade behov inte har samma tillgång till läkemedel beroende på var patienterna bor. Det är inte heller rimligt att patienter inte ska kunna flytta med hänvisning till att de då riskerar att mista sin läkemedelsbehandling.

Kommittén ser utifrån utredningsarbetet att behovet av hälso- och sjukvård på gruppnivå inte skiljer sig mellan regioner, om man kontrollerar för demografi och socioekonomiska faktorer.[49] Detta menar kommittén minskar utrymmet för acceptabla regionala variationer, exempelvis gällande tillgång till läkemedel. Det finns i dag, med några få undantag, inte heller sjukdomar som konsekvent över tid existerar och drabbar en större del av befolkningen i enbart en eller några regioner i Sverige. Sällsynta hälsotillstånd kan uppstå var och när som helst.

Nuvarande ansvarsfördelning

Kommittén har i beskrivningarna av nuvarande ansvarsfördelning utgått från underlag som samlats in under utredningsarbetet samt från myndighetsrapporter och betänkanden från tidigare utredningar. Hur ansvarsfördelningen för läkemedel ska se ut har över tid varit föremål för flera utredningar och myndighetsuppdrag.

Den nuvarande ansvarsfördelningen inom läkemedelsområdet har gällt sedan 1998. Då överfördes kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen från sjukförsäkringen (staten) till sjukvårdshuvudmännen (dåvarande landstingen, numera regionerna). Avsikten var att finansieringen under en övergångsperiod skulle ske genom ett

[49] Mer information finns i underlagsrapporten *Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård* som docent Åsa Hansson, Lunds universitet och Ratio, tagit fram på uppdrag av kommittén. Rapporten återfinns i betänkandets volym 2.

särskilt statsbidrag men den tillfälliga lösningen gäller fortfarande.[50] I dag betalas 82 procent av läkemedelskostnaderna inom förmånerna (förmånsläkemedel) av offentliga medel och 18 procent av patienterna själva.[51] Rekvisitionsläkemedel finansieras i dag av regionerna.[52] I överenskommelsen mellan staten och regionerna om det riktade statsbidraget för förmånsläkemedel ingår också en modell för solidarisk finansiering, som innebär att en del av läkemedelsbidraget kan omfördelas mellan regionerna för att täcka skillnader i behov för de läkemedel som ingår i modellen.[53] En stor andel av kostnaden för läkemedel som förskrivs enligt smittskyddslagen täcks också av staten. Läkemedelsutredningen beskrev att den rådande komplexiteten kring hur läkemedel finansieras till stor del är en följd av den förhandlingsordning som har pågått sedan 1998.[54]

Kommittén konstaterar att i dag är finansieringsansvaret för läkemedel i praktiken delat mellan staten, regionerna och patienterna. Förskrivningsläkemedel och förbrukningsartiklar som ingår i läkemedelsförmånerna, så kallade förmånsläkemedel, finansieras i praktiken av staten genom statsbidraget till kommuner och regioner för kostnader för läkemedelsförmånerna. Det bör sägas att om regionernas kostnader för läkemedel blir högre än statsbidraget så står respektive region själv för denna kostnad och omvänt, om kostnaderna blir mindre än bidraget kan regionen använda överskottet till annat.

Kommittén menar att även systemansvaret kan beskrivas som delat mellan staten och regionerna. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) beslutar om vilka läkemedel och förbrukningsartiklar som ska subventionernas och ingå i högkostnadsskydden. TLV utövar tillsyn och granskar aktörerna på läkemedels- och apotekmarknaden och har flera regeringsuppdrag om analys och ut-

[50] SOU 2018:89, *Tydligare ansvar och regler för läkemedel*, slutbetänkande av Läkemedelsutredningen.
[51] Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV (2024), *Kostnadsutveckling och långsiktigt hållbar finansiering av läkemedel – Utveckling av läkemedelskostnaderna och TLV:s arbete med kostnadsdämpande åtgärder år 2023–2024.*
[52] Förmånsläkemedel syftar på de läkemedel som omfattas av högkostnadsskyddet och som staten subventionerar genom en årlig kostnadsersättning till regionerna. Rekvisitionsläkemedel är de läkemedel som tillhandahålls av sjukhusapotek och som ordineras och administreras inom hälso- och sjukvården utan receptförskrivning.
[53] Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (2023), *Statens bidrag till regionerna för kostnader för läkemedelsförmånerna m.m. 2024* Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.
[54] SOU 2017:87, *Finansiering, subvention och prissättning av läkemedel – en balansakt*, delbetänkande av Läkemedelsutredningen.

veckling. Läkemedelsverket godkänner och övervakar läkemedel samt kliniska prövningar. Regionerna samverkar inom en samverkansmodell för läkemedel, i en nationell process för införande, kunskapsunderlag, förhandling, rekommendationer och uppföljning. Samverkansmodellen[55] avser rekvisitionsläkemedel och förbrukningsartiklar i sluten vården och är en del av det nationella systemet för kunskapsstyrning och inkluderar funktionerna Rådet för nya terapier (NT-rådet), Livscykelfunktionen, Marknadsfunktionen, samarbetsorganet för läkemedelskommittéerna (LOK) och ett kansli på Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

NT-rådet består av experter från regionerna, med en ledamot för varje sjukvårdsregion. NT-rådet beslutar om ett nytt läkemedel, eller en ny indikation för ett befintligt läkemedel, ska ingå i den nationella processen för ordnat införande, eller hanteras i respektive region. När nationell samverkan beslutas beställer NT-rådet en hälsoekonomisk värdering från TLV. Baserat på underlag från TLV ger NT-rådet sedan en rekommendation till regionerna om användningen av nya läkemedel.

När förhandling och rekommendation skett inom ramen för samverkansmodellen kan alla regioner teckna egna avtal med företaget. Regionerna kan även upphandla rekvisitionsläkemedel gemensamt.[56] Det är upp till varje region att besluta om vilka patienter som ska få vilka läkemedel, om behandling ska erbjudas och i vilket skede. Hur sådana beslut fattas varierar enligt TLV mellan regioner och mellan behandlingar. Ofta har enskilda kliniker eller vårdverksamheter budgetansvar för den behandling som ordineras och beslut om att starta behandling fattas i samråd med patienten efter bedömning av ansvarig läkare, efter ett övergripande prioriteringsbeslut av verksamhetschef om det rör sig om en kostsam behandling. I vissa fall finns samordning genom regionala eller nationella behandlingsriktlinjer från expertgrupper. I vissa regioner fattas beslut om att introducera en ny läkemedelsbehandling efter ett beslut på regionnivå, exempelvis genom regionens läkemedelskommitté.[57]

[55] Sveriges Kommuner och Regioner (2024), Regionernas samverkansmodell för läkemedel. Information på hemsidan.
[56] Sveriges Kommuner och Regioner (2024), Regionernas samverkansmodell för läkemedel. Information på hemsidan.
[57] Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV (2023), *Stärkt tillgång till läkemedel vid sällsynta hälsotillstånd – till långsiktigt hållbara läkemedelskostnader. Rapport från regeringsuppdrag*, september 2023.

Enligt lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer ska det i varje region finnas en eller flera läkemedelskommittéer, med företrädare för farmaceutisk och medicinsk expertis. Läkemedelskommittéerna ska genom rekommendationer till hälso- och sjukvårdspersonalen eller på annat lämpligt sätt verka för en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning inom regionen, i enlighet med prioriteringsprinciperna i den etiska plattformen i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Det bör sägas att till skillnad från NT-rådet har läkemedelskommittéerna ett brett arbetsfält och rekommendationerna från läkemedelskommittéerna fokuserar i hög grad på läkemedel som erbjuds brett inom särskilt primärvården.

Resultat från kommitténs kvalitativa datainsamling

I utredningsarbetet har patientföreningar genom den öppna konsultationen påtalat behovet de ser av ökad statlig styrning för att både öka kostnadseffektiviteten och ge bättre förutsättningar för en mer jämlik tillgång till nya läkemedel, särläkemedel, behandlingar och medicinteknisk utrustning. Patientföreningar har vidare betonat vikten av att patienter medverkar i kliniska prövningar och att antalet kliniska läkemedelsprövningar för barn behöver öka. Nuvarande ansvarsfördelning beskrivs som försvårande för personer med sällsynta hälsotillstånd, i termer av tillgång till den avancerade diagnostik och behandling som behövs och där regiongränser sätter hinder för patientrörlighet och kunskapsflöde.[58]

Företag och organisationer inom läkemedelsområdet[59] har i sina svar på den öppna konsultationen också pekat på nuvarande ansvarsfördelning som ett hinder för att öka jämlikheten, särskilt utifrån att ansvaret för styrning och finansiering i dag är delat mellan staten och regionerna. Vidare betonas problem med att det tar lång tid för nya läkemedel att nå patienterna, att det saknas en ändamålsenlig nationell process för tillgängliggörande efter EMA-godkännande[60] och att många steg på regional nivå krävs för att ett godkänt läke-

[58] De patientföreningar som berörde läkemedel i sina inspel i den öppna konsultationen var Barncancerfonden, Diabetes Stockholm, Funktionsrätt Sverige, HIV Sverige, Neuroförbundet, Riksförbundet för sällsynta diagnoser och All Can Sverige.
[59] De företag och organisationer inom läkemedelsområdet som lämnat svar på den öppna konsultationen är LiF, Astra Zeneca,/Alexion, Merck, Sharp & Dome, GSK Sverige, Bristol Meyers Squibb, , Amgen Sverige, Roche Sverige, Kommissionen för innovativa särläkemedel, Oracle, Swedish Medtech och TechSverige.
[60] European Medicines Agency.

medel ska nå patienterna. Det beskrivs också som ett problem att förmånsläkemedel och rekvisitionsläkemedel i dag hanteras i två olika system. Svaren på den öppna konsultationen pekar också på frågan om kliniska läkemedelsprövningar och påtalar behovet av att genomföra förslaget om det nationella partnerskapet SweTrial samt de övriga förslagen i utredningen om stärkta förutsättningar för kliniska prövningar (Ds 2023:8).

Ett annat tema som lyfts är beredskapsperspektivet och en risk för bristsituationer kopplat till det delade och decentraliserade ansvaret för hälso- och sjukvården. Även utvecklingsbehov och förutsättningar för precisionsmedicin beskrivs. Det regionala ansvaret beskrivs till exempel skapa flaskhalsar där diagnosverktyg och personal varken är lokalt eller geografiskt optimalt fördelade eller anpassade efter de behov som patienter och verksamheter har. I flera av företagens inspel beskrivs ett behov av ökad statlig styrning och finansiering av läkemedel.

Ansvarsfördelningen mellan regioner och stat behöver förändras

Kommittén ser att läkemedel är ett område som utvecklas snabbt och som kommer ge patienterna en ännu bättre och mer effektiv vård framöver. Men ansvarsfördelningen mellan regionerna och staten behöver förändras. Skälen för kommitténs bedömning är behov av ökad jämlikhet, läkemedels betydelse för samhällets utveckling och behov av ökad kostnadskontroll.

Kommittén menar att patienterna behöver en mer jämlik tillgång till läkemedel över landet. När behoven hos patienter inte skiljer sig åt mellan eller inom regioner och det inte finns uttalat regionalt avgränsade sjukdomar ser kommittén starka skäl för att det inte heller bör finnas regionala variationer i patienters tillgänglighet till läkemedel.[61]

Läkemedel är också en central del i utvecklingen inom life science, vilket i sin tur är viktigt för utvecklingen av samhällsekonomin, forskningen, företagandet och Sverige som ett attraktivt och

[61] Det finns några ärftliga sjukdomar som främst är koncentrerade till vissa delar av landet, såsom Vittangisjukan och Skellefteåsjukan. Det finns också virussjukdomar som främst existerar i vissa delar av landet, som exempelvis Ockelbosjukan som sprids via myggor. Klimatförändringar såsom temperaturökningar och extrema väderhändelser i form av värmeböljor, torka och översvämningar beräknas påverka regionerna i olika stor omfattning vilket i sin tur kan skapa regionala skillnader i behov av hälso- och sjukvård.

konkurrenskraftigt land för företag. Det här är frågor som de företag och organisationer inom läkemedelsområdet som besvarat den öppna konsultationen också framfört. I svaren kan utläsas att utvecklingen inom läkemedelsområdet är en källa till effektivisering i hälso- och sjukvården med bredare samhällsekonomiska vinster som ligger utanför hälso- och sjukvården och att det därför finns potential i att sammanföra ansvaret för läkemedel med ansvaret för forskning, life science och samhällsekonomi. Inspelen beskriver också på olika sätt att företagen har svårt att verka i Sverige på grund av ansvarsfördelningen och organisationen.

Läkemedel är ett område med höga och ökande kostnader. Kostnaderna för förmåns- och smittskyddsläkemedel har till exempel ökat med i genomsnitt fem procent årligen de senaste tio åren och kommande år väntas ökningen bli ännu större, bland annat på grund av lanseringar av nya läkemedel som riktar sig till och efterfrågas av ett stort antal patienter.[62] I budgetpropositionen för 2025 beskrev regeringen att denna utveckling har påverkats av en rad faktorer, bland annat introduktionen av nya innovativa läkemedel, en åldrande befolkning samt utmaningar med rest- och bristsituationer.[63] Under 2023 uppgick de totala kostnaderna för läkemedel till 64 miljarder kronor, varav kostnader för receptbelagda läkemedel inom förmånerna uppgick till knappt 41 miljarder och kostnader för smittskyddsläkemedel (inom och utom förmån) uppgick till 1,3 miljarder. Kostnaderna inom förmånerna ökade med nästan fyra miljarder kronor (elva procent) mellan år 2022 och 2023. Socialstyrelsens prognoser pekar på att kostnaderna för förmånsläkemedel kommer att öka till 44,2 miljarder kronor 2026 och till 46,9 miljarder kronor 2027.[64]

Kostnaderna för rekvisitionsläkemedel uppgick enligt TLV till 14,1 miljarder kronor under 2023 (12 procent högre än år 2022).[65] Socialstyrelsens prognoser pekar på att kostnaderna för rekvisitionsläkemedel väntas öka från 13,4 miljarder kronor 2023 till 18,2 miljarder kronor 2027. Det är främst läkemedel för tumörer och rubb-

[62] Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV (2024), *Kostnadsutveckling och långsiktigt hållbar finansiering av läkemedel – Utveckling av läkemedelskostnaderna och TLV:s arbete med kostnadsdämpande åtgärder år 2023–2024.*
[63] Prop. 2024/25:1, *Budgetpropositionen för 2025*, Utgiftsområde 9.
[64] Socialstyrelsen (2024), *Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2024–2027*, s. 5.
[65] Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV (2024), *Kostnadsutveckling och långsiktigt hållbar finansiering av läkemedel – Utveckling av läkemedelskostnaderna* och TLV:s arbete med kostnadsdämpande åtgärder år 2023–2024.

ningar i immunsystemet som driver kostnadsutvecklingen bland rekvisitionsläkemedel, vilket tros fortsätta under prognosperioden. Kostnaden för dessa läkemedel motsvarade mer än hälften av den totala kostnaden 2023.[66] Överenskommelsen mellan staten och regionerna för 2024 innebär att statens bidrag till regionerna för deras kostnader 2024 uppgår till 38,43 miljarder kronor. Under 2025 är anslaget utökat med 6,14 miljarder kronor till 41,09 miljarder kronor.[67]

I utredningsunderlaget, särskilt i svar på den öppna konsultationen och vid genomförda möten med intressenter, framhålls att staten är den aktör som har bäst förutsättningar att ha helhetsperspektivet när det gäller samhällsekonomiska vinster och vinster av en förbättrad hälsa i alla samhällssektorer och att staten därför bör ha ansvaret för styrning och finansiering av läkemedelsbehandlingar. Kommittén delar dessa uppfattningar och anser även att detta bör gälla framtida beslut om nya läkemedel mot folksjukdomar som till exempel obesitas och Alzheimers.

I docent Åsa Hanssons underlagsrapport till kommittén (återfinns i betänkandets volym 2) återges perspektiv från försäkringsteori. Utgångspunkten är att mycket av offentlig välfärd är av försäkringsnatur och skyddar mot olika risker som kan uppstå i livet, så som arbetslöshet, fattigdom och sjukdom. Den teoretiska utgångspunkten i rapporten är att centralisering av offentlig välfärd innebär bättre riskspridning. Mer konkret innebär det att om dessa risker drabbar olika delar av befolkningen och eller olika delar av landet vid olika tidpunkter men samtidigt inte alltid samma region är det gynnsamt att sprida riskerna på en så stor del av befolkningen som möjligt. Riskerna bör då hellre spridas över befolkningen i hela landet än över befolkningen i en region. Om hälsorisker drabbar olika delar av landet asymmetriskt i tid men symmetriskt över tiden talar det enligt forskarrapporten för att en centralisering skulle sprida riskerna och därmed minska kostnaderna.[68]

Kommittén ser komplexiteten och omfattningen av läkemedelsområdet men också de stora möjliga jämlikhetsvinsterna för patien-

[66] Socialstyrelsen (2024), *Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2024–2027*, s. 8 f.
[67] Prop. 2024/25:1, *Budgetpropositionen för 2025*, Utgiftsområde 9.
[68] Hansson, Å. (2024), Lunds universitet och Ratio, underlagsrapport till Vårdansvarskommittén, *Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård.*

terna och de samhällsekonomiska vinsterna för Sverige som nya och förbättrade läkemedel kan innebära.

Det finns analyser, där den tidigare Läkemedelsutredningen är ett exempel, som pekar på att ett helt statligt finansieringsansvar har risker. Att regionerna, och inte staten, ska ha system- och finansieringsansvar för läkemedel kan motiveras utifrån kostnadskontroll och vikten av att hålla ihop hela ansvaret för hälso- och sjukvårdens styrning och finansiering hos huvudmännen. Regeringen har i budgetpropositionen för 2025 aviserat en ny utredning med inriktningen att inordna det särskilda statsbidraget för läkemedel i det generella statsbidraget. Kommitténs utredningsarbete har samtidigt visat att det finns behov av en ökad statlig finansiering och styrning och/eller nationell samordning inom läkemedelsområdet samt bättre uppföljning och kostnadskontroll som har lyfts från flera olika aktörer inom området (exempelvis patientföreningar samt företag och organisationer inom läkemedelsområdet) och det har även identifierats av TLV.[69]

Kommittén ser att de olika riktningarna motiveras med olika argument. Att överföra det särskilda statsbidraget för läkemedel till det generella statsbidraget motiveras oftast utifrån behov av ökad kostnadskontroll och vikten av att hålla ihop hela ansvaret för hälso- och sjukvårdens styrning, prioriteringar och finansiering. Argumenten för ett utökat statligt ansvar för finansiering och styrning motiveras oftast utifrån ökad jämlikhet och effektivitet i införande av nya läkemedel, men också effektivitetsargument utifrån läkemedelsutvecklingens bredare samhällsekonomiska vinster, företagens förutsättningar och områdets betydelse för forskning, utveckling och konkurrenskraft. Även beredskapsperspektivet och förmåga till nationell planering, inköp och lagerhållning av läkemedel har förts fram i utredningsarbetet som argument för utökat statligt ansvar. Kommittén förordar ett utökat statligt ansvar för finansiering och styrning av läkemedel.

[69] Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV (2024), *Kostnadsutveckling och långsiktigt hållbar finansiering av läkemedel – Utveckling av läkemedelskostnaderna och TLV:s arbete med kostnadsdämpande åtgärder år 2023–2024.*

Kommitténs bedömning av en förändrad ansvarsfördelning

Kommittén menar att argumenten för ett utökat statligt ansvar för läkemedel är starka och behoven av att staten kan styra mer och mer sammanhållet inom läkemedelsområdet är stora. Tillgången till läkemedel behöver generellt bli mer jämlik över landet och särskilt avseende läkemedel för behandling av sällsynta hälsotillstånd. Regionerna ska inte, som i dag, kunna göra olika prioriteringar och fatta olika beslut om läkemedel. Tillgången till läkemedel ska inte vara beroende av var i landet som patienten bor.

Kommittén anser också att införandet av nya effektiva läkemedel behöver ske på ett mer jämlikt och kostnadseffektivt sätt än i dag för att förbättra för patienterna. Kommittén konstaterar att ett utökat statligt ansvar för läkemedel kan vara positivt för att tillgången till nya läkemedel ska bli mer jämlik över landet. Kommittén vill understryka vikten av att ett utökat statligt ansvar för läkemedel utformas på ett sätt som minskar risken för skeva incitament för såväl regionerna som förskrivarna och på ett sätt som förbättrar förutsättningarna för kostnadskontroll och uppföljning. Det kan i sammanhanget vara viktigt att också stärka det systematiska kvalitetsarbetet i hälso- och sjukvården kopplat till läkemedelsanvändning.

Därutöver ser kommittén att ett utökat statligt ansvar inom läkemedelsområdet är nödvändigt utifrån läkemedelsområdets betydelse för samhällsekonomi, forskning, utveckling och konkurrenskraft, för beredskapsförmågan avseende inköp, lagring och fördelning av läkemedel och för att främja systemeffektiviteten och en bättre användning av de samlade resurserna i vården. Kommittén anser att staten genom ett utökat ansvar också behöver ta ett större och tydligare ansvar för uppföljning inom läkemedelsområdet i ett nationellt perspektiv och att förutsättningarna för ökad kostnadskontroll kan förbättras.

Ett statligt ansvar för finansiering av läkemedel väcker många frågor kopplat till övriga systemet för styrning, prioritering, forskning och rekommendationer samt inköp och upphandling. Läkemedel är en central del av hälso- och sjukvården och ingår i många behandlingar som professionerna gör av patienter i regionerna. Därmed kommer ett utökat statligt ansvar för läkemedel medföra behov av att också se över det nationella och regionala systemet för kunskapsstyrning samt rollerna som NT-rådet och de regionala läke-

medelskommittéerna har i dag när det gäller användning av läkemedel. Läkemedelsområdet är även nära kopplat till förutsättningar för forskning och för kliniska prövningar. Kommittén ser att ett utökat statligt ansvar kan medföra positiva förändringar även i det avseendet, till exempel genom att ett sådant ansvar skapar förutsättningar att samordna och kraftsamla forskningen mer och att öka antalet kliniska prövningar genom exempelvis angivande av nationella mål.

Det har inte varit möjligt för kommittén att inom nuvarande uppdrag och arbete lämna konkreta förslag. Kommitténs samlade bedömning är därför att en utredning bör tillsättas med inriktningen att se över hur statens ansvar för läkemedel inklusive finansiering och styrning av läkemedelsområdet kan utformas. Regeringen bör även på kort sikt vidta åtgärder för att säkerställa en mer jämlik tillgång till vissa särskilda läkemedelsbehandlingar. Med tanke på komplexiteten i frågorna behöver det utredas närmare vilka åtgärder som är möjliga och bäst lämpade att vidta på kort sikt.

Det som kommittén beskriver här skulle om det genomförs innebära en omfattande förändring av ansvarsfördelningen mellan staten och regionerna, även om huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården kvarstår hos regionerna. Staten skulle ta större ansvar för och styra starkare inom ett område som är omfattande i flera dimensioner:

– Läkemedel är en mycket vanlig del av de behandlingar som vårdens professioner ger till patienter. Under 2023 hämtade till exempel drygt två tredjedelar (67 procent) av Sveriges befolkning ut minst ett receptförskrivet läkemedel på apotek.[70]
– Utöver statens nuvarande kostnader för förmånsläkemedel (drygt 41 miljarder kronor 2025) skulle även regionernas nuvarande kostnader för rekvisitionsläkemedel (drygt 13 miljarder kronor) tillföras staten, det vill säga drygt 54 miljarder kronor sammantaget.
– Under 2022 exporterade Sverige läkemedel för 139,4 miljarder kronor.[71]
– Läkemedelsindustrin har omkring 15 000 anställda i Sverige.

[70] Socialstyrelsen (2024), *Statistik om läkemedel 2023*.
[71] Läkemedelsindustriföreningens hemsida om export och import.

– Inom läkemedelsområdet görs forskningsinvesteringar i storleksordningen 10 miljarder kronor årligen.[72]
– Läkemedel är en central del av systemet för kunskapsstyrning, där företrädare för alla regioner ingår och verkar på olika sätt. Ett utökat statligt ansvar kommer att påverka kunskapsstyrningen inklusive NT-rådet och läkemedelskommittéerna på flera sätt. Ett utökat statligt ansvar för läkemedel påverkar således ett stort antal personer, utöver alla de professioner som i sin yrkesutövning hanterar, förskriver och expedierar läkemedel.

3.4.4 Vaccinationer

Kommitténs bedömning: Utredningsarbetet har visat att det finns omotiverade skillnader mellan regionerna i fråga om vilka vaccinationer som erbjuds och till vilken avgift. Kommitténs uppfattning är att tillgången till vaccinationer inte ska vara beroende av var i landet som patienten bor utan vaccinationer ska erbjudas på lika villkor för hela befolkningen. Även skillnader inom regioner behöver utjämnas genom kontinuerlig uppföljning och riktade insatser till grupper där vaccinationstäckningen är lägre.

Kommitténs förslag: Staten bör ta ett utökat ansvar för vaccinationer genom de nationella vaccinationsprogrammen.

Skälen för kommitténs bedömning och förslag

Kommittén har analyserat vaccinationer som ett scenario för delvis statligt huvudmannaskap i avsnitt 3.2 ovan och i sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap (betänkandets volym 2). Kommittén har valt att undersöka vaccinationer vidare utifrån perspektivet utökat statligt ansvar med stärkt statlig styrning.

Vacciner är läkemedel, och omfattas som sådana också av kommitténs bedömningar kring läkemedel i föregående avsnitt. Hur statens system- och finansieringsansvar för vacciner framöver kommer att utformas är därmed till viss del beroende av vilka åtgärder

[72] Läkemedelsindustriföreningens hemsida om läkemedelsbranschen.

som beslutas och vidtas för läkemedelsområdet i stort. Kommittén menar dock att planering av, beslut om och implementering av organiserade vaccinationsinsatser kräver särskilda ställningstaganden vilket motiverar att vaccinationer hanteras och ses över i särskild ordning.

Ansvarsfördelningen mellan regioner och stat behöver förändras

Ett statligt huvudmannaskap för vaccinationer och screening behandlas utförligt i sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap (betänkandets volym 2). Denna analys visar att det finns svårigheter och utmaningar med att separera tillhandahållaransvaret för vaccinationer från tillhandahållaransvaret för annan hälso- och sjukvård, eftersom många vaccinationer sker integrerat i annan hälso- och sjukvård. Kommittén anser dock att det finns skäl för staten att ta ett utökat ansvar för vaccinationer, även om tillhandahållaransvaret fortsatt ska vila på regionerna.

Införandet av vaccinationsprogram på befolkningsnivå har varit en av de enskilt viktigaste insatserna inom folkhälsoområdet och Sverige har sedan länge fler väl fungerande vaccinationsprogram. Staten har i dag system- och finansieringsansvar för en delmängd av de vaccinationer som erbjuds befolkningen. Genom de nationella vaccinationsprogrammen beslutar regeringen om vilka smittsamma sjukdomar som ska ingå i ett nationellt vaccinationsprogram och som därmed erbjuds avgiftsfritt till befolkningen. Härutöver kan regioner på eget initiativ erbjuda vaccinationer i organiserad form, ofta baserat på rekommendationer från Folkhälsomyndigheten. Myndighetens rekommendationer är inte bindande för regionerna och hur rekommendationerna implementeras av regionerna varierar i fråga om exempelvis målgrupp för vaccinationsinsatsen samt i fråga om avgift för vaccinationen. En vaccination som erbjuds avgiftsfritt i en region kan i andra vara den enskildes ansvar att bekosta. Arbetssätten varierar när det gäller genomförandet av vaccinationer, vilket medför att regionerna i olika utsträckning lyckas nå alla befolkningsgrupper och uppnå en hög och jämlik täckningsgrad.

Tillgången till vaccinationer behöver bli mer jämlik

Kommittén anser att tillgången till vaccinationer behöver bli mer jämlik inom och mellan regioner. Omotiverade geografiska skillnader i utbud av vaccinationer är inte acceptabelt. Även skillnader inom regioner måste motarbetas genom kontinuerlig uppföljning av vaccinationer, och därefter genom riktade och strategiska insatser för att öka vaccinationstäckningen i grupper som är svåra att nå. Här har det nationella vaccinationsregistret en central roll och kan bidra till nödvändig kunskap om var i landet och inom vilka befolkningsgrupper som vaccinationstäckningen är lägre och de organiserade vaccinationsinsatserna därmed inte uppnår önskad effekt.

Vidare kan vaccinutvecklingen förväntas fortsatt leda till nya vacciner men också förbättrade, mer effektiva och breddade varianter av vacciner mot sjukdomar som i dag omfattas av nationella vaccinationsprogram eller av rekommendationer. Nya vacciner förväntas bli väsentligt dyrare än många av de vacciner som används i dag. Implementering av nya vaccin i befintliga vaccinationsprogram kräver noggranna hälsoekonomiska och etiska bedömningar. Att vaccinationsinsatser beslutas på nationell nivå bidrar enligt kommittén till en ökad systemeffektivitet och bättre användning av de samlade resurserna. Att staten tar ett ökat finansieringsansvar för vaccinationer bidrar också till en jämlik finansiering. Det finns alltså flera anledningar för ett ökat statligt ansvarstagande för vaccinationer, samtidigt som det saknas starka skäl för ett decentraliserat system för beslut om och finansiering av de vaccinationsinsatser som ska erbjudas brett i befolkningen.

Kommittén konstaterar att det, genom de nationella vaccinationsprogrammen, redan finns en etablerad och beprövad ordning för beslut om och implementering av vaccinationsinsatser som beslutas och bekostas av staten. Att förändra kriterierna för vilka sjukdomar som ska ingå i de nationella vaccinationsprogrammen är därmed en förhållandevis enkel åtgärd för att öka statens system- och finansieringsansvar på vaccinationsområdet.

Statens utökade åtagande inom vaccinationsområdet kommer enligt förslaget inkludera att bedöma och besluta om organiserade vaccinationsprogram som omfattar hela eller delar av befolkningen. Utöver sådana organiserade vaccinationsinsatser ges vaccinationer till enskilda individer, ordinerade av läkare och som mer kan liknas

vid annan läkemedelsbehandling. Det finns alltså behov av vaccinationer som ligger utanför den besluts- och finansieringsordning som gäller för de nationella vaccinationsprogrammen. Även sådana vaccinationer kan vara föremål för rekommendationer från Folkhälsomyndigheten men är inte alltid att betrakta som ”programvaccinationer”. Om även dessa vaccinationer ska bekostas av staten eller om finansieringsansvaret ska kvarstå hos regionerna måste bli föremål för utredning, och är även beroende av kommande ställningstaganden på läkemedelsområdet.

Staten behöver ta ett större finansieringsansvar

Statens finansieringsansvar kommer bland annat att inkludera kostnader för vaccin, kostnader för genomförande av vaccinationer samt kostnader för uppföljning av vaccinationsinsatserna. Vidare kan det krävas utökade resurser för hälsoekonomiska och etiska bedömningar på den nationella nivån. Exempel på vaccinationer som regionerna i dag ansvarar för, och som kan komma att omfattas av ett statligt ansvar, finns vaccination mot influensa, TBE, pneumokocker (för de grupper som inte omfattas av det nationella vaccinationsprogrammet), hepatit B, tuberkulos och kikhosta (vaccination till gravida).

Det är av flera skäl svårt att beräkna storleken på de kostnader som kommer belasta statsbudgeten i stället för regionernas budgetar om kommitténs förslag genomförs. Ett skäl är att det krävs ytterligare utredning för att ta ställning till om staten ska ansvara för alla vaccinationer eller enbart de som ingår i en organiserad vaccinationsinsats. Den typen av ställningstagande är beroende av kommande utredning och beslut på läkemedelsområdet. Det är även svårt att förutse hur staten kommer att ta sitt ansvar och vilka vaccinationer som ska erbjudas, till vilken målgrupp och om de ska vara förenade med en avgift.

Regionerna har i dag ett samarbete kring inköp av vacciner och Adda inköpscentral hanterar nationella upphandlingar. Uppgifter från Adda kan ge viss vägledning i fråga om storleken på regionernas kostnader för vacciner. Influensavaccin upphandlades exempelvis år 2024 av Adda till ett värde av cirka 150 miljoner kronor. Med stöd av ramavtalet *Vacciner 2020*, som omfattar leverans och distri-

bution av andra vacciner för vaccinationer utanför det nationella barnvaccinprogrammet, (till exempelvaccin mot vattkoppor, Hepatit A och B, Polio, rabies, tuberkulos och fästingburen encefalit). Alla regioner kan avropa vaccin med stöd av ramavtalet och år 2022 avropades vacciner till ett värde av 78 miljoner kronor.[73]

Covid-vaccin har hittills bekostats av staten och upphandlats i särskild ordning i EU-gemensamma processer. Sedan vaccinationerna mot covid-19 inleddes har förutsättningar för och finansiering av vaccinationsarbetet hanterats genom överenskommelser mellan SKR och regeringen. Från och med 2024 tecknas inte längre någon överenskommelse gällande vaccinationer mot covid-19. Regionerna planerar vaccinationsarbetet utifrån Folkhälsomyndighetens rekommendationer. Staten fortsätter att tillhandahålla covidvaccin kostnadsfritt för regionerna men staten ersätter inte längre regionerna för själva vaccinationsarbetet. I statsbudgeten avsattes 436 miljoner kronor för covidvaccin under 2025.[74] Tillsammans med medel som var avsatt redan i budgetpropositionen för föregående år uppgick statens kostnader för vaccin till 865 miljoner kronor år 2025.

Till kostnader för vaccin kommer även kostnader för hälsoekonomiska bedömningar som ska ligga till grund för beslut om vaccinationsinsatser, den statliga beslutsprocessen, genomförande av vaccinationer samt kostnader för uppföljning av vaccinationsinsatser. På Folkhälsomyndigheten arbetar i dag cirka tio heltidsanställda på den enhet som har huvudansvar för vaccinationsprogram. De har olika typer av kompetenser såsom folkhälsovetare, epidemiologer, mikrobiologer, barnläkare och infektionsläkare. På myndigheten finns även hälsoekonomer, administrativt stöd, kommunikatörer och jurister som motsvarar ytterligare två heltidstjänster, vilka arbetar med nationella vaccinationsprogram. Övervaknings-, uppföljnings- samt analysarbete kopplat till vaccinationsprogram tillkommer också genom cirka fem heltidstjänster.[75]

Kompetens finns alltså inom myndigheten men denna kan behöva utökas, både för arbetet med vaccinationsprogram och för

[73] Samma år avropades vacciner inom barnvaccinationsprogrammet till ett värde av cirka 355 miljoner kronor. Dessa vaccin upphandlas i dag av regionerna men finansieras av staten genom tillämpning av finansieringsprincipen och kostnaden ersätts regionerna genom statsbidragen.
[74] Prop. 2024/25:1, *Budgetpropositionen för 2025*, s. 117.
[75] SOU 2024:2, *Ett samordnat vaccinationsarbete* s. 359 f.

arbetet med uppföljning och analys. En särskild finansiering kan krävas i en övergångsfas då flera nya sjukdomar ska tillföras de nationella vaccinationsprogrammen. Därefter kommer arbetet återgå till att bevaka smittspridning och kommande vacciner, samt bedöma om nya eller förbättrade vacciner ska leda till förändringar och justeringar av programmen. Det tillkommer även engångskostnader för att utöka det nationella vaccinationsregistret.[76]

3.4.5 Screening

Kommitténs bedömning: Utredningsarbetet har visat att det finns omotiverade skillnader mellan regionerna i fråga om vilken screening som erbjuds. Kommitténs uppfattning är att tillgången till screening inte ska vara beroende av var i landet som patienten bor utan screening ska erbjudas på lika villkor för hela befolkningen.

Kommitténs förslag: Staten bör ta ett utökat ansvar för screening. Ett utökat statligt ansvar är dock förenat med flera utmaningar, varför en utredning bör tillsättas med uppdrag att närmare utreda formerna för detta.

Skälen för kommitténs bedömning och förslag

Kommittén har analyserat screening som ett scenario för delvis statligt huvudmannaskap i avsnitt 3.2 ovan och i sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap (betänkandets volym 2). Kommittén har valt att undersöka screening vidare utifrån perspektivet utökat statligt ansvar med stärkt statlig styrning.

Med screening avses en systematisk undersökning av en del av befolkningen för att identifiera personer med ett tillstånd som innebär en risk för framtida ohälsa. Syftet är att upptäcka hälsotillstånd som kan få allvarliga eller omfattande konsekvenser.

Det är Socialstyrelsen som ansvarar för att ta fram rekommendationer om nationella screeningprogram. Det finns en regional

[76] Se beräkningar i SOU 2024:2, *Ett samordnat vaccinationsarbete* s. 360.

variation i introduktion av screeningprogram och i efterlevnaden av Socialstyrelsens rekommendationer.

Tillgången till screening behöver bli mer jämlik

Kommittén anser att de skillnader som finns mellan regioner i fråga om vilken screening som erbjuds invånare inte är acceptabla. Skillnaden i tillgång till screening kan få stora konsekvenser för den enskilde patienten i fråga om tidig upptäckt av sjukdomar och möjlighet till en framgångsrik behandling. Kommittén menar mot denna bakgrund att det finns skäl för staten att ta ett utökat ansvar inom screeningområdet. Det pågår dessutom en snabb teknisk och medicinsk utveckling och det är därför angeläget att rekommendationer löpande uppdateras utifrån ny evidens även fortsättningsvis. Den snabba utvecklingen ställer ytterligare krav på regionerna att implementera nya och uppdaterade screeningmetoder.

Att utöka statens ansvar för screeningområdet är förenat med flera svårigheter. Att staten utökar sitt ansvar för screeningområdet, utan hänsyn till systemet i sin helhet, kan ha negativa effekter. Vid utformningen av ett system för ett ökat statligt ansvarstagande måste man försäkra sig om att det finns tillräcklig analyskapacitet av prover och undersökningar samt att vidare utredning och behandling av resultaten från screeningen kan tas om hand inom hälso- och sjukvårdssystemet.

Kommittén menar att statens ansvar därmed måste beakta det utrednings- och vårdbehov som uppstår med anledning av en utökad screening och hur finansieringsansvaret för detta ska fördelas. Om staten exempelvis tar ett utökat finansieringsansvar för implementering av screeningprogram kan staten behöva ansvara för kostnader förknippade med att utreda falskt positiva resultat, det vill säga resultat som i ett senare utredningsskede inte visar på sjukdom. Sant positiva svar tas omhand i hälso- och sjukvården och kan vid tidig upptäckt även bidra till en mer effektiv resursanvändning. Det finns också en etisk dimension kopplad till ett utökat statligt ansvar för screening. Ju mer screening som genomförs, desto mer vårdbehov i form av sjukdomar och andra besvär kommer man att upptäcka och behöva behandla. Det är i huvudsak positivt med insatser som möjliggör tidig upptäckt men man behöver också beakta

att även falskt positiva resultat kan medföra oro och stress för patienter och närstående.

Frågan behöver utredas närmare med inriktning mot ökat statligt ansvar

En utredning på området bör fokusera på hur staten genom ett utökat ansvar, och i samarbete med regionerna, kan verka för väl utformade screeningprogram som implementeras på ett likvärdigt sätt över hela landet.

Beroende på hur statens ansvar för screening utformas kommer detta innebära olika kostnader och konsekvenser för bland annat statsbudgeten. Vid skrivandet av Vårdansvarskommitténs betänkande har Socialstyrelsen lämnat rekommendationer om screening för elva sjukdomar. Av dessa är det två områden där Socialstyrelsen skrivit att regionerna ska erbjuda screening och fyra områden där regionerna bör erbjuda screening.

Det finns inte sammanställda beräkningar av kostnaderna för screeningprogrammen efter implementering. Kostnader som är förknippade med screening är bland annat hälsoekonomiska bedömningar inför en rekommendation samt utvärdering av screeninginsatserna, informationsinsatser till befolkningen, kallelser, hantering av hälsodeklaration, samtycke från vårdnadshavare i de fall detta är nödvändigt, analys av prover, journalföring och vård och behandling i det fall som ett behandlingsbart tillstånd upptäcks i screeningen.

För att ge ett exempel på kostnader för utredning inom screeningområdet kan man titta på utredningen om en uppdaterad nationell cancerstrategi. Utredningen föreslog bland annat uppdrag till Socialstyrelsen att förstärka och utveckla sin process för rekommendationer inom screeningområdet, så att rekommendationerna löpande anpassas till ny evidens. Uppdraget bör även omfatta en systematisk uppföljning av implementeringen av rekommendationerna och vårdprogrammen per region och befolkningsgrupp. Utredningen föreslog även att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att i samarbete med Cancercentrum, säkra att evidensbaserade metoder för att nå underrepresenterade grupper finns med i myndighetens screeningrekommendationer samt i andra relevanta nationella kunskapsstöd. I enlighet med kostnader för schablonmässiga regeringsuppdrag till Socialstyrelsen bedömde utredningen att de två uppdragen till myn-

digheten skulle kosta cirka 4 miljoner kronor, med en löpande kostnad på cirka 600 000 kronor (en halv årsarbetskraft) för den löpande verksamheten i uppdraget att förstärka och utveckla processen för rekommendationer inom screeningområden.[77]

3.4.6 Rättspsykiatrisk vård

Kommitténs bedömning: Rättspsykiatrisk vård är en straffrättslig påföljd och frihetsberövande och andra tvångsåtgärder inom den rättspsykiatriska vården motiveras av såväl vårdbehov som samhällsskydd.

Den rättspsykiatriska vårdens särskilda karaktär i detta avseende motiverar enligt kommitténs bedömning att staten tar ett större ansvar för såväl finansiering av vården som vårdens kvalitet och innehåll. Inriktningen framåt bör vara att staten ansvarar för att finansiera hela eller delar av den rättspsykiatriska vården, vilket måste kombineras med tydliga krav på vårdens kvalitet och innehåll. Regionerna bör dock fortsatt ha tillhandahållaransvaret för den rättspsykiatriska vården.

Kommitténs förslag: Statens ansvar för den rättspsykiatriska vården bör stärkas. Som ett första steg bör staten ta finansieringsansvaret för den rättspsykiatriska vården genom att lämna ersättning till regionerna för de patienter som vårdas i den rättspsykiatriska vården. Regeringen bör även tillsätta en utredning med uppgift att lämna förslag på hur statens systemansvar och befogenheter samt styrning av rättspsykiatrisk vård framöver kan utvecklas i syfte att stärka vårdens kvalitet och innehåll.

Skälen för kommitténs bedömning och förslag

Kommittén har analyserat rättspsykiatrisk vård som ett scenario för delvis statligt huvudmannaskap i avsnitt 3.2 ovan och i sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap (betänkandets volym 2). Kommittén har valt att undersöka rättspsykia-

[77] Socialdepartementet (2024). *Bättre tillsammans – förslag till en uppdaterad nationell cancerstrategi*.

trisk vård vidare utifrån perspektivet utökat statligt ansvar med stärkt statlig styrning.

Rättspsykiatrisk vård initieras i de flesta fall av att en person begår en brottslig handling och överlämnas till rättspsykiatrisk vård efter beslut av allmän domstol.[78] Rättspsykiatrisk vård är inte tidsbestämd utan vårdtiden påverkas av en rad faktorer och varierar mellan individer. För de patienter som vårdas med beslut om särskild utskrivningsprövning prövar en förvaltningsdomstol var sjätte månad om vården kan avslutas. Prövningen omfattar en helhetsbedömning av den dömdes situation där både medicinska och sociala faktorer, som boendesituation och sysselsättning, tillmäts betydelse. Ett frihetsberövande inom rättspsykiatrisk vård kan därför pågå längre än vad som är motiverat med hänvisning till brottets straffvärde eller personens behov av psykiatrisk tvångsvård. Rättspsykiatrisk vård motiveras således av såväl vårdbehovet som av straff och samhällsskydd och legitimeras av flera olika rättsliga grunder och principer.[79]

Nuläget

I Sverige har rättspsykiatrin genomgått en omfattande expansion under det senaste decenniet. Jämfört med 2014 har antalet domslut med rättspsykiatrisk vård som huvudpåföljd ökat med 27 procent. Antalet individer som vårdas inom den slutna rättspsykiatriska vården har under samma tidsperiod ökat med 25 procent. Antalet personer som döms till rättspsykiatrisk vård varierar mellan 220 och 400 lagöverträdare per år.[80]

SKR har i rapporter visat på ett ökat behov av rättspsykiatrisk vård och som en följd av detta ökade kostnader för regionerna. Det ökade behovet har varit särskilt tydligt från år 2017. Nuläget inom rättspsykiatrin i Sverige kan enligt SKR beskrivas som mycket besvärligt med mycket hög beläggning och vårdplatsbrist. SKR:s ana-

[78] Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård omfattar vid sidan av den som överlämnas till rättspsykiatrisk vård av domstol, även den som är anhållen, häktad eller intagen i kriminalvårdsanstalt, den som är dömd till sluten ungdomsvård och den som är intagen för rättspsykiatrisk undersökning. Dessa patienter är oftast i behov av kortvarig psykiatrisk vård.
[79] Bennet, T. *Rättspsykiatrisk vård – tvångsvård som påföljd för brott*, i: Dahlin, Juth och Sjöström, *Tvång på gott och ont – en forskningsantologi om tvång i välfärden*, (Iustus, 2025).
[80] Det låga antalet domslut med huvudpåföljden rättspsykiatrisk vård leder dock till att antalsmässigt små förändringar kan ge stora procentuella variationer mellan åren. Se Brå rapport, *Personer lagförda för brott, Slutlig statistik, 2023*, s. 21 f. och Brottsförebyggande rådet *Personer lagförda för brott*, information på hemsidan.

lyser visar att regionerna planerar en ökning av antalet slutenvårdsplatser från dagens 1 353 till 1 516 platser år 2035, men att det behövs ytterligare platser för att nå en beläggningsgrad på 90 procent.[81] Det är ett stort inflöde av patienter samtidigt som det är svårt att slussa ut patienterna till öppen rättspsykiatrisk vård på grund av bristande tillgång till sociala stödinsatser som till exempel anpassat boende.[82] Ett ökat behov av rättspsykiatriska vårdplatser är en stor utmaning för regionerna och kan leda till undanträngningseffekter i annan psykiatrisk vård, som redan är hårt ansträngd.

Det är också sedan länge känt att förutsättningarna för att bedriva en högt specialiserad rättspsykiatrisk vård varierar mellan regionerna. Det råder en stor ojämlikhet mellan olika regioner vad gäller tillgången till kompetent personal, vårdinnehåll och vårdtider. Vidare finns stora variationer över landet i hur behandlingsmetoder införs och används samt stora regionala skillnader i fråga om verksamheternas arbete med patienternas delaktighet, trygghet och möjlighet till återhämtning.[83] Aktuella beräkningar visar dessutom att antalet individer som vårdas i den slutna rättspsykiatriska vården varierar mellan regionerna, där det för vissa regioner skett en stor ökning av antalet dömda inom regionens geografiska ansvarsområde, samtidigt som antalet dömda i andra regioner har minskat.[84] Det finns också stora brister i uppföljning och kvalitetssäkring och det saknas därför en nationell bild över läget inom den rättspsykiatriska vården. Det exakta nuläget i rättspsykiatrin är svårt att fastställa på grund av osäkra datakällor.[85]

Staten behöver ta ett större ansvar för rättspsykiatrisk vård

Omhändertagande inom den rättspsykiatriska vården motiveras inte enbart utifrån patientens vårdbehov, utan även utifrån straffrättsliga överväganden och behovet av samhällsskydd. Den rätts-

[81] Sveriges Kommuner och Regioners beräkningar sammanställda i *Fördjupad nationell lägesbild av behov och kapacitet inom rättspsykiatrin* (arbetsmaterial), 7 mars 2025.
[82] Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Psykiatrin i siffror Kartläggning av rättspsykiatrin 2023*, s. 4.
[83] Se bland annat Socialstyrelsen (2023), *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård-Kartläggning och utvecklingsförslag* och SOU 2015:52 *Rapport från Bergwallkommissionen*.
[84] Sveriges Kommuner och Regioners beräkningar sammanställda i *Fördjupad nationell lägesbild av behov och kapacitet inom rättspsykiatrin* (arbetsmaterial), 7 mars 2025.
[85] Sveriges Kommuner och Regioners beräkningar sammanställda i *Fördjupad nationell lägesbild av behov och kapacitet inom rättspsykiatrin* (arbetsmaterial), 7 mars 2025.

psykiatriska vården ställer specifika krav på bland annat vårdinrättningens utformning och säkerhet samt på vårdtidens längd. Den rättspsykiatriska vården medför således kostnader som inte enbart är relaterade till vårdbehovet. Kommittén anser att den rättspsykiatriska vårdens särskilda karaktär i detta avseende motiverar ett utökat statligt ansvar.

Vad gäller ett statligt huvudmannaskap, inklusive tillhandahållaransvar för den rättspsykiatriska vården behandlas detta närmare i sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap (se betänkandets volym 2). Kommittén anser att det finns risker med ett statligt huvudmannaskap för den rättspsykiatriska vården. Med ett statligt tillhandahållaransvar skulle den rättspsykiatriska vården riskera att i ännu större utsträckning separeras från övrig hälso- och sjukvård, och samarbetet mellan den rättspsykiatriska vården och övrig somatisk och psykiatrisk vård skulle kunna försvåras om verksamheterna skulle delas mellan två huvudmän.

Kommitténs uppfattning är dock att staten behöver ta ett utökat system- och finansieringsansvar för den rättspsykiatriska vården. Det behövs ett utökat statligt systemansvar för innehåll och kvalitet genom en tydligare statlig styrning av den rättspsykiatriska vården. Andra delar av systemansvaret är en ökad nationell samordning kring kompetens- och kvalitetsutveckling inom den rättspsykiatriska vården där kompetenskrav och kvalitetsmått behöver bli mer enhetliga. Staten kan också formulera nationella krav på lokalernas utformning och utrustning, personalens kompetens samt uppföljning och inrapportering av data.

När det gäller ansvar för finansieringen anser kommittén att staten relativt omgående bör kliva fram och ta ett ökat ansvar. Liksom för andra områden där ansvaret delas mellan stat och region finns risker för felaktiga incitament. Exempelvis skulle regionerna rent teoretiskt kunna försena utskrivningen av patienter från den rättspsykiatriska vården, eftersom kostnaden för behövlig psykiatrisk vård då skulle övergå från staten till regionerna. Sådana felaktiga incitament måste beaktas vid utformning av ett system för utökad statlig styrning. En förhoppning är att ett utökat statligt finansieringsansvar för den rättspsykiatriska vården är att övrig psykiatrisk vård ska stärkas genom att denna kan fredas från att resurserna används för att uppfylla regionernas rättspsykiatriska uppdrag.

Finansieringen bör hanteras på kort sikt och statens ansvar i övrigt bör utredas närmare

Kommittén anser att regeringen bör uppdra åt lämplig myndighet att utarbeta och etablera en finansierings- och ersättningsmodell. En rimlig modell är enligt kommittén att staten betalar ut ersättning till regionerna enligt ett schablonbelopp per dömd patient och utifrån säkerhetsklass. Det skulle innebära att ersättningen anpassas till antalet patienter och de krav som säkerhetsklasserna medför. Enligt aktuella beräkningar från SKR uppgick de samlade kostnaderna för rättspsykiatrisk vård (sluten och öppen) år 2023 till cirka 3,5 miljarder kronor, vilket ger en indikation på storleken av statens finansiella åtagande.[86]

När det gäller hur statens systemansvar ska utvecklas framöver menar kommittén att detta behöver utredas närmare utifrån den riktning som kommittén här pekat ut. Det utökade statliga systemansvaret implementeras därmed i ett senare skede. Det är av avgörande vikt att det finns ett fungerande samarbete mellan den rättspsykiatriska vården och annan psykiatrisk vård. Utan sådan kontakt kan det vara svårt att skriva ut en patient från den rättspsykiatriska vården. Vikten av samverkan kring patienterna med bland annat kommunernas socialtjänst är också avgörande. Det fortsatta utvecklingsarbetet måste därför beakta hela vårdkedjan.

3.4.7 Luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter

Kommitténs bedömning: Regionerna har ett upparbetat samarbete kring ambulansflyg. När det gäller ambulanshelikopter är situationen en annan och alla regioner har i dag inte någon egen helikopterverksamhet. Internationellt samarbete i olika organisationer väcker också många frågor kring nationell samordning och styrning av luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter i såväl fredstid som i händelse av kris, höjd beredskap eller krig. Kommittén noterar att Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten lagt fram förslag om det nationella och statliga ansvaret för frågorna i händelse av kris, höjd beredskap och krig.

[86] Sveriges Kommuners och Regioners beräkningar sammanställda i *Fördjupad nationell lägesbild av behov och kapacitet inom rättspsykiatrin* (arbetsmaterial), 7 mars 2025.

Kommittén bedömer att det är angeläget att regeringen bereder dessa förslag vidare och då även inkluderar den nationella samordningen och styrningen samt tillgången i fredstida lägen.

Skälen för kommitténs bedömning

Kommittén har undersökt området luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter som ett scenario för delvis statligt huvudmannaskap i avsnitt 3.2 ovan samt i sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap (betänkandets volym 2). Kommittén har valt att undersöka området vidare utifrån perspektivet utökat statligt ansvar med stärkt statlig styrning.

Nuläget

Den luftburna ambulanssjukvården utgörs i huvudsak av ambulanshelikopter och ambulansflyg. Kombinationen hög medicinsk kompetens, snabb insatstid och transport till rätt vårdnivå gör att detta är en samhällskritisk resurs med stort värde, både vid olyckor i vardagen och vid allvarligare händelser och katastrofer samt vid transporter mellan vårdinrättningar. Vanligen är luftburen ambulanssjukvård bemannad av läkare men en del regioner väljer att ta med läkare i ambulanshelikopter/flygplan bara vid behov.[87]

En annan men relaterad fråga gäller sjuktransporter. Det är inte ovanligt att samma fordon som används i prehospital akutsjukvård även används till olika former av sjuktransporter, till exempel för transport av patienter mellan sjukhus och andra vårdinrättningar. Enligt HSL (7 kap. 6 §) är regionerna i dag ansvariga för att det ”…inom regionen finns en ändamålsenlig organisation för att till och från vårdinrättning eller läkare transportera personer vars tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet.”

Kommunalförbundet Svensk Luftambulans (SLA) bedriver sedan 2014 ambulanshelikopterverksamhet för de fyra regionerna Värmland, Dalarna, Västerbotten och Norrbotten. Helikoptrarna har likheter med vägburna ambulanser och kan ge prehospital akut-

[87] Socialstyrelsen (2023), *Sveriges prehospitala akutsjukvård – nulägesbild, bedömning och utvecklingsförslag.*

sjukvård till skadade och sjuka direkt på plats. De är bemannande med narkosläkare och sjuksköterska som förutom vård på plats även kan ge vård under transport. Helikoptrarna gör också intensivvårdstransporter av patienter mellan vårdinrättningar såväl inom som utom de regioner som är medlemmar i SLA. I dag finns nio luftambulansbaser i Sverige. Sex av dem ligger i regioner som är medlemmar i SLA. Till det kommer tre baser som upphandlats direkt av respektive region. Resterande 12 regioner har i dag ingen tillgång till ambulanshelikopter.[88]

Kommunalförbundet Svenskt Ambulansflyg (KSA) bildades 2016 och utför ambulansflyguppdrag med sex flygplan nationellt och internationellt för samtliga 21 regioner. Verksamheten har tillgång till beredskapsbaser i Umeå, Stockholm/Arlanda och Göteborg/Landvetter. Beställningar på flygtransporter från regionerna samt prioritering och koordinering av uppdrag sköts av kommunalförbundets flygkoordineringscentral (FKC) i Umeå.[89]

En central aktör inom området är SOS Alarm Sverige AB som ägs till hälften av SKR och till hälften av staten. Parterna finansierar gemensamt SOS Alarms verksamhet. Styrelsen består av nio ledamöter varav fyra utses av staten och fyra av SKR Företag AB. Den nionde ledamoten som också är styrelseordförande utses av ägarna gemensamt.[90]

Flera pågående initiativ och uppdrag om samordning och styrning

Kommittén konstaterar att det sedan en tid pågår flera initiativ i riktning mot ökad nationell samordning, samverkan och styrning. Initiativen utgörs av samarbeten mellan regioner och uppdrag till statliga myndigheter och de handlar på olika sätt om att öka den nationella samordningen och förmågan att nyttja befintliga resurser i ett nationellt perspektiv. Det är angeläget att denna inriktning fortsätter och att befintlig kapacitet kan användas där och när den behövs.

[88] Socialstyrelsen (2023), *Sveriges prehospitala akutsjukvård – nulägesbild, bedömning och utvecklingsförslag.*
[89] Socialstyrelsen (2023), *Sveriges prehospitala akutsjukvård – nulägesbild, bedömning och utvecklingsförslag.*
[90] SOS Alarm Sverige AB, *Årsredovisning 2023.*

Socialstyrelsen har tidigare utrett juridiska hinder för samverkan över landsgränser och lagt förslag som kan genomföras.[91] Socialstyrelsen har också kartlagt den prehospitala akutsjukvården och lämnat flera förslag, bland annat om utvecklad kunskapsstyrning och om sammanhållen datamängd för förbättrad uppföljning.[92] Inom ramen för nationell högspecialiserad vård har Socialstyrelsen väckt frågan om interregionala intensivvårdstransporter kan utgöra nationell högspecialiserad vård och bedrivas vid fyra enheter. Förslaget bordlades efter remiss och beredning.[93]

SKR koordinerar och stöder arbete i regionerna utifrån överenskommelsen mellan regeringen och SKR om god och nära vård 2022. Arbetet bedrivs i samverkan med landets regioner i syfte att ta fram ett förslag på en rikstäckande och regiongemensam samverkansmodell för sekundära intensivvårdstransporter (för alla transportslag, inte enbart luftburna).[94] Arbetet tar sin utgångspunkt i befintliga underlag, exempelvis Socialstyrelsens förslag om att göra detta till nationell högspecialiserad vård. Arbetet har fortsatt under 2024. En nationell arbetsgrupp inom kunskapsstyrningen analyserar vilken kompetens och utrustning som behövs vid transport av svårt sjuka patienter.[95]

Nyligen redovisade Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten ett gemensamt regeringsuppdrag att kartlägga resurser för sjuktransporter och ta fram ett förslag till plan för nationell samordning vid fredstida kriser, höjd beredskap och ytterst krig. I rapporten föreslås en målbild för sjuktransporter och sjuktransportsamordning i Sverige vid kris och krig. Ett förslag till nationell plan redovisas för hur samordning av sjuktransporter kan åstadkommas utifrån nu rådande förutsättningar. Vidare presenteras hur planen kan genomföras och med hjälp av fyra scenarier beskrivs hur ökad nationell samordning kan åstadkommas. Myndigheterna beskriver hur den nationella planen kan informationsförsörjas med utgångspunkt i

[91] Socialstyrelsen (2021), *Den gränsöverskridande ambulanssjukvården i Sverige – Förslag till regelverk som syftar till att möjliggöra en god och säker ambulanssjukvård när ambulanser från Danmark, Finland och Norge bistår en svensk region.*
[92] Socialstyrelsen (2023), *Sveriges prehospitala akutsjukvård – nulägesbild, bedömning och utvecklingsförslag.*
[93] Socialstyrelsens hemsida om nationell högspecialiserad vård.
[94] *Överenskommelsen God och nära vård 2022 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav* (dnr S2022/00607).
[95] Sveriges Kommuner och Regioner (2024), rapport *God och nära vård 2023 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav.*

den nationella digitala infrastrukturen. De båda myndigheternas slutsatser är följande:

- Förutsättningar för, och behov av, nationell samordning av sjuktransporter och förstärkningsresurser ser olika ut i olika scenarier för kris och krig.
- Det finns flera olika typer av sjuktransporter och förstärkningsresurser i Sverige, men ingen samordnad nationell dimensionering av den samlade transportresursen utifrån de behov som kan uppstå vid kris och krig.
- Nya koncept för förstärkningsresurser på sjuktransportområdet behöver utvecklas, och aktuella regelverk behöver stödja sådan utveckling.
- Sveriges system för samordning av sjuktransporter behöver integreras med motsvarande system inom Norden, Nato, EU och WHO.
- Det finns ett behov av en nationell digital lägesbild för sjuktransporter vid krissituationer eller händelser som involverar flera regioner. Utveckling av en lägesbild kräver en fördjupad behovsanalys och iterativ utveckling baserad på användarnas behov.
- Det civil-militära samarbetet på sjuktransportområdet behöver fördjupas, konkretiseras och utgå från gemensamma principer.
- Det behövs förutsättningar för nationellt enhetliga medicinska prioriteringar på sjuktransportområdet.
- Interoperabilitet (juridisk, organisatorisk, semantisk och teknisk) på sjuktransportområdet behöver stärkas, såväl mellan olika typer av sjuktransporter, som mellan larmcentraler.

Staten behöver ta ett större ansvar för frågan i såväl fredstid som i händelse av kris, höjd beredskap och krig

Kommittén ser behovet av och möjligheterna till ökad nationell samordning inom området luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter. Det är angeläget utifrån ett patientperspektiv men också utifrån Sveriges möjlighet att hantera kapaciteten för

transportfrågor i vården på ett mer samlat och effektivt sätt över landet.

Rapporten från Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten pekar på viktiga frågor som behöver lösas för krissituationer, höjd beredskap och krig. Men kommittén menar att det behövs ett helhetsgrepp på frågan om hur statens ansvar och möjligheter att styra kan öka. Kommittén konstaterar att de behov som Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten identifierat finns även i fredstid och anser därför att regeringen bör tillsätta en utredning för att med utgångspunkt i myndigheternas framlagda förslag undersöka hur staten kan ta ett utökat ansvar för den nationella samordningen av luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter och hur statens styrning av dessa frågor kan utvecklas och stärkas.

3.5 Kommitténs bedömningar och förslag om stärkt och förbättrad statlig styrning

Kommitténs bedömning: Kommittén anser att statens styrning av regionernas hälso- och sjukvård behöver stärkas och förbättras. Statens styrning av hälso- och sjukvården är över lag splittrad och mängden styrsignaler är omfattande. Den statliga styrningen är dessutom ofta kortsiktig och detaljerad på grund av användandet av tillfälliga statsbidrag och stimulansmedel. Regionerna måste ges långsiktiga planeringsförutsättningar och regionernas mottagarkapacitet för den statliga styrningen måste beaktas vid styrningens utformning. Statens ansvarsutkrävande och kontroll bör stärkas i syfte att säkra patientens rättigheter samt garantera att hälso- och sjukvårdslagstiftningen får större genomslag i praktiken.

Kommitténs förslag: Riktade statsbidrag bör användas endast i undantagsfall. Det bör fastställas tydligare kriterier för när riktade statsbidrag får användas.

Kommitténs förslag: Den statliga styrningen bör renodlas mot normering och antalet styrformer begränsas. Det bör tillsättas en utredning om hur och på vilka områden detta ska genomföras.

Kommitténs förslag: Staten bör vidta åtgärder gentemot regionerna för ökad regelefterlevnad och för att stärka patientens ställning. Detta kräver dels stärkt uppföljning, information och kunskap om regionernas insatser, dels verktyg i form av till exempel stärkt tillsyn och utökade sanktioner samt information till patienterna om deras rättigheter och möjligheter att välja i olika avseenden.

Skälen för kommitténs bedömning och förslag

Ett decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem som det svenska föranleder en mer strategisk roll för riksdagen, regeringen och de statliga myndigheterna. Fokus för den statliga styrningen behöver vara att sätta villkoren och ramarna, samordna mål och policy och arbeta med uppföljning och tillsyn samt att säkra det nationella perspektivet på vården för invånarna och patienterna. När systemansvaret för hälso- och sjukvården är delat handlar styrning och policy från statligt håll mycket om att hantera det ömsesidiga beroende som finns för att uppnå gemensamma mål. För att inte inskränka på den kommunala självstyrelsen har lagstiftaren gjort bedömningen att hälso- och sjukvårdslagen ska vara en ramlag som anger mål men inte har detaljerade bestämmelser om hur hälso- och sjukvården ska bedrivas.

Kommittén anser samtidigt att den statliga styrningen av hälso- och sjukvården behöver stärkas och förbättras. Att den statliga styrningen ska stärkas innebär att den redan gällande lagstiftningen i högre grad ska få genomslag i hälso- och sjukvården och att det ska finnas bättre förutsättningar för ansvarsutkrävande i de fall där önskad utveckling inte sker eller lagstiftade mål inte uppnås.

Den statliga styrningen av hälso- och sjukvården har de senaste decennierna ökat i omfattning, komplexitet och detaljeringsgrad. Statens styrning syftar i grunden till att skapa genomslag för nationella mål och krav i den kommunala och regionala verksamheten. Statens styrmedel kan vara tvingande i form av lagar, förordningar och föreskrifter eller mer eller mindre frivilliga som vägledningar, riktade statsbidrag och överenskommelser av olika slag. Exempel på styrmedel som nämns i kommitténs direktiv är uppföljning, utvärdering, inspektioner och sanktioner. Det finns också informativa

styrmedel till vilka kunskapsstyrningen och nationella riktlinjer kan räknas.

Att enbart öka den statliga styrningen, utan en sammanhängande idé om hur ansvarsfördelning och styrning ska hänga samman, innebär uppenbara risker för att nuvarande problem med många styrsignaler från olika aktörer och nivåer riktade till hälso- och sjukvårdens verksamheter ökar. Stärkt statlig styrning innebär således, enligt kommittén, inte mer styrning genom fler styrmedel. Det är också viktigt att förändringar av statens styrning sker utifrån en avvägning mellan behovet av statlig styrning, tillsyn och uppföljning och utrymme för den kommunala självstyrelsen.

Kommittén anser att det finns flera sätt att utveckla den statliga styrningen till att bli starkare och mer ändamålsenlig inom ramen för nuvarande ansvarsfördelning och där såväl huvudmannaskap som system- och finansieringsansvar är oförändrat. Staten har såväl främjande som normerande och ansvarsutkrävande styrinstrument som kan och bör användas mer.

Riktade statsbidrag bör användas endast i undantagsfall

Ett viktigt styrmedel för staten är ekonomisk styrning via statsbidrag. Statsbidragen brukar delas upp i generella och riktade. Generella statsbidrag har, till skillnad mot riktade statsbidrag, inga krav på motprestation eller att de ska användas på ett särskilt sätt.

Statskontoret har i en rapport från 2024 sammanställt att det under 2023 fanns 167 riktade statsbidrag och 23 kostnadsersättningar till kommunsektorn. De flesta bidragen finns inom utgiftsområdena 9 Hälso- och sjukvård och social omsorg och 16 Utbildning och universitetsforskning. Det fanns under 2023 fler riktade statsbidrag till kommuner än till regioner, 133 respektive 84. Till regionerna betalade staten ut ungefär 105 miljarder kronor i statsbidrag under 2023. Av dessa är ungefär 44 miljarder generella statsbidrag, 21 miljarder riktade statsbidrag samt 40 miljarder kostnadsersättningar (i huvudsak för förmånsläkemedel). Staten har betalat ut mindre medel till regioner under 2023 än den gjorde under pan-

demiåren 2020, 2021 och 2022. Antalet riktade statsbidrag och kostnadsersättningar under 2023 var det lägsta sedan 2018.[96]

Utjämningskommitténs (SOU 2024:50) kartläggning över en längre tidsperiod visar dock att antalet riktade statsbidrag har ökat sedan början av 1990-talet. Detta trots att det sedan 1990-talet finns en grundläggande princip att statsbidrag som går till verksamhet för vilken kommuner och regioner är ansvariga, som huvudregel, ska vara generella.[97]

Användningen av riktade statsbidrag kan vara motiverat

Den parlamentariska Utjämningskommittén (SOU 2024:50) lyfte att de riktade statsbidragen kan ha vissa fördelar jämfört med andra styrmedel som lagstiftning eller generella statsbidrag. Regeringar kan vilja använda riktade statsbidrag för att dessa:

– ger statsmakterna möjlighet att uttrycka politiska prioriteringar,
– medger en snabb och flexibel styrning som kan svara mot oväntade omvärldshändelser, samt
– skapar möjlighet att fördela resurser på ett sätt som kan vara svårt att åstadkomma i de generella systemen.

Även Produktivitetskommissionen (SOU 2024:29) menade i sitt delbetänkande att det kan finnas legitima skäl för att använda riktade statsbidrag. Det kan exempelvis röra sig om situationer där kommunens och regionens samt statens intressen inte sammanfaller, eller där kommunsektorns incitament av andra skäl inte fullt ut fångar de samhällsekonomiska effekterna av det egna agerandet. Kommissionen menade att väl utformade riktade statsbidrag kan hjälpa kommuner och regioner att prioritera sin kärnverksamhet och få kommunsektorns och statens intressen att sammanfalla med vad som är samhällsekonomiskt önskvärt. Att de riktade statsbi-

[96] Statskontoret (2024), *Statens styrning med statsbidrag till kommuner och regioner 2023 – Antal, omfattning och innehåll.*
[97] Enligt Utjämningskommittén (SOU 2024:50) har denna princip sitt ursprung i ett betänkande från Kommunalekonomiska kommittén (SOU 1991:98) som även föreslog att ett stort antal riktade statsbidrag skulle inordnas i ett generellt stöd till kommunsektorn. Principen befästes av riksdagen i samband med en kompletteringsproposition till statsbudgeten som regeringen gick fram med inför budgetåret 1992/93 (prop. 1991/92:150, *Förslag om slutlig reglering av statsbudgeten för budgetåret 1992/93*).

dragen är väl utformade är därför viktigt för produktiviteten i kommunsektorn. Även SKR har lyft att riktade statsbidrag kan vara motiverat och stödjande för kommuner och regioner, givet att bidragen utformas med det syftet.[98]

Riktade statsbidrag har flera nackdelar

Att riktade statsbidrag orsakar administrativt arbete hos mottagande regioner, och inte alltid på ett effektivt sätt bidrar till det tänkta målet, är samtidigt något som har konstaterats av många tidigare statliga utredningar och rapporter från myndigheter och SKR. De riktade statsbidragen har kritiserats för att leda till planeringssvårigheter för de mottagande kommunerna och regionerna då riktade statsbidrag tenderar att presenteras i otakt med de kommunala och regionala budgetprocesserna.

De riktade statsbidragen brukar också pekas ut som en källa till att verksamheterna möter många och okoordinerade statliga styrsignaler. Statens hänsyn till kommunernas och regionernas mottagarkapacitet, både resursmässigt och kompetensförsörjningsmässigt, behöver bli bättre. Det har också lyfts att en allt för detaljerad statlig styrning genom riktade statsbidrag kan leda till undanträngningseffekter och att lokala politiska prioriteringar omförflyttas, vilket i sin tur kan försvåra det demokratiska ansvarsutkrävandet för medborgarna.

Utjämningskommittén (SOU 2024:50) framförde att en risk med ett ökat inslag av riktade statsbidrag är att varken staten eller kommunsektorn känner fullt ansvar för den verksamhet som bedrivs, och att inte heller invånarna i kommunen eller regionen vet om det är i riksdags-, region- eller kommunval som de ska visa sitt gillande eller ogillande med verksamheten.

Att det finns mindre strikta beredningsprocesser när det gäller riktade statsbidrag, jämfört med exempelvis lagstiftning, innebär en risk för att nödvändig förankring av syfte, mål och inriktning hos mottagande kommuner och regioner inte genomförs. Detta kan i sin tur leda till att statsbidragen inte utformas med hänsyn till mottagarkapaciteten hos regionerna och kommunerna.

[98] Sveriges Kommuner och Regioner (2021), *Hur ger statsbidragen bäst effekt? Om de riktade och generella statsbidragen*, Sveriges Kommuner och Regioner (2016), *Färre och mer effektiva riktade statsbidrag till kommuner, landsting och regioner.*

Flera tidigare utredningar har föreslagit principer för användningen av riktade statsbidrag

Den senaste parlamentariska utjämningskommittén (SOU 2024:50) föreslog att statsbidrag som går till verksamhet för vilken kommuner och regioner är ansvariga ska, som huvudregel, vara generella. Riktade statsbidrag ska enligt kommitténs förslag kunna ges:

- Som kostnadsersättningar för uppgifter som ålagts kommuner och regioner av staten
- Vid extraordinära situationer där kommuner och regioner kan påverkas i olika omfattning
- När det finns samsyn om behovet av ett riktat statsbidrag samt
- Om det finns särskilda skäl.

Utjämningskommittén bedömde att påvisade stimulansbehov, behov av koordinerad handling och överskjutande samhällsekonomisk nytta bör vara omständigheter som kan påkalla användningen av riktade statsbidrag inom ramen för särskilda skäl. Kommittén bedömde även att de föreslagna principerna för statens användning av riktade statsbidrag inte bör regleras i lag. Däremot bör riksdagen ta ställning till de föreslagna principerna på samma sätt som gjordes med den kommunala finansieringsprincipen på 1990-talet.

Produktivitetskommissionen (SOU 2024:29) gjorde, i likhet med flera tidigare statliga utredningar, bedömningen att det bör göras en översyn av existerande riktade statsbidrag för att säkerställa att syftet med bidragen nås på ett effektivt sätt. Produktivitetskommissionen lämnade också förslag, i likhet med Kommunutredningen (SOU 2020:8), att regeringen bör föreslå riksdagen att godkänna en statsbidragsprincip. Denna princip bör bestå av flera aspekter som ett riktat statsbidrag bör uppfylla för att kunna anses vara motiverat. Vid ett förslag om att införa ett nytt riktat statsbidrag bör regeringen redovisa huruvida det föreslagna bidraget lever upp till statsbidragsprincipen. Statsbidragsprincipen, enligt Produktivitetskommissionens förslag, innebär att riktade statsbidrag som regel ska:

- Vara samhällsekonomiskt motiverat och alltså kunna motiveras till exempel med att det korrigerar ett marknads- eller regleringsmisslyckande.
- Kunna motiveras i förhållande till andra styrsystem. Det innebär att regeringen ska kunna motivera varför det föreslagna bidraget är mer effektivt än andra styrningsmekanismer, som exempelvis att ändra i regelverk som skapar incitamentsproblem. Exempel på legitima motiv kan vara att kommunens incitament inte i tillräcklig grad ligger i linje med vad som är samhällsekonomiskt lönsamt samtidigt som andra regeländringar inte bedöms vara möjliga, att bidraget förväntas leda till kostnadsbesparingar på sikt eller kan motiveras av oförutsedda och akuta händelser.
- Vara tidsbegränsat. Inför utgången av den bestämda tidsperioden ska bidraget utvärderas. Utvärderingen bör bland annat fokusera på om statsbidraget har varit effektivt utformat samt om det syfte som statsbidraget syftade till att uppfylla fortfarande är relevant. Därefter kan statsbidraget förlängas, förändras eller avslutas.
- Aviseras ett år innan det träder i kraft. Det vill säga, i exempelvis budgetpropositionen för år 2025 aviseras riktade statsbidrag som avser år 2026. Det ger kommunerna ökade möjligheter att planera och budgetera sin verksamhet på ett effektivt sätt, trots att det formella beslutet om att införa statsbidraget kommer senare. Statsbidraget bör vidare betalas ut vid en sådan tidpunkt att det kan användas av kommunen eller regionen för den verksamhet som bidraget syftar till.
- Vara av en sådan storlek att en enskild kommun rimligen ska kunna finansiera en insats av väsentlig betydelse för den, även med beaktande av administrativa kostnader.
- Ta hänsyn till kommuners varierande kapacitet och förmåga att uppnå syftet. Det innebär att bidraget bör möjliggöra för olika kommuner att uppnå syftet på olika sätt. Det innebär vidare att syftet inte bör vara så smalt att det utan rimlig anledning omöjliggör för vissa kommuner att uppnå det. Vidare bör möjligheten och effekten av att rekrytera eller omfördela relevant personal beaktas.

– Ha ett ansökningsförfarande som är så enkelt som möjligt. I bästa fall bör fördelning och utbetalning ske automatiskt eller genom att kommunerna begär ut pengarna baserat på en fastslagen fördelningsmekanism. Administrativt betungande ansökningsförfaranden ska undvikas.
– Ta i beaktande att eventuell redovisning ska vara så enkel som möjligt. Kriterierna för det föreslagna statsbidraget ska alltså utformas för att underlätta redovisning och undvika administrativt betungande slutredovisningar.
– Konstrueras på ett sätt som underlättar uppföljning, utvärdering och lärande. Det är regeringen som ansvarar för att utvärdering möjliggörs och genomförs, men i arbetet kan andra myndigheter, inklusive det kommunal- och regionalekonomiska rådet, ges i uppdrag att ansvara för att genomföra utvärderingen.

Utöver dessa punkter lyfte Produktivitetskommissionen att avvikelser från punkterna ovan bör motiveras i den budgetproposition där statsbidraget aviseras. Om ett riktat statsbidrag syftar till att komma till rätta med incitamentsproblem som kan antas vara permanenta, kan det exempelvis vara ett giltigt argument för varför också statsbidraget föreslås bli permanent. Om statsbidraget syftar till att hantera en akut situation, exempelvis en pågående pandemi, kan det motivera att bidraget börjar gälla så snart som möjligt.

Utöver principer för när riktade statsbidrag bör användas och inte har andra typer av förslag kring hanteringen av riktade statsbidrag lämnats. Statskontoret fick 2023 i uppdrag av regeringen att analysera förutsättningarna för att samla information om aktuella riktade statsbidrag till kommuner och regioner i en digital informationsportal hos en statlig myndighet. Statskontoret bedömde att dessa förutsättningar finns och föreslog regeringen att ge Skolverket i uppgift att ansvara för en samlad informationsportal om riktade statsbidrag till kommuner och regioner.[99] I budgetpropositionen för 2025 meddelade regeringen att en statsbidragsportal ska inrättas för att underlätta kommuners och regioners hantering av

[99] Statskontoret (2024), *Enklare att överblicka riktade statsbidrag. Statskontorets förslag till en samlad informationsportal*. Rapport 2024:9.

statsbidrag och minska de administrativa kostnader som denna medför.[100]

Vårdansvarskommittén ser positivt på att flera nyligen genomförda utredningar har visat på utmaningarna med riktade statsbidrag samt gett förslag på hur användningen av dessa kan förbättras.

Den statliga styrningen bör renodlas mot normering och antalet styrformer begränsas

Kommittén anser att statens styrning över lag behöver bli mer välplanerad, renodlad och samordnad. Det gäller särskilt för de verksamheter eller områden där staten inte har ett sådant utökat ansvar som beskrivits i avsnitt 3.4 ovan.

Statens styrning av hälso- och sjukvården är många gånger fragmentiserad och saknar ett helhetsperspektiv. Det finns frågor inom andra politikområden som berör hälso- och sjukvården, till exempel välfärdskriminalitet, klimatfrågan eller digitaliseringsfrågor, men där statens styrning gentemot huvudmännen inte är tillräckligt samordnad. Kommittén bedömer att samordningen mellan departementen, och mellan enheter på samma departement, i Regeringskansliet och styrningen av dess respektive myndigheter behöver bli ännu mer samordnad. Många aktuella frågor för hälso- och sjukvården är i dag tvärsektoriella och behöver styras och samordnas därefter. Även de statliga myndigheternas styrning genom riktlinjer, rekommendationer och liknande som vänder sig till regionerna behöver få ett större helhetsperspektiv. Kommittén anser att det är viktigt att statens styrning och stärkta ansvarsutkrävande av huvudmännen inte bidrar till ökad administrativ börda hos huvudmännen och verksamheterna. En mer samordnad statlig styrning kan sannolikt bidra till att minska den administrativa bördan.

Som nämnts ovan ser kommittén att riktade statsbidrag många gånger bidrar till en fragmentiserad styrning från staten, att minska antalet riktade statsbidrag är ett viktigt steg att ta för att statens styrning ska bli mer renodlad mot normering. Med normering menar kommittén (i enlighet med Ansvarskommitténs (SOU 2007:10) definition) lagstiftning, förordningar och myndigheters föreskrifter. Exempel på andra styrformer som inte räknas som normering är

[100] Prop. 2024/25:1, *Budgetpropositionen för 2025*.

nationella handlingsplaner, avtal/överenskommelser som i praktiken inte kan göras bindande, nationella samordnare och tillfälliga riktade statsbidrag.

Att statens styrning ska bli mer ändamålsenlig, samordnad och främst utgå från normering har föreslagits av många tidigare statliga utredningar och i utvärderingsrapporter. Ansvarskommittén (SOU 2007:10) ansåg att statens styrning av kommunsektorn borde renodlas med inriktning mot normering. Enligt Ansvarskommittén finns uppenbara motiv för att normering, i lagar, förordningar och myndigheters föreskrifter, bör vara den mest framträdande styrformen.

Normering ålägger eller bemyndigar huvudmannen en viss uppgift och sätter ramar för uppgiftens utförande. Genom normstyrning uppnås förutsebarhet och förutsättningar för likabehandling. Rättsligt bindande regler är den enda styrform som kräver efterlevnad av alla huvudmän och som kan vara utgångspunkt för tillsyn. Genom normering uppnås en mer kontinuerlig styrning än då man använder andra former. Andra styrformer skapar inte sällan ryckighet då de av kommunsektorn uppfattas som signaler om att ständigt göra nya prioriteringar. Detta försvårar i sin tur en planerad verksamhetsutveckling och försämrar förutsättningarna för den verksamhetsansvariga kommunen att anlägga ett helhetsperspektiv. Ansvarskommittén framhöll också att även normering som styrform kan ha sina brister, exempelvis att medborgarnyttan inte är i fokus.

Sedan Ansvarskommittén lämnade sitt slutbetänkande (SOU 2007:10) har frågan om statens styrning av regioner och kommuner undersökts i många olika rapporter, till exempel från Statskontoret och Riksrevisionen. Vårdansvarskommittén anser att det vore önskvärt med en utredning som kan se över vilka delar av statens styrning av hälso- och sjukvården som bör vara fokuserade på normering och hur detta ska gå till samt hur antalet styrformer kan begränsas. En sådan utredning kan ta fram ett samlat kunskapsunderlag för hur riksdagen, regeringen och dess myndigheter sedan kan förändra sin styrning i önskad riktning.

Statliga åtgärder för att hälso- och sjukvårdslagstiftningen ska få större genomslag i praktiken och komma till nytta för patienterna

Ovanstående avsnitt syftar till att göra statliga styrsignaler inom hälso- och sjukvården mer långsiktiga och den statliga styrningen mer renodlad. Det krävs sedan åtgärder för att garantera att huvudmän och vårdgivare levererar hälso- och sjukvård i relation till gällande normer i form av lagstiftning, förordningar och föreskrifter samt gällande internationell rätt.

Det finns flera olika aktörer i dagens hälso- och sjukvårdssystem som var för sig och tillsammans ansvarar för att invånarna erbjuds en god och patientsäker vård. Kraven i det samlade hälso- och sjukvårdsregelverket riktar sig bland annat till regioner och kommuner som huvudmän för hälso- och sjukvård. Vid sidan av kommunernas respektive regionernas skyldigheter som huvudmän regleras vårdgivarnas (som kan vara såväl offentliga som privata) och professionernas skyldigheter samt patienternas möjlighet till makt och inflytande. Dagens hälso- och sjukvårdslagstiftning är i allt väsentligt en skyldighetslagstiftning som syftar till att garantera invånarna en god och patientsäker vård som ges efter behov. Det finns också vissa inslag av rättigheter i lagstiftningen som ska garantera patienter vård inom en viss tid samt delaktighet och inflytande över vårdprocessen för att öka ett patientcentrerat förhållningssätt. Att från statligt håll vidta åtgärder för att stärka regionernas regelefterlevnad kan inriktas på såväl att huvudmän, vårdgivare och profession uppfyller lagstadgade krav, som att patienter ges självbestämmande och delaktighet i enlighet med gällande lagstiftning. Med andra ord att det allmänna fullgör sina förpliktelser medan patienterna får vad de har rätt till.

Regleringen om patientens ställning i hälso- och sjukvården behöver få större genomslag

Centralt för kommitténs arbete är att invånares och patienters berättigade förväntningar på hälso- och sjukvårdssystemet realiseras, det vill säga att patienter ges tillgång till vård och behandling i enlighet med gällande lagstiftning oavsett var i landet de bor. Patientens ställning i hälso- och sjukvårdssystemet är något som kontinu-

erligt utvärderas och diskuteras. Inom det svenska hälso- och sjukvårdssystemet har patienter rättigheter som är mer eller mindre preciserade och i olika grad möjliga att utkräva med rättsliga medel.

En kategori av rättigheter syftar till att skydda enskilda från intrång från det allmänna i den personliga eller kroppsliga integriteten eller mot olaga frihetsberövande, alltså skydd *från* olika typer av ingrepp. Patienten har i svensk hälso- och sjukvård en långtgående rätt att tacka nej till vård och behandling, och hälso- och sjukvård får inte ges utan patientens samtycke förutom i akuta situationer där patientens vilja på grund av medvetslöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas (4 kap. 2 och 4 §§ patientlagen [2014:821]). Rätten att säga nej till vård är dock möjlig att begränsa. Frihetsberövanden och vård under tvång tillåts i vissa fall inom hälso- och sjukvården. Förfarandet regleras i särskilda lagar som också innehåller rätt till prövning i domstol.[101]

En annan kategori av rättigheter är individers rätt *till* viss vård och behandling. Den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen innehåller inte någon direkt och för patienterna utkrävbar rätt till viss vård. Utgångspunkten är i stället att det allmänna ska göra en rättvis resursfördelning så att patienter med störst vårdbehov prioriteras framför de med mindre vårdbehov, vilket ska bedömas utifrån tillståndets svårighetsgrad och behandlingens nytta. Detta följer av behovs- och solidaritetsprincipen som uttrycks i den så kallade etiska plattformen. Vården måste dessutom alltid ges i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Patienter kan således inte önska sig vård som strider mot det rättsliga kravet.

Frågan om huruvida patienter bör ha en utkrävbar rätt till vård och behandling har varit föremål för diskussion i flera tidigare statliga utredningar men har hittills alltid avfärdats.[102] Detta motiveras bland annat utifrån svårigheterna att rättsligt precisera vad som ska ingå i vårdens innehåll. Det har också ansetts svårt att utforma adekvata rättigheter eller sanktioner som är till nytta för den enskilde patienten. Dessutom framhålls att en domstolsprövning, eller överprövning av annat organ, skulle kräva särskild kompetens för att bedöma svåra frågor av både rättslig och medicinsk karaktär. Ut-

[101] Se lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård och smittskyddslagen (2004:168).
[102] SOU 1995:5, *Vårdens svåra val*, SOU 1997:154, *Patienten har rätt*, SOU 2007:10, *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*, SOU 2008:127, *Patientens rätt – Några förslag för att stärka patientens ställning*, prop. 2013/14:106, *Patientlag*.

formningen av en rättighetslagstiftning för vårdinsatser behöver även relateras till den etiska plattformen.

I HSL finns emellertid vissa bestämmelser som syftar till att garantera tillgänglighet till vård genom den lagstadgade vårdgarantin (9 kap. 1 § HSL). Om patienten inte får kontakt och behandling i enlighet med de tidsfrister som framgår av garantin ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad. Det finns också med stöd av EU-rättslig lagstiftning möjlighet att söka hälso- och sjukvård i ett annat EU-land.[103] Ett annat exempel på rättighetsinslag i lagstiftningen är vårdvalssystemet (7 kap. 3 § HSL).

Vidare finns i patientlagen bestämmelser som syftar till att göra patienten mer delaktig i vårdprocessen genom bland annat rätt till information (3 kap. patientlagen) möjlighet till en ny medicinsk bedömning (”second opinion”) vid allvarligare tillstånd inom eller utanför sin hemregion (8 kap. 1 § patientlagen). I patientlagen finns även en bestämmelse om möjligheten att välja det behandlingsalternativ som patienten föredrar när det finns flera behandlingsalternativ som stämmer överens med vetenskap och beprövad erfarenhet (7 kap. 1 § patientlagen). Dessa rättigheter får betraktas som så kallade kvasirättigheter med svaga möjligheter till utkrävande.

Patientlagen infördes år 2015 men merparten av patientlagens bestämmelser fanns sedan tidigare i andra författningar. Att samla bestämmelserna i en patientlag var ett försök att stärka och tydliggöra patientens ställning i vården. Kommittén konstaterar att patientlagens bestämmelser inte i tillräckligt hög utsträckning har fått genomslag i vården och för patienterna. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i flera rapporter utvärderat patientlagens tillämpning och konstaterat att det finns tydliga brister i lagens genomslag.[104] Mycket tyder också på att den lagstadgade vårdgarantin inte

[103] Se rådets förordning (EG) nr 883/2004 och Europaparlamentets och rådets direktiv (EU) 2011/24 av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård. Bestämmelserna i patientrörlighetsdirektivet tar framför allt sikte på att reglera frågor som rör kostnadsersättning för vård som ges i en annan medlemsstat än den där vårdmottagaren är bosatt och är huvudsakligen genomfört i svensk rätt genom lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom europeiska ekonomiska samarbetsområdet och lagen (2013:514) om regionernas och kommunernas kostnadsansvar för viss vård i utlandet.

[104] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *En lag som kräver omtag - Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet*, rapport 2021:10 och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017), *Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017*, rapport 2017:2.

haft avsett genomslag och att den inte haft någon tydlig långvarig effekt på vårdköerna.

Kommittén är enig om att det krävs ytterligare insatser som kompletterar och understödjer hälso- och sjukvårdslagstiftningens intentioner för att befintliga bestämmelser ska få genomslag i praktiken och komma till nytta för patienterna.

Patientlagen innehåller flera viktiga principer som syftar till att stärka patientens självbestämmande och delaktighet i vården samt ge patienten inflytande över den egna vårdprocessen. Kommittén anser att regelefterlevnaden måste öka men de brister som uppmärksammas kan sällan angripas enbart med enkla sanktionsåtgärder. I stället krävs en rad olika åtgärder på olika nivåer riktade mot olika aktörer. Hur patienten bemöts i vården och vilket inflytande och makt patienten ges över vård- och behandlingsåtgärder, bestäms i stor utsträckning i vårdmötet mellan patient och profession, vilket i sin tur påverkas av personalens utbildning och kompetens i kombination med vilka förutsättningar som ges i den kliniska vardagen. En möjlig insats för att öka patientens makt och inflytande över sin vård är utökad information från vården till patienter och anhöriga om vilka berättigade krav de har att ställa på hälso- och sjukvården samt information från vården om hur de kan få dessa krav tillgodosedda.

Kommittén ser härutöver behov av en fortsatt utveckling mot en mer personcentrerad vård där patienters behov, resurser och förutsättningar används som utgångspunkter för att forma vårdprocessen. Utredningsarbetet har dessutom visat att det finns brist på samordning i hälso- och sjukvården, vilket leder till att ett stort samordningsansvar läggs på patienten och dennes anhöriga. Detta förutsätter att patienten själv har den kunskap, de personliga resurser och den kognitiva kapacitet som krävs för att få tillgång till en god vård. Genom att lägga ett stort ansvar på patienterna finns en risk för ökad ojämlikhet och minskad tillgänglighet. För att patienter och invånare ska ges tillgång till vård och behandling i enlighet med gällande rätt är det kommitténs bedömning att såväl den enskildes kännedom om vilka krav denne kan ställa på hälso- och sjukvården, som personalens kompetens att lotsa patienten i den egna organisationen, måste stärkas och utvecklas, särskilt i förhållande till de patienter som har sämre förutsättningar att själv navigera i vårdsystemet. Detta måste göras från nationell nivå.

Inte heller den lagstadgade vårdgarantin har fått avsett genomslag och har inte haft någon tydlig långvarig effekt på vårdköerna. Kommitténs bedömning är att regionerna inte i tillräcklig utsträckning tillgängliggör information till patienterna om deras möjligheter till vård hos annan vårdgivare i de fall tidsgränserna inte uppfylls.

För närvarande har en särskild utredare i uppdrag att analysera och föreslå en ny och stärkt vårdgaranti samt lämna förslag som ökar kontinuiteten inom den specialiserade vården. Den nya vårdgarantin bör enligt utredningsdirektivet (dir. 2024:50) tydliggöra såväl patientens möjligheter att få vård hos en annan vårdgivare i de fall vårdgarantins tidsgränser inte kommer kunna uppfyllas som regionens ansvar att tillgodose detta. I utredningens uppdrag ingår att lämna förslag på lämpliga åtgärder som tillsynsmyndigheten kan vidta mot huvudmännen i de fall när vårdgarantin och patientlagen inte följs, utan att det medför ekonomiska sanktioner mot regionen eller kostnader för patienten. Vidare ingår att analysera och föreslå hur en förstärkt statlig uppföljning av vårdgarantin och patientlagen ska utformas med fokus på lärande och ansvarsutkrävande. Mot bakgrund av att en annan statlig utredning pågår på området lämnar kommittén inga förslag eller rekommendationer.

Statens uppföljning och utvärdering måste förbättras och utvecklas

Uppföljning innebär att samla in information om hur hälso- och sjukvården presterar, i till exempel hälsodataregister, medan utvärdering innebär en bedömning av om syftet med exempelvis en ny lagstiftning har uppnåtts och varför detta har, eller inte har, skett. Ofta kan information från uppföljning vara en del av utvärderingsarbetet. Uppföljning och utvärdering fungerar som kunskapsunderlag till policyrevideringar, det vill säga förändringar av systemet (exempelvis regeringens styrning eller lagstiftning) för att uppnå bättre måluppfyllelse. Tillsyn innebär att kontrollera att gällande lagstiftning efterlevs och att identifiera brister i verksamheten liksom behov av åtgärder.

Staten utövar uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvården främst genom sina myndigheter. Utöver myndighetsrapporter kan det finnas analyser från andra aktörer, såsom exempelvis SKR, professions- eller patientföreningar, forskare och media, som kan

fungera som kunskapsunderlag till regeringens beslut. Men dessa aktörer styr inte regeringen över.

Kommittén menar att det trots Sveriges väl utbyggda uppföljnings- och utvärderingsverksamhet och stora tillgång till data ofta saknas flera mått och jämförbara data som kan användas som en gemensam kunskapsgrund för staten, regionerna och kommunerna. Några exempel är att nationella kvalitetsregister enbart fångar delar av hälso- och sjukvården och primärvården generellt inte följs upp på samma sätt som den specialiserade vården. Det är viktigt för såväl invånare och patienter som för riksdag och regering att hälso- och sjukvården följs upp på ett sätt som gör att det går att utläsa i vilken utsträckning gällande krav i lagstiftning efterlevs, nationellt och runt om i landet. Om uppföljning dessutom sker på ett transparent sätt och utformas så att den inte bidrar till ökad administrativ börda kan det också ge incitament till förbättring.

En utvecklad statlig tillsyn

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utövar tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal. Såväl huvudmannen och vårdgivaren som den enskilde yrkesutövaren kan bli föremål för IVO:s tillsyn.

IVO ska inom ramen för sin tillsyn lämna råd och ge vägledning, kontrollera att brister och missförhållanden avhjälps, förmedla kunskap och erfarenheter som erhålls genom tillsynen samt informera och ge råd till allmänheten (7 kap. 4 § PSL). IVO:s uppdrag omfattar därmed både kontrollerande tillsyn, i form av granskning tillsammans med krav på åtgärder, respektive främjande tillsyn i form av rådgivning och information.

IVO har, om vissa förutsättningar är uppfyllda, möjlighet att tillgripa sanktioner gentemot tillsynsobjekten. IVO:s sanktionsmöjligheter mot vårdgivare består av möjligheten att utfärda föreläggande och förbjuda verksamhet (se 7 kap. PSL). Dessa sanktionsmöjligheter får endast användas när verksamheten inte fullgör sina skyldigheter enligt 3 kap. PSL om det finns skäl att befara att underlåtenheten medför fara för patientsäkerheten eller säkerheten för andra. IVO kan förena förelägganden med viten och måste då iaktta de krav som uppställd enligt lagen (1985:206) om viten.

Det samlade regelverket på hälso- och sjukvårdens område innehåller både generella/övergripande bestämmelser (som till exempel att ”erbjuda en god vård”) och detaljerade regler för frågor och processer. I den del lagstiftningen har karaktär av övergripande målsättningslagstiftning har IVO begränsade möjligheter att besluta om rättsligt bindande sanktioner.

Huvudmannen och vårdgivaren har som regel båda ansvar för att uppfylla de relativt allmänt formulerade kraven som framgår av avdelning II i HSL, det vill säga 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 riktas mot både huvudmannen och vårdgivaren.

Vid sidan av de allmänt formulerade bestämmelser som träffar både huvudmän och vårdgivare, styrs vårdgivaren av mer detaljerade bestämmelser. Det är vårdgivaren som ansvarar för att vården bedrivs i enlighet med kraven på god vård (5 kap. HSL), bland annat att det finns personal med rätt kompetens, ändamålsenliga lokaler, lämplig utrustning och rutiner som krävs för att verksamheten ska kunna leva upp till lagstiftningens krav och andra bindande regler. Det finns i dag ingen generell tillståndsplikt för vårdgivare[105] men den som bedriver verksamhet som omfattas av IVO:s tillsyn är skyldig att anmäla sin verksamhet till IVO:s vårdgivarregister.

Ett instrument för stärkt statlig styrning är att utveckla IVO:s tillsynsuppdrag. Det kan då handla om att komplettera myndighetens nuvarande uppdrag med andra former av tillsyn, så som en mer främjande eller en kvalitetssäkrande tillsyn. Det kan också handla om att IVO ges utökade möjligheter att besluta om rättsligt bindande sanktioner när huvudmän och vårdgivare inte fullgör sina skyldigheter, något som sannolikt skulle kräva en mer detaljerad lagstiftning på delar av hälso- och sjukvårdens område. Kommittén har inte inom ramen för sitt uppdrag haft möjlighet att bedöma effekten av olika alternativa lösningar. IVO:s nuvarande tillsynsuppdrag är resultatet av flera rättsliga reformer och det är av stor vikt

[105] Även apotek är vårdgivare och det krävs tillstånd av Läkemedelsverket för att bedriva öppenvårdsapotek.

att ett förändrat uppdrag föregås av noggranna överväganden där alla konsekvenser analyseras.

Ett annat instrument för stärkt statlig styrning är en utökad tillståndsprövning av vårdgivare. Det skulle vara ett viktigt verktyg för att motverka oseriösa aktörer, men också ett instrument för stärkt statlig styrning syftande till säkerhet, kvalitet och likvärdighet. En utökad tillståndsplikt inom hälso- och sjukvården skulle kunna bidra till en vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. Det finns tydliga fördelar att hindra olämpliga aktörer (oavsett om de är oseriösa, kriminella eller av andra skäl inte klarar uppdraget) redan vid en tillståndsprövning i stället för att invänta en tillsyn. Tillståndsplikt och tillståndsprövning skulle också kunna skapa förutsättningar för en skarpare tillsyn och man skulle då likställa IVO:s uppdrag på hälso- och sjukvårdsområdet med det på socialtjänstområdet.

Kommittén har inom ramen för sitt uppdrag inte haft möjlighet att grundligt utreda för- och nackdelar med en tillståndsplikt för vårdgivare jämfört med nuvarande ordning, eller vilka konsekvenser en sådan tillståndsplikt skulle medföra för IVO och vårdgivarna samt för statsbudgeten. Kommittén ser därför att det är viktigt att en utredning genomförs innan tillståndsplikt för vårdgivare införs.[106] Kommittén anser också att det är viktigt att det sker en utvärdering en tid efter att tillståndsplikt införts för att undersöka om tillståndsplikten har lett till önskade effekter om att höja vårdens kvalitet genom att undanhålla oseriösa aktörer.

3.6 Konsekvenser av kommitténs förslag

Kommittéförordningen (1998:1474) ställer krav på att kommittén måste genomföra konsekvensanalyser av sina förslag. Det kravet gäller särskilt författningsförslag, vilket kommittén enligt direktivet inte ska lämna. Kommittén lämnar heller inga förslag om förändrat huvudmannaskap samtidigt som direktivet anger att konsekvenser av förändrat huvudmannaskap ska beskrivas.

Kommittén har mot denna bakgrund valt att göra övergripande konsekvensanalyser utifrån scenarierna om statligt huvudmanna-

[106] Regeringen har nyligen beslutat tillsätta en särskild utredare som ska utreda tillståndsplikt inom hälso- och sjukvård och ökad tillgång till information för Inspektionen för vård och omsorg (IVO), pressnyhet 2025-04-16.

skap för att så långt möjligt ändå besvara direktivets frågor. Dessa konsekvensanalyser redovisas närmare i sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap i betänkandets volym 2. Där finns även övergripande förslag till genomförandeplaner med tänkbara steg och uppskattad tidsåtgång. Såväl konsekvensanalyser som genomförandeplaner har utarbetats främst för ett helt statligt huvudmannaskap, men kan sannolikt i olika omfattning vara en utgångspunkt även för varianterna av delvis statligt huvudmannaskap.

De förslag som kommittén lämnat ovan är av en sådan övergripande inriktningskaraktär att det inte bedömts vara möjligt att genomföra djupgående konsekvensanalyser eller genomförandeplaner för dessa förslag inom ramen för kommitténs uppdrag. I nedanstående avsnitt beskrivs översiktligt konsekvenserna för den kommunala självstyrelsen, finansiering samt genomförande av förslagen.

3.6.1 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Alla förändringar av ansvarsfördelningen mellan stat och regioner och av statens styrning av hälso- och sjukvården måste genomföras med beaktande av den kommunala självstyrelsen. Den kommunala självstyrelsen kan beskrivas som en princip för relationen mellan stat och kommunsektorn som är avsedd att ge kommunerna och regionerna en självständig och inom vissa ramar fri bestämmanderätt. Den kommunala självstyrelsen är grundlagsskyddad, vilket innebär att om den statliga styrningen av regionernas verksamhet blir så omfattande att regionerna inte längre kan utföra sina uppgifter på den kommunala självstyrelsens grund krävs en grundlagsändring. Det är i sammanhanget svårt att säga exakt vid vilken punkt statens styrning av regionernas verksamhet blir så omfattande att en grundlagsändring är nödvändig. Kommitténs bedömning är att ett utökat statligt system- och finansieringsansvar för vissa av hälso- och sjukvårdens områden, som beskrivits ovan, inte står i strid med den kommunala självstyrelsen under förutsättning att regionerna fortsatt har ansvar för hälso- och sjukvårdsverksamheten i sin helhet och inte reduceras till rena ”utförare” av hälso- och sjukvård.

Dock måste alla inskränkningar i den kommunala självstyrelsen bedömas i enlighet med proportionalitetsprincipen i 14 kap. 3 §

regeringsformen (1974:152), RF, som stadgar att en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den. Kommitténs uppfattning är att behovet av ett starkare statligt inflytande över delar av hälso- och sjukvårdssystemet och behovet av en mer enhetlig reglering i syfte att förbättra för invånare och patienter motiverar en inskränkning i regionernas handlingsutrymme. I kommande lagstiftningsarbete behöver föreslagna förändringar både enskilt och sammantaget bedömas mer ingående i relation till grundlagens bestämmelser om den kommunala självstyrelsen.

3.6.2 Finansiering av kommitténs förslag

I den utsträckning en kommittés förslag innebär samhällsekonomiska konsekvenser, ska kommittén göra en samhällsekonomisk analys som inkluderar de samhällsekonomiska effekterna av olika alternativ. Om förslagen kan förväntas leda till kostnadsökningar för det allmänna, ska kommittén föreslå hur dessa ska finansieras (15 § kommittéförordningen [1998:1474]). De förslag som kommittén lämnar är av sådan övergripande inriktningskaraktär att det inte bedömts vara möjligt att genomföra djupgående konsekvensanalyser eller beräkningar av samhällsekonomiska effekter.

Det är alltså svårt att med någon större grad av säkerhet uppskatta storleken på statens utökade finansiella åtaganden till följd av Vårdansvarskommitténs förslag om utökat statligt ansvar. I vissa fall finns det uppgifter om kostnader för frågorna i dag. Regionernas kostnader för rekvisitionsläkemedel uppskattas år 2027 uppgå till 18,2 miljarder kronor. Kostnaden för rättspsykiatrisk vård kan enligt SKR uppskattas till 3,5 miljarder kronor i dag men behovet av vårdplatser förväntas öka. Härtill kommer kostnader för vaccinationer och för screening, vilka har varit svåra att uppskatta, samt eventuellt kostnader för luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter. Vidare skulle de statliga myndigheterna på hälso- och sjukvårdsområdet inklusive Regeringskansliet behöva utöka sin kapacitet och förmåga att styra. Det finns, kommittén veterligen, ingen överenskommen metod eller schablon för att beräkna genomsnittlig kostnad för regeringsuppdrag till myndigheter eller för statliga utredningar. Beroende på hur system- och finansierings-

ansvaret utformas påverkas storleken på statens finansieringsansvar och därmed behovet av statlig finansiering. Detta är frågor för vidare utredning och som inte kan fastställas av kommittén i nuläget. Baserat på kända uppgifter kan ett statligt ansvar för finansiering innebära utökade kostnader om i vart fall 22 miljarder kronor.

Finansieringsansvaret för hälso- och sjukvården är i dag delat mellan staten och regionerna. Staten har genom avtal, överenskommelser, det kommunala utjämningssystemet och finansieringsprincipen tagit ett betydande ansvar för finansiering av hälso- och sjukvården. Staten betalade under år 2023 ut ungefär 105 miljarder kronor i statsbidrag till regionerna.[107]

Kommittén ser att det kan anläggas två perspektiv på ett utökat statligt finansieringsansvar. Det ena är att statens finansiella åtagande ökar, genom att verksamheter finansieras direkt genom statsbudgeten samtidigt som nivån på statsbidragen till regionerna kvarstår oförändrade. En konsekvens av detta är att en högre andel av hälso- och sjukvården finansieras av staten. I förlängningen kan detta medföra en skatteväxling, med lägre skatter i regionerna och ett utökat skatteuttag i staten.

Det andra perspektivet är att staten ges det formella finansieringsansvaret för valda områden, och samtidigt minskar statsbidragen till regionerna med stöd av den så kallade finansieringsprincipen.[108] Det blir då inte någon omedelbar förändring av fördelningen mellan statens respektive regionernas finansiering av hälso- och sjukvården. Skillnaden mot dagens ordning blir dock att staten framöver står den finansiella risken för ökade kostnader för till exempel läkemedel och rättspsykiatrisk vård. På sikt kan också proportionen mellan statens och regionernas finansiering förändras beroende på kostnadsutvecklingen. Fördelningen av medel mellan regionerna påverkas också och det kommunala utjämningssystemet kan behöva anpassas till den nya ordningen. Hur en sådan anpassning kan och bör göras behöver utredas i särskild ordning.

---

[107] Statskontoret (2024), *Statens styrning med statsbidrag till kommuner och regioner 2023 Antal, omfattning och innehåll*, s.13.

[108] Finansieringsprincipen är inte lagfäst men godkänd av riksdagen och har tillämpats sedan 1993. Finansieringsprincipen gäller till exempel när staten för över uppgifter till kommuner och regioner, när det kommunala ansvaret för uppgifter tas bort eller avregleras eller när staten ändrar ambitionsnivåerna för befintlig verksamhet, se Finansdepartementet och Sveriges Kommuner och Regioner (2007), *Den kommunala finansieringsprincipen*. Mer information om finansieringsprincipen finns i sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap som återfinns i betänkandets volym 2.

3.6.3 Genomförande av kommitténs förslag och behovet av nya och ändrade författningar

Kommittén lyfter sex olika områden där bedömningen är att statens ansvar bör utökas och styrningen stärkas, men den exakta utformningen av detta behöver utredas vidare för respektive område. I ett första steg skulle regeringen därmed behöva tillsätta flera utredningar. Detta kan ske genom statliga utredningar, myndighetsuppdrag eller genom internt utredningsarbete på Regeringskansliet, där de två sistnämnda alternativen kan initieras snabbare. Omfattningen och detaljeringsgraden av utredningarna skiljer sig något åt mellan de olika områdena. Exakt utformning av utredningsdirektiven beror också på hur kommitténs förslag bereds vidare och beslutas inom Regeringskansliet.

Kommitténs förslag kräver i olika omfattning författningsändringar i form av nya och ändrade lagar, förordningar och föreskrifter. Regeringsbeslut måste beredas i enlighet med de krav som framgår av RF. Det innebär att bland annat lagförslag måste förberedas och remitteras i den omfattning som är behövlig (7 kap. 2 § RF). I samband med beslut om vissa lagar ska också yttrande inhämtas av Lagrådet (8 kap. 21 § RF).

Vad gäller de sex olika områden inom vilka kommittén anser att statens ansvar ska stärkas är *läkemedelsområdet* ett av de mest komplexa i fråga om mängden aktörer och rättslig reglering. Nuvarande struktur och ansvarsfördelning är en följd av såväl lagstiftning och annan normering, som av ett mer oreglerat samarbete mellan aktörer och funktioner i systemet. Det formella finansieringsansvaret vilar i dag på regionerna, samtidigt som statsbidrag utgår för kostnaden för läkemedelsförmånen. En ökad statlig finansiering kan åstadkommas genom utökade statsbidrag och kräver då inte författningsändringar utan blir en fråga inom budgetprocessen. Om statens finansieringsansvar i stället ska formaliseras krävs ny eller ändrad lagstiftning. Om statens styrning dessutom ska bli tydligare gentemot regionerna kan statliga och regionala aktörers ansvar behöva regleras genom bindande författningar.

För ett utökat statligt ansvar på *vaccinationsområdet* i enlighet med kommitténs förslag krävs lagändringar i smittskyddslagen. På *screeningområdet* finns redan i dag lagstiftning som bemyndigar regeringen att besluta om avgiftsfri screening (lagen [2016:659] om

avgiftsfrihet för viss screening inom hälso- och sjukvården) och det finns två förordningar beslutade med stöd av lagen.[109] Regeringen kan alltså med stöd av befintlig lagstiftning utöka antalet kostnadsfria screeningprogram. Mot bakgrund av den komplexitet som beskrivits ovan, och de noga överväganden som måste göras, är det dock lämpligt med en grundlig översyn och eventuellt även ny eller ändrad lagstiftning också inom screeningområdet.

För området *rättspsykiatrisk vård* kan staten omedelbart ta ett utökat ansvar för finansieringen av hälso- och sjukvården genom generella eller riktade statsbidrag. På sikt bör staten enligt kommittén även ta ett utökat ansvar för den rättspsykiatriska vårdens kvalitet och innehåll. Vilket styrmedel som bäst kan åstadkomma förändring måste utredas och det kan inte uteslutas att det krävs bindande normering genom lagstiftning.

[109] Förordning (2016:660) om avgiftsfrihet för screening för bröstcancer samt förordning (2019:313) om avgiftsfrihet för screening för livmoderhalscancer.

Särskilda yttranden

Särskilt yttrande av ledamoten Karin Rågsjö, Vänsterpartiet

Kommittén har haft ett gott samarbete och presenterar förslag som skulle leda till viktiga förbättringar av vården. I detta yttrande redogör jag för några komponenter som jag saknar i kommitténs betänkande.

Vårdens finansiering

Regionernas finansiering är avgörande för att hälso- och sjukvården ska fungera. Även om finansieringen inte är föremål för den här utredningens uppdrag anser jag att frågan behöver beröras.

Sveriges regioner har flera tuffa år bakom sig. Inflationen har slagit hårt mot ekonomin i kommunsektorn som 2024 gick med det största underskottet på över 20 år. Enligt nuvarande prognoser saknas 18 miljarder kronor 2027 och 34 miljarder kronor 2028 för att kommunsektorn i sin helhet ska kunna leva upp till sina åtaganden.[110]

Statsbidragen till regionerna står för en betydande del av sjukvårdens finansiering. Till skillnad från skatteintäkterna växer inte statsbidragen med den ekonomiska utvecklingen. I stället krävs aktiva beslut för att täcka upp för stigande löner och demografiska förändringar. Detta är en avgörande orsak bakom det växande finansieringsgap för välfärden som vi ser framför oss. Vänsterpartiet har länge förespråkat kraftfullt höjda och indexerade statsbidrag, utifrån välfärdens verkliga kostnader så att välfärden kan leverera enligt sina åtaganden.

[110] LO (2024), *Välfärdsgapet 2024 – Resursbehov i vård, skola och omsorg till och med 2028*.

Bristande jämlikhet

Utredningen adresserar den regionala ojämlikheten inom vården, men när det gäller den klassrelaterade ojämlikheten och tillgängligheten finns mer att önska. Det är väl känt och belagt att socioekonomiska förutsättningar har stor betydelse för människors hälsa och att det råder stora skillnader i tillgången till hälso- och sjukvård mellan olika grupper samt i hur olika grupper bemöts inom vården. Jag anser att kommittén borde ha adresserat hur dessa skillnader hade kunnat åtgärdas.

Personalens situation

Personalens arbetsmiljö, villkor och löner är avgörande för en fungerande kompetensförsörjning och därmed för en fungerande hälso- och sjukvård. Genom åren har facken inom vården larmat om brister inom dessa områden, vilket framför allt grundar sig i bristande resurser. För att säkerställa en robust och jämlik vård i hela landet behövs krafttag avseende personalens situation på arbetsplatserna.

Nära kopplat till situationen på arbetsplatserna är frågorna om kompetensutveckling och det långvariga behovet av hyrpersonal. Det behöver finnas tillräckliga resurser för långsiktiga satsningar på kompetensutveckling för personalen inom hälso- och sjukvården och det behövs mer samlade åtgärder för att minska behoven av hyrpersonal. Detta är frågor där staten skulle kunna ta ett större grepp utan att inkräkta på regionernas styrning över vården. Jag anser att dessa frågor borde ha fått större utrymme i kommitténs arbete.

Systemfel

Det finns i dag omfattande systemfel inom hälso- och sjukvården. Möjligheten för privata aktörer att tjäna pengar på skattefinansierad välfärd medför enorma kostnader för det offentliga. Bara personalkostnaderna för att kontrollera de privata företag som agerar inom välfärden kostar omkring 25 miljarder kronor per år.[111]

Privatiseringen av välfärden snedvrider syftet med hälso- och sjukvården från att ge vård efter behov till att tjäna pengar. Därmed rik-

[111] LO (2024), *Välfärdsgapet 2024 – Resursbehov i vård, skola och omsorg till och med 2028*.

tas resurser till fel grupper, vilket bland annat syns i att nätläkare framför allt används av unga människor i storstäderna, med god tillgång till övrig vård och utan stora vårdbehov. Privatiseringen har också öppnat för kriminella och oseriösa aktörer. Det är en stor utmaning som kommittén borde ha adresserat.

Omställning, effektivisering och digitalisering inom vården borde kunna hanteras nationellt i större utsträckning. Utvecklingen inom AI medför möjligheter och utmaningar rörande integritet och ansvar som bör hanteras samlat genom tydliga nationella regelverk. Även detta borde kommittén ha diskuterat.

Särskilt yttrande av ledamoten Anders W Jonsson, Centerpartiet

Centerpartiet står upp för en hälso- och sjukvård som sätter patienten i centrum och där alla, oavsett bostadsort, kan förvänta sig en jämlik och tillgänglig vård av hög kvalitet. Svensk hälso- och sjukvård håller på många sätt en hög medicinsk nivå men präglas av strukturella utmaningar som ojämlikhet, bristande tillgänglighet och dålig patientcentrering.

Centerpartiet står bakom kommitténs betänkande. Min bedömning är att ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap inte skulle lösa de utmaningar vi har i hälso- och sjukvården. Ett förstatligande skulle därtill ske till stora ekonomiska och personella kostnader.

Centerpartiet ser de regionala skillnaderna som en av de största bristerna i svensk sjukvård. Det är stora skillnader mellan olika regioner men också skillnader inom regionerna vilket är helt oacceptabelt. Trots den mycket gedigna genomgång som utredningen gjort finns det inget som talar för att en sjukvård där all makt utgår från en statlig myndighet med placering i Stockholm skulle minska ojämlikheten. Inte minst erfarenheten från länder med en statlig sjukvård visar att geografisk ojämlikhet har andra bakomliggande orsaker än en decentraliserad beslutsstruktur. Snarare finns risken att sjukvård bedriven inom ramen för en statlig myndighet skulle kunna öka de regionala skillnaderna eftersom lokal anpassning för ökad effektivitet skulle försvåras.

Det finns heller inget som talar för att den socioekonomiska ojämlikheten i hälso- och sjukvården skulle minska med en statlig organisation.

Bristande tillgänglighet är ytterligare en parameter där svensk hälso- och sjukvård ligger sämre till än andra jämförbara länder. Inte heller här finns i utredningens underlag något som talar för att köerna skulle bli kortare av en stor och kostsam omorganisation.

Regionerna, med inkomstskatt som bas, har huvudansvaret för finansiering av hälso- och sjukvården men eftersom medborgarnas inkomstutveckling skiljer sig åt mellan olika regioner skapas ojämlikheter. Den skillnaden skulle minska med en statlig sjukvård eftersom ekonomiska resurser då skulle omfördelas från Stockholmsregionen till övriga delar av landet. Att skapa mer jämlika ekonomiska förutsättningar mellan olika regioner kan dock uppnås genom betyd-

ligt enklare reformer än ett förstatligande. Staten kan ta över det finansiella ansvaret för delar av hälso- och sjukvården som exempelvis luftburna transporter, vaccinationer, screening och läkemedel. Därtill kan den kommunala skatteutjämningen skärpas.

De senaste decennierna har Sverige genomfört tre stora förvaltningsreformer där vi gått från en regional beslutsstruktur till en enda myndighet – Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Polisen. Dessa tre stora reformer, som i sig varit välmotiverade, har dock gett upphov till oönskade resultat. Kostnaderna för reformerna i tid, pengar och personal har blivit betydligt större än vad som förväntades och effektiviteten har blivit lidande. Det har därtill skett med en stark centralisering av verksamheten som följd och myndigheternas lokala närvaro har kraftigt försämrats. Ett förstatligande av hälso- och sjukvården skulle sannolikt ge samma utfall.

Även om inte ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap skulle lösa vårdens utmaningar sätter kommitténs omfattande arbete ljuset på behovet av mer statligt systemansvar, finansieringsansvar och ansvar för samordning. Det gäller exempelvis i frågor om kompetensförsörjning, vaccinationer, läkemedelsfinansiering, screening och luftburna sjuktransporter.

Enbart ökad centralisering av beslutsmakten leder inte till en bättre hälso- och sjukvård. Sverige måste fortsätta decentraliseringen där patienter och profession får större möjlighet att genom kloka val hitta vägarna till en bättre fungerande hälso- och sjukvård. Därtill krävs ökat statligt systemansvar och finansieringsansvar på flera områden.

Då kan vi nå målen om en tillgänglig, jämlik och patientcentrerad vård i hela landet.

Särskilt yttrande av ledamöterna Fredrik Lundh Sammeli och Rachel De Basso, Socialdemokraterna

I juni 2023 fattade regeringen beslut om att tillsätta den parlamentariska kommitté som vi deltagit i, och som antagit namnet Vårdansvarskommittén. Vi vill med detta yttrande tacka ledamöter och kansli för ett gott samarbete, samtidigt som vi konstaterar att regeringens utgångspunkt för uppdraget varit feltänkt. Föreställningen att ett statligt huvudmannaskap skulle vara lösningen på svensk hälso- och sjukvårds utmaningar och problem kan med detta betänkande avskrivas. Socialdemokraterna menar att det inte handlar om förändrat huvudmannaskap, utan om jämlika förutsättningar till tillgänglig hälso- och sjukvård i hela landet. Det kräver rätt förutsättningar för regionerna att bedriva sitt uppdrag, med ökad statlig styrning, nationell samordning och långsiktiga, inflationssäkrade och indexuppräknade statsbidrag.

Med det sagt har kommitténs arbete inte varit förgäves. Det är positivt att sex av åtta riksdagspartier delar problembilden att svensk hälso- och sjukvårds största problem är bristen på geografisk jämlikhet och tillgänglighet. Det finns också ett brett stöd för att staten bör ta ett tydligare ansvar för att åtgärda dessa brister.

Kommitténs förslag är bra men otillräckliga

I betänkandet lämnas ett antal förslag på reformer. Områden där staten föreslås ta ett större ansvar och stärka sin styrning är kompetensförsörjning, läkemedel, vaccinationer, screening, rättspsykiatrisk vård samt luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter. Dessa förslag skulle innebära förbättringar och en väsentligt stärkt statlig styrning och kontroll inom dessa delar av sjukvården. Vi utgår från att regeringen agerar och tar dessa förslag vidare.

Samtidigt som förslagen i betänkandet är bra är det dock tydligt att de inte kommer lösa den svenska hälso- och sjukvårdens grundproblem. Finansieringsfrågorna har helt legat utanför uppdraget. Den sjukvårdskris som präglat hela mandatperioden har sin grund i otillräcklig statlig finansiering och det är angeläget att de generella statsbidragen till regionerna snarast indexeras och inflationssäkras för att värna en jämlik finansiering, tillgänglig och trygg hälso- och sjukvård i hela landet. Den kommunalekonomiska utjämningen be-

höver också moderniseras i fråga om hälso- och sjukvårdens kostnader (se Utjämningskommittén slutbetänkande SOU 2024:50).

Staten måste även ta ett tydligare ansvar i att leda omställningen till en god och nära vård. En stärkt primärvård och hemsjukvård kan ge patienter en bättre vård och minska behoven av sjukhusvård. Sverige behöver få på plats ett fungerande fastläkarsystem, där alla medborgare, särskilt äldre, är listade hos en egen läkare och erhåller kontinuitet. Det kräver i sin tur att läkare inom primärvården ges förbättrade förutsättningar, till exempel vad gäller lagreglerat ansvar för ett begränsat antal patienter. Förbättrade arbetsvillkor och aktivt arbete med systematiskt arbetsmiljöarbete är avgörande för att säkra kompetensförsörjningen.

Vi ser också behov av att adressera de senaste decenniernas privatiseringar. Den växande marknaden för privata sjukvårdsförsäkringar urholkar välfärdens behovsprincip vilket utmanar själva grunden för den svenska välfärdsmodellen. Tvånget att organisera sina valfrihetssystem med etableringsfrihet enligt LOV har samtidigt gynnat privata vård- och omsorgsgivare som riktat sin verksamhet mot resursstarka patient- och brukargrupper. Dessa gruppers behov har därmed prioriterats och resurssatts samtidigt som andra grupper prioriteras ned. Ordningen har samtidigt försvårat för sjukvårdshuvudmännen att ta sitt finansierings- och tillhandahållaransvar för hela vårdkedjan när de tvingats hantera patientgrupper med större vårdtyngd utan att få motsvarande resurstillskott. Här har det länge saknats brett politiskt stöd för nödvändiga reformer.

Socialdemokraterna kommer fortsatt verka för en jämlik, behovsstyrd och solidariskt finansierad hälso- och sjukvård. Svensk sjukvård ska vara till för alla.

Särskilt yttrande av ledamoten Elisabet Lann, Kristdemokraterna

Statligt huvudmannaskap är nödvändigt

De förslag som kommittén presenterar för att stärka statens ansvar genom utökat statligt system- och finansieringsansvar inklusive stärkt statlig styrning inom ett antal utvalda områden samt en utvecklad och stärkt statlig styrning inom övriga delar av sjukvården ger förutsättningar för mer jämlik vård. Jag ställer mig därför utan reservation bakom de förslag som betänkandet för fram.

Samtidigt ger underlagsrapporten ett tydligt stöd för att ett statligt huvudmannaskap kan ge ytterligare bättre förutsättningar att lösa många av sjukvårdens största utmaningar än vad nuvarande system har.

Tillgång till vård på jämlika villkor är en grundläggande trygghets- och rättighetsfråga och en skyldighet enligt internationella konventioner. Det är därför ohållbart att det skiljer så mycket mellan regionerna som det gör i dag. Ett statligt huvudmannaskap kan genom nationellt vårdval eller nationell upphandling av vård stärka tillgängligheten i hela landet. Ett statligt huvudmannaskap bedöms också ge bättre förutsättningar för att planera och investera i förebyggande insatser och när det gäller sjukvårdens kompetens-försörjning beskrivs ett tydligt behov av en nationell samordning.

I underlaget förklaras hur centralstyrd vård kan ge mer robust finansiering, långsiktiga förutsättningar och en riskspridning som klarar variationer bättre. Det innebär även stordriftsfördelar i finansiering och tillhandahållande, framför allt gällande avancerad specialiserad vård.

Att få resurserna att räcka till behoven understryks som en av de största utmaningarna för svensk hälso- och sjukvård. Statsbidragens andel av finansieringen har ökat samtidigt som skillnader i skattekraft mellan regionerna också ökat. Om statens avgränsade ansvar för finansiering ligger kvar på samma nivå som i dag, med bibehållet regionalt tillhandahållaransvar och en finansiering som bygger på beskattning av förvärvsinkomst är nuvarande ordning långsiktigt ohållbar.

Svårigheterna att uppnå systemövergripande effektivisering, innovation och omställning beskrivs som en svaghet i det svenska systemet. Brist på möjligheter för information att följa med patienten och ett fragmenterat vårdsystem äventyrar patientsäkerheten och riskerar

att påverka vårdens effektivitet. Skillnader i vården leder till att personer med vissa diagnoser blir begränsade eftersom vårdutbudet påverkar var man kan bo.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys anser att patient-, brukar- och närståendemedverkan behöver samordnas nationellt i högre grad än i dag.

Coronakommissionen pekade på att den höga graden av decentralisering i den svenska förvaltningsmodellen i kombination med den kommunala självstyrelsen försämrar förmågan att hantera en kris.

Sammanfattningsvis beskrivs många sannolika fördelar med statligt huvudmannaskap inom samtliga områden som analyserats. Tydligast framstår fördelarna gällande jämlikhet, långsiktigt hållbar finansiering och beredskap att hantera kriser.

Det främsta argumentet emot ett förändrat huvudmannaskap är att det innebär en stor reform. De befarade kostnaderna och riskerna med en sådan ställs dock inte mot riskerna och kostnaderna med att behålla ett system som bedöms ha stora svårigheter att klara många av sjukvårdens stora utmaningar.

Man bör också beakta att fortsatt ökat statligt ansvar för system, finansiering och styrning i kombination med bibehållen befintlig organisation riskerar att fördjupa de problem med överlappande styrning, otydligt ansvarsutkrävande och försvagade regioner som framhålls som stora brister med dagens system.

Långsiktigt blir det både ekonomiskt och demokratiskt ohållbart att bibehålla en politisk och administrativ nivå som enbart har till ansvar att tillhandahålla hälso- och sjukvården.

De förslag för ökat statligt systemansvar och finansiering som föreslås i betänkandet bör därmed betraktas som nödvändiga och genomförbara första steg mot ett statligt huvudmannaskap.

Särskilt yttrande av ledamoten Malin Sjöberg Högrell, Liberalerna

För patientens bästa – statligt ansvar där det gör nytta

Helheten i slutbetänkandet Ansvaret för hälso- och sjukvården visar på komplexiteten i hälso- och sjukvården och de underlag som vi fått till oss visar inte på ett entydigt sätt att ett helt förstatligande skulle lösa de utmaningar som finns.

Liberalerna anser att vården behöver samordnas bättre över landet. Staten behöver tydligare ansvara för att samordna, styra och ta ansvar i strategiska frågor. Liberalerna vill införa gemensamma riktlinjer, likvärdig tillgång till precisionsmedicin och läkemedel och screening, bättre skydd vid kris och pandemier och journalsystem som pratar med varandra mellan regioner och kommuner. Vi är öppna för fler områden av strategisk betydelse.

Men vi tror inte att lösningen är att bilda en ny, stor statlig myndighet med samlat ansvar för hälso- och sjukvården. Vid ett helt statligt huvudmannaskap skulle staten bli arbetsgivare för omkring 300 000 personer, det är tio gånger fler än i dagens största myndighet, Polisen. Vi ser inte att en sådan reform, i sig, är en garanti för bättre resultat i vården. Erfarenheterna från tidigare stora organisationsförändringar visar att strukturreformer ofta är kostsamma, tar tid att genomföra och riskerar att dra fokus från det viktigaste, att patienterna får rätt vård i rätt tid.

Vi menar att staten i stället bör ta ett ökat ansvar inom områden där det finns tydliga skäl, såsom kompetensförsörjning, läkemedel, digital infrastruktur och nationell uppföljning. På dessa områden finns goda möjligheter att skapa mer likvärdiga villkor över landet, utan att det kräver att hela huvudmannaskapet förändras.

Vi vill också lyfta vikten av att värna det lokala och regionala inflytandet, som möjliggör anpassning till olika behov och stärker den demokratiska förankringen i vården. Vi ser därför värde i en modell där staten stärker sin roll som samordnande kraft, utan att fullt ut ta över tillhandahållaransvaret från regionerna.

Vi vill att staten stöttar, men inte kväver. Leder, men inte fjärrstyr. Stadigt och successivt vill vi ge staten ett större strategiskt ansvar för svensk sjukvård och samtidigt människan ett större inflytande över sin egen situation. Vi ger oss inte förrän patientens och anhörigas perspektiv alltid är viktigare än organisationens gränser.

Särskilt yttrande av ledamöterna Johan Hultberg och Emilie Orring, Moderaterna

Vården behöver förmänskligas, inte förstatligas

Moderaterna är övertygade om att den svenska hälso- och sjukvården inte ska förstatligas. Varken helt eller delvis. Utredningens analyser visar att det finns betydande svårigheter och risker att genomföra så omfattande förändringar som ett statligt huvudmannaskap skulle innebära. Det går inte enligt utredningen att dra entydiga slutsatser baserat på framtagna underlag och tidigare erfarenheter att en förändring av huvudmannaskapet skulle lösa vårdens problem och utmaningar. Däremot står det klart att en omfattande omorganisering av hälso- och sjukvården riskerar att medföra mer byråkrati, ökad administration och höga genomförandekostnader.

Moderaterna anser att den samlade utredningen väl speglar hälso- och sjukvårdens komplexitet. Det är tydligt att problem, utmaningar och lösningar också varierar över landet. Moderaterna anser att en mångfald av utförare och valfrihet för patienten är viktigt för att möta vårdens utmaningar vad gäller bland annat bristande tillgänglighet. Hälso-och sjukvården befinner sig i en omfattande tekniskt och demografiskt driven utveckling. Det leder till att vi anser att det är mer verkningsfullt med kontinuerliga och stegvisa förbättringar genom ökat samarbete mellan olika aktörer än stora omvälvande förändringar av vårdens organisation.

Moderaterna menar att ett decentraliserat system bidrar till innovation, flexibilitet och att närvaron i samarbete och samverkan med kommunal organisation är av högsta vikt. I många fall är det som krävs av politiken ett vardagligt arbete i form av utvecklad lagstiftning, hållbara regelverk, långsiktig finansiering och regelbunden uppföljning samt att ha tillit till professionen att utveckla sina verksamheter. Den viktigaste uppgiften för alla som är involverade i hälso- och sjukvården är att värna om patienten och dennes vård.

Moderaternas utgångspunkt är att staten behöver ha en tydligare roll, fokusera på saker som endast staten kan göra bättre än andra aktörer. Staten behöver bli bättre på att vara tydlig, konsekvent och förutsägbar i sin styrning. Ett sådant exempel är styrningen av statsbidragen. Generella statsbidrag ska vara utgångspunkten. Effekterna av satsningarna ska följas upp och utvärderas. Regionernas eget ansvar skall värnas.

Utifrån utredningens samlade underlag står det klart att staten behöver ta ett ökat ansvar i vissa delar. Vårdansvarskommitténs slutsats är att det bland annat handlar om kompetensförsörjning, läkemedel och vaccinationer. Ett område där vi velat gå längre än utredningen rör behoven av att minska byråkratin inom svensk vård. Vidare är det helt centralt att fortsätta utveckla en modern och gemensam digital målbild och infrastruktur för hälso- och sjukvården. Det arbetet behöver ske i nära samarbete med de regionala huvudmännen.

Vi moderater konstaterar, vilket också är kommitténs slutsats, att svensk hälso- och sjukvård har god medicinsk kvalitet och på många sätt står sig väl i internationella jämförelser. Det är inte någon nationell ”sjukvårdskris” som det ibland påstås i den politiska debatten. Det handlar i stället om strukturella problem som kräver konkreta åtgärder.

Vi har därför i utredningen drivit på för tydligare ställningstaganden gällande patienternas ställning och inflytande. Det är helt avgörande att utgångspunkten i utformningen av vården är människan, inte systemen. Det finns ett stort behov av att stärka patienternas inflytande och makt, exempelvis genom fritt vårdsök. Vården ska förmänskligas inte förstatligas. En begränsning för kommittén har varit att direktiven till utredningen inte inkluderade den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. De mest sjuka och sköra är i behov av många olika möten med vården på olika nivåer såväl inom regional som kommunal vård och omsorg. Vi är fortsatt övertygade om att en av de största möjligheterna till höjd kvalitet, kontinuitet och effektivitet i vården är genom ett mer samlat och samordnat omhändertagande av de mest sjuka och sköra och andra med många vårdkontakter.

Svensk hälso- och sjukvård ska utvecklas och förbättras. Det sker bäst genom stegvisa reformer i samarbete mellan kommun, region och stat där mångfald, kontinuitet och valfrihet ses som viktiga delar av lösningarna. Patienterna och vårdens personal behöver lugn och ro, inte omvälvande organisatoriska förändringar med oklara resultat. Att alla patienter får vård i rätt tid av hög kvalitet måste vara det som är viktigast för Sverige att arbeta med.

Särskilt yttrande av ledamöterna Linda Lindberg och Per Ramhorn, Sverigedemokraterna

Svensk hälso- och sjukvård står inför stora utmaningar och Sverigedemokraterna ser behov av betydande förändringar. Samtidigt som den medicinska kvaliteten på många sätt står sig väl i internationella jämförelser, finns betydande problem vad gäller tillgänglighet och jämlikhet över landet. Det nuvarande systemet innebär ett splittrat huvudmannaskap, där ansvaret för hälso- och sjukvården är uppdelat mellan 21 olika regioner. Det har skapat en ojämlik vård över landet där tillgången till vård, vårdkvalitet och väntetider varierar kraftigt beroende på var i landet man bor. Detta är inte värdigt ett välfärdsland som Sverige.

Under den innevarande mandatperioden har Sverigedemokraterna tillsammans med regeringen och i enlighet med Tidöavtalet, vidtagit flera viktiga och positiva åtgärder för att bland annat stärka den statliga styrningen och effektiviteten inom hälso- och sjukvården. Detta är ett pågående arbete som behöver fortsätta. Dock menar vi att för att fullt ut kunna säkerställa en jämlik vård över landet, så ser vi ett tydligt behov av att samla sjukvårdsansvaret under staten. Ett förstatligande av sjukvården skulle möjliggöra en mer enhetlig styrning, en rättvisare resursfördelning och en ökad likvärdighet över hela landet. Det skulle även skapa förutsättningar för en mer effektiv användning av skattemedel, bättre nationell samordning och stärkt uppföljning av vårdens kvalitet och resultat. Vårdens utformning ska inte bero på var patienten bor utan på vilka behov som föreligger. Dessutom skulle ett samlat statligt huvudmannaskap kunna förtydliga hur sjukvårdssystemen fungerar för invånarna.

Sverigedemokraterna är medvetna om att en reform av den här omfattningen givetvis skulle ta tid att genomföra, men att en reform är tidskrävande och omfattande, bör inte få avskräcka från vad som är rätt väg framåt.

Vår vision är en sjukvård som präglas av en hög medicinsk kvalitet, god tillgänglighet och jämlikhet över landet. Patientens behov ska alltid stå i centrum, där vård ges efter behov och inte efter bostadsort. Vi vill se en vård där personalen ges rimliga arbetsvillkor och där ledarskapet är tydligt och långsiktigt. Vården ska vara patientsäker och effektiv där kapaciteten nyttjas på bästa möjliga sätt, oavsett var i landet den finns. Vi tror på ett sjukvårdssystem där varje med-

borgare, oavsett livssituation och geografi, får tillgång till samma goda vård.

Sverigedemokraterna anser att svensk sjukvård behöver en ny struktur med staten som huvudman. Genom det kan vi fullt ut skapa en stark hälso- och sjukvård i hela Sverige.

Särskilt yttrande av experten Conny Allaskog, Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)

NSPH:s särskilda yttrande avseende Vårdansvarskommitténs betänkande Ansvaret för hälso- och sjukvården

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) är en organisation som samlar patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom det psykiatriska området. Nätverket har i dag 14 medlemsorganisationer. Dessa organisationer är RFHL, RSMH, Riksförbundet Attention, Sveriges Fontänhus, Riksförbundet Balans, Schizofreniförbundet, Frisk & Fri, SPES, SHEDO, Suicide Zero, Svenska OCD-förbundet, ÅSS, FMN och Spelberoendes Riksförbund.

Vi ser patienter, brukare och anhöriga som en oumbärlig resurs genom deras unika kunskap och anser att deras perspektiv och erfarenheter bör ha ett större inflytande över beslut och insatser som berör dem både på individ- och systemnivå.

NSPH:s yttrande över Vårdansvarskommitténs betänkande Ansvaret för hälso- och sjukvården

Vårdansvarskommittén har enligt direktivet (dir. 2023:73) haft i uppdrag att ta fram ett beslutsunderlag som möjliggör ett stegvis och långsiktigt införande av ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Uppdraget har endast omfattat den regionalt finansierade hälso- och sjukvården och inte huvudmannaskapet för den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården.

I kommitténs arbete har ingått att analysera hur ett statligt huvudmannaskap skulle påverka hälso- och sjukvården. Några av de aspekter som har undersökts är jämlikhet, tillgänglighet, effektivitet, kompetensförsörjning, finansiering och innovationsförmåga med utgångspunkt i hur ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap hade påverkat dessa centrala aspekter av hälso- och sjukvården. Kommitténs analyser visar att det finns både tänkbara för- och nackdelar med att behålla nuvarande huvudmannaskap och tillhandahållaransvar hos regionerna och att införa ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården.

Kommittén anser vidare att det inte går att dra en entydig slutsats med säkra kausala samband utifrån underlagen eller tidigare erfaren-

heter. NSPH delar kommitténs bedömning och vill också poängtera i sammanhanget att erfarenheterna från Norge och Danmark inte ger tydliga fingervisningar på att vårdutvecklingen i dessa länder i sig kan kopplas till de reformer som genomförts i länderna.[112] Det bör också poängteras att Danmark och Norge har mer centraliserade hälso- och sjukvårdssystem än Sverige samtidigt som de delvis har liknande utmaningar med jämlikhet som Sverige har och varken den geografiska eller sociala jämlikheten förfaller ha påverkats av de reformer som genomförts.

NSPH anser vidare, i likhet med kommitténs slutsatser att genomförandet av en huvudmannaskapsreform skulle bli kostsamt, tidskrävande och också riskera att tränga undan annat utvecklings- och reformarbete.

NSPH anser avslutningsvis att vården står inför många och stora framtidsutmaningar. Utmaningar såsom kompetensbrist, ojämlik vård och en bristande tillgänglighet där det finns stor förbättringspotential, inte minst på vårt område avseende vården och insatserna vid psykisk ohälsa. NSPH anser dock inte att svaret och lösningen på utmaningarna i sig är ett helt eller delvis förstatligande av hälso- och sjukvården. Samtidigt anser NSPH att delar av vården kan behöva en tydligare styrning och nationell samordning för att tydliggöra och skapa förutsättningar för en mer jämlik vård, något som kan åstadkommas även utan ett förändrat huvudmannaskap.

[112] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Strukturreformer i Norden – Analys av hälso- och sjukvårdsystemen i Norge, Danmark och Finland*, PM 2024:4, Sveriges Kommuner och Regioner (2025), *Utblick Norge – En belysning av den norska sjukhusreformen 2002*.

Särskilt yttrande av experten Sara Catoni, Sveriges Kommuner och Regioner

Vårdansvarskommittén har synliggjort att en huvudmannaskapsförändring inte i sig skulle lösa de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför. Utredningen visar dessutom att ett delvis förstatligande av större områden som primärvård och specialist-sjukvård i olika former snarare skulle, jämfört med ett helt förstatligande, föra med sig ytterligare negativa konsekvenser.

Utredningen bekräftar till stor del den bild jag har utifrån min roll inom SKR och utifrån den dialog vi för med företrädare från kommuner och regioner. En organisationsförändring kommer inte att leda till att vårdpersonalen blir fler, att vårdköer kortas eller att vården och hälsan blir mer jämlik mellan olika grupper och mellan olika delar av landet. Vi har stora geografiska skillnader oavsett hur vi organiserar oss. Tvärtom, riskerar en organisationsförändring att hämma en viktig och positiv utveckling.

Ett lokalt och regionalt självstyre möjliggör för kommuner och regioner att ta initiativ till att utveckla och anpassa verksamheter och organisationer. Det möjliggör också för invånarna att lättare kunna utkräva ansvar av de förtroendevalda. Den nära samverkan som finns mellan kommuner och regioner i dag kan utvecklas, men jämlik vård uppnår vi inte alltid genom att göra likadant för alla.

Styrningen av hälso- och sjukvården är i dag komplex och många gånger otydlig för såväl huvudmännen som för invånarna. I dag blandas kommuners, regioners och statens roll allt för ofta samman, främst genom statlig detaljstyrning, men också genom oförutsägbar och kortsiktig statlig medfinansiering samt genom att diskussionen mellan nivåerna inte sällan blir onödigt polariserad. Svaret ligger i utvecklad samverkan, inte i en stor omorganisering.

I syfte att bredda perspektiven och ta in lärdomar från andra länder har SKR närstuderat sjukvårdssystemet i Norge. Studien har gett viktiga insikter också i en svensk kontext. En sådan insikt är att det är svårt att säga vad själva förstatligandet har betytt. Många av de mest tydliga reformeffekterna, både positiva och negativa, tycks bero på helt andra saker än själva huvudmannaskapsförändringen. Det förtjänas att särskilt lyfta fram att den norska reformen inte har kommit ifrån de otydligheter i ansvarsfördelning som tidigare

rådde mellan regional och statlig nivå. I stället har nya gränsdragningar och otydligheter uppstått.

En förbättrad styrning av hälso- och sjukvården kräver förtydligande av aktörers roller och ansvar, där staten bör ha en mer renodlad strategisk och granskande roll, samtidigt som samverkan mellan staten och huvudmännen behöver stärkas. Det finns ett antal områden där statens roll skulle kunna förändras:

1. Skapa långsiktiga planeringsförutsättningar för huvudmännen genom att anpassa och värdesäkra statsbidrag, se över dagens balanskrav samt möjligheter att införa en garanterad lägsta nivå på skatteunderlagsutvecklingen. Stärk samverkan och samordningen mellan statliga myndigheter och initiativ för att undvika överlapp eller motstridiga statliga styrsignaler.
2. Ta ett tydligare statligt ansvar för utbildningar till hälso- och sjukvården, i hela landet (inkl. till icke-legitimerade yrken).
3. Etablera en sammanhållen styrning mellan staten och de regionala huvudmännen för prioritering, investering och skapandet av en effektiv nationell digital infrastruktur.
4. Se över statens roll och ekonomiska ansvar för den rättspsykiatriska vården.
5. Se över statens roll för vaccinationer och screening.

Jag är positiv till utredningens gedigna arbete och delar stora delar av slutsatserna som synliggör utmaningarna i dagens styrning av hälso- och sjukvården. Min förhoppning är att utredningens förslag ska bidra till dialog om hur styrningen kan förbättras, inom ramen för nuvarande organisation. Med målet att vi får en mer renodlad, förutsägbar och tydlig styrning av den svenska hälso- och sjukvården.

Referenser

Offentligt tryck

Propositioner

Prop. 2013/14:106, *Patientlag.*
Prop. 2024/25:1, *Budgetpropositionen för 2025.*

Regeringsbeslut

Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela och betala ut medel för att öka antalet tjänster för allmäntjänstgöring, dnr S2025/00584.

Kommittébetänkanden

SOU 1995:5, *Vårdens svåra val*.
SOU 1997:154, *Patienten har rätt*.
SOU 2007:10, *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*.
SOU 2008:127, *Patientens rätt – Några förslag för att stärka patientens ställning*.
SOU 2015:52, *Rapport från Bergwallkommissionen*.
SOU 2017:87, *Finansiering, subvention och prissättning av läkemedel – en balansakt*.
SOU 2018:89, *Tydligare ansvar och regler för läkemedel*.
SOU 2024:2, *Ett samordnat Vaccinationsarbete – för effektivare hantering av kommande vacciner*.
SOU 2024:29, *Goda möjligheter till ökat välstånd*.

SOU 2024:50, *Nätt och jämnt – Likvärdighet och effektivitet i kommunsektorn*.

Rapporter m.m.

Brottsförebyggande rådet (2024), *Personer lagförda för brott, Slutlig statistik 2023.*

E-hälsomyndigheten (2024), *Undersökning om digitala tjänster inom hälso- och sjukvård 2023 – Resultatrapport.*

European Observatory on Health Systems and Policies och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023), *Sweden – Health system review, European Observatory.*

Finansdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (2007), *Den kommunala finansieringsprincipen* (2007-04-16), gemensamt informationsmaterial.

Myndigheten för arbetsmiljökunskap, Mynak, (2023), *Arbetsmiljörisker och friskfaktorer bland hälso- och sjukvårdspersonal.*

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017), *Lag utan genomslag, Utvärdering av patientlagen 2014–2017.* Rapport 2017:2.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet.* Rapport 2021:10.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *Genvägen till ökad precision. En framåtblickande analys av precisionsmedicin i hälso- och sjukvården.* Rapport 2021:5.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022), *Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården.* PM 2022:3.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023), *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv International Health Policy Survey (IHP) 2022.* Rapport 2023:1.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023), *Ordnat för omställning? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport.* Rapport 2023:2.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Sweden – Health system summary.*

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Vården ur befolkningens perspektiv, International Health Policy Survey (IHP) 2023.* PM 2024:3.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Strukturreformer i Norden – Analys av hälso- och sjukvårdsystemen i Norge, Danmark och Finland.* PM 2024:4.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2025), *Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre – International Health Policy Survey (IHP) 2024.* PM 2025:1.

Nationella vårdkompetensrådet (2025), *Förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning, slutredovisning inom det ändrade uppdraget att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning*, (S2023/00256).

Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (2022), *God och nära vård 2022 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*

Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (2023), *Statens bidrag till regionerna för kostnader för läkemedelsförmånerna m.m. 2024 – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*

Socialdepartementet (2024), *Bättre tillsammans – Förslag till en uppdaterad nationell cancerstrategi.*

Socialstyrelsen (2021), *Den gränsöverskridande ambulanssjukvården i Sverige – Förslag till regelverk som syftar till att möjliggöra en god och säker ambulanssjukvård när ambulanser från Danmark, Finland och Norge bistår en svensk region.*

Socialstyrelsen (2023), *Hälsotillståndet bland personer med psykisk funktionsnedsättning – Aspekter av betydelse.*

Socialstyrelsen (2023), *Sveriges prehospitala akutsjukvård – nulägesbild, bedömning och utvecklingsförslag.*

Socialstyrelsen (2023), *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård Kartläggning och utvecklingsförslag.*

Socialstyrelsen (2023), *Samlad uppföljning av regionernas tillgänglighetsarbete. Nationell översikt.*

Socialstyrelsen (2024), *Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2024–2027.*

Socialstyrelsen (2024), *Plats för vård – Förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården.*

Socialstyrelsen (2024), *Statistik om läkemedel 2023.*

Socialstyrelsen (2025), *Tandvården och Vårdansvarskommittén, Från rot till krona – förslag på områden för statlig översyn i tandvårdssystemet.*

SOS Alarm Sverige AB (2023), *Årsredovisning 2023*.

Statistiska centralbyrån, SCB (2024), *Den framtida befolkningen i Sveriges län och kommuner 2024–2040*. Rapport från juni 2024.

Statskontoret (2023), *Utvecklingen av den statliga styrningen av kommuner och regioner 2022.*

Statskontoret (2023), *Att styra de självstyrande – En analys av statens styrning av kommuner och regioner.*

Statskontoret (2024), *Statens styrning med statsbidrag till kommuner och regioner 2023 – Antal, omfattning och innehåll.*

Statskontoret (2024), *Enklare att överblicka riktade statsbidrag. Statskontorets förslag till en samlad informationsportal.*

Sveriges Kommuner och Regioner (2016), *Färre och mer effektiva riktade statsbidrag till kommuner, landsting och regioner.*

Sveriges Kommuner och regioner (2019), kunskapsöversikten *(O) Jämställd hälsa och vård, kunskapsöversikt.*

Sveriges Kommuner och Regioner (2021), *Hur ger statsbidragen bäst effekt? Om de riktade och generella statsbidragen.*

Sveriges Kommuner och Regioner (2020, 2021, 2022, 2023, 2024), *Hälso- och sjukvårdsbarometern – Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården.*

Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Psykiatrin i siffror – Kartläggning av rättspsykiatrin 2023.*

Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *God och nära vård 2023 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav.*

Sveriges Kommuner och Regioner (2025), *Utblick Norge – En belysning av den norska sjukhusreformen 2002.*

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV (2023), *Stärkt tillgång till läkemedel vid sällsynta hälsotillstånd – till långsiktigt hållbara läkemedelskostnader.*

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV (2024), *Kostnadsutveckling och långsiktigt hållbar finansiering av läkemedel – Utveckling av läkemedelskostnaderna och TLV:s arbete med kostnadsdämpande åtgärder år 2023–2024.*

Vinnova (2023), *Acceleration mot en hållbar framtid*, Vinnovas inspel till regeringens forsknings- och innovationsproposition 2025–2028.

Litteratur m.m.

Bennet, T. *Rättspsykiatrisk vård – tvångsvård som påföljd för brott*, i: Dahlin, Juth och Sjöström, *Tvång på gott och ont – en forskningsantologi om tvång i välfärden*, (Iustus, 2025).

Kittelsen et al. (2008), *Hospital productivity and the Norwegian ownership reform. A Nordic comparative study.* HERO Working Paper, 10/2008, Oslo University.

Kittelsen et al. (2015), *Costs and Quality at the Hospital Level in the Nordic Countries*. Health Economics, Dec;24 Suppl.

Rehnberg, C. (2019), *Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv.*

Webbsidor

Brottsförebyggande rådet, *Personer lagförda för brott*, hämtad 2024-12-01: https://bra.se/statistik/statistik-om-rattsvasendet/personer-lagforda-for-brott#h-Tabeller.

Folkhälsomyndigheten, *Nationellt folkhälsomål och målområden*, hämtad 2025-02-12: https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsa-och-folkhalsoarbete/tema-folkhalsa/vad-styr-folkhalsopolitiken/nationella-mal-och-malomraden/.

Helsedirektoratet (2025), *Sykehusopphold – ventetid påbegynt helsehjelp.* Information på Helsedirektoratets webbsida. Hämtad 2025-04-24: https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/sykehusopphold/gjennomsnittlig-ventetid-i-somatisk-helsetjeneste.

Läkemedelsindustriföreningen *Sveriges export och import av läkemedel*, hämtad 2025-01-08: https://www.lif.se/lakemedelsstatistik/sveriges-export-och-import-av-lakemedel/ och om läkemedelsbranschen, hämtad 2025-01-08: https://www.lif.se/fokusomraden/en-aktiv-och-hallbar-samhallsaktor/lakemedelsbranschen--en-svensk-basnaring/.

Socialdepartementet, pressnyhet om en särskild utredare som ska utreda tillståndsplikt inom hälso- och sjukvård och ökad tillgång till information för Inspektionen för vård och omsorg (IVO), pressnyhet 2025-04-16, hämtad 2025-04-29: https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2025/04/insatser-mot-valfardsbrottslighet-och-for-okad-patientsakerhet/.

Statistiska centralbyrån, SCB, *Hälso- och sjukvårdens andel av BNP var 10,5 procent 2022*, hämtad 2024-12-19: https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/nationalrakenskaper/nationalrakenskaper/halsorakenskaper/pong/statistiknyhet/halsorakenskaper-2022/.

Statistiska centralbyrån, SCB, *Försämrat resultat för kommunerna och fortsatt negativt resultat för regionerna 2024*, publicerad 2025-03-04: https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/offentlig-ekonomi/finanser-for-den-kommunala-sektorn/rakenskapssammandrag-for-kommuner-och-regioner/pong/statistiknyhet/kommunernas-och-regionernas-preliminara-bokslut-for-2024/.

Sveriges Kommuner och Regioner, *Sektorn i siffror*, hämtad 2024-09-19: https://skr.se/skr/ekonomijuridik/ekonomi/statistikekonomi/sektornisiffror.71725.html.

Sveriges Kommuner och Regioner, *telefontillgänglighet, Väntetider i vården*, hämtad 2025-02-12: https://skr.se/vantetiderivarden.46246.html.

Sveriges Kommuner och Regioner, *medicinsk bedömning i primärvården, Väntetider i vården*, hämtad 2025-02-12: https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/medicinskbedomning.54389.html.

Sveriges Kommuner och Regioner, *första besök respektive operation/åtgärd i specialiserad vård, Väntetider i vården*, hämtad 2025-02-12: https://skr.se/vantetiderivarden.46246.html.

Sveriges kommuner och regioner (2024), *Regionernas samverkansmodell för läkemedel*, information på hemsidan, hämtad 2025-02-10: https://skr.se/skr/halsasjukvard/vardochbehandling/lakemedelkommunerregioner/samverkansmodelllakemedel.2109.html.

Kommittédirektiv 2023:73

Ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården

Beslut vid regeringssammanträde den 1 juni 2023.

Sammanfattning

En parlamentariskt sammansatt kommitté ska ta fram beslutsunderlag som möjliggör ett stegvis och långsiktigt införande av ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Uppdraget omfattar endast den regionalt finansierade hälso- och sjukvården och därmed inte huvudmannaskapet för den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården.

Kommittén ska bl.a.

- analysera och belysa för- och nackdelar med ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården,
- lämna förslag som säkerställer ett mer effektivt hälso- och sjukvårdssystem som utgår från patienter och tar hänsyn till medarbetares behov,
- föreslå en genomförandeplan med tidsplan för hur staten stegvis och långsiktigt helt eller delvis kan ta över huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården, och
- inom ramen för genomförandeplanen, identifiera vilka åtgärder som krävs för att genomföra kommitténs förslag.

I uppdraget ingår inte att lämna författningsförslag. Uppdraget ska redovisas senast den 2 juni 2025.

Huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården ska utredas

I Tidöavtalet, som är en överenskommelse mellan Sverigedemokraterna, Moderaterna, Kristdemokraterna och Liberalerna, anges att en utredning ska tillsättas med uppdrag att analysera och belysa för- och nackdelar samt lämna förslag på möjligheterna att långsiktigt införa ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. I Tidöavtalet framgår även att utredningen ska beakta för- och nackdelar med regionala organisationer som är geografiskt baserade på exempelvis dagens sex samverkansregioner för hälso- och sjukvård. Utredningen ska genomföras i nära samverkan med företrädare för patienter, professioner, regioner, privata vårdgivare och akademi i syfte att åstadkomma en hälso- och sjukvård som ges bättre förutsättningar än i dag att erbjuda en god och jämlik vård som bygger på behovsprincipen.

Hälso- och sjukvårdssystemets framväxt

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet har under lång tid präglats av gemensamt ansvarstagande och kommunal självstyrelse. Hälso- och sjukvårdens författningar har traditionellt reglerat huvudsakligen verksamhet som bedrivits vid sjukhus. Ett exempel är att landstingen vid sin tillkomst 1862 ålades ansvaret för vissa sjukhus. Landstingen tilldelades ett formellt ansvar att tillhandahålla sluten vård för befolkningen i och med den första sjukhuslagen (1928:302) och sjukhusstadgan (1928:303). Författningarna ersattes av nya versioner av sjukhuslagen (1940:1044 och 1959:112) respektive sjukhusstadgan (1940:1045 och 1959:494). Mentalsjukvården stod däremot under statligt huvudmannaskap och reglerades till viss del i sinnessjuklagen (1929:89).

Landstingens ansvar för att erbjuda hälso- och sjukvård utvidgades och utvecklades successivt årtiondena därefter. Ansvaret kom allt eftersom att omfatta även ett ansvar för öppen vård. Ett led i detta var att sjukvårdslagen (1962:242) ersatte den dåvarande sjukhuslagen (1959:112) som reglerat enbart sluten vård. Mentalsjukvården inordnades under 1960-talet i landstingens sjukvårdsverksamhet och kom att omfatta alla former av sluten och öppen mentalsjukvård, inklusive intagning efter domstols förordnande i brottmål. Parallellt har

organisationen och finansieringen av subventionerad hälso- och sjukvård utvecklats, t.ex. genom den s.k. sjukronorsreformen 1970, som bl.a. innebar att svensk hälso- och sjukvård tog ett avgörande steg mot en s.k. Beveridgemodell med skattefinansiering och offentligt utförande av vård och omsorg. I början av 1980-talet överlämnade staten sitt kvarvarande huvudmannaskap för två undervisningssjukhus, Karolinska sjukhuset och Akademiska sjukhuset, till de två berörda landstingen.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, trädde i kraft 1983 (prop. 1981/82:97, bet. SoU 1981/82:51, rskr. 1981/82:381). Lagen hade sin grund i viljan att minska statlig nationell detaljreglering då det bedömdes att landstingen hade de bästa förutsättningarna att utforma vården utifrån de lokala behoven. Den statliga tillsynen skulle främst avse allmänna riktlinjer, erfarenhetsutbyte och rådgivning till huvudmannen. Under 1990-talet genomfördes nationella reformer i syfte att förtydliga och utveckla kommuners och landstings åligganden samt överföra vissa åtaganden från landstingen till kommunerna. Kommunerna fick bl.a. ett ökat och förtydligat ansvar för personer med psykisk störning som inte är i behov av sluten aktiv psykiatrisk vård (den s.k. Psykiatrireformen 1995, prop. 1993/94:218, bet. 1993/94:SoU28, rskr. 1993/94:396) och ett samlat ansvar för långvarig service, vård och omsorg för äldre och handikappade (den s.k. Ädelreformen 1992, prop. 1990/91:14, bet. 1990/91:SoU9, rskr. 1990/91:97).

Hälso- och sjukvårdens utveckling under 2000-talet

Utvecklingen inom hälso- och sjukvården har under 2000-talet inriktats på att stärka patientens ställning, t.ex. genom den nya patientlagen (2014:821), som tillsammans med hälso- och sjukvårdslagen och annan lagstiftning utgör en grundläggande del av det hälso- och sjukvårdsrättsliga regelverket.

Förändringar under de senaste åren har delvis fokuserat på att stärka patienters valmöjligheter i hälso- och sjukvården och därigenom förutsättningarna för nya aktörer såsom företag och idéburna organisationer att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster med offentlig finansiering (prop. 2016/17:43 s. 77).

Under ett flertal år har initiativ på nationell nivå tagits för att göra hälso- och sjukvården mer jämlik samt främja kvalitet, tillgänglighet och ett effektivt resursutnyttjande. De nationella reformerna har t.ex. omfattat samlad styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst samt en mer samlad myndighetsstruktur inom folkhälsoområdet, se bl.a. förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst samt propositionen En mer samlad myndighetsstruktur inom folkhälsoområdet (prop. 2012/13:116). Andra exempel är lagbestämmelser om vårdgaranti och koncentration av viss högspecialiserad sjukvård, s.k. rikssjukvård. Utvecklingen inom hälso- och sjukvårdsområdet i stort motiverade även en översyn av dåvarande hälso- och sjukvårdslagen, se propositionen En ny hälso- och sjukvårdslag (prop. 2016/17:43). Lagens utformning ansågs ålderdomlig och i vissa fall otydlig och den bedömdes även ha en svåröverskådlig struktur. Den nya lagen, nuvarande hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), också förkortad HSL, skulle fortsätta att vara en målinriktad ramlag och samla generella bestämmelser om organisation och ansvarsförhållanden inom hälso- och sjukvården (se tilläggsdirektiv till Utredningen om stärkt ställning för patienten genom en ny patientlagstiftning [dir. 2012:113]). Den nya hälso- och sjukvårdslagen trädde i kraft den 1 juli 2017 (prop. 2016/17:43, bet. 2016/17:SoU5, rskr. 2016/17:141). Ändringar gjordes i lagens språk, struktur och utformning, utan några förändringar av rådande ansvarsförhållanden inom hälso- och sjukvården, se prop. 2016/17:43 s. 78 f.

Nuvarande roller och ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvården

Den svenska förvaltningsmodellen består av tre nivåer: nationell, regional och lokal. De olika nivåerna har ansvar för olika frågor, se 1 kap. 6 och 7 §§ och 14 kap. regeringsformen samt kommunallagen (2017:725).

Det allmänna ska enligt 1 kap. 2 § regeringsformen verka för goda förutsättningar för hälsa. I 1 kap. 1 § andra stycket regeringsformen anges det att den svenska folkstyrelsen förverkligas bl.a. genom kommunal självstyrelse. Av 14 kap. samma lag följer att kommunerna sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. På samma grund sköter kommun-

erna även de övriga angelägenheter som bestäms i lag. Kommuner och regioner får enligt kommunallagen själva ha hand om angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till området eller invånarna och som inte åligger någon annan. Kommunallagen anger vidare att det på vissa områden finns särskilda föreskrifter om kommunernas och regionernas befogenheter och skyldigheter. Hälso- och sjukvården är ett sådant område. Den kommunala självstyrelsen gäller även inom sådana speciallagsreglerade områden.

Enligt 2 kap. 2 § HSL vilar huvudmannaskapet för hälso- och sjukvård på regioner och kommuner. Detta innebär att regionen eller kommunen ytterst har ett ansvar för att säkerställa att invånarna får en god vård, se bl.a. 8 kap. 1 § HSL. Om en region eller kommun avtalat med någon annan om att utföra vården, har regionen eller kommunen således fortfarande ett ansvar för att säkerställa att invånarna får en god vård. Regioner, och i viss utsträckning kommuner, har ansvar för hälso- och sjukvårdens planering, finansiering och drift. I regionernas ansvar ingår planering, finansiering och drift av sådan psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång, enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, och tvångsvård av lagöverträdare som lider av en psykisk störning, enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, som kompletterar de grundläggande bestämmelserna i HSL. Kommunerna ansvarar för att erbjuda vissa hälso- och sjukvårdsinsatser åt personer i vissa boendeformer och i viss dagverksamhet, elevhälsa vid skolor där kommunen är huvudman och för vård och stöd till personer med funktionsnedsättning.

Statens styrning av hälso- och sjukvården innebär att riksdag och regering har ett övergripande nationellt ansvar för resultat och utveckling. Staten anger nationella mål och riktlinjer som ska garantera att hälso- och sjukvården blir likvärdig och håller en hög kvalitet samt ansvarar för övergripande insatser riktade till hälso- och sjukvården. De statliga insatserna innefattar bl.a. lagstiftning, statsbidrag och statliga myndigheters verksamheter, såsom t.ex. utbildning, forskning, kunskapsstyrning, analys och tillsyn.

En rad andra aktörer bidrar till utvecklingen av hälso- och sjukvården. Det handlar t.ex. om yrkesprofessioner och patienter och deras organisationer samt aktörer inom näringslivet och civilsamhället.

Nuvarande ansvarsfördelning är resultatet av flera reformer där bl.a. principen om kommunal självstyrelse vägts mot behov av sam-

ordning, styrning och stöd utifrån en nationell nivå. Den kommunala självstyrelsen ger regioner stor frihet att själva, inom ramen för befintlig lagstiftning, utforma och ansvara för sin verksamhet (prop. 2016/17:43 s. 74 f.). Hälso- och sjukvårdslagens utformning ger dessutom ett stort utrymme för regionerna och kommunerna att utforma vården efter lokala behov och förutsättningar.

I jämförelse med många andra länders hälso- och sjukvårdssystem har Sverige en mycket långtgående decentraliserad struktur vad gäller huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården. Liknande decentraliserade hälso- och sjukvårdssystem har tidigare funnits i t.ex. Norge och Danmark. Under senare årtionden har dock tydliga steg tagits mot mera centraliserade hälso- och sjukvårdssystem i de båda länderna. I Finland genomförs en social- och hälsovårdsreform som bl.a. innebär att ansvaret för hälso- och sjukvården flyttas från kommunerna till 21 nya s.k. välfärdsområden med tillhörande statlig finansiering. I sammanhanget kan nämnas att även i Sverige har flera beslut om ökat statligt ansvar och styrning inom hälso- och sjukvården fattats av riksdag och av regering. Riksdagen ställde sig t.ex. bakom regeringens proposition Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30, bet. 2020/21:FöU4, rskr. 2020/21:136), som bl.a. innebär att ett arbete för ett större statligt ansvar initieras när det gällerförsörjningsberedskapen. Riksdagen har vidare tillkännagett för regeringen att en särskild finansiering och nationell strategi för särläkemedel bör tas fram (bet. 2021/22:SoU21, rskr. 2021/22:199). Regeringen har även fattat beslut om flera uppdrag till Socialstyrelsen om förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser inom hälso- och sjukvården (S2023/00679), förslag till en nationell plan för förlossningsvården(S2023/00406) samt förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens Kompetensförsörjning (S2023/00256).

Uppdraget att ta fram beslutsunderlag för att möjliggöra ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården

Det finns brister och omotiverade geografiska skillnader i hälso- och sjukvården

De medicinska resultaten i svensk vård faller väl ut i internationella jämförelser. Uppföljningar visar på goda medicinska resultat, att patienter överlag är nöjda med kvaliteten och att förtroendet för hälso- och sjukvården är högt. Sveriges hälso- och sjukvårdskostnader är höga jämfört med andra EU-länder, både som andel av BNP och per invånare.

Samtidigt präglas svensk hälso- och sjukvård av flera problem, bl.a. långa vårdköer, brister i tillgänglighet, dålig arbetsmiljö, bristande kompetensförsörjning och hänsyn till patienters behov samt ett otillräckligt antal disponibla vårdplatser med bristande patientsäkerhet som följd. Den demografiska förändringen med en åldrande befolkning innebär även att behoven av hälso- och sjukvård ökar. Avgörande för en god utveckling framöver är att nyttja de resurser som finns på bästa sätt och bl.a. stärka förutsättningarna för att öka produktiviteten och effektiviteten i hälso- och sjukvården.

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 § första stycket HSL). Vård på lika villkor för hela befolkningen innebär att det ska vara möjligt för alla – oavsett var de bor i landet – att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har hälso- och sjukvårdens hälsoutfall utvecklats positivt över tid. Den åtgärdbara dödligheten minskar och andelen av befolkningen som upplever att deras behov av vård tillgodoses ökar. Det finns dock betydande geografiska skillnader i Sverige, t.ex. när det gäller vårdens tillgänglighet och hälsoutfall, se Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022 – Indikatorer på kvalitet, jämlikhet och effektivitet (Vård- och omsorgsanalys 2022:3).

Svensk hälso- och sjukvård bygger i stor utsträckning på skyldighetslagstiftning. Av hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen följer att regionerna är skyldiga att säkerställa att patienterna får adekvat vård i tid, en vårdgaranti. En förbättrad tillgänglighet till vård har varit ett uttalat mål för svensk hälso- och sjukvård under lång tid. Trots

detta har andelen som får ett första besök, en planerad operation eller behandling inom vårdgarantins gränser minskat sedan 2014. Det varierar även mycket mellan regionerna i vilken utsträckning vårdgarantin uppfylls. Sett ur ett internationellt perspektiv är väntetiderna till vården långa, se exempelvis Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapport Vården ur befolkningens perspektiv 2020 (Vård- och omsorgsanalys 2021:4), Delegationen för ökad tillgänglighets betänkande Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram (SOU 2022:22) och OECD 2021 Sweden: Country Health Profile. Trots att det finns en skyldighet för regionerna att erbjuda patienter adekvat vård i tid, är hälso- och sjukvård inte en rättighet som patienten kan utkräva på juridisk väg. Att patientens rättsliga ställning är svagare i Sverige än i Norge, Finland och Danmark har bl.a. konstaterats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i rapporten Vården ur patienternas perspektiv – 65 år och äldre – En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder (Vård- och omsorgsanalys 2017:2).

Flera myndighetsrapporter pekar dessutom på att svensk hälso- och sjukvård i för liten utsträckning utgår från och tar hänsyn till patienters behov, preferenser och förutsättningar, se exempelvis Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapporter Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder (Vård- och omsorgsanalys 2016:5) och Vård- och omsorgsanalys 2017:2. I internationella undersökningar får Sverige svaga resultat på områden som beskriver patientens erfarenheter av sina kontakter med vården, när det gäller delaktighet, information och samordning, se Myndigheten för vård- och omsorgsanalysrapport Från mottagare till medskapare – Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård (Vård- och omsorgsanalys 2018:8).

Den långsiktiga internationella trenden är att antalet vårdplatser minskar till följd av medicinska framsteg som förkortar vårdtiderna. Antalet vårdplatser per capita har i Sverige minskat kontinuerligt under de senaste åren. Sveriges låga internationella placering när det gäller antalet vårdplatser kan delvis vara ett resultat av ett skifte från sluten vård till öppen vård (Socialstyrelsen – Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – Lägesrapport 2020). Den relativt stora minskningen av antalet vårdplatser i Sverige kan också bero på en förändrad ansvarsfördelning mellan äldreomsorg

och vården (Sveriges Kommuner och Regioners rapport – Hälso- och sjukvårdsrapporten 2018). Samtidigt har antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter inom somatisk vård ökat under de senaste åren, vilket är ett tecken på att det råder brist på vårdplatser. I januari 2022 inledde Inspektionen för vård och omsorg (IVO) en nationell tillsyn av samtliga regioners sjukhusvård, med särskilt fokus på akutsjukhus. Av myndighetens rapport Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen (IVO 2023–02) framgår att det är brist på disponibla vårdplatser inom sjukhusvården i samtliga regioner och att patientsäkerheten inte kan garanteras. Sammantaget visar tillsynen enligt IVO att lägstanivån är oacceptabelt låg och att regionerna inte lever upp till de krav som ställs i författning. Det ansträngda läget i sjukhusvården har en stark påverkan på både patientsäkerheten och vårdpersonalens arbetsmiljö. Arbetsmiljöverket har tidigare påtalat att arbetsmiljöproblemen inom hälso- och sjukvården behöver åtgärdas från ledningsnivå. Det är också viktigt att öka hälso- och sjukvårdens kapacitet utifrån ett beredskapsperspektiv, för att öka Sveriges förmåga att klara situationer av kris och höjd beredskap.

Det finns utrymme att öka effektiviteten i svensk hälso- och sjukvård

Regionerna uppvisar även skillnader när det gäller effektivitet, alltså förhållandet mellan de resurser som används och hälso- och sjukvårdens kvalitet (Vård- och omsorgsanalys 2022:3). Det tyder på att det finns potential för effektivitetsförbättringar. I slutbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) görs bedömningen att det decentraliserade sjukvårdssystemet till viss del begränsar möjligheterna till ett samhällsekonomiskt bättre resursutnyttjande. Anledningen till detta är, enligt slutbetänkandets bedömning, att det sektoriserade systemet inte möjliggör att resurser allokeras dit där de ger störst sammantagen nytta. Samtidigt bedöms det som sannolikt att det finns stora möjligheter att öka effektiviteten och att också förbättra styrningen inom nuvarande system.

Statens möjlighet att styra och samordna hälso- och sjukvården i önskvärd riktning är delvis begränsad

Regeringen har ett övergripande ansvar för att få genomslag för nationella mål i hela landet, t.ex. för att hälso- och sjukvården lever upp till kravet på god vård på lika villkor enligt 3 kap. 1 § första stycket HSL.

Staten har olika styrmedel till sitt förfogande för att påverka hälso- och sjukvården i önskvärd riktning. Förutom de traditionella styrmedlen – lagstiftning, tillsyn, uppföljning och statsbidrag, har regeringen i större utsträckning kommit att använda andra mjukare styrmedel. Till exempel har det blivit vanligare med nationella samordnare, nationella handlingsplaner, nationella strategier och överenskommelser med SKR, som tydliggör regeringens inriktning inom ett område. Det har blivit tydligt att statens möjligheter att påverka hälso- och sjukvården i önskvärd riktning är begränsade. Ett exempel är omställningen till en god och nära vård. Staten tog 2018 initiativ till en omställning av hälso- och sjukvården där primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården. För att stödja omställningen genomfördes lagändringar, omfattande riktade statsbidrag och uppdrag till flera myndigheter. Socialstyrelsens analyser visar att kostnaderna för primärvård har ökat på senare år, mätt i fasta priser. Det gäller särskilt den primärvård som regionerna ansvarar för. En del av denna kostnadsökning kan troligen förklaras av riktade bidrag från staten, se Socialstyrelsens rapport Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2021 – Utvecklingen i regioner och kommuner. För den primärvård som regioner finansierar utan riktade statsbidrag ses dock ingen större förändring av kostnaderna i förhållande till de totala kostnaderna för den hälso- och sjukvård som finansieras av regioner och kommuner. Det innebär att regionerna inte prioriterat ökade resurser till primärvården mer än vad de gjort tidigare. Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys delrapport Nära vård i sikte? – Utvärdering av omställningen till en god och nära vård (Vård- och omsorgsanalys 2021:8) har omställningen ur ett systemperspektiv bara lett till mindre förändringar när det gäller ekonomiska resurser, kompetensförsörjning och vårdkonsumtion. Myndigheten kan se en liten ökning i primärvårdens kostnadsandel, men andelen specialister i allmänmedicin är oförändrad sedan 2016, och befinner sig fortfarande på en betydligt lägre nivå än i jämförda länder.

Kritik har riktats mot den statliga styrningen av hälso- och sjukvården i dagens system som är starkt präglat av kommunal självstyrelse. Statskontoret konstaterar, i rapporten Statens styrning av kommunerna (2016:24) och i antologin Statlig förvaltningspolitik för 2020-talet – En forskningsantologi, att statens styrning av kommuner och regioner under senare tid har ökat och blivit mer detaljerad, vilket i praktiken kan innebära en inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Vidare konstaterar Riksrevisionen i sin rapport Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet (RiR 2017:3) att riktade statsbidrag används i allt större utsträckning för att påverka hälso- och sjukvården i önskvärd riktning. Eftersom den kommunala självstyrelsen till viss del begränsar statens styrmöjligheter ger de riktade statsbidragen staten möjlighet att tydliggöra politiska prioriteringar. Riktade statsbidrag kombineras ofta med överenskommelser mellan staten och SKR. Riksrevisionen menar dock att användningen av SKR i den statliga styrningen av vården bl.a. har lett till minskad insyn och otydlig ansvarsfördelning och att möjligheten till ansvarsutkrävande är begränsad eftersom SKR inte är en myndighet. Samtidigt bedöms Socialstyrelsen som central förvaltningsmyndighet ha fått en mer undanskymd roll.

I Coronakommissionens andra delbetänkande Sverige under pandemin (SOU 2021:89) konstateras att SKR har kommit att inta en betydelsefull roll, vilket blivit tydligt inte minst under pandemin. Kommissionen noterar dock att SKR inte är ett offentligt organ eller en myndighet utan en medlems- och intresseorganisation, vilket innebär att den inte lyder under det offentligrättsliga regelverk som gäller för myndigheter, t.ex. förvaltningslagen (2017:900) eller tryckfrihetsförordningens regler om allmänna handlingar. Tidigare har Statskontoret gjort liknande observationer, se rapporterna Överenskommelser som styrmedel (2014) och Förvaltningsmodellen under coronapandemin (2020).

Lärdomar från coronapandemin talar för stärkt statligt ansvar och styrning

Coronapandemin krävde åtgärder inom verksamheter som till stora delar faller under regionernas och kommunernas ansvar. Den kommunala självstyrelsen och ansvarsprincipen, dvs. den princip som anger att den som har ansvar för en verksamhet under normala för-

hållanden ska ha samma ansvar under en kris, innebar därför en utmaning för statens möjlighet att styra. Det decentraliserade hälso- och sjukvårdssystemet innebar således en begränsning av statens möjlighet att säkerställa en god beredskap, ett tillräckligt effektivt utnyttjande av resurser och jämlikhet över hela landet. Lärdomarna från coronapandemin har visat att den nationella styrningen av hälso- och sjukvårdens beredskap behöver stärkas. Enligt Coronakommissionens slutbetänkande Sverige under pandemin – Volym 2 Förutsättningar, vägval och utvärdering (SOU 2022:10) innebar bl.a. den kommunala självstyrelsen ett hinder för regeringen att ta ledarskapet för den nationella krisledningen. Erfarenheterna under pandemin har enligt kommissionen gett ny aktualitet åt en förvaltningsreform på regional nivå och ett tydligare statligt ansvarstagande. Kommissionen menar därför att frågan om en omfattande förvaltningsreform snarast på allvar måste bli föremål för nya förutsättningslösa överväganden.

Ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap ska utredas

Svensk hälso- och sjukvård präglas av flera problem i form av bl.a. bristande tillgänglighet, jämlikhet, kompetensförsörjning och effektivitet. Som anges ovan framgår det av olika myndighetsrapporter att det finns för få disponibla vårdplatser och att patientperspektivet inte beaktas i tillräcklig utsträckning. Det har även från flera håll pekats på bristande statlig styrning och allvarliga systemsvagheter, bl.a. vad gäller hälso- och sjukvårdens beredskap. Enligt Statskontorets rapport Perspektiv på omprövning (2021) kommer ofta omprövningar av statens åtaganden till stånd till följd av någon form av kris, stora omvärldsförändringar eller genom ett starkt politiskt tryck.

Mot bakgrund av den utveckling som har skett inom hälso- och sjukvården, lärdomarna från coronapandemin och att förväntningarna på ett statligt ansvarstagande för att säkerställa likvärdighet har ökat anser regeringen att det är angeläget att ompröva statens ansvarstagande och styrning avseende hälso- och sjukvården. Målet med en sådan omprövning är att förbättra förutsättningarna för patienternas rätt till jämlik vård och ett effektivt resursutnyttjande.

Kommittén ska därför

- analysera och belysa för- och nackdelarna med ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården, och
- ta fram beslutsunderlag som möjliggör ett stegvis och långsiktigt införande av ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården.

Kommittén ska vid framtagandet av beslutsunderlag ta sin utgångspunkt i de problem som finns inom hälso- och sjukvården och föreslå åtgärder som bedöms vara ändamålsenliga för att öka vårdkvaliteten, förbättra vårdresultaten, jämlikheten och effektiviteten.

Kommittén ska beakta för- och nackdelar med regionala organisationer som är geografiskt baserade på exempelvis dagens sex samverkansregioner för hälso- och sjukvård.

Kommittén ska också beakta och dra lärdom av andra statliga centraliseringsprocesser i Sverige på andra områden samt hälso- och sjukvårdsreformer som har genomförts i andra länder, t.ex. de nordiska länderna.

Uppdraget omfattar endast den regionalt finansierade hälso- och sjukvården och därmed inte huvudmannaskapet för den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården.

Stärkt statlig styrning och samordning vid ett delvis statligt huvudmannaskap

Som redovisas ovan står hälso- och sjukvården inför flera utmaningar i form av bl.a. bristande tillgänglighet, jämlikhet, kompetensförsörjning och effektivitet vilket lett till förväntningar på ett ökat statligt ansvarstagande och stärkt styrning. På senare tid har flera initiativ tagits för att öka den statliga styrningen och samordningen av hälso- och sjukvården. Ett exempel är etableringen av så kallade regionala cancercentrum (RCC). Syftet med RCC är att öka vårdkvaliteten och förbättra vårdresultaten samt att använda hälso- och sjukvårdens resurser mer effektivt. De uppföljningar som gjorts inom ramen för RCC:s arbete pekar mot att verksamheten bidrar till en mer jämlik cancervård. Ett annat exempel är den nationella högspecialiserade vården. Socialstyrelsen har utformat en arbetsprocess för koncentration av högspecialiserad vård på nationell nivå och är förvaltningsmyndighet för systemet. Andra prioriterade frågor är även att stärka

krisberedskapen och utveckla den digitala infrastrukturen i hälso- och sjukvården.

Mot denna bakgrund anser regeringen att det i ett hälso- och sjukvårdssystem med ett delvis statligt huvudmannaskap kan finnas behov av stärkt statlig styrning och samordning i de delar regionerna bibehåller huvudmannaskapet. Det kan t.ex. handla om uppföljning, utvärdering, inspektioner, sanktioner och ansvarutkrävande. Även i detta sammanhang ska förslag om stärkt statlig styrning och samordning på ett ändamålsenligt sätt bedömas bidra till ökad vårdkvalitet, att förbättra vårdresultaten samt att hälso- och sjukvårdens resurser används mer effektivt.

För det fall ett delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården föreslås, ska kommittén

- lämna förslag på hur den statliga styrningen på ett ändamålsenligt sätt kan stärkas i de delar regionerna bibehåller huvudmannaskapet.

Kommittén ska vid framtagande av förslag särskilt beakta de utmaningar som svensk hälso- och sjukvård står inför i form av bl.a. bristande tillgänglighet, jämlikhet, kompetensförsörjning och effektivitet. Kommittén ska även särskilt beakta hur en stärkt statlig styrning påverkar den kommunala självstyrelsen.

Ändringar i ansvarsfördelning måste ställas i relation till hälso- och sjukvårdens styrande mål och principer

Kommitténs arbete med att ta fram beslutsunderlag som stegvis och långsiktigt möjliggör ändringar i ansvarsfördelning mellan region och stat ska utgå från de mål och principer som kommer till uttryck i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Målet för svensk hälso- och sjukvård är att uppnå en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 § första stycket HSL). För att uppnå detta mål ska vården respektera allas människors lika värde och den enskilda människans värdighet (3 kap. 1 § andra stycket HSL), liksom patientens självbestämmande, integritet och delaktighet (5 kap. 1 § HSL). När resurserna inte räcker för att tillgodose alla behov, ska vården prioriteras efter etiska principer som riksdagen beslutat om (prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186), vilka bl.a. anger att den som har störst behov ska ges företräde (se även 3 kap. 1 § andra stycket

HSL). Av budgetpropositionen för 2023 (prop. 2022/23:1, bet. 2022/23:FiU1, rskr. 2022/23:51) framgår vidare 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 (prop. 2015/16:1, bet. 2015/16:SoU1, rskr. 2015/16:102).

Olika sätt att organisera och styra hälso- och sjukvården ger olika förutsättningar för att uppnå och främja dessa uppställda mål och principer. Patienters och deras närståendes behov och möjlighet att välja utifrån preferenser bör vara en utgångspunkt i utformningen och utvecklingen av hälso- och sjukvården och deras erfarenheter, kunskaper och resurser bör tas tillvara.

Hälso- och sjukvårdens styrning och organisation påverkar även hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesutövning. I betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) konstateras att styrningen av hälso- och sjukvården är fragmenterad med en rad olika aktörer, med bitvis oklar rollfördelning och bristande samordning och samverkan sinsemellan. Splittringen gör det svårt för såväl patienter som vårdens medarbetare att agera ändamålsenligt i systemet. De senare upplever ibland att styrningen skär direkt in i mötet med patienten och kommer i vägen för medicinska prioriteringar. Styrning kan också bidra till att skapa en tung administrativ börda för vårdens medarbetare. Enligt regeringen bör styrningen präglas av förtroende för kompetensen och förmågan hos professionen. Vidare behöver den administrativa bördan minska så att mer tid kan ägnas åt patientnära arbete och kärnverksamheten. En sådan förändring behövs för en personcentrerad vård med ökat patientinflytande, fler patientkontakter, bättre tillgänglighet och högre kvalitet.

De förslag som kommittén lämnar inom ramen för sitt beslutsunderlag ska därför

- utgå från hälso- och sjukvårdens styrande mål och principer, och
- säkerställa ett mer effektivt hälso- och sjukvårdssystem, minska detaljstyrning och den administrativa bördan samt ta hänsyn till patienters och medarbetares behov.

Ändringar i ansvarsfördelning måste också ställas i relation till bl.a. lokala behov och förutsättningar samt den kommunala självstyrelsen

I kommitténs arbete att ta fram beslutsunderlag som möjliggör ändringar i ansvarsfördelning mellan region och stat ska även möjligheterna att ta tillvara lokala förutsättningar och behov samt regionernas självbestämmande beaktas. Enligt kommunallagen ska frågor avgöras nära de medborgare som berörs och beslut fattas av lokalt valda politiska församlingar. På så vis kan verksamheten utformas utifrån behoven och förutsättningarna i den egna regionen, och det lokala ansvarsutkrävandet kan främjas. Den kommunala självstyrelsen kan dock leda till skillnader i vården mellan olika delar av landet, på grund av regioners skilda förutsättningar, prioriteringar och ambitionsnivåer. Dessa skilda förutsättningar påverkar regionernas möjligheter att hantera sina uppgifter och därmed möjligheterna att skapa en jämlik vård avseende medicinsk kvalitet, vårdutbud och tillgänglighet.

För att medborgare ska ha en reell möjlighet att ställa beslutsfattare till svars för t.ex. bristande kvalitet i verksamheten behöver det finnas goda möjligheter till ansvarsutkrävande. Det är därför viktigt att göra noggranna analyser i fråga om möjligheterna till detta. Förutsättningarna för medborgarna att utkräva ansvar när det gäller beslut med stor lokal påverkan, t.ex. beslut om nedläggning av en specifik vårdverksamhet i ett system där beslutet inte fattas på regional nivå är exempel på en fråga att särskilt analysera.

Hälso- och sjukvården står för cirka 85 procent av regionernas kostnader. Om huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården blir helt statligt, kommer det således att påverka regionernas förutsättningar att prioritera bland de verksamheter som de även framöver kommer att ha ansvar för. Regionernas ekonomiska, organisatoriska och personella förutsättningar kommer därmed ändras i grunden. Regionernas beslutande församlingars, samt den centrala förvaltningens, storlek är anpassade efter deras nuvarande uppgifter. Om hela eller delar av den största uppgiften skulle flyttas över till den statliga nivån, kan det krävas förändringar i regionernas organisation. Förslag om ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården kan också aktualisera behov av omprövning när det gäller regionernas övriga åligganden.

Kommittén ska därför

- analysera förslagens konsekvenser för bl.a. den kommunala självstyrelsen, möjligheterna till anpassning utifrån lokala behov och
- förutsättningar samt möjligheterna till ansvarsutkrävande, demokratiskt inflytande och kontroll,
- analysera förslagens konsekvenser för regionernas övriga verksamheter och deras fortsatta funktionssätt, och
- föreslå vilka åtgärder eller utredningar som behöver tillsättas för att hantera dessa konsekvenser.

Kommitténs beslutsunderlag ska omfatta huvudmannaskapets samtliga delar

Hälso- och sjukvårdslagen innehåller bestämmelser om regioners ansvar för hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska planeras och organiseras. På en mer övergripande nivå omfattar huvudmännens ansvar även resursfördelning och finansieringen av hälso- och sjukvården, ledning och styrning av verksamheten, den dagliga driften och arbetsgivaransvaret för personalen. Framtagandet av beslutsunderlag för att stegvis och långsiktigt möjliggöra ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården ska ta sin utgångspunkt i dessa övergripande delar.

Resursfördelningen och finansieringen är centrala delar av styrningen av hälso- och sjukvården

I dag finansieras hälso- och sjukvården huvudsakligen av regionerna, genom den kommunala beskattningsrätten i enlighet med 14 kap. 4 § regeringsformen. Hälso- och sjukvården finansieras till viss del även av patientavgifter. Därutöver tillkommer riktade och generella statsbidrag samt kostnadsersättningar såsom för läkemedelsförmånen. Syftet med generella bidrag, som betalas ut genom det kommunalekonomiska utjämningssystemet, är att skapa goda och likvärdiga ekonomiska förutsättningar för alla regioner och kommuner att kunna ge sina invånare likvärdig service oberoende av strukturella förhållanden, såsom demografi, bebyggelsestruktur och socioekono-

miska faktorer. Det sker främst genom utjämning för skillnader i skattekraft (inkomstutjämning) och strukturellt betingade kostnadsskillnader (kostnadsutjämning).

Hälso- och sjukvården inklusive dess resursfördelning styrs utifrån den etiska plattformen och riksdagens beslutade prioriteringsprinciper (prop. 1996/97:60). Resursfördelningen i regionerna sker i praktiken i flera steg, med flera inblandade aktörer på olika nivåer. Regionfullmäktige ansvarar för regionernas mest övergripande resursfördelning genom att besluta om det förslag på regionbudget som har presenterats av regionstyrelsen (5 kap. 1 §, 11 kap. 8 och 10 §§ kommunallagen). Hur medlen sedan fördelas vidare i organisationen varierar mellan regionerna. Tidigare studier har visat bristande genomslag för den etiska plattformen, se Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapport Styra mot horisonten – Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar (Vård- och omsorgsanalys 2020:7).

Regioner och kommuner får enligt 15 kap. 1 § HSL med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för. Enligt 7 kap. 3 § samma lag är varje region skyldig att organisera primärvården i ett vårdvalssystem som ger medborgarna rätt att välja mellan olika utförare i primärvården. Alla utförare som uppfyller de av regionen beslutade kraven i vårdvalssystemen ska ha rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning. Inom övrig hälso- och sjukvård är det frivilligt att införa vårdvalssystem. Det är varje region som beslutar om valfrihetssystem ska införas och inom vilka områden, vilka krav som ska ställas och hur ersättningen ska utformas. I vårdvalssystem följer ersättningen den enskildes val av utförare och privata och offentliga vårdgivare behandlas lika. Det är upp till varje region att besluta om ersättningens närmare utformning.

En modell där staten tar över huvudmannaskapet, resursfördelningen och finansieringsansvaret för hela eller delar av hälso- och sjukvården förutsätter bl.a. eventuellt en skatteväxling mellan staten och regionerna samt en förändring av det kommunala utjämningssystemet. Vidare skulle en sådan förändring påverka regionernas beskattningsrätt på förvärvsarbete, det kommunala utjämningssystemet och tilldelning av medel till privata utförare. Eftersom regionernas ersättning till privata utförare ser olika ut, skulle ett system där staten tar över ansvaret för bl.a. finansieringen kräva ett förändrat resursför-

delningssystem till dessa. En förändrad resursfördelning och finansiering kommer att påverka förutsättningarna för att bedriva övriga verksamheter som regionerna ansvarar för.

Kommittén ska därför

- analysera och bedöma hur en resursfördelnings- och finansieringsmodell som säkerställer ett hälso- och sjukvårdssystem med god kostnadskontroll ska utformas, där staten vid ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap i motsvarande grad tar över resursfördelningen och finansieringen av hälso- och sjukvården,
- analysera och bedöma hur en sådan resursfördelnings- och finansieringsmodell skulle förhålla sig till bl.a. de nuvarande regionala resursfördelningssystemen, det kommunala utjämningssystemet och skattesystemet,
- analysera, bedöma och redovisa hur en sådan resursfördelnings- och finansieringsmodell påverkar olika utförare,
- analysera hur en sådan resursfördelnings- och finansieringsmodell skulle förhålla sig till övriga verksamheter som regionerna ansvarar för,
- analysera, bedöma och redovisa konsekvenser av förändringar i resursfördelnings-, skatte- och utjämningssystemet, och
- bedöma och redovisa nödvändiga förändringar i resursfördelnings-, skatte- och utjämningssystemet.

Arbetsgivaransvaret och kompetensutveckling är viktiga delar av huvudmannaskapet

Bristande kompetensförsörjning har länge varit en av hälso- och sjukvårdens stora utmaningar. I Socialstyrelsens rapport Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2023 framgår att samtliga regioner redovisar brist på barnmorskor, specialistsjuksköterskor, läkare med specialistkompetens och röntgensjuksköterskor. De främsta orsakerna till personalbristen uppges vara att utbudet inte motsvarar efterfrågan på grund av för få utbildade, hög konkurrens från andra arbetsgivare och stora pensionsavgångar. Socialstyr-

elsen lyfter bl.a. arbetsgivares attraktivitet som en av de faktorer som är av särskild betydelse för kompetensförsörjningen. Vidare framgår att tillgången till personal skiljer sig mellan olika delar av landet, men även inom regioner, både geografiskt och mellan olika verksamheter. Hälso- och sjukvården har ett utbildningsansvar som bl.a. innebär att tillhandahålla utbildningstjänster samt verksamhetsförlagd utbildning (VFU) för studenter på hälso- och sjukvårdsutbildningar. En orsak till kompetensförsörjningsproblemen är bl.a. att det för närvarande råder brist på både tjänster för specialiseringstjänstgöring och bastjänstgöring samt VFU-platser.

Det är också nödvändigt att hälso- och sjukvården medverkar i forskning för att ny kunskap ska utvecklas och användas. Enligt 18 kap. 2 § HSL ska regioner och kommuner medverka i klinisk samt folkhälsovetenskaplig forskning. Forskning och implementering av nya forskningsresultat ligger till grund för en modern och effektiv hälso- och sjukvård. Forskning är därför en viktig strategisk resurs och möjliggör att patienter kan medverka till och ta del av nya och bättre behandlingar. Både Sveriges läkarförbund och etenskapsrådet har under lång tid påtalat bristen på tid för forskning inom dagens hälso- och sjukvård. Likaså har det påtalats att incitamenten är få för att bedriva såväl akademisk klinisk forskning som företagssponsrade studier.

I oktober 2022 inledde Arbetsmiljöverket en stor inspektion av arbetsmiljön på landets akutsjukhus. Bakgrunden är de arbetsmiljöproblem som rapporterats från flera sjukhus, ofta kopplade till hög arbetsbelastning. Arbetsmiljöverket har tidigare påtalat att arbetsmiljöproblemen inom vården behöver åtgärdas från ledningsnivå. De beslut som fattas om t.ex. budget eller organisation måste kopplas till arbetsmiljön ute på sjukhusen. I samband med ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap behöver utbildnings- och arbetsgivaransvaret för hälso- och sjukvårdens personal analyseras. Det gäller såväl anställning och lönesättning av personal som ansvar för personalens fortbildning och kompetensutveckling. En viktig utgångspunkt är att lönesättningen och allmänna villkor fullt ut ska fortsätta vara en fråga för arbetsmarknadens parter. Det bör beaktas att ett förändrat huvudmannaskap skulle innebära ett omfattande förhandlings- och avtalsarbete för berörda parter. Vidare finns det systematiska skillnader mellan huvudmän och vårdgivare i fråga om att tillhandahålla kompetensutveckling för personalen.

Kommittén ska därför

- analysera och föreslå hur utbildningsansvaret ska fördelas vid ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap,
- analysera och föreslå hur forskningsansvaret ska fördelas vid ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap, och
- analysera och föreslå hur arbetsgivaransvaret för hälso- och sjukvårdspersonal och eventuellt övriga yrkesgrupper som är anställda i verksamheter som i dag drivs av offentliga regionala huvudmän ska fördelas vid ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap.

Fastigheter och infrastruktur utgör en viktig del av hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdens infrastruktur i form av bl.a. fastigheter, utrustning och informationsteknik sätter ramarna för hälso- och sjukvårdens verksamhet och påverkar förutsättningarna för att uppnå övergripande mål enligt hälso- och sjukvårdslagen. Den 17 oktober 2019 gav regeringen en särskild utredare 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 (dir. 2019:69). Syftet var 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. Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård föreslår i betänkandet Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur (SOU 2021:71) bl.a. att stärkt statlig styrning genom definierade riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet ska beaktas vid regionala och kommunala beslut som påverkar vårdinfrastruktur.

Det är viktigt att hälso- och sjukvårdens fastigheter och vårdinfrastruktur är ändamålsenliga och kostnadseffektiva samt svarar mot behoven ur ett nationellt perspektiv.

Kommittén ska därför

- analysera och föreslå hur ansvaret för och förvaltningen och utvecklingen av de fastigheter och den vårdinfrastruktur som ägs eller hyrs av regionerna ska hanteras vid ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap.

Ansvar för ledningen av hälso- och sjukvården och den dagliga driften

Utöver bl.a. resursfördelning och finansieringen av hälso- och sjukvården och arbetsgivaransvaret har huvudmännen det övergripande och operativa ansvaret för verksamheten och dess organisering. Det innebär bl.a. att huvudmännen är ansvariga för att följa de föreskrifter som finns och att systematiskt och kontinuerligt planera, följa upp och utveckla hälso- och sjukvården. Av hälso- och sjukvårdslagen framgår bl.a. att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Av samma lag framgår även att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. I framtagandet av kommitténs beslutsunderlag bör även dessa delar analyseras.

Kommittén ska därför

- analysera och föreslå hur staten vid ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap i motsvarande grad kan ta över ansvaret för ledning och organisering av hälso- och sjukvård och den dagliga driften i verksamheter som i dag drivs av offentliga huvudmän.

En god och effektiv samverkan med andra verksamheter ska beaktas i uppdraget

I enlighet med det förvaltningspolitiska målet ska statsförvaltningen vara innovativ och samverkande, rättssäker och effektiv samt ha en väl utvecklad kvalitet, service och tillgänglighet. Hälso- och sjukvården har många samverkansytor. Särskilt viktig är regionernas samverkan med kommunerna, vilka också är huvudmän för delar av hälso- och sjukvården. Primärvården är en vårdnivå där ansvaret är delat

mellan regionerna och kommunerna. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska t.ex. regionen till kommunerna inom länet avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet. Detsamma gäller hemsjukvård i ordinärt boende. Av samma lag framgår vidare att regionen ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning och personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar och i fråga om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan.

I lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård finns även bestämmelser om samverkan vid planering av insatser för enskilda som efter att de skrivits ut från sluten vård kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården. Att samverkan mellan de två olika hälso- och sjukvårdshuvudmännen fungerar i samarbetet kring den enskilde är avgörande för att säkra kontinuiteten, och patientsäkerheten i kommitténs arbete. Utmaningar i samverkan mellan huvudmännen är en ständigt aktuell fråga. På senare tid har såväl Coronakommissionen i Delbetänkande 1 – Äldreomsorgen under pandemin (SOU 2020:80) som Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner i betänkandet Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer (SOU 2022:41) uppmärksammat behovet av att samverkan och ansvarsfördelningen mellan huvudmännen behöver stärkas och förtydligas. Hälso- och sjukvården arbetar även mot andra kommunala verksamheter, bl.a. skolan samt statliga myndigheter inom olika samhällssektorer, t.ex. Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Polismyndigheten.

Kommittén behöver i sitt arbete och i sina förslag ta hänsyn till befintliga krav på samverkan och samarbeten samt, beroende på de förslag som presenteras, ta hänsyn till att samarbete och samverkan fortsatt behöver ske men även föreslå bättre och effektivare alternativ. Det gäller såväl mellan statliga verksamheter som mellan kommun, region och andra aktörer.

Kommittén ska därför

- analysera vilka konsekvenser ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap bedöms få för möjligheterna till samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården, med andra relevanta verksamheter, för hälso- och sjukvården och för den statliga samordningen som helhet, och
- föreslå hur samverkan mellan ovan nämnda aktörer kan effektiviseras samt förbättras inom ramen för ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap.

Kommittén ska ta fram förslag till statlig myndighetsorganisation

Ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap förutsätter en ändamålsenlig och kostnadseffektiv myndighetsorganisation som är anpassad och har kapacitet att klara de nya uppgifterna. I uppdraget att ta fram beslutsunderlag som möjliggör ett stegvis och långsiktigt införande av ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap behöver det utredas vilken form av myndighetsorganisation som krävs för att staten ska kunna utföra uppgifter i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården och vilka kapaciteteter som kommer att krävas. Den nya organisationen ska ge förutsättningar för en samordnad och personcentrerad hälso- och sjukvård till hela befolkningen av god kvalitet samt säkerställa en god samverkan och en kostnadseffektiv verksamhet.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen får regeringen meddela föreskrifter om att landet ska delas in i samverkansregioner för den hälso- och sjukvård som berör flera regioner. Enligt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) finns det för närvarande sex sådana samverkansregioner. Den 25 maj 2022 beslutade regeringen även förordningen (2022:593) om vissa förvaltningsmyndigheters regionala indelning, som innehåller bestämmelser om regional indelning i sex områden. Förordningen gäller för förvaltningsmyndigheter under regeringen i den omfattning som regeringen föreskriver i myndighetens instruktion eller i någon annan förordning eller beslutar särskilt. Den regionala indelningen enligt förordningen och de sex samverkansregionerna för hälso- och sjukvård följer samma geografiska indelning. Regeringen anser att en ny statlig myndighetsorganisation fortsättningsvis bör följa denna geografiska struktur.

Kommittén ska därför

- analysera och föreslå vilken form av myndighetsorganisation och dimensionering som behövs vid ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap.

Genomförandeplan för ett införande av ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap

För att möjliggöra ett införande av ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården behövs en genomförandeplan med en tydlig tidsplan för ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt genomförande. En sådan plan bör tydliggöra de åtgärder och förutsättningar som krävs för de förslag som kommittén lämnar inom ramen för sitt beslutsunderlag. Sådana åtgärder kan vara författningsändringar eller statliga utredningar om regionernas övriga ansvarsområden samt fördjupade analyser och bedömning av konsekvenser för kostnader, finansieringar och ekonomiska regleringar. Tandvårdens organisering ska särskilt beaktas, utifrån dess nära koppling till hälso- och sjukvården och liknande utmaningar när det gäller t.ex. kompetensförsörjning och behovet av att kunna erbjuda en mer jämlik vård. Det behövs även en tidsplan för vilka delar av hälso- och sjukvården som staten stegvis kan ta över huvudmannaskapet för, både på kort och på längre sikt. Även i detta arbete ska konsekvenserna för tandvården beaktas. Utredningen ska också inhämta information om det arbete som pågår avseende översyn av beroendevården.

Kommittén ska därför

- föreslå en genomförandeplan med tidsplan för hur staten stegvis och långsiktigt helt eller delvis kan ta över huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården,
- specificera vilka delar som kan genomföras på kort respektive längre sikt, och
- inom ramen för genomförandeplanen, identifiera vilka åtgärder, t.ex. författningsändringar, statliga utredningar och analyser som krävs för att genomföra kommitténs förslag.

Konsekvensbeskrivningar

Kommittén ska bedöma och redogöra för ekonomiska och andra konsekvenser av sina förslag i sitt beslutsunderlag med beaktande av tidsplanen i genomförandeplanen. Utöver vad som följer av 14–15 a §§ kommittéförordningen (1998:1474) ska organisatoriska konsekvenser av förslagen redovisas. Konsekvenser för hälso- och sjukvårdens måluppfyllelse för bl.a. vårdkvalitet, vårdresultat och effektivitet, kompetensförsörjning och krisberedskap ska bedömas och särredovisas. Kommittén ska vidare göra en samlad bedömning av förslagens konsekvenser och ställa dessa i relation till alternativet att bibehålla den nuvarande ordningen. Kommittén ska analysera konsekvenser för regionernas övriga verksamheter och deras fortsatta funktionssätt. Kommittén ska bedöma och så långt som det är möjligt kvantifiera de samhällsekonomiska effekterna av de förslag som läggs. De ekonomiska konsekvenserna för staten och regionerna samt övriga berörda aktörer ska bedömas, kvantifieras och särredovisas på kort och lång sikt samt bl.a. jämföras med det nuvarande systemet. Även personella och arbetsgivarpolitiska konsekvenser ska analyseras och beskrivas. Viktiga ställningstaganden i utformningen av förslagen ska beskrivas, liksom andra väsentliga beslutsunderlag som behövs för att möjliggöra ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt, stegvis och långsiktigt införande av ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården, men som inte omfattas av kommitténs förslag. Konsekvenser för den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården ska bedömas. Vidare ska kommittén överväga hur de föreslagna åtgärderna ska kunna utvärderas och hur goda förutsättningar för att genomföra kontinuerliga uppföljningar och utvärderingar kan säkerställas. I enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen ska kommittén beakta proportionalitetsprincipen i samband med överväganden om inskränkningar i den kommunala självstyrelsen och redogöra för sina bedömningar i detta avseende.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Kommittén ska inhämta synpunkter från och ha dialog med regioner och kommuner, Sveriges kommuner och regioner, enskilda utförare, Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg, Myndigheten för

vård- och omsorgsanalys, E-hälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Vetenskapsrådet, Försäkringskassan, Statskontoret, Arbetsgivarverket, arbetsgivarorganisationer, berörda universitet och högskolor, patient- och professionsorganisationer samt andra myndigheter och organisationer med relevans för uppdraget.

Kommittén ska löpande hålla Regeringskansliet (Socialdepartementet) informerat om arbetet och beakta annat pågående utredningsarbete med relevans för uppdraget.

Uppdraget ska redovisas senast den 2 juni 2025.

(Socialdepartementet)

Region Jönköpings län betonar att den svenska hälso- och sjukvården behöver utvecklas och stärkas för att möta framtidens utmaningar. Vår utgångspunkt är att ett förändrat huvudmannaskap, där staten tar över huvudmannaskapet från regionerna, inte är lösningen på utmaningarna inom svensk sjukvård. Istället behövs tydligare statlig samordning och ansvarstagande inom de områden där det gör störst skillnad, samtidigt som regionernas roll och ansvar värnas.

Region Jönköpings län delar kommitténs problembild om bristande geografisk jämlikhet och tillgänglighet i vården. För att vården ska vara jämlik och tillgänglig i hela landet krävs långsiktiga, indexuppräknade och generella statsbidrag, med fokus på att resurserna används effektivt och följs upp.

Region Jönköpings län delar utredningens förslag om att vården ska utvecklas genom stegvisa förbättringar i nära samverkan mellan stat, regioner och kommuner. Patientens behov och inflytande ska alltid vara utgångspunkten. Patienten ska vara i centrum för utvecklingen och vård ska ges nära patienten. Det är nödvändigt att stärka primärvården och hemsjukvården, skapa bättre kontinuitet genom exempelvis fast läkarkontakt samt värna om arbetsmiljö och kompetensförsörjning för vårdens personal.

Region Jönköpings län understryker att svensk hälso- och sjukvård håller hög medicinsk kvalitet men står inför strukturella utmaningar. Dessa möts bäst genom ökad samordning, stärkt statlig styrning inom utpekade områden, långsiktig finansiering och ett fokus på att förmänskliga vården. Svensk sjukvård ska vara tillgänglig, trygg och av hög kvalitet för alla.

§ 120

Intern kontroll – Delårsrapport 2025 Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Diarienummer: RJL 2025/21

Beslut

Presidiet föreslår nämnden för folkhälsa och sjukvård att

- godkänna Delårsrapport 2025 Nämnd för folkhälsa och sjukvård.

Sammanfattning

Hösten 2024 antog Nämnd för folkhälsa och sjukvård verksamhetsplan 2025 för Nämnd för folkhälsa och sjukvård samt godkände förslag till budgeterade anslag 2025 för nämndens centrala anslag, Privata Vårdgivare samt för verksamhetsområde Vårdcentralerna Bra Liv, Folktandvården, Medicinsk vård, Kirurgisk vård och Psykiatri, rehabilitering och diagnostik. Delårsrapport 2025 ger återrapportering av verksamhetsplan och budget.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Delårsrapport 2025 Nämnd för folkhälsa och sjukvård
- Delårsrapport 2025 Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutet skickas till

Nämnden för folkhälsa och sjukvård

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Delårsrapport 2025 Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- godkänner Delårsrapport 2025 Nämnd för folkhälsa och sjukvård.

Sammanfattning

Hösten 2024 antog Nämnd för folkhälsa och sjukvård verksamhetsplan 2025 för Nämnd för folkhälsa och sjukvård samt godkände förslag till budgeterade anslag 2025 för nämndens centrala anslag, Privata Vårdgivare samt för verksamhetsområde Vårdcentralerna Bra Liv, Folktandvården, Medicinsk vård, Kirurgisk vård och Psykiatri, rehabilitering och diagnostik. Delårsrapport 2025 ger återrapportering av verksamhetsplan och budget.

Information i ärendet

Regionfullmäktiges beslutade budget med verksamhetsplan 2025 anger utgiftsramar och verksamhetsmål som ska nås för Region Jönköpings läns samlade åtagande, oavsett vem som utför verksamheten. I oktober 2024 antog Nämnd för folkhälsa och sjukvård verksamhetsplan 2025 för Nämnd för folkhälsa och sjukvård samt godkände förslag till budgeterade anslag 2025 nämndens centrala anslag, Privata Vårdgivare samt för verksamhetsområde Vårdcentralerna Bra Liv, Folktandvården, Medicinsk vård, Kirurgisk vård och Psykiatri, rehabilitering och diagnostik. Delårsrapport 2025 ger återrapportering av verksamhetsplan och budget.

Regiondirektören är ytterst verkställande tjänsteperson som på regionstyrelsens och nämndernas uppdrag leder verksamheten i enlighet med fastställd verksamhetsplan och budget för regionstyrelse respektive nämnd. Operativt ansvar fördelas vidare till verksamhetsområdesdirektör som rapporterar till regiondirektören.

Delårsrapporterna utgör tillsammans regiondirektörens återrapportering av förvaltningens verksamhet och resultat för delår 2025. De är också en del av Region Jönköpings län interna kontroll. Delårsrapporterna är även ett viktigt underlag för regionledningskontorets arbete med Region Jönköpings läns delårsrapport som utgör regionstyrelsens återrapportering till regionfullmäktige.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Delårsrapport 2025 Nämnd för folkhälsa och sjukvård
- Delårsrapport 2025 Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutet skickas till

Regionledningskontoret – Folkhälsa och sjukvård
Regionledningskontoret – Ekonomi

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Region Jönköpings län

Delårsrapport Styrelse/Nämnd
Tertial 2 2025

Nämnden för folkhälsa och sjukvård (FS)

Dnr RJL 2025/21
Mats Bojestig, hälso- och sjukvårdsdirektör
Nämnden för folkhälsa och sjukvård (FS)
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

Inledning **4**

Medborgare och kund **6**

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på 6

Process och produktion **14**

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare 14

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet 14

Verksamhetsstatistik 21

Lärande och förnyelse **23**

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya 23

Ekonomi **24**

Strategiska mål: God och hållbar hushållning 24

Utökningar 2025 30

Inledning

Nämnden för folkhälsa och sjukvård omfattar uppdrag inom verksamhetsområdena kirurgisk vård, medicinsk vård, psykiatri, rehabilitering och diagnostik, Vårdcentralerna Bra liv, Folktandvården samt det arbete som sker inom avdelningen för folkhälsa och sjukvård som finns på Regionledningskontoret.

Verksamhetsområde Kirurgisk vård bedriver verksamhet inom kirurgi, kvinnohälsa och kvinnosjukvård, onkologi, operations- och intensivvård, ortopedi, smärtbehandling, urologi, ögonsjukvård samt öron-, näs- och halssjukvård. Verksamhet bedrivs i huvudsak på sjukhusen i Eksjö, Jönköping och Värnamo samt på länets familjecentraler och ungdomsmottagningar. Kirurgisk vård har cirka 2 500 medarbetare.

Verksamhetsområde Medicinsk vård har verksamhet inom akutsjukvård, ambulanssjukvård, barnhälsovård, barnsjukvård, barn- och ungdomshälsa, geriatrik, hudsjukvård, infektion och medicin. Verksamhet bedrivs på sjukhusen i Eksjö, Jönköping och Värnamo, ambulanser runt om i länet, barn- och ungdomsenheter i Eksjö, Jönköping och Värnamo samt på länets familjecentraler. Medicinsk vård har även en mottagning för hudverksamhet i Nässjö samt mottagning för barn- och ungdomshälsa även i Huskvarna och Nässjö. Infektionskliniken har också mottagning för sprututbytesverksamhet i Jönköping, Nässjö och Värnamo. Medicinsk vård har drygt 1 900 medarbetare.

Verksamhetsområde Psykiatri, rehabilitering och diagnostik består av länsklinikerna barn och ungdomspsykiatri, habiliteringscentrum, klinisk fysiologi, laboratoriemedicin, rehabiliteringscentrum, rehabiliteringsmedicin och röntgen. De tre vuxenpsykiatriska klinikerna utgår från respektive sjukhus, men bedriver verksamhet på flera orter i länet. Inom habiliteringscentrum finns förutom barn- och vuxenhabilitering även tolkcentral, syncentral och hörselhabilitering. Antalet medarbetare är knappt 2 050.

Vårdcentralerna Bra liv finns med 28 vårdcentraler och flera filialer spridda i länet. Vid dessa enheter är cirka 276 000 invånare listade, vilket är 74 procent av länets befolkning. Verksamheten har omkring 1 000 årsarbetare. Det finns även ett antal privata vårdcentraler som bedriver primärvård i länet.

Folktandvårdens allmäntandvård omfattar 26 kliniker i länets samtliga kommuner. Specialisttandvården bedrivs framförallt i Jönköping, där samtliga nio specialiteter finns. I Nässjö bedrivs käkkirurgi och ortodonti (tandreglering). I Värnamo bedrivs ortodonti, endodonti (rotbehandling) och specialistbarntandvård. I Värnamo finns dessutom orofacial medicin (tidigare benämnt sjukhustandvård). Folktandvården har runt 540 faktiska årsarbetare.

Folkhälsa och sjukvårds verksamhet på Regionledningskontoret arbetar med uppdrag bland annat inom nära vård, kunskapsstyrning, läkemedel, patienträttigheter och avgifter. Andra områden är primärvård och rehabilitering inklusive vårdval, patientsäkerhet, smittskydd och vårdhygien, folkhälsa, e-hälsa samt bedömningsverksamhet inom tandvård. Avdelningen har omkring 110 medarbetare.

Utvärdering av sommaren pågår fortfarande, men de preliminära resultaten visar på något fler tillgängliga vårdplatser och en något lägre beläggning än förra sommaren. Överlag är bedömningen att vården har fungerat bra och det har varit ett gott samarbete inom och mellan sjukhusen, med primärvården och med länets 13 kommuner.

Arbetet utifrån Region Jönköpings läns sex strategier i "Tillsammans möter vi framtidens behov hälso- och sjukvård" och förflyttningen mot Nära vård har fortsatt. Revideringen av planen för framtidens hälso- och sjukvård har startat och beräknas vara klart i oktober. Det förebyggande folkhälsoarbetet har fortsatt med införande av Hälsocenter i alla länets kommuner. Arbetet med elevhälsocentral har fortsatt och under hösten 2025 planeras spridning i länet då det startas upp en ny omgång av Bästa platsen för barn och unga.

Utredningar kring vårdens ingångar och 1177 på telefon är genomförda under vården och utgör nu underlag för fortsatt planering av utveckling tillsammans med vilket digitalt utbud som ska finna inom Region Jönköpings län. Användning av exempelvis webbtidbok, ny- och ombokning, avslutade

ärenden i 1177 vårdguidens e-tjänster och digital hälsodeklaration fortsätter att öka.

Tillgängligheten är fortsatt ett prioriterat område och arbetet med kapacitets- och produktionsstyrning har fortsatt inom verksamhetsområdena. Region Jönköpings län har bland de bästa resultaten i landet vad gäller tillgänglighet och tillgängligheten har förbättrats ytterligare i flera verksamheter. Köerna till operation minskar jämfört med föregående år.

Förbättringsarbetet med akutflödesprocessen har fortsatt under året. Dashboards har utvecklats och nu kan man i realtid följa patientflöden på akutmottagningar och antal lediga vårdplatser på vårdavdelningar. Samtliga sjukhus har arbetsgrupper som utvecklar arbetssätt för att hantera högt patientinflöde, komplexa vårdbehov och smidiga övergångar mellan akutmottagning och vårdavdelning. Målet är ökad patientsäkerhet, kortare ledtider och bättre patientupplevelse. Resultatet visar för första gången 81 procent, vilket indikerar att det långsiktiga arbete som bedrivs har effekt. Rutinen för sömlösa övergångar är implementerad i hela organisationen, såväl primärvården som den övriga specialistvården, och information om de nya arbetssätten är väl spridda.

Arbetet med det nationella ledtidsmåttet för standardiserade vårdförlopp för cancer har fortsatt med uppdrag att nå delmål. Resultatet har förbättrats och är nu i nivå med riket. Verksamheterna har ett stort engagemang och avvaktar beslut om den uppdaterade nationella cancerstrategin som bidrar till fortsatt utveckling.

Planering inför höstens vaccinationer pågår. Alla över 75 år kommer att kallas till vaccination för influensa och covid. De mellan 65 och 74 får ett meddelande i 1177. Intresset för TBE vaccination har hittills i år varit något lägre än 2024

En stor utmaning för verksamhetsområdena är att fortsatt arbetet för en ekonomi i balans.

Måluppfyllelse ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

	2025-08-31	Andel	2024-08-31	Andel
Antal mätetal som är uppfyllda	11	37%	7	22%
Antal mätetal som är delvis uppfyllda	12	40%	13	41%
Antal mätetal som inte är uppfyllda	7	23%	12	37%
Antal mätetal som mäts	30	100%	32	100%

Nämnden för Folkhälsa och sjukvård följer ett stort antal systemmätetal och nämndsmätetal. Två mätetal följs inte längre på nämnds nivå. Det är genomgångna Hälsosamtal för 40-, 50-, 60- och 70-åringar, samt förstagångsföräldrar. Av de 30 mätetal där mål och utfall finns, nås måluppfyllesels helt eller delvis i 77 procent vilket är en stor förbättring jämfört med samma period föregående år. Mätetal där målet nås är exempelvis överenskommelser för utvalda kroniska sjukdomsgrupper, tillgänglighet till vårdcentral, täckningsgrad för uppsökande verksamhet, överbeläggning och återinläggningar inom 30 dagar.

Mätetal där inte måluppfyllelse nås är exempelvis inom tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatrin, standardiserade vårdförlopp cancer inom max ledtid samt ekonomi vilket är samma som 2024.

Medborgare och kund

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktorer: Nöjda kunder och intressenter

Uppdrag	Analys
Införa gemensam dokumenterad överenskommelse mellan patient och vårdgivare.	Antal patienter som har en dokumenterad överenskommelse fortsätter att öka. Särskilt viktig är överenskommelsen för patienter med kroniska sjukdomar. Arbetet fortsätter att fokusera på analys av innehållet i överenskommelse. En kartläggning har gjorts som visar att personer med kroniska sjukdomar har flera parallella överenskommelser. Syftet var att titta på innehållet i dessa överenskommelser. Arbetet förväntas bidra till ett mer sammanhållet och effektivt arbetssätt med patientöverenskommelser.
Öka patientens kunskap om sin sjukdom.	Arbetet med patientens kunskapsstöd samordnas med flera andra utvecklingsområden, exempelvis dokumenterad överenskommelse, digitala kallelser, digital patientinformation, gemensam digital servicenivå. Kommunikation har skett vid olika forum, såsom storgrupp sjukvård, utvecklingskraft och nätverksträffar. Utveckling och spridning av fler mötesplatser och hälsocaféer likt hjärtats hus i länet pågår också. På Folkhälsa och sjukvårdswebben finns nu en samlad sida för vilka hälsofrämjande stöd som finns.
Ett treårigt projekt med en samordnare för omställningen till nära vård startas under 2024.	Den operativa ledningsgruppen för ledning, styrning och uppföljning av verksamhetsplanen för Folkhälsa och sjukvård inklusive förflyttningen mot nära vård har fortsatt sitt arbete. Syftet med gruppen är att stödja och stärka samverkan kring olika uppdrag och aktiviteter utifrån verksamhetsplanen. I uppdraget ingår att följa upp aktiviteter, mål och mätningar. Kartlägga aktiviteter och resultat utifrån förflyttningen mot nära vård och stödja spridning av goda exempel.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Överenskommelse, utvalda kroniska sjukdomsgrupper	60 %	86 %	Andel patienter med en kronisk sjukdom som har en dokumenterad överenskommelse fortsätter att öka för varje månad. Nästa steg är att kvalitetssäkra innehållet i överenskommelserna. I patientgrupperna hjärtsvikt, höftledsartros, kronisk obstruktiv lungsjukdom, hypertoni och diabetes typ 2 har mellan 84-90 procent av patienterna en dokumenterad överenskommelse. En stadig förbättring jämfört med föregående år. För patientgruppen med diabetes typ 1 är andelen 73 procent, även det en klar förbättring.

Framgångsfaktorer: God tillgänglighet

Uppdrag	Analys
Förbättra tillgängligheten till sjukvårdsrådgivning.	1177 på telefon har lämnat avtalet med Östergötland och Örebro den 2 juni. Nu ligger väntetiden på 1177 på ca 30 minuter i snitt. 1177 på telefon har besvarat fler samtal än samma period under 2024. Vårdcentralerna Bra Liv erbjuder också sjukvårdsrådgivning, vilket minskar belastningen av inkommande samtal till 1177 på telefon. Ett fortsatt arbete utifrån de förslag som framkom i utredningen av 1177 på telefon planeras under hösten.
Under 2025 genomförs en utredning kring 1177 på telefon	Utredningen kring 1177 på telefon är klar och rapporterade till nämnd för folkhälsa och sjukvård och till sjukvårdens ledningsgrupp. Rapporten ger ett antal förslag till förbättringar. Denna rapport kommer tillsammans med andra uppdrag och initiativ i budget och verksamhetsplan vara underlag till fortsatt planering.
Översyn av ingångar till vården	Förstudien som genomförts av ingångar till vården är klar och rapporterad till sjukvårdens ledningsgrupp. Denna rapport föreslår ett antal förbättringsförslag och förtydligande av vägarna in i vården med vårdcentralen som navet. Rapporten blir tillsammans med utredningen av 1177 på telefon och förslag till digital servicenivå ett underlag för det fortsatta arbetet som kommer formas under hösten. Dialog förs i sjukvårdens ledningsgrupp om nästa steg.
Förbättra tillgängligheten till vården och tandvården utifrån systemmätetal och mål för verksamheterna.	Tillgängligheten till vården ligger stabilt och inom de flesta verksamheter på en bra nivå. Region Jönköpings län ligger i en nationell jämförelse fortsatt bland de bästa i landet. Det pågår ett stort antal aktiviteter för att fortsatt förbättra tillgängligheten, exempelvis digitala besök, teambesök, kapacitets och produktionsstyrning.
Erbjuda fast vårdkontakt och enkla kontaktvägar in till vårdcentralerna för patienter med stora vårdbehov.	Vårdcentralerna arbetar aktivt med att nå målsättning om att alla patienter med kronisk sjukdom och/eller komplexa sjukvårdsbehov ska ha en dokumenterad överenskommelse i journalen, vilket inkluderar en tid i handen och fast vårdkontakt. Antal dokumenterade överenskommelser ökar stadigt.
Arbeta aktivt med att uppnå bemanningsmålet inom primärvården.	Fyra vårdcentraler har valts ut att delta i satsningen på 1 100 listade per ordinarie heltidsanställd läkare. På kort sikt medför detta ett ökat behov av hyrläkare. På lång sikt ska det skapa en attraktiv arbetsmiljö med ökad möjlighet till ordinarie rekrytering.
Förbättra tillgängligheten och omhändertagandet av barn och ungdomars psykiska hälsa.	Resultatet ligger på ungefär samma nivå som tidigare. Även om det varierar under månaderna. Det beror bland annat på när gruppbehandlingar startar. Däremot har väntetiden generellt blivit kortare trots ett högre inflöde av patienter. Arbete pågår hela tiden med att ge dessa barn en tid så snabbt som möjligt. Många får en tid inom 90 dagar.

Uppdrag	Analys
Under mandatperioden ska Region Jönköpings län säkra akutvårdkedjan för att patienter ska få ett snabbare och säkrare omhändertagande i hela länet.	Förbättringsarbetet med akutflödesprocessen fortsätter. Samtliga sjukhus har arbetsgrupper som utvecklar arbetssätt för att hantera högt patientinflöde, komplexa vårdbehov och smidiga övergångar mellan akutmottagning och vårdavdelning. Målet är ökad patientsäkerhet, kortare ledtider och bättre patientupplevelse. Region Jönköpings läns akutmottagningar fortsätter att ligga i topp nationellt, med cirka 80 procent av patienterna färdigbehandlade inom fyra timmar. Dessutom visar senaste nationella patientenkäten att patienterna upplever att akutmottagningarna har förbättrat sig avsevärt. En utmaning kvarstår för patienter över 80 år.
Tillse att det finns vårdplatser efter behov på de tre akutsjukhusen.	Antalet disponibla platser styrs av aktuellt behov och kan därför variera över tid. Under perioden januari-augusti har det skett en ökning av disponibla platser framförallt inom verksamhetsområde Medicinsk vård på Medicin- och geriatrikkliniken i Eksjö. Även psykiatri rehabilitering och diagnostik redovisar något fler disponibla platser på Psykiatriska kliniken Eksjö. Beläggningen är totalt sett något lägre vid jämförelse med samma period föregående år. Det finns dock en variation mellan verksamhetsområdena där medicinsk vård har en beläggning strax över uppsatt mål, medan verksamhetsområdena Kirurgisk vård samt Psykiatri, rehabilitering och diagnostik har en beläggning under uppsatt mål.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Telefonkontakt med vårdcentralen samma dag	100 %	89 %	Ökande volym av samtal leder till att flera vårdcentraler har svårt att hinna besvara dem. Åtgärder har genomförts för att minska inflödet av samtal. Exempelvis informativa telefonsvar, hänvisning till Bra Liv nära-appen med videobesök och meddelandefunktion eller hänvisning till 1177-Direkt.
Medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar.	90 %	92 %	Fortsatt över målnivån. Står sig väl vid nationell jämförelse, ett bra resultat.
Faktisk väntetid till första besök inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering.	80 %	69 %	I nivå med augusti 2024. Fortsatt på en bra nivå vid nationell jämförelse
Faktisk väntetid till operation/åtgärd inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering	80 %	79 %	I nivå med augusti 2024. Fortsatt bland de bästa/bäst vid nationell jämförelse
Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum	90 %	79 %	Fortsatt på en stabil nivå runt 80 procent

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Fått hjälp och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar	90 %	79 %	För första gången 81 procent, vilket indikerar att det långsiktiga arbete som bedrivs har effekt. Förbättringsarbetet med akutflödesprocessen fortsätter. Samtliga sjukhus har arbetsgrupper som utvecklar arbetssätt för att hantera högt patientinflöde, komplexa vårdbehov och smidiga övergångar mellan akutmottagning och vårdavdelning. Region Jönköpings läns akutmottagningar fortsätter att ligga i topp nationellt sedan andra halvåret 2024, med cirka 80 procent av patienterna färdigbehandlade inom fyra timmar. Dessutom visar senaste nationella patient enkäten att patienterna upplever akutmottagningarna har förbättrat sig avsevärts inom samtliga aspekter. En utmaning kvarstår för patienter över 80 år, där siffran är cirka 70 procent. Den lägre andelen beror främst på behovet av omfattande samrådsbedömningar, vilket förlänger ledtiderna.
Tid till ambulans - andel prio 1 larm inom 20 minuter	80 %	75 %	Tillgängligheten uppgick till och med andra tertialet till 75 procent. Föregående år motsvarande period 71 procent. Under augusti uppgick tillgängligheten till 74 procent. Antalet prioritet 1 uppdrag har minskat med 16 procent jämfört med motsvarande period föregående år. Inom- och utomlänstransporter mellan vårdinrättning tar en stor del av ambulanssjukvårdens resurser, cirka 10 procent av totalt antal uppdrag. Ambulansverksamheten har under 2025 startat upp en verksamhet (transportfordon) som ska ta hand om inom- och utomlänstransporter mellan vårdinrättningar. Förväntad effekt är ökad tillgänglighet för prioritet 1 uppdrag. Totalt har antalet uppdrag minskat med 383 uppdrag (1 procent) jämfört med motsvarande period föregående år.
Nämnd Kontinuitetsmått – primärvård	0,4 index	0,36 index	Resultatet för regionen totalt är en klar förbättring jämfört med samma period januari-augusti föregående år. 14 vårdcentraler klarar uppsatt mål på index 0,40. För perioden är variationen 0,16 till 0,65 i index för den vårdcentral med lägst respektive högst index. Privata vårdgivare har ett något högre index jämfört Bra Liv vårdcentralerna.
Täckningsgrad för den uppsökande verksamheten (munhälsobedömningar)	70 %	74 %	Av de personer som har "Intyg om nödvändig tandvård" och som önskat få en munhälsobedömning utförd (4 045 personer) har 74 procent (2 994 personer) fått det, målet är därmed uppfyllt.
Nämnd Andel berättigade till nödvändig tandvård som fått den utförd	53 %	39 %	Av 5 354 berättigade personer har 2 071 fått nödvändig tandvård utförd (39 procent). Behandlingarna utförs av både privat- och folktandvård varför mätetalet inte specifikt mäter Folktandvårdens måluppfyllnad. Folktandvården har god tillgänglighet att ta emot alla patienter, vi har utökat sitt centrala team för den uppsökande verksamheten och därmed ökat andel munhälsobedömningar men det slår inte igenom på detta mätetal. Folktandvården har i dagsläget inte tillgång till information om alla invånare som är berättigade till nödvändig tandvård, eller vilka av de

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			berättigade patienterna som har tackat nej till vård vilket heller inte tas hänsyn till i mätetalet.
Nämnd Allmäntandvård: Andel revisionspatienter i tid till undersökning och behandling	90 %	92 %	Utfallet för augusti 2025 ligger på 92 procent, vilket är 6 procent bättre jämfört med augusti 2024. Satsning gör just nu för att erbjuda tid till nya patienter som står på kö hos Folktandvården. Därav kan vi se en nedgång under sommarhalvåret på de kallelser som finns bland ordinarie revisionspatienter.
Nämnd Allmäntandvård: Möjlighet att ta emot nya patienter, mäts genom minskning av kö		-59 %	Sedan årsskiftet 2025 har allmäntandvården minskat antalet patienter i kö till första tid med ca 3200 patienter.
Tillgänglighet specialisttandvård inom 60 dagar efter remiss	80 %	71 %	Tillgängligheten till specialisttandvården är 71 procent i jämförelse med 52 procent januari 2024. Följande kliniker klarar inte tillgänglighetsmålet; Käkkirurgi, Orofacial medicin, Klinisk bettfysiologi och Pedodonti. Arbete pågår för att jämna ut och öka tillgängligheten. Utifrån trenden de senaste två åren, når specialisttandvården målet under 2026.
Nämnd Faktisk väntetid till första besök inom 30 dagar till barn och ungdomspsykiatrisk vård	90 %	72 %	Lägre än samma månad 2024, precis som de senaste månaderna.
Nämnd Faktisk väntetid till behandling till barn- och ungdomspsykiatrisk vård inom 30 dagar	90 %	20 %	Resultatet hoppar upp och ner varje månad, beroende på när gruppbehandlingar startar, så svårt att analysera. Är även bara en delmängd av de behandlingar man utför, mätningen speglar rapporteringen till SKR och inte en totalbild. De flesta (530 patienter) väntar på insatser efter genomförd NP-utredning.
Nämnd Faktisk väntetid till utredning till barn- och ungdomspsykiatrisk vård inom 30 dagar	90 %	3 %	Samma nivå som senaste året. Däremot har väntetiden generellt blivit kortare de senaste åren trots ett högre inflöde av patienter. Arbete pågår hela tiden med att ge dessa barn en tid så snabbt som möjligt. Många får en tid inom 90 dagar.
Nämnd Disponibla vårdplatser		634	Disponibla platser styrs av aktuellt behov och varierar därför över tid. Under perioden januari-augusti sker en ökning av disponibla platser framförallt inom verksamhetsområde Medicinsk vård på Medicin- och geriatrikkliniken i Eksjö. Psykiatri rehabilitering och diagnostik redovisar något fler disponibla platser på Psykiatriska kliniken Eksjö.
Nämnd Beläggning	<85 %	82 %	Beläggningen är totalt sett något lägre vid jämförelse med samma period föregående år. Verksamhetsområdena Kirurgisk vård samt Psykiatri, rehabilitering och diagnostik har en beläggning under uppsatt mål, Medicinsk vård ligger strax över. Under perioden redovisas en ökning av disponibla platser samtidigt som inneliggande i stort sett ligger i nivå med samma period föregående år vilken förklarar den sammantaget något lägre beläggningen. Finns en variation mellan klinikerna där Medicin- och geriatrikkliniken i Eksjö, Geriatriska kliniken Länssjukhuset Ryhov samt Kirurgkliniken är

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			exempel på kliniker med hög beläggning. Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken har under perioden haft en förhållandevis låg beläggning.
Nämnd Utlokaliserade		0,9 %	Antal utlokaliserade minskar något totalt sett vid jämförelse med samma period föregående år. Minskningen sker inom verksamhetsområde Kirurgisk vård. Mycket få utlokaliseras inom verksamhetsområde Psykiatri rehabilitering och diagnostik
Nämnd Överbeläggningar	0 %	0,7 %	Antalet överbeläggningar minskar vid jämförelse med samma period föregående år. Under perioden redovisas en ökning av disponibla platser samtidigt som inneliggande i stort sett ligger i nivå med samma period föregående år vilket kan förklara den minskning som ses.
Nämnd Återinläggningar inom 30 dagar vårddygn	15 %	15 %	Resultatet fortsätter ligga på samma nivå som de senaste tre åren, med väldigt liten variation.
Nämnd Utskrivningsklara	2	2,3 %	Betydligt färre dagar än föregående månad och tertialets medel är på målet, ackumulerat fortfarande en bit ifrån målet. Fortsatt betydligt fler dagar totalt efter två tertial vid jämförelse mot 2024.

Framgångsfaktorer: God och jämlik hälsa

Uppdrag	Analys
Förbättra folkhälsan hos länets invånare.	Utvecklingsplattformen Bästa platsen pågår där stöd erbjuds till team som arbetar i samverkan över organisatoriska gränser. Inom barn och unga görs en satsning med fokus på stöd till konceptet elevhälsocentral. Inom äldre finns riktade insatser för att ge stöd till team som arbetar med utveckling av konceptet förstärkt lokal samverkan med gemensam dashboard. Utifrån att den nya strategin för psykisk hälsa och suicidprevention som antogs våren 2025 har en enkät skickats ut till alla rektorer i länet för att kartlägga hur man arbetar med tidiga samordnare insatser och även vilka metoder och insatser man använder för att på olika sätt bidra till psykisk hälsa för länets barn och unga. Resultatet från kartläggningen visa att många jobbar aktivt med psykisk hälsa men främst genom temadagar m.m. Hälsosamtalen används brett men återkopplingen till grupp/organisation varierar. Många lyfter att personal upplever ökade krav att bemöta psykisk ohälsa, särskilt bland flickor. Nästa steg blir att ta fram rekommendationer för fortsatt arbete, identifiera möjliga stöd- och utbildningsinsatser och fördjupa dialogen mellan kommun och region.
Arbeta för en mer jämlik hälsa hos utrikesfödda invånare.	Arbete pågår för att ta fram en vägledande guide till kunskapsstödet ”Jämlik verksamhet”. Detta kan utgöra stöd för verksamheterna i arbetet med att öka medvetenheten om socioekonomins och/eller kulturell påverkan på patientsäkerhet och kliniska

Uppdrag	Analys
	resultat. Under tertial 2 har arbetet med Region Jönköpings läns interkulturella hälsokommunikation avseende både hälsokommunikatörer och hälsoguider fortsatt. Hälsokommunikationerna har haft hälsoskolor, smärtskolor, diabetesskolor och föräldrautbildningar på olika språk. Samordnarna för hälsoguider har fortsatt att rekrytera och utbilda hälsoguider i länets olika kommuner. En tryckt hälsobroschyr har arbetats fram som kan användas som ett utbildningsmaterial för att komplettera muntlig hälsokommunikation i olika sammanhang.
Förbättra barn och ungas hälsa.	Tre processledare är tillsatta, från skolan, socialtjänsten och från Region Jönköpings län, för att driva arbetet med att hitta en gemensam väg framåt för arbetet med konceptet kring elevhälsocentraler. Nya arbetssätt ska tas fram för att tidigt och i samverkan än snabbare hjälpa barn och familjer till bästa möjliga hälsa. En arbetsgrupp med medarbetare från barn- och ungdomsenheten, rehabiliteringscentrum, habiliteringen, barntandvården och barnkliniken har påbörjat arbete med att ta fram arbetssätt för ett obesitas team. Ett första steg har varit att möta de barn som har obesitas och typ 2 diabetes i team.
Förebyggande insatser som stöd till nyblivna föräldrar.	Arbete med att se över familjecentralerna pågår. I detta ingår att sammanställa underlag och skriva rekommendation. En filial till familjecentralen i Värnamo är startad i Rydaholm. Verksamheten pågår en dag i veckan.
Främja äldres hälsa.	Insatser för att främja fysisk aktivitet och motverka stillasittande hos seniorer 65+ inklusive utrikesfödda 60+ pågår. Exempel är konceptet Walk and talk i Nässjö som har minskat stillasittande och främjande av den fysiska aktiviteten. Insatsen främjar också social samvaro vilket i sin tur kan motverka ofrivillig ensamhet. Under promenaderna förs dialog om olika hälsoteman på svenska. Dans på äldreboenden har under perioden haft aktiviteter på tre mötesplatser i Jönköpings län. Totalt har 131 personer deltagit. Under perioden har en samverkan påbörjats med idrottsförening *Bauer Endurance Club* i Jönköping. Planering för insats - konditionsträning för 60+ (simma, cykla och springa/gå).
Arbeta målinriktat med att skapa trygg och säker vård och omsorg.	Utvecklingen med förstärkt lokal samverkan fortsätter i hela länet. Dashboard är framtagen för att följa resultat på läns- och kommunnivå. Arbetet innefattar att förstärka både på chefsnivå och i den nära samverkan mellan kommunal hälso- och sjukvård och vårdcentral kring gemensamma patienter.
Fortsätta arbeta för en jämlik geriatrisk vård i länet	Arbetet pågår för att utveckla forsknings- och kompetensutvecklingsaktiviteter för geriatrik, samt att utveckla och prova metoder för äldreanpassat

Uppdrag	Analys
	sjukhus.
Förbättra tandvården för patienter med särskilda behov.	Det pågår ett antal aktiviteter inom området. Exempelvis har folktandvården en äldresamordnare som samverkar och föreläser för kommun och vårdcentraler. Arbete pågår för att munnen ska ses som en del av kroppen i hela sjukvården. Ny samverkan har även startat med fokus på patienternas behov vad gäller nödvändig tandvård.
Riktade insatser genomförs inom områden där kariesförekomsten ökar i förskola, fritidshem och skola.	Det nya teamet startade upp arbete på skolorna under en del av vårterminen och kommer nu fortsätta att vara ute under hela höstterminen.
Säkerställa att verksamheter som är centraliserad inom Region Jönköpings län, når länets invånare jämlikt.	Arbete pågår inom de olika verksamhetsområdena. Analyser och kartläggningar har gjorts. Exempel på områden som analyserats är heldygnsvården och anorexienheten inom Barn- och ungdomspsykiatrin, som mynnat ut i handlingsplaner med identifierade åtgärder att arbeta vidare med. Tillgängligheten hanteras utifrån kapacitet och produktionssystemet och erbjuds invånare i länet jämlikt även om vissa behandlingsåtgärder är lokaliserade på enskild ort.

Process och produktion

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktorer: Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Uppdrag	Analys
Öka användningen av digitala tjänster och system för vård, hälsa och prevention.	Projekt och förvaltningsaktiviteter kopplat till vårdinformationssystemet Cosmic samt invånartjänster via 1177 genomförs kontinuerligt. Utbildnings- och inspirationstillfällen samt verksamhetsnära stöd genomförs för att öka användningen av digitala tjänster. Verksamheterna når inte målet med digitala vårdmöten men fortsatt utvecklingsarbete pågår med primärt fokus att integrera digitala vårdmöten i befintligt vårdutbud.
1177.se utvecklas till att bli en viktig digital ingång till vården och samlingsplats för nödvändig information om hälsa, vård och tandvård.	Utbildningar har genomförts riktade till medarbetare som vill nyttja 1177 e-tjänster. Inspirationsträffar för vårdverksamheter genomförs med olika tema. Enklare vardag har flera pågående utvecklingsarbeten med verksamheter som vill använda tjänster på 1177.se. Bokningsbara tider via webbtidbok har ökat, fler patienter bokar eller avbokar tiden via 1177. Antal meddelande skickade av invånare till vården och antal meddelande skickade av vården till invånarna fortsätter att öka.
Förbättra dialogen mellan sjukhusens specialistvård och primärvården genom sömlös vård och övergångar.	Begreppet sömlös vård är känt på klinikerna och arbetet fortskrider även om tillämpningen kan öka ytterligare. Bra Liv har en löpande dialog med koordinator för sömlösa vårdövergångar där målsättningen är att lära av de kliniska fall som uppkommer. Det saknas dock fortfarande bra uppföljningssystem. Inom ramen för forskningsprojekt kring processer och processutveckling har kvalitativ analys av processarbete, inklusive vårdens övergångar, ägt rum.

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktorer: Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande

Uppdrag	Analys
Stödja invånare att främja hälsosamma levnadsvanor med minskad klimatpåverkan.	Arbetet i länsgemensamt programområde (LPO) levnadsvanor har fortsatt. Gemensamt initiativ är taget för samverkan mellan LPO levnadsvanor och LPO cancersjukdom. Utlysning av stimulansmedel Fysisk aktivitet på recept (FaR) har genomförts. Syftet med satsningen är att öka antalet rådgivande samtal om fysisk aktivitet kompletterade med skriftlig ordination och uppföljning. Planering pågår för utbildningarna Hälsoguide Mat och Matrådgivare. Utbildningarna ger ökad kunskap om hälsosamma matvanor, för personal i primärvården och andra målgrupper som arbetar med matvanor. Flera stöd och behandlingsprogram används t ex

Uppdrag	Analys
	Rörelsepeppen, Hälsosamma matvanor.
Stödja kommunernas rehabiliteringspersonal med specialistkompetens och följa upp hela rehabiliteringsprocessen.	"Konsultera en rehabkollega" är ett nytt arbetssätt som infördes hösten 2024 för att förenkla kommunikation och bidra till kompetensöverföring mellan vårdnivåer. Det nya arbetssättet är en utveckling av sömlös vård-konceptet. Under 2025 följs arbetet upp fortlöpande. Vidare har dietist och logoped föreläst för sjuksköterskor och läkare på "SÄBO-dagar" i syfte att öka kunskap, bidra med inspiration och få ett erfarenhetsutbyte.
Samordna arbetet kring suicidprevention i länet.	En uppdatering av den länsgemensamma handlingsplanen planeras, en enkät är utskickad för att efterfråga om något specifikt behöver tas med utifrån region, kommun och civilsamhällets perspektiv. Stor vikt kommer läggas vid den nationella strategin för psykisk hälsa och suicidprevention. Det finns ett påbörjat arbete kring efterlevandestöd som fortsätter under hösten.
Arbeta för en hög vaccinationstäckning bland äldre.	Planering pågår inför höstens vaccinationsinsats. Bland annat har informationsmaterial och innehåll till invånartidningen tagits fram.
Stödja arbetet med att vaccinera mot TBE.	Intresset för TBE-vaccination hos barn 3-18 år var något lägre tertial 2 2025 jämfört med motsvarande period under 2024. Medialt har intresset dock fortsatt varit relativt stort under perioden med flera möjligheter att göra vaccinationen känd hos allmänheten. En del beslut inväntas kring fortsatt finansiering för 2026 som blir avgörande för hur arbetet ska kunna fortgå då. Från 1 januari tom 26 augusti har totalt 14 462 doser vaccin givits till barn 3-18 år, varav 3 299 är dos 1.
Hälsofrämjande arbete i socioekonomiskt utsatta områden - tilläggsuppdrag till primärvården.	Ett omtag har gjorts i uppdraget kring satsningar på vårdcentraler i socioekonomiskt utsatt områden. Exempel på aktiviteter som pågår för att möte invånarnas behov i CNI tunga områden är arbetet med Hälsoguiderna som förklara det svenska sjukvårdssystemet och Hälsokommunikatörer som stödjer på vårdcentraler. Hälsoskolan fångar många frågor. Arbete pågår med beteendeförändring tex har diabetesskolan varit framgångsrikt när den följs upp med butiksvandringar. Vårdcentralerna jobbar proaktivt med mångbesökare med tex teambedömningar vid korttidssjukskrivningar. Forum och invånardialog genomförs för att fånga behov och lokal samverkan med förening och civilsamhälle pågår. Även arbetet med fasta läkarkontakter har fortsatt.

Framgångsfaktorer: Säker verksamhet

Uppdrag	Analys
Stärka hälso- och sjukvårdens och dess stödfunktioners förmåga vid fredstida kriser, höjd beredskap och krig.	En utbildnings- och övningsplan har tagits fram. Den tydliggör utbildnings- och övningsinsatser inom beredskap och säkerhet, riktade till både verksamheterna och politiken, och stödjer att rätt

Uppdrag	Analys
	målgrupper får de kunskaper och färdigheter som behövs. Kunskapshöjande föreläsningar inom beredskap och säkerhet har genomförts för flera av Region Jönköpings läns verksamheter. Under 2025 har CBRNE-utbildningar (kemiska, biologiska, radiologiska, nukleära och explosiva) genomförts för personal vid akutmottagningar vid alla tre sjukhus. Fyra övningar har genomförts för lokal särskild sjukvårdsledning med fokus på att stärka ledning och samordning vid allvarliga händelser. Varje sjukhus genomför en övning per år. En av dessa är en större övning, enligt ett treårigt rullande schema mellan de tre sjukhusen. Flera övningar har genomförts inom ramen för F-samverkan. F-samverkan är ett nära samarbete mellan aktörer inom krisberedskap i Jönköpings län.
Under planperioden anpassas Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete till Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård.	Flera olika initiativ pågår inom området. Det finns en grupp för omvårdnadsdokumentation som exempelvis ser över journalföringen av vårdprevention (risk för fall, undernäring, trycksår, munhälsa). Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler fortsätter.
Arbeta med rätt antibiotikaförskrivning och att minska vårdrelaterade infektioner.	Stöd i form av Antibiotikasmart klinik och vårdcentral fortsätter. Inom sjukhusklinikerna är det 21 av 25 inbjudna som återkommit med en plan för 2025 och vårdcentralerna ligger längre fram i sina antibiotikasmarta aktiviteter jämfört med föregående år. Strama tandvård är under uppbyggnad i samarbete med folktandvården och käkkirurgen och kommer att utvecklas mer med privata vårdgivare under året. Strama-appen med nationellt framtagna riktlinjer för vanliga infektioner utvecklas och fungerar bra som stöd.
Agera för en säker läkemedelsanvändning.	Arbetet med att ta fram rutiner för läkemedelslista i kommunal hälso- och sjukvård fortsätter. Målet är att få en gemensam inriktning klar under hösten. Arbetet kring polyfarmaci (10-eller fler läkemedel, förskrivning av opioider, PPI, furosemid etc) fortsätter. Region Jönköpings län ligger fortsatt högst jämfört med riket gällande 10 eller fler läkemedel, förskrivningen av opioider minskar, men fortsatt över riket, paracetamol ligger däremot i nivå med riket hos våra 75+, men högre för hela befolkningen. Riktlinjer gällande läkemedel i samband med operation/undersökning hos patienter med diabetes har uppdaterats och trädde i kraft i maj. I oktober arrangeras ett antal workshops kring hur läkemedel ska förvaras i läkemedelsrum i syfte att minska risk för fel.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Vårdprevention - upprättad vårdplan	95 %	90 %	Riskbedömningar för fall, trycksår, munhälsa och undernäring följs nu via Cosmic. Detta är ett samlat värde för samtliga 4 riskbedömningar.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			Riskbedömning för fall genomförs i 52 procent av vårdtillfällena, riskbedömning för trycksår genomförs i 69 procent av vårdtillfällena och riskbedömning för undernäring genomförs i 50 procent av vårdtillfällena. I samtliga områden är det dock stora variationer mellan klinikerna. När risk har identifierats startas vårdplaner i nästan 90 procent av fallen. Andelen startade vårdplaner för munhälsa har ökat men det finns en variation mellan hur riskbedömningar genomförs.
Nämnd Vårdrelaterade infektioner	<7	7 st.	Vårdrelaterade infektioner i Region Jönköpings län är stabil runt 7 fall/ 1000 inv. Postoperativ infektion dominerar följt av urinvägsinfektion och lunginflammation. Vårdhygien erbjuder under hösten riktat stöd till Kirurgkliniken som en del i processen "Stöd i enheternas arbete för att förebygga VRI".

Framgångsfaktorer: Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Uppdrag	Analys
Fortsätta implementering och utveckling av kunskapsstyrning med syfte att erbjuda god och jämlik vård.	Uppstart av länsgemensamma programområden (LPO) har fortsatt. Utveckling och samordning av stödsystem pågår parallellt. Test av "LPO forum" genomfördes under våren och ytterligare två heldagar är planerade inför hösten. I LPO-forum träffar de länsgemensamma programområdena sjukvårdens ledningsgrupp för dialog om medicinska resultat i hela vårdkedjan, hur kunskapsstöd tillämpas i praktiken, hur vården följs upp och vilka hinder och framgångsfaktorer som identifierats utifrån vad som är bäst för Esther.
Utökning av intensivvården i länet.	Utökning av intensivvårdsplatser har genomförts på Länssjukhuset Ryhov. Förstärkning har även skett av bemanning av undersköterskor på intensivvården på Höglandssjukhuset och Värnamo sjukhus. Förstärkning av bemanning av sjuksköterskor sker under 2024 och 2025 primärt via utbildningsanställningar.
Utifrån utredningen av intermediärvårdplatser under 2024 besluta om fortsättning.	En utredning om behov av intermediärvårdsplatser inom Region Jönköpings län pågår. Ett tilläggsuppdrag har givits med uppdrag att titta på hur fyra intermediärvårdsplatser kan inrättas på länssjukhuset Ryhovs akutvårdsavdelning inom akutkliniken. Hur enheten kan integreras med akutvårdsavdelningen samt beskriva bemanningsbehov som ska vara så resurseffektivt som möjligt i samverkan med AVA (akutvårdsavdelningen). Uppdraget beräknas vara klart till slutet av september.
Fortsatt utveckling av cancervården.	Plan för fortsatt utrullning av organiserad prostatacancertestning har godkänts av sjukvårdens ledningsgrupp. Bland annat kommer invånare i åldern 68 år nyinkluderas och få erbjudande om att delta i OPT tillsammans med redan inkluderade åldersgrupper.

Uppdrag	Analys
Region Jönköpings län ska sammantaget bli en av de bästa i Sverige när det gäller standardiserade vårdförlopp för cancer.	Region Jönköpings län har ett väletablerat cancerråd som fungerar som LPO för cancerfrågor. Kontinuerligt arbete fortgår och stöd från regionala processledare och lokala processledare inom varje processområde skapar samsyn och värnar om kontinuerlig utveckling inom området.
Erbjuda avancerad läkemedelsbehandling nära patienten.	En utveckling och design av att erbjuda avancerade läkemedelsbehandlingar personcentrerat i hemmet eller på länets tre sjukhus pågår. Vissa patientgrupper som är bosatta i södra länsdelen får nu sin cancerbehandling på behandlingsenheten i Värnamo. En antitumoral behandlingsenhet införs på Höglandssjukhuset i Eksjö hösten 2025 i samarbete mellan medicin- och geriatrikkliniken Eksjö och onkologen Jönköping. Utredningen kring tillgång till syrgas i kommunal hälso- och sjukvård skulle varit klar under våren men förhoppningen är att det ska finnas ett svar under september.
Utforma den palliativa vården så att alla länsinvånare har jämlik tillgång till palliativ vård dygnet runt.	Ett nytt personcentrerat vårdförlopp inom palliativ vård har startats. Samverkan med kommunal hemsjukvård sker kontinuerligt. Behovet av utbildning och stöd till primärvården är stort.
För att uppnå en mer jämställd vård och jämlik hälsa genomförs en flerårig satsning för förbättrad förlossningsvård och stärkta insatser för kvinnors hälsa.	Strukturerat arbete pågår inom de tre kvinnoklinikerna inklusive kvinnohälsovård för att gemensamt skapa jämlikt utbud och stöd under hela vårdkedjan. Även ett nära samarbete inom sydöstra sjukvårdsregionen är etablerat.
Arbeta med särskilda utvecklingsområden för patienter med psykisk sjukdom.	Det länsgemensamma programområdet för psykisk hälsa är etablerat och arbetar med bl a vårdförloppen för nyinsjuknande i schizofreni samt ADHD, inom vilka arbetsgrupper med sakkunniga formerats. Specialistpsykiatrins kliniska programområde för trauma har fått ett uppdrag att ta fram ett utbildningsmaterial riktat till den somatiska vården. Parallellt undersöks hur utbildningen kan nå ut till aktuella målgrupper. Målsättningen är att kunna genomföra en pilotomgång av utbildningen under senare delen av året.
Tillhandahålla en rationell och hållbar läkemedelsförsörjning.	Arbete med rest- och bristsituationer av läkemedel pågår kontinuerligt inom Region Jönköpings län. FAKTA-grupper involveras för att ger förslag till alternativ behandling. Information om restnoteringar publiceras på Folkhälsa- sjuvårdswebben samt i Cosmic läkemedelsmallar. Medarbetare från Region Jönköpings län är utlånad på 50 procent till Nationellt kontrolltorn (regionernas samverkansmodell för läkemedel) för att arbeta med rest- bristsituationer nationellt. Medarbetare från Region Jönköpings län är även involverade i arbetet via NAG LOK (nationell arbetsgrupp Nätverket för Sveriges läkemedelskommittéer) och då främst med framtagande av rekommendationer.
Arbeta för en kostnadseffektiv och jämlik läkemedelsbehandling.	Läkemedelsdialoger genomförs löpande med i huvudsak läkemedelstunga enheter, för övriga

Uppdrag	Analys
	enheter i mån av tid och visat intresse. För Bra Liv sker regelbunden uppföljning av läkemedelsanvändning och kostnader via en Fokusgrupp där primärvårdens ledning liksom representanter från distriktsläkarna ingår. Specialistklinikerna har tillgång till läkemedelsstatistik som uppdateras månadsvis och primärvården får sin statistik uppdaterad kvartalsvis. På så sätt kan varje verksamhet följa sin utveckling av läkemedelsanvändning mellan dialogtillfällena.
Skapa förutsättningar för patientdelaktighet i läkemedelsbehandling.	Arbete pågår för att förbättra överenskommelsen mellan vården och patient kring fortsatt läkemedelsbehandling. Målet är att underlätta dokumentationen kring läkemedel och det hänger ihop med arbetet kring dokumenterad överenskommelse, omvårdnadsdokumentation med mera.
Följa alla delar i överenskommelsen ”Riktlinjer för länskliniker”.	Alla verksamheter arbetar för att erbjuda sitt vårdutbud jämlikt i länet. Två länskliniker som endast har verksamhet på en ort är barnkliniken och infektionskliniken. Båda verksamheterna har i sina verksamhetsplaner inkluderat mätetal och/eller aktiviteter som inkluderar de fyra fokusområden som riktlinjen anger. Barnklinikens samarbete med barn- och ungdomsmedicinsk mottagningen bidrar till att säkra ansvaret för den nära vården, den fasta bemanningen och kompetensutveckling. Andra exempel är kvinnohälsovården och onkologiska behandlingsenheter som fördelar resurser efter behov till olika områden. All kompetens kan inte finnas överallt när volymerna är små. I vissa fall kan distanskontakt med patienter eller andra verksamheter underlätta. Andra lösningar kan vara stöd för rotationstjänster, digitala lösningar och samarbete mellan orter. För den nära vården i alla länsdelar pågår arbete med att stärka jämlik tillgång till vård och diagnostik, skapa bättre samverkan mellan vårdnivåer och utveckla stöd för vårdcentraler och kommuner. Vissa verksamheter har professionsansvar över länet, medan andra utvecklar nya arbetssätt och samverkansformer för att stödja den nära vården.
Åstadkomma bästa möjliga resultat till lägsta möjliga kostnad varje gång.	Arbetet med kloka kliniska val har fortsatt lokalt i alla verksamhetsområden och primärvården. Exempel är röntgen som har definierat sex prioriterade områden och arbetar både regionalt och nationellt med implementering tillsammans med remittenter. Laboratoriemedicin har ett pilotprojekt där mikrobiologer deltar i IVA-ronder för att stödja i diagnostiska beslut. Goda exempel för att skapa engagemang i frågan sprids mellan verksamheterna. Inom Bra Liv jämförs exempelvis förskrivningsmönster och utredningskostnader mellan vårdcentraler.
Arbeta med övergången från barn till vuxna i vården.	Etablerade arbetssätt för tryggt och säkert mottagande i övergången från barnverksamheter till specialistvård för vuxna finns etablerade i många

Uppdrag	Analys
	verksamheter. Analys av nuvarande arbetssätt och gap sker främst inom och mellan BUP och de vuxenpsykiatriska klinikerna samt inom barn- och ungdomshabiliteringen. Inom Region Jönköpings län har en arbetsgrupp bildats med fokus på implementering av relevanta och möjliga åtgärder i rapporten "Vägledning för övergång från barn- till vuxensjukvård för unga med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning". Arbetsgruppen har lämnat en slutrapport till motsvarande regionala arbetsgrupp inom den sydöstra sjukvårdsregionen, samt även till sektionen för primärvård och rehabilitering inom Folkhälsa och sjukvård. Under hösten fortsätter dialogerna om hur arbetssätten kan utvecklas på ett sätt som skulle kunna fungera inom Region Jönköpings län.
En utvärdering av behovet av tillnyktringsenheten (TNE) genomförs.	Uppföljning påbörjades i april och genomförs tillsammans med berörda chefer för verksamheten och controller. Rapporten beräknas vara klar i september 2025.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Standardiserade vårdförlopp - andel inom max ledtid	80 %	45 %	Under den senaste 12-månadsperioden har behandlingsstart skett inom totalt 1971 cancerförlopp. Av dessa har 45 procent skett inom angiven ledtid vilket är en klar förbättring jämfört med motsvarande period föregående år. Trenden är sakta uppåtgående månad för månad, dock återstår fortsatt en del till uppsatt mål. Inget förlopp når uppsatt målvärde under perioden. För förlopp med mer än 300 startade behandlingar under perioden, SVF Prostatacancer, SVF Tjock- och ändtarmscancer samt SVF Bröstcancer, är variationen 25-70 procent.
Standardiserade vårdförlopp - andel utredda patienter i SVF	70 %	88 %	Målet är uppfyllt. Region Jönköpings län uppnår vad som förväntas enligt det nationella beräkningsunderlaget för standardiserade vårdförlopp.
Nämnd Antal hembesök läkare	5 507	5 804	Arbetssätt med tillgänglighet till läkarbesök i hemmet finns vid samtliga vårdcentraler vilka ofta sker i samverkan med den kommunala hemsjukvården. Antalet hembesök ökar jämfört med samma period föregående år.
Nämnd Antal vårdplaneringar enligt SiP	2 404	2 271	Sammantaget något färre vårdplaneringsbesök jämfört samma period föregående år. Minskningen sker inom Bra Liv vårdcentralerna, privata vårdgivare i nivå med föregående år.

Verksamhetsstatistik

Primärvård

Egenproducerad vård (inkl såld vård)	Utfall 2024-08	Utfall 2025-08	Förändring % 2025-2024
Antal besök, läkare	271 476	263 734	-2,9 %
Antal besök, annan personalkategori	418 464	408 035	-2,5 %
-varav distansbesök utomlänare	514	512	-0,4 %
-varav distansbesök länsbor	18 227	17 449	-4,3 %
Andel distansbesök länsbor	2,7 %	2,7 %	
Länets vårdkonsumtion			
Antal besök, läkare	295 731	286 351	-3,2 %
Antal besök, annan personalkategori	462 150	450 702	-2,5 %

Under 2025 har både produktion och konsumtion minskat på primärvårdsnivå jämfört med 2024. Det är små variationer mellan åren, även på längre sikt än två år. Exempelvis har antalet besök, annan personalkategori än läkare, minskat med 2,5 procent jämfört med 2024, men är på exakt samma nivå som 2023. Sedan 2019 har länets konsumtion av läkarbesök varierat mellan ca 300 000 besök (2019 och 2023) och 266 000 första pandermiåret 2020. Länets konsumtion av besök annan personalkategori har en nedåtgående trend jämfört med innan pandemin. 2019 konsumerade länets befolkning 518 000 besök, men har efter pandemin som mest varit uppe i strax över 460 000 besök.

Specialiserad somatisk vård

Egenproducerad vård (inkl såld vård)	Utfall 2024-08	Utfall 2025-08	Förändring % 2025-2024
Antal disponibla vårdplatser	519	529	1,9 %
Vårdtid i dagar	105 756	107 102	1,3 %
Antal vårdtillfällen	29 763	30 029	0,9 %
Medelvårdtid, dagar	3,6	3,6	0,6 %
Antal läkarbesök	235 098	236 383	0,5 %
Antal besök annan personalkategori	232 499	233 545	0,4 %
Varav distansbesök	5 571	6 374	14,4 %
Andel distansbesök	0,00 %	0,00 %	
Länets vårdkonsumtion			
Vårdtid i dagar	114 849	116 155	1,1 %
Antal vårdtillfällen	38 350	38 156	-0,5 %
Antal läkarbesök	255 713	252 625	-1,2 %
Antal besök annan personalkategori	234 750	236 892	0,9 %

Inom den somatiska vården har volymerna inom sluten vård ökat marginellt. Vårdtiden har ökat med ca 1 300 dagar (1,9 procent). Det är väldigt små förändringar.

Antalet producerade läkarbesök ligger väldigt stabilt över åren. Sedan 2019 har det producerats 235-

240 000 läkarbesök varje år. Antalet övriga besök ligger på samma nivå som föregående år, och jämfört med 2019 är det en ökning med 11 procent. Procentuellt sett har distansbesöken ökat med 14 procent, men det rör sig om relativt små volymer.

Lägger man till den köpta vården och räknar bort den vård vi producerar åt andra har länets invånare konsumerat något mer slutenvård och i princip samma mängd öppenvård som samma period förra året. Detta ska dock tas med viss försiktighet då många regioner under senare tid bytt journalsystem, och det har inneburit problem för dem med faktureringen.

Specialiserad psykiatrisk vård

Egenproducerad vård (inkl såld vård)	Utfall 2024-08	Utfall 2025-08	Förändring % 2025-2024
Antal disponibla vårdplatser	101	104	3,0 %
Vårdtid i dagar	20 337	19 104	-6,1 %
Antal vårdtillfällen	2 560	2 658	3,8 %
Medelvårdtid, dagar	8	7	-9,7 %
Antal läkarbesök	23 063	23 434	1,6 %
Antal besök annan personalkategori	72 773	73 315	0,7 %
Varav distansbesök	4 664	5 338	14,5 %
Varav andel distansbesök	4,9 %	5,5 %	
Länets vårdkonsumtion			
Vårdtid i dagar	28 485	28 949	1,6 %
Antal vårdtillfällen	2 872	2 833	-1,4 %
Antal läkarbesök	23 633	23 411	-0,9 %
Antal besök annan personalkategori	77 092	75 475	-2,1 %

Vårdtiden för den egenproducerade vården har minskat med 1 200 dagar, men den konsumerade vårdtiden har ökat med 500 dagar. Ökningen på köpt sluten psykiatrisk vård är främst rättspsykiatri. Mönstret för den egenproducerade vården är att medelvårdtiden minskar över tid, liksom slutenvården överlag, medan den öppna vården, främst läkarbesöken, ökar.

Lärande och förnyelse

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya

Framgångsfaktorer: Förbättringskunskap

Uppdrag	Analys
Kortare ledtider från kontakt till utförd vårdåtgärd.	Det finns en regiongemensam gruppering som arbetar med informationsdriven verksamhetsutveckling och med flera olika initiativ. En AI-kompetensgrupp har tillsatts och implementering av visualiseringsstöd för akutprocessen har genomförts. Annat arbete som pågår inom alla verksamhetsområden är exempelvis införande av Kapacitets och produktionsstyrning, KPS.

Framgångsfaktorer: Professionell kunskap

Uppdrag	Analys
Arbeta aktivt med kompetensutveckling, samt erbjuda utbildnings- och forskningsmöjligheter.	Arbetet med att utreda stöd till universitetssjukvårds-enheter (USV)/samverkansavtal för universitetssjukvård pågår. Ett avtal om samverkan inom Sydöstra sjukvårdsregionen om läkarutbildning och forskning (RALF) finns sedan juni 2025. I detta avtal regleras hur stöd till universitetssjukvård kan se ut. Det fortsatta arbetet får fokusera hur regionen praktiskt skall stödja våra USV-enheter.
Region Jönköpings län ska kunna bidra med lärarresurser i Jönköping Universitys tandläkarutbildning.	Frågan är just nu inte aktuell då Jönköping University för tredje gången har ansökt hos regeringen om tillstånd att utfärda tandläkarexamen. Universitetskanslersämbetet har yttrat sig och föreslår avslag. Mot bakgrund av detta bedöms förutsättningarna för att erhålla examensrätt inom överskådlig tid som begränsade

Framgångsfaktorer: Forskning

Uppdrag	Analys
Identifiera, kartlägga, samordna och stödja strategiska forskningsområden och kunskapsunderlag i arbetet med nära vård.	Det pågår ett antal forskningsprojekt inom området. Futurum stödjer dessa på olika sätt. Diskussion förs tillsammans med Jönköping University och Kommunal Utveckling hur man kan utveckla forskningen.

Ekonomi

Strategiska mål: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Uppdrag	Analys
Följa omställningen och förstärkningen av den nära vården.	Omställning följs och analyseras kontinuerligt då det är ett pågående arbete. FS-nämnden fick i maj en presentation med fokus på omställningen och förstärkningen av den nära vården. Den fokuserade på resursförstärkning av primärvården, utveckling av antalet anställda i Bra Liv, tillgänglighet och kontakter inom primärvården, utvecklingen av överenskommelser vid kronisk sjukdom samt vad befolkningen tycker om vården. En utmaning är att det är svårt att hitta bra mått som fångar hela begreppet nära vård.
Se över att resurserna har en jämlik fördelning utifrån länsinvånarnas behov av vård.	Region Jönköpings län använder sedan flera år kostnad per patient (KPP) för att jämföra produktivitet mellan regioner. Många kliniker arbetar också med kapacitet- och produktionsstyrning (KPS). Genom att väga samman produktivitet och behov av produktion för att nå tillgänglighetsmålen kan en ekonomisk styrmodell användas för att styra mot önskade resultat och vid behov omfördela resurser mellan kliniker och verksamhetsområden. Under hösten har modellen uppdaterats med nya data tillsammans med verksamhetsområdena medicinsk och kirurgisk vård. Under året har en mall för så kallad nyttoanalys tagits fram. Nyttoanalysen syftar till att vara ett stöd i arbetet med att värdera ett investerings-, utvecklings- eller förbättringsinitiativs nyttor och den insats som krävs för att nå nyttorna. Verktyget ska även belysa ett antal frågeställningar och perspektiv som behöver beaktas när man bestämmer sig för att driva initiativet.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Ekonomi i balans	0 tkr	-160 402 tkr	Nämnden för folkhälsa och sjukvård redovisar efter två tertial ett underskott på 160,4 miljoner kronor, vilket motsvarar en avvikelse på -3,1 procent i förhållande till budget för perioden. Det är en förbättring på 10,6 miljoner kronor jämfört med juli. Budgetavvikelsen i augusti förra året var -170,7 miljoner kronor. underskottskliniker och nyexade tandläkare) finns också här. Resultatet till och med augusti är +9 miljoner kronor, vilket är 12 mnkr bättre än i juli. Köpt vård har ett budgetunderskott på 117,7 mnkr.
Prognos	0 tkr	-91 800 tkr	Nämnden för folkhälsa och sjukvårds prognos för helår 2025 är ett minusresultat på 91,8 miljoner

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			kronor. Det är 133 miljoner kronor bättre än föregående år, då resultatet var -225 miljoner kronor. Alla verksamhetsområden, utom Folktandvården och privata vårdgivare, prognosticerar underskott.

Avvikelse mot budget i miljoner kronor

Verksamhetsområde	Utfall	Budget	Avvikelse
Privata vårdgivare	-31,4	-39,6	8,2
Vårdcentralerna Bra Liv	26,1	27,1	-1,0
Folktandvården	-86,9	-87,4	0,5
Medicinsk vård	-2 137,3	-2 111,3	-26,0
Kirurgisk vård	-2 303,6	-2 231,0	-72,7
Psykiatri rehab o diagnostik	-1 068,2	-989,2	-79,0
Summa verksamhetsområde inkl privata	**-5 601,3**	**-5 431,4**	**-169,9**
Regionövergripande FS	-2 556,6	-2 566,1	9,5
Totalt	**-8 157,9**	**-7 997,5**	**-160,4**

Nämnden för folkhälsa och sjukvård redovisar efter två tertial ett underskott på 160,4 miljoner kronor, vilket motsvarar en avvikelse på -3,1 procent i förhållande till budget för perioden. Det är en förbättring på 10,6 miljoner kronor jämfört med juli. Budgetavvikelsen i augusti förra året var -170,7 miljoner kronor.

Privata vårdgivare är i balans.

Bra Liv har en avvikelse mot budget på minus 1,0 miljoner kronor. Resultatet för Bra Liv är +26,1 miljoner kronor, men då budgeten är +27,1 miljoner kronor blir avvikelsen negativ. Den ackumulerade budgetavvikelsen beror främst på fortsatt hyrläkarbehov. Det totala underskottet avseende läkarbemanning uppgår till -17 miljoner kronor. Kostnaden för övriga personalkategorier visar ett lite överskott jämfört med budget.

Kostnaderna för lab och klin fys har ackumulerat ökat med 1 procent jämfört med föregående år och ligger 1,1 miljoner kronor över årets budget. Kostnaderna för röntgen har ackumulerat ökat med 14 procent jämfört med föregående år och ligger 7,5 miljoner kronor över årets budget. Kostnadsökningen för läkemedel ligger ackumulerat på 8 procent. Slås intäkterna och kostnaderna ihop för läkemedel hamnar den totala budgetavvikelsen på + 6,8 miljoner kronor.

I övrigt består avvikelsen av bl.a. följande poster: -0,3 miljoner kronor kvalitetsavdrag, +7,2 miljoner kronor bidrag tillgänglighet, +10,4 miljoner kronor övrigt.

Folktandvården har efter ett positivt resultat 2024 inlett 2025 med ett negativt resultat, som under augusti månad vänt till plus 0,5 miljoner kronor för perioden januari-augusti 2025. Jämfört med motsvarande period föregående år är resultatet 7,4 miljoner kronor sämre. Allmäntandvårdens ackumulerade resultat uppgår till minus 1,4 miljoner kronor. Specialisttandvårdens resultat uppgår till plus 2 miljoner kronor varav ca 4,6 miljoner kronor motsvarar vad specialisttandvården per augusti månad erhållit ersättning från regionen för den ST-utbildning som tidigare finansierades via Nationella samordningsgruppen för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring (NSATS).

Inför 2025 sänktes åldern för avgiftsfri tandvård vilket lett till minskad finansiering för barn. Folktandvården erhåller övergångsfinansiering vilken inte täcker kostnaderna fullt ut för pågående behandling. Flera kliniker inom Folktandvården upplever en försämrad ekonomi då Folktandvården byggt upp en god bemanning under 2024 för att nå en god tillgänglighet och ta ikapp köer. Under 2025 har samma bemanning kvarstått och med god tillgänglighet är det nu svårare att fylla

tidböckerna, där ett antal kliniker har patientbrist vilket ger negativt utslag på ekonomin. Kommande tandvårdsreform Tiotandvård gör att äldre avstår från tandvård, lågkonjunktur och god tillgänglighet i kombination med konjunkturen gör det svårare att fylla återbud, samt att sänkt ålder för avgiftsfri tandvård inför året, bidrar till att Folktandvården tappat en fast intäkt utan att kunna ersätta patienttiden med vuxna patienter. Klinikerna hjälper varandra och det pågår ett arbete för att synliggöra vilka kliniker som behöver låna in medarbetare och vilka som har möjlighet att låna ut medarbetare till andra kliniker. Efter augusti månad har dock Folktandvården ett ackumulerat positivt resultat till följd av erhållen ersättning för ST-utbildning.

Medicinsk vård redovisar ett budgetunderskott under perioden januari till och med augusti 2025 på 26 miljoner kronor.

Huvudsakliga orsaker till budgetavvikelsen i perioden augusti:

- Budgetunderskott läkemedel 4,3 miljoner kronor. Ackumulerat budgetunderskott 16,3 miljoner kronor.
- Budgetunderskott patienttransporter med flyg 2 miljoner kronor.
- Budgetunderskott löner 7,6 miljoner kronor.
- Budgetöverskott intäkter 2,5 miljoner kronor. I huvudsak bidrag avseende tillgänglighet och minskat antal utlokaliserade samt minskade överbeläggningar.

Övriga förändringar ackumulerat:

- Budgetunderskott läkemedel 16,3 miljoner kronor.
- Lönekostnaderna ökade (i fast pris) med 14,2 miljoner kronor (1,3 procent) jämfört med föregående år motsvarande period.
- Kostnaden avseende hyrbemanning (läkare) uppgick till 2,1 miljoner kronor. Ökade med 324 tusen kronor jämfört med motsvarande period föregående år.
- Ökade övertidskostnad med 4,3 miljoner kronor (13 procent) jämfört med föregående år motsvarande period.
- Minskade kostnader (i fast pris) avseende röntgen- och klinisk fysiologiska undersökningar och laboratorieprover med 8 miljoner kronor (3 procent) jämfört med föregående år motsvarande period.
- Ökade statliga bidrag om 3,3 miljoner kronor jämfört med föregående år motsvarande period.

Verksamhetsområdet behöver fortsätta jobba med nedan för att uppnå en ekonomi i balans över tid:

- Minska antalet anställda till nivån 2019.
- Minska lönekostnaderna (i fast pris) till nivån 2019.
- Fortsatt jobb med kloka kliniska val. Bland annat inom området diagnostik.

Kirurgisk vård har ackumulerat en negativ budgetavvikelse på 72,7 miljoner kronor. I augusti har verksamhetsområdet fått ersättning för ökat antal höft- och framfallsoperationer med 9 miljoner kronor. Kostnader för läkemedel och för lab och röntgen har varit höga i tertial 2 jämfört med tertial 1.

Antal skickade remisser enligt vårdgaranti har minskat kraftigt inom ortopedi men ökat inom kirurgi främst för att hantera stort antal väntande på skopier.

Kostnader för hyrbemanning fortsätter att minska. Kostnadsutvecklingen för personal har bromsat in och antal faktiska årsarbetare är färre än 2024.

Ögonklinikernas resultat inom vårdval specialiserad ögonsjukvård är ett överskott med 1,8 miljoner kronor.

Handlingsplaner för ekonomi i balans finns för såväl Kirurgisk vård totalt som för kliniker med ekonomisk obalans. Planen syftar till att minska kostnader för personalkostnader och övertid, lab och röntgen, för materialkostnader samt för köp av bemanningsföretag. Verksamhetsområdet arbetar även för att maximera intäkter för tillgänglighet och minska kostnader för köpt vård inom vårdgaranti.

Extra fokus är nu på att minska utvecklingen av personalkostnader bland annat genom införande av årsarbetartak relaterat till budgetutrymme, genom arbete tillsammans med bemanningscontrollers och

arbete med att se över arbetssätten för att ta bort uppgifter som skapar lågt värde i till exempel projektet BasOrto som dels går ut på att göra vårdpersonalen trygga i det vanliga och det farliga samt att jobba med att identifiera och ta bort arbetsmoment med lågt värde främst i form av dubbel dokumentation.

Verksamhetsområdets arbete med kapacitet och produktionsstyrning (KPS) har lett till förbättrad tillgängligheten bland annat via ökat antal operationer. Arbetet med KPS fortsätter som en viktig del i arbete för ekonomi i balans

Psykiatri, rehab och diagnostik har en ackumulerad avvikelse till och med augusti är -79 miljoner kronor. Avvikelsen är förbättrad jämfört med föregående år vilket främst beror på att röntgen har fått en tillfällig förstärkning på 40 mnkr för helåret. Hyrbemanning är en betydande kostnad, och även om utfallet är relativt lika föregående år så finns det förändringar. Psykiatriska kliniken i Jönköping och klinisk fysiologi har avvecklat behovet av bemanningsföretag. Psykiatriska kliniken på höglandssjukhuset i Eksjö och BUP har minskat utfallet något. Psykiatriska kliniken i Värnamo har ett ökat behov vilket beror på ett långvarigt svårt rekryteringsläge vad gäller specialister, men god tillströmning av ST-läkare. Röntgen har minskat sina kostnader för hyr-röntgensjuksköterskor men samtidigt ökat hyrläkarkostnaden något relaterat till den ökade volymen ST-läkare som kräver handledning under sin utbildning.

Intäkterna för diagnostik har ökat med 7,6 procent, motsvarande 53 miljoner kronor. Ökningen finns helt inom röntgen och förklaras delvis av tillfälliga satsningar enligt ovan, men också en ökad debitering mot kunder. Samtidigt har både klinisk fysiologi och laboratoriemedicin minskat sina intäkter. Framförallt är det tydligt inom laboratoriemedicin som fortsatt ligger på en ackumulerad minskning på 3 procent. Minskningen innebär ca 20 miljoner kronor i tappade intäkter. Bedömningen är att en bidragande faktor till minskningen är det arbete som remittenterna bedriver "Kloka kliniska val". Det förbättrade flödet genom akutmottagningarna bidrar också till minskad provtagning. Röntgen har ökade kostnader för isotoper till PET/CT-verksamheten. Produktionen av isotoper i Linköping ligger nere sedan en tid och alternativ leverans från Finland innebär avsevärt högre kostnader. Detta tillsammans med ökade underhållskostnader är en kostnadsökning för röntgen med ca 8 miljoner kronor.

Lönekostnader för hela verksamhetsområdet har ökat med 51 miljoner kronor vilket motsvarar 4,7 procent och är ca en procent mer än löneavtal. Förklaringen är främst ökat antal ST läkare som en del av handlingsplan för avveckling av hyrbemanning och en ekonomi i balans.

Barn- och ungdomspsykiatrin och habiliteringscentrum har kostnader på mer än 20 miljoner kronor för NP-utredningar som inte är budgeterade.

Enheter inom verksamhetsområdet med störst budgetavvikelse är röntgen och laboratoriemedicin som tillsammans har ett negativt resultat på 65 miljoner kronor. Arbetet med åtgärdsplaner fortsätter och åtgärder på såväl kort som lång sikt har tagits fram, genomförs och följs upp i i tät dialog med ledningsstab. Arbete sker i nära dialog med regionledningen och ett flertal möten kring handlingsplan för ekonomi i balans har hållits under perioden och kommer att fortsätta. Förhoppningen är att viss kompensation kan ges i budget 2026 vilket skulle minska befintligt underskott. Det fortsatta arbetet med att resterande 14 vårdcentraler tar ansvar för bemanning av sitt primärvårdslab är en viktig del i laboratoriemedicins handlingsplan för ekonomi i balans.

Regionövergripande FS har en positiv avvikelse på 9,5 miljoner kronor jämfört med budget. Området innehåller bland annat kostnader för köpt vård och intäkter för såld vård. Här finns även finansieringen av vårdval primärvård och vårdval ögon. Vårdvalen har en kostnadsbudget här men den brukar normalt matchas mot en kostnad som är den ersättning som går ut till vårdvalen. Viss tandvård (uppsökande/nödvändig tandvård, finansiering underskottskliniker och nyexaminserade tandläkare) finns också här.

Resultatet till och med augusti är +9 miljoner kronor, vilket är 12 miljoner kronor bättre än i juli.

Köpt vård har ett budgetunderskott på 117,7 miljoner kronor. De höga kostnaderna beror delvis på att ca 25 miljoner kronor härrör från 2024, men fakturerats först under våren 2025. Då vissa regioner kan ha ett eftersläp på upp till sex månader till fakturering är det svårt att vid ett givet tillfälle veta hur

mycket vård som utförts av andra men som inte fakturerats ännu. Kostnadsökningarna handlar främst om avancerad högspecialiserad vård, där det finns relativt många enskilda patienter som inneburit höga kostnader; bland annat läkemedelsintensiva behandlingar, transplantationer och ryggmärgsrehabilitering.

Tandvård centralt har en negativ avvikelse på 10,3 miljoner kronor. 2,5 miljoner kronor beror på att underskottstäckningen för utvalda kliniker är högre än budget, 1,3 miljoner kronor beror på den extra ersättningen för visdomstandsextraktioner till ungdomar till följd av sänkt barntandvårdsålder, 2,7 är underskott i läkemedelsbudgeten, och utöver det har Folktandvården fått ersättning för ST-tandläkare motsvarande det gamla NSATS-systemet.

Budgetavvikelsen inom köpt vård vägs upp främst av statsbidrag, ej utfördelad budget, samt ett överskott inom den sålda vården.

Bokslut och prognos, budgetavvikelse i miljoner kronor

Verksamhetsområde	Bokslut 2023	Bokslut 2024	Prognos 2025 T2
Privata vårdgivare	-21,1	-4,8	10,4
Vårdcentralerna Bra Liv	-45,7	-28,3	-16,0
Folktandvården	-2,4	4,4	6,1
Medicinsk vård	-98,9	6,4	-40,0
Kirurgisk vård	-78,8	-105,7	-65,0
Psykiatri rehab o diagnostik	-105,6	-181,1	-110,0
Summa verksamhetsområde inkl privata	**-352,5**	**-309,0**	**-214,5**
Regionövergripande FS	30,7	84,5	122,7
Totalt	**-321,7**	**-224,5**	**-91,8**

Nämnden för folkhälsa och sjukvårds prognos för helår 2025 är ett minusresultat på 91,8 miljoner kronor. Det är 133 miljoner kronor bättre än föregående år, då resultatet var -225 miljoner kronor. Alla verksamhetsområden, utom Folktandvården och privata vårdgivare, prognosticerar underskott.

För **Privata vårdgivare** förväntas ett överskott på 10,4 miljoner kronor 2025. Inom området är det köp av somatisk vård som ger ett överskott jämfört med budget.

Bra Liv prognostiserar ett underskott på 16 miljoner kronor för helår 2025.

Främsta orsaken till detta är fortsatt behov av hyrläkare. I prognosen uppgår kostnaderna för hyrläkare till ca 67 miljoner kronor. När hyrläkare används uppstår det överskott på budgeten för läkarkostnader. Detta sammantaget gör att det totala underskottet för personalkostnaderna inkl. hyrläkare ser ut att bli – 29,8 miljoner kronor. Cirka 12 miljoner kronor av underskottet avser merkostnader till följd av det särskilda uppdraget att på ett antal vårdcentraler minska antal listade invånare per heltidsanställd läkare från 1 500 st till 1 100 st.

Sammanfattningsvis prognosticeras även bl.a. följande avvikelser på helår: -2 miljoner kronor läkemedel netto, -2,5 miljoner kronor lab, -7 miljoner kronor röntgen, +12 miljoner kronor bidrag tillgänglighet och övrigt (inkl resultatkrav på vårdcentralerna) +13 miljoner kronor.

Folktandvården prognostiserar ett resultat på +6,1 miljoner kronor, och därmed en ekonomi i balans.

Folktandvården har sista året haft ett gott bemanningsläge och en god tillgänglighet. Sänkt ålder för fri barntandvård vid årsskiftet och kommande tandvårdsreform har gjort att färre patienter sökt vård än de varit dimensionerade för. Tiotandvården innebär att patienter äldre än 67 år endast ska betala 10 procent av sin behandling, varför den åldersgruppen skjuter fram sin vård. En bättre tillgänglighet och lågkonjunktur gör också att det är svårare att fylla tidbok och återbud, vilket återspeglas i ekonomin i början på året. Förlängda kallelseintervall för friska patienter tidigare år har fått genomslag i år med

lägre intäkter. Allmäntandvården har ett negativ resultat per augusti, men förväntas avsluta året med ett positivt resultat.

Specialisttandvården bedöms nå en ekonomi i balans för helåret 2025 och har per augusti ett positivt resultat. En förklaring till ekonomi i balans är att Folktandvården erhållit ersättning för ST-utbildning avseende den del Folktandvården tappade när nationella finansieringen upphörde för nationella ST-platser. Inför 2025 har specialisttandvården även tappat finansiering på grund av den sänkta åldersgränsen för fri barntandvård som fortsätter under 2026-2027 avseende tillfällig övergångsfinansiering för pågående behandling.

Trots att Folktandvården har en ekonomi i balans finns uteblivna ombyggnationer och fastighetsrenoveringar. Dessa bidrar positivt till resultatet under 2025, men innebär en "underhålls- och ombyggnationsskuld" som framöver kommer leda till ökade kostnader, båda vad gäller hyra ombyggnationer.

Medicinsk vård prognostiserar ett budgetunderskott om 40 miljoner kronor för helåret 2025. Förändringen av prognosen jämfört med prognosen (budgetunderskott 3 miljoner kronor) under första tertialet beror i hög grad på ökade lönekostnader samt ökade kostnader för läkemedel. Till och med första tertialet hade verksamhetsområdet ett budgetöverskott (2,5 miljoner kronor) avseende läkemedel. Från och med maj har kostnaden ökat väsentligt, och till och med andra tertialet uppgår budgetunderskottet till 16,3 miljoner kronor avseende läkemedel. I prognosen förväntas nettokostnaden utvecklas på motsvarande sätt resterande del av året. Även lönekostnaden har ökat väsentligt from maj jämfört med första tertialet. Verksamhetsområdet kommer under hösten att intensifiera aktiviteterna i handlingsplanen för att minska kostnaderna och då främst lönekostnaderna.

Kirurgisk vård prognostiserar en negativ budgetavvikelse med 65 miljoner kronor för 2025.

Till och med augusti har verksamhetsområdet en negativ budgetavvikelse på 72,7 miljoner kronor. I delårsrapport 1 var prognosen en negativ budgetavvikelse på 60 miljoner kronor. Den försämrade prognosen beror främst på ökade kostnader för läkemedel och för lab och röntgen. Prognosen bygger på att kostnader och intäkter fördelar sig över årets månader som de gjorde 2024 samt att verksamhetsområdet får ersättningar för höfter och framfall även i tertial 3 samt ersättning för minskad köpt vård enligt vårdgaranti.

I prognosen förväntas arbete med handlingsplaner för att sänka kostnader för köp av lab och röntgen, övertid och mertid samt generellt för personalkostnader tillsammans med ökad dialog och tydlighet kring ekonomi leda till att kostnaderna minskar något under resten av året.

För ekonomi i balans kommer fler åtgärder krävas. Arbete med detta pågår.

Psykiatri, rehabilitering och diagnostik redovisar en prognos med underskott mot budget på 110 miljoner kronor för helåret 2025. Prognosen är samma som rapporterades efter årets fyra första månader, men det finns förändringar mellan och inom kliniker som påverkar prognosen.

Inom de diagnostiska verksamheterna finns det ökade kostnader för isotoper och reservdelar på ca 8 miljoner kronor för röntgen. Laboratoriemedicin har ett intäktstapp motsvarande ca 20 miljoner kronor som bedöms kvarstå under året. Ökade kostnader för ST läkare ingår i prognosen och denna satsning har genomförts för att på sikt minska beroendet av bemanningsföretag. Såväl röntgen som laboratoriemedicins prognosticerade underskott är på 46 miljoner kronor vardera. Verksamheten arbetar med åtgärder för att minska kostnader och öka resurseffektiviteten. Fortsatt dialog och regionövergripande åtgärder behöver vidtas för att minska gapet mellan kostnader för diagnostik och aktuell prissättning. Dialog kring detta har skett i budgetprocessen. Under 2025 har röntgen fått en tillfällig förstärkning på 40 miljoner kronor för helåret 2025. Laboratoriemedicins prognosticerade underskott beror till viss del på utökad bemanning sedan pandemin och bedömningen är att man genom förväntad personalomsättning kommer att kunna minska antalet faktiska årsarbetare under året med 15-20 individer. Ytterligare anpassning till en resurseffektiv bemanningsnivå kräver genomförande av att samtliga vårdcentraler tar bemanningsansvar för sina provtagningslab.

Med hänsyn taget till extra tillskott på 40 miljoner kronor till röntgen är bedömningen att budgetavvikelsen kommer att minska med ca 18 miljoner kronor för röntgen utöver den satsningen.

Rekrytering av ST-läkare är god, men hyrläkare behövs med sin specialistkompetens för att säkra bakjourkompetens, handledning av ST-läkare, samt utredning och behandling av neuropsykiatrisk funktionsvariation. Omfattningen av den neuropsykiatriska vården har ökat och är i volym större än de med psykiatrisk sjukdom.

Kostnader för neuropsykiatriska utredningar beställda av BUP belastar verksamhetsområdets ekonomi samtidigt som inga nya budgetmedel alltså har tillförts. Ett utfall på ca -20 miljoner kronor är prognosticerat vad gäller det.

I prognosen är det beaktat att visst tillskott sker under året då vi når nationella målsättningar kring tillgänglighet. I prognosen är det också beaktat att vi får del av ersättningar gällande överbeläggningar och utlokaliserade patienter. Bedömning är att det är på samma nivå som förra året dvs ca 20 mnkr

Årsprognosen för **Regionövergripande FS** är +122,7 miljoner kronor för 2025. Orsakerna är främst följande poster:

- Statsbidrag för tillgänglighetsmedel, 23 miljoner kronor
- Reserverade budgetmedel för läkemedel som ej fördelats ut ännu på 110 miljoner kronor
- Reserverade budgetmedel som ej disponerats ännu på 80 miljoner kronor
- Vårdval primärvård beräknas ha ett överskott på 8 miljoner kronor
- Såld vård prognosticeras ge ett positivt resultat på 60 miljoner kronor
- Köpt vård prognostiseras ett underskott på -180 miljoner kronor

Det som sticker ut jämfört med tidigare år är storleken på underskottet på den köpta vården. Till och med augusti är budgetavvikelsen -118 miljoner kronor. Kostnaderna ökar klart mer än index. 2023 var resultatet -102 miljoner kronor, och förra året var resultatet -98 miljoner kronor. Eftersom många regioner har ett långt eftersläp på sin fakturering, och kostnaderna successivt har ökat, borde antagligen 2024 haft ett något större underskott. Det är kostnader för avancerad högspecialiserad vård som ökar, och det har varit flertalet enskilda patienter med kostnadskrävande behandlingar.

Prognosen för läkemedelsbudgeten på 110 miljoner kronor bidrar starkt till den positiva prognosen. Där kommer delar av den under hösten att fördelas ut till verksamheter med underskott i läkemedelsbudgeten, men som förhåller sig väl till rikets kostnadsnivå. Verksamhetsområdena har med detta som en negativ post i sina prognoser vid tertialet, eftersom omdisponeringen inte är beslutad ännu.

Utökningar 2025

Förändring jämfört med budget 2024, totalt

Miljoner kronor	2025	Kommentar/hänvisning till uppdrag
Primärvård	-40	Utfördelad. Ingår i ramen för vårdval primärvård.
Vårdplatser rättspsykiatri	-8	Utfördelad till verksamheten.
Barn och ungdomshälsan/BUP	-10	Utfördelad till verksamheten.
Vårdplatser	-10	Ej utfördelat.
Intensivvården	-10	Utfördelad till verksamheten.
Vuxenpsykiatrin	-5	Utfördelad till verksamheten.

§ 121

Budget och verksamhetsplan 2026 Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Diarienummer: RJL 2025/12

Beslut

Presidiet föreslår nämnden för folkhälsa och sjukvård att

1. anta verksamhetsplan 2026 Nämnd för folkhälsa och sjukvård
2. för år 2026 godkänna förslag till centralt budgeterade anslag, anslag till Privata vårdgivare samt anslag till Vårdcentralerna Bra Liv, Folktandvården, Medicinsk vård, Kirurgisk vård och Psykiatri, rehabilitering och diagnostik.

Sammanfattning

Regionfullmäktige har i direktiv till styrelse och nämnder i beslutad budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027–2028 angivit att respektive nämnd ska konkretisera verksamhetsuppdrag och budget för sina verksamheter senast oktober 2025.

Beslutsunderlag

- Missiv: Budget och verksamhetsplan 2026 – Nämnd för folkhälsa och sjukvård
- Verksamhetsplan 2026 Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutet skickas till

Nämnden för folkhälsa och sjukvård

Region Jönköpings län

MISSIV

2025-10-14

RJL 2025/12

Nämnden för folkhälsa och sjukvård

Budget och verksamhetsplan 2026 – Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

1. antar verksamhetsplan 2026 Nämnd för folkhälsa och sjukvård
2. godkänner för 2026 förslag till centralt budgeterade anslag, anslag till Privata vårdgivare samt anslag till Vårdcentralerna Bra Liv, Folktandvården, Medicinsk vård, Kirurgisk vård och Psykiatri, rehabilitering och diagnostik.

Sammanfattning

Regionfullmäktige har i direktiv till styrelse och nämnder i beslutad budget och verksamhetsplan 2026 med flerårsplan 2027–2028 angivit att respektive nämnd ska konkretisera verksamhetsuppdrag och budget för sina verksamheter senast oktober 2025.

Information i ärendet

Inledning

Regionstyrelsen ska leda och samordna förvaltningen av Region Jönköpings läns angelägenheter och ha uppsikt över nämndernas verksamhet. Regionfullmäktiges beslutade budget med verksamhetsplan 2026 anger utgiftsramar och verksamhetsmål som ska nås för Region Jönköpings läns samlade åtagande, oavsett vem som utför verksamheten. Regionstyrelsen har ansvar för att samordna arbetet med förvaltningsbudget i vilka verksamhetsuppdrag och budget konkretiseras.

Verksamhetsplanens utformning

För att styra, följa upp och mäta verksamheten med utgångspunkt från Region Jönköpings läns övergripande vision, värderingar samt strategiska mål arbetar Region Jönköpings län enligt modellen Balanced Scorecard.

Mål anges utifrån en helhetssyn som belyser och balanserar verksamhetens utveckling utifrån fem perspektiv:

- Medborgare och kund
- Process och produktion
- Lärande och förnyelse

- Medarbetare
- Ekonomi

Verksamhetsplanen har utformats utifrån de perspektiv inom vilka nämnden har sina ansvarsområden. För varje perspektiv finns strategiska mål, framgångsfaktorer, uppdrag samt mätetal

Systemmätetal

Regionfullmäktige har i budget 2026 utifrån strategiska mål fastställt systemmätetal med mål. I bifogad verksamhetsplan framgår aktuella systemmätetal samt hur ofta de följs upp. Regionfullmäktiges mål omfattar all den verksamhet som regionen finansierar oavsett om den utförs i egen regi eller genom alternativa producenter.

Nämndens mätetal

Utöver Regionfullmäktiges fastställda systemmätetal med mål i budget 2026 finns för nämnden för folkhälsa och sjukvårds nedan fastställda mätetal med mål. Dessa mätetal och mål används även för att följa planen för framtidens hälso- och sjukvård. Utöver dessa mätetal och mål kommer nämnden i årshjulet följa process- och resultatmått utifrån olika teman.

Tabell: Mätetal 2026 nämnden för folkhälsa och sjukvård

Mätetal	Mål	Gron	Gul	Rod	Periodicit
Självskattad hälsa i befolkningen	72%	>72%	71-69%	<59%	År
Patientupplevd delaktighet och kontinuitet (NEP)	80%	>80%		<79%	År
Överenskommelse, utvalda kroniska sjukdomsgrupper	60%	>60%	50-59%	<50%	Tertial
Telefon kontakt med vårdcentralen	100%	>99%	95-99%	<95%	Tertial
Fått hjälp och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar	90%	>=90%	75-89%	<75%	Tertial
Kontinuitetsmått – primärvård	0,4	>0,40	0,39-0,35	<0,34	Tertial
Faktisk väntetid till besök inom 30 dagar i barn och ungdomspsykiatrin	90%	>=90%	70-89%	<70%	Månad
Faktisk väntetid för utredninginom barn- och ungdomspsykiatrin samt habiliteringen	90%	>=90%	70-89%	<70%	Månad
Möjlighet att ta emot nya patienter, minskning av nya som står i kö jfm 2021, Tandvård	10%	5-10%	0-5%	>0%	Månad
Vårdrelaterade infektioner(Antal VRI*/1000 inv./år rullande 12 mån)	<7	<7	7-8	>8	Tertial
Disponibla vårdplatser					Månad
Beläggning i procent	<85%	75-85%	85-90%	<75%,>90%	Månad
Överbeläggningar (antal överbeläggningar/ 100 disponibla platser)	0%	<1,5%	1,5-3%	>3%	Månad
Utlokaliserade (antal utlokaliserade/100 disponibla platser)	0%	<0,5%	0,5-1%	>1%	Månad
Utskrivningsklara	1,5	<1,5	1,5-2,0	>2,0	Tertial
Andel berättigade till nödvändig tandvård som fått den utförd	80%	>75%	74-55%	<54%	Tertial
Allmäntandvård: Andel revisionspatienter i tid till undersökning och behandling	90%	>90%	70-90%	<70	Månad
Antal hembesök läkare, Primärvård	öka	>=90%	75-94%	<74%	Tertial
Antal vårdplaneringar enligt SiP, Primärvård	öka	>=90%	75-94%	<74%	Tertial
Återinläggningar inom 30 dagar vårddygn	minska	<15%	15-20%	>20%	Tertial
Kostnad kronor per DRG Öppenvård Kostnad per DRG inom specialiserad somatisk vård					År
Kostnad kronor per DRG slutenvård Kostnad per DRG inom specialiserad somatisk vård					År

Ansvar och befogenheter

Regionstyrelsen och respektive nämnd har ansvar för att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer och inom de utgiftsramar som fullmäktige anvisat. I detta ingår att fortlöpande vidta åtgärder i syfte att anpassa och effektivisera verksamheten till givna ramar.

För varje verksamhetsområde utses i särskild ordning beslutsattestanter som med sin attest godkänner/styrker att utgift följer budget, beslut eller direktiv för verksamheten.

Ekonomisk ram

Regionfullmäktige beslutade i budget och verksamhetsplan 2026 om budget till Nämnd för folkhälsa och sjukvård på 12 677 miljoner kronor. Budgeten fördelas mellan centrala anslag, privata vårdgivare och verksamhetsområdena

Vårdcentralerna Bra Liv, Folktandvården, Medicinsk vård, Kirurgisk vård samt Psykiatri, rehabilitering och diagnostik enligt nedan.

Regionstyrelsen och nämnder har befogenhet att inom nämndens totala budgetram göra förändringar mellan verksamhetsområden, i de fall det är en del i att uppnå fullmäktiges beslutade budget med verksamhetsplan 2026. Utöver det har regionstyrelsen och nämnder befogenhet att inom ram göra förändringar till följd av oförutsedda händelser eller annan händelse som till sin karaktär inte behöver eller av tidsskäl inte kan avvakta beslut i regionfullmäktige.

Total budget för nämnden för folkhälsa och sjukvård

Efter regionfullmäktiges beslut om budgetram har i arbetet med detaljbudgeteringen vissa justeringar gjorts. Bland annat har omfördelning av budget skett med tanke på att vissa delar inom IT-centrum, Verksamhetsstöd och service samt diagnostik från och med 2026 ska hanteras som anslagsbudget.

Tabell: Total budget för nämnden för folkhälsa och sjukvård, miljoner kronor (mnkr)

	Budget 2026 mnkr RF 2025-08-26	Budget 2026 mnkr	Kommentar
Nämnden för folkhälsa och sjukvård (FS)			
Centralt budgeterade anslag	-4 200	-4 200	
RO20 Privata vårdgivare	-60	-60	
Folktandvården	-152	-148	Omfördelning köp/sälj till anslag
Medicinsk vård	-3 255	-3 161	Omfördelning köp/sälj till anslag
Kirurgisk vård	-3 470	-3 382	Omfördelning köp/sälj till anslag
Psykiatri rehab o diagnostik	-1 541	-1 514	Omfördelning köp/sälj till anslag
Vårdcentralerna Bra Liv	0	0	
	-12 677	**-12 465**	

Centralt budgeterade anslag och privata vårdgivare

Centralt budgeterade anslag avser medel för vårdval, köp av riks- och regionsjukvård med mera. Privata vårdgivare avser medel för privata läkare med mera.

Verksamhetsområde inom nämnden för folkhälsa och sjukvård

Vårdcentralerna Bra Liv ersätts i enlighet med förfrågningsunderlaget enligt lag om valfrihetssystem, ”Primärvård inom vårdval i Jönköpings län”. Ersättningen är rörlig baserad på antal listade invånare och måluppfyllelse avseende kvalitetsmål. Region Jönköpings läns ersättningsmodells för vårdval primärvård utgår från att pengarna följer patienten. Modellen ska stimulera måluppfyllelse, samverkan och kvalitetsutveckling. Total ersättning för vårdval primärvård 2 587 888 000 kronor, varav budget 2 528 088 000 kronor och varav 59 800 000 kronor centrala kostnader/intäkter samt patientavgifter.

Ersättningsformen för övriga verksamhetsområden är i huvudsak ett budgeterat anslag. Några verksamhetsområden omfattas även delvis av andra ersättningsformer. Till exempel Psykiatri, rehab och diagnostik som erhåller intäkter från köpande enheter för sin diagnostikverksamhet samt kirurgisk vård som erhåller ersättning inom vårdval ögon.

Rapportering/uppföljning

Regionledningskontoret ansvarar för rapportering av verksamhet och ekonomi enligt nedan.

Månadsrapport och delårsrapport är en del av internkontroll. Regionstyrelse och nämnder ska genom månadsrapporter från förvaltningen löpande följa verksamhet och ekonomi. Efter april ska regionstyrelsen till regionfullmäktige återrapportera en månadsrapport som innehåller en ekonomisk helårsprognos. Efter augusti ska regionstyrelsen till regionfullmäktige återrapportera en delårsrapport med sammanfattning av hur verksamheten utvecklas mot de mål som anges i budgeten samt ekonomisk helårsprognos. För helåret ska regionstyrelsen lämna årsredovisning till regionfullmäktige.

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2025-10-14
- Verksamhetsplan 2026 Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutet skickas till

Regionledningskontoret – regiondirektören
Regionledningskontoret – Ekonomi

Thomas Gustafsson
Ordförande
Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Region Jönköpings län

Verksamhetsplan Styrelse/nämnd 2026

Nämnden för folkhälsa och sjukvård (FS)

Dnr RJL 2025/12
Nämnden för folkhälsa och sjukvård (FS)
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

Inledning **4**

Medborgare och kund **7**

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på 7

Process och produktion **11**

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare 11

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet 11

Lärande och förnyelse **15**

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya 15

Ekonomi **16**

Strategiska mål: God och hållbar hushållning 16

Utökningar 2026 16

Inledning

Målet för hälso- och sjukvården i Region Jönköpings län är att länsinvånarna ska erbjudas en behovsanpassad hälso- och sjukvård av hög kvalitet som är jämlik och jämställd, har hög patientsäkerhet och hög tillgänglighet samt uppvisar kliniska resultat i toppnivå.

En behovsanpassad hälso- och sjukvård som är personcentrerad innebär att vården ska ges med hänsyn till den enskilda patientens behov, där vården är samordnad och präglas av kontinuitet och patienten känner tillit till vården. En hälso- och sjukvård av hög kvalitet baseras på bästa tillgängliga evidensbaserade kunskap. Med en jämlik vård ska alla erbjudas vård utifrån behov, på lika villkor och med ett gott bemötande, oavsett kön, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, ålder, bostadsort, utbildning och ekonomi. Flickor, pojkar, kvinnor och män ska ha samma förutsättningar för en god uppväxt och hälsa samt erbjudas vård på lika villkor. En vård som är tillgänglig i alla delar av länet innebär bland annat att den är lätt att komma i kontakt med och att vården ges i rimlig tid.

Dessa mål förpliktigar och ställer krav på att Region Jönköpings län kontinuerligt arbetar med att vara en attraktiv arbetsgivare och har tillgång till medarbetare och ledarskap, som målmedvetet arbetar för att uppnå detta i samskapande med patienten. För att säkra tillgång till god, sammanhållen och högkvalitativ vård i hela länet fortsätter Region Jönköpings län arbetet med att utveckla och stärka tre akutsjukhus, vårdcentraler, tandvården, förbättrar folkhälsan och samverkan med olika aktörer. Under mandatperioden ska antalet vårdplatser på länets tre akutsjukhus öka efter behov.

Inom vården ska grundbemanningen öka främst inom dygnet runt verksamheten och på vårdcentraler på glesbygd för att säkra en patientsäker vård. Det är viktigt att primärvården i hela länet har den bemanning som tillgodoser behovet hos länets invånare. Det ska vara rätt bemanning på rätt plats. Tillgängligheten till vården behöver bli bättre och personalomsättningen ska minska. Under mandatperioden ska Region Jönköpings län säkra akutvårdkedjan för att patienter ska få ett snabbare och säkrare omhändertagande i hela länet. Det innebär en översyn över tillgängligheten till 1177, ambulans, akutmottagningar, vårdplatser, närakuter och vårdcentraler.

Region Jönköpings län behöver förbättra vården för personer med kronisk sjukdom så att de upplever en så bra livskvalité som möjligt. Arbetet med att förbättra vården för patienter med stora vårdbehov eller kroniska sjukdomar fortsätter att prioriteras. Det preventiva folkhälsoarbetet systematiseras för att utjämna de påverkbara hälsoskillnaderna inom en generation och arbetas med mer målinriktat genom bland annat riktade insatser via vårdcentraler i socioekonomiskt utsatta områden. Arbetet med att stärka attraktiviteten för vårdcentraler i glesbygd fortsätter.

Region Jönköpings län ska vara bästa platsen att växa upp, leva och åldras på. Tillsammansbilden utgår ifrån detta och Region Jönköpings län har under lång tid arbetat utifrån den. Tillsammansbilden symboliserar samhället utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Perspektiv som utgår ifrån vardagslivet, stöd för kropp och själ, primärvården och specialiserad sjukhusvård. Fokus ska vara att få vardagslivet att fungera, att det finns stöd för kropp och själ så att primärvård och sjukhusvård undviks så långt som möjligt. De stora kostnaderna ligger i sjukhusvården och här krävs det en förskjutning i vårt sätt att arbeta och tänka kring hälsa. Ett systematiskt arbetssätt behövs för det preventiva folkhälsoarbetet för att undvika utveckling av sjukdom senare i livet.

Det krävs förändrade arbetssätt för att få en förflyttning av hälso- och sjukvård från sjukhusvården till den nära vården, bättre förutsättningar för egenvård och förebyggande insatser. Digitalisering och artificiell intelligens är viktiga verktyg för att transformera arbetssätt och för att minska resursanvändningen. Implementeringen av förändrade arbetssätt och förflyttningen behöver ske successivt. I planen för ”Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård 2020-2030” beskrivs strategier som är framtagna utifrån invånarperspektiv och behov. Strategierna är vägledande i det fortsatta arbetet med att möta och utveckla framtidens behov av hälso- och sjukvård. Under 2026 fortsätter arbetet med att implementera strategiernas innehåll.

Region Jönköpings län fortsätter 2026 och de kommande åren att satsa på primärvården och den nära vården. Målet är en samordning och kontinuitet av vårdinsatser, ökad tillgänglighet och ökad

delaktighet där patientens ställning stärks. Med en åldrande befolkning med ökat vårdbehov utgör vårdcentralerna navet för att kunna erbjuda en nära och jämlik vård i hela länet. Vårdcentralerna ska aktivt medverka till en väl sammanhållen vårdkedja för patienter med stora vårdbehov.

Region Jönköpings län ska stärkas som primärvårdslän, därför stärks kapaciteten med fler distriktsläkare i hela länet under mandatperioden. Här är arbetet med att styra ST-läkare mot primärvården en viktig insats. En jämnare utbyggnad av vårdcentralerna, där patienter har samma möjlighet att få kontinuitet på samtliga vårdcentraler prioriteras. För att utveckla den nära vården har en utvecklingsresurs tillsatts för att driva på processerna, samt att vidta erforderliga åtgärder för att uppnå kontinuitet.

En stark primärvård främjar en jämlik hälsa och kräver en god bemanning. Förstärkningen i primärvården ska öka läkartätheten, som leder till ökad kontinuitet och förbättrar medarbetarnas arbetsmiljö. Region Jönköpings län antar ett långsiktigt bemanningsmål inom primärvården där det kortsiktiga riktvärdet för listade patienter i primärvården är 1 500 listade per distriktsläkare, långsiktigt är målet 1 100 listade per distriktsläkare. Vårdcentraler som är uttagna i pilotprojektet ”Jämlik primärvård” ska gå före mot det långsiktiga målet.

Arbetet med att införa överenskommelser inom Region Jönköpings län fortsätter för att främja arbetet med samordning och kontinuitet i vården med en sammanhållen överenskommelse över patientens samtliga vårdinsatser. Överenskommelser skall erbjudas inom hela hälso- och sjukvården. Satsningen på införandet av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp fortsätter. Syftet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp är att patienter och närstående ska uppleva en mer förutsägbar, välorganiserad och personcentrerad process oavsett var i vårdkedjan patienten befinner sig, under utredning, behandling, uppföljning eller rehabilitering. Region Jönköpings län ska sammantaget bli en av de bästa i Sverige när det gäller standardiserade vårdförlopp Cancer.

Idag finns det stora skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället avseende till exempel kön, etnisk tillhörighet, utbildningsnivå, geografi och olika socioekonomiska grupper. För att uppnå en bättre folkhälsa ska Region Jönköpings län aktivt stödja människor i att själva kunna ta ansvar för sin vård och hälsa. Större hänsyn måste tas till socioekonomiska förutsättningar i de olika upptagningsområdena med en nära och trygg vård som ska vara tillgänglig. Ett aktivt arbete behövs för att utjämna dessa hälsoskillnader. Det preventiva folkhälsoarbetet intensifieras under planperioden och ska ha ett livscykelperspektiv, från den gravida mamman till den äldre individen som tar sitt sista andetag. Systematiskt hälsofrämjande arbetssätt leder till ett ökat välbefinnande och i kombination med ökad utbildningsnivå kan skillnader i ohälsa utjämnas. För att minska hälsoskillnaderna i länet och förbättra folkhälsan behöver samarbetet mellan hälso- och sjukvården, länets kommuner, civilsamhället, idéburet partnerskap, frivilligorganisationer, idrottsföreningar med flera fortsätta att stärkas. Samarbetet med länets 13 kommuner och närliggande regioner ska under planperioden stärkas.

Det förebyggande folkhälsoarbetet för att stärka barn och ungas somatiska och psykiska hälsa fortsätter under 2026, där fortsatta riktade insatser krävs för att utjämna de påverkbara skillnader som finns relaterat till uppväxtvillkor och socioekonomi. Den ökade psykiska ohälsan hos barn och unga är ett samhällsproblem som behöver hanteras kraftfullt där olika aktörer som finns runt barnet som mår dåligt, behöver samverka och samarbeta och utgå ifrån ”Vad är bäst för barnet och familjen för att erhålla bra uppväxtvillkor”. Ett kraftfullt agerande i tidig ålder kan leda till en meningsfull skolgång och uppväxt och i slutändan en samhällsvinst där samarbetet mellan elevhälsan, barn- och ungdomshälsan och ungdomsmottagningarna är en förutsättning för att detta ska bli framgångsrikt. Barnobesitas är ett växande problem bland barn och unga i länet.

Behovet av barn- och ungdomspsykiatrins verksamhet har ökat markant under flera år. Antalet barn som behöver bättre stöd för att klara sin skolgång eller sin vardag på grund av neuropsykiatrisk funktionsnedsättning ökar. Region Jönköpings läns arbete med att bygga ut den egna kapaciteten av neuropsykiatriska utredningar och behandling inom barn- och ungdomspsykiatrin och barn- och ungdomshälsan fortsätter, där barn och ungdomshälsans uppdrag utökades och arbetet med ”En väg in” fortgår. Allt i syfte att förbättra tillgängligheten med målet att ge barn och unga en god hälsa.

Vaccinationer är en viktig åtgärd för att förebygga och utrota smittsamma sjukdomar. Region

Jönköpings län ska vara i framkant och arbeta för att vaccininsatserna ska nå alla delar av befolkningen. För att implementera liggande och kommande vaccinationsrekommendationer för vaccinationer tillsätts en arbetsgrupp inom Region Samverkan Sydöstra för att hantera frågan.

Region Jönköpings län driver konkurrensutsatt verksamhet i egen regi (vårdval och tandvård). Samma styrning gäller som för annan verksamhet som bedrivs av Region Jönköpings län. Långsiktiga ambitioner och vägval som inte regleras av regelbok eller lagstiftning behöver förtydligas ytterligare inom områden som till exempel utbuds- och lokaliseringsfrågor och tjänsteutbud/plattformar mot invånarna.

Vissa verksamheter inom Region Jönköping län har haft svårt att hålla sin budget. Handlingsplaner har tagits fram och arbetas aktivt med. En god budgetdisciplin främjar en jämlik vård och resursfördelning och stöttar arbetet med en god kompetensförsörjning. Alla verksamheter har ett ansvar att hålla sin budget.

Förklaring till symboler i rapporten

- Mätetal beslutade av Regionfullmäktige

Nämnd - Mätetal beslutade av nämnd

Medborgare och kund

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktorer: Nöjda kunder och intressenter

Uppdrag	Beskrivning
Dokumenterad överenskommelse ska finnas mellan patient och vårdgivare.	För att skapa en tydlig och samordnad vård ska en dokumenterad överenskommelse erbjudas inom hela hälso- och sjukvården. Den klargör vem som gör vad och innehåller en sammanhållen planering, fast vårdkontakt, fast läkarkontakt och bokade tider i samråd. Ett arbete pågår med att bland annat förtydliga vem som ska skriva överenskommelser, vid vilka tillfällen, i vilken omfattning, hur den ska dokumenteras i journalsystemet och hur den ska synliggöras för patienterna.
Öka patientens kunskap om sin sjukdom.	Vi ska ha välinformerade och trygga patienter i hela Jönköpings län. Exempel på åtgärder är införandet av patientens kunskapsstöd och att skapa mötesplatser och nätverk för personer med kroniska sjukdomar och deras närstående.
Uppföljning av omställningen till nära vård	En operativ ledningsgrupp tillsattes under 2024 för att följa upp Budget och verksamhetsplan inklusive förflyttningen mot nära vård.

Mätetal	Periodicitet	Målvärde 2026
Nämnd Patientupplevd delaktighet och kontinuitet (NPE)	År	80 %
Nämnd Överenskommelse, utvalda kroniska sjukdomsgrupper	Tertial	60 %
Patienttillfredsställelse - andel nöjda patienter	År	90 %
Jag har tillgång till den hälso- och sjukvård jag behöver - Instämmer helt/delvis.	År	90 %
Andel i befolkningen som har stort/mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sin region	År	75 %

Framgångsfaktorer: God tillgänglighet

Uppdrag	Beskrivning
Förbättra tillgängligheten till sjukvårdsrådgivning.	Invånaren ska genom 1177.se få en bättre tillgänglighet till sin vårdcentral, sina mottagningar och de digitala tjänsterna. 1177 direkt, som är en e-tjänst för automatiserad symtombedömning, hänvisning och chatt, bidrar tillsammans med utveckling av 1177 på telefon till bättre tillgänglighet till sjukvårdsrådgivning.
Under 2025 genomförs en utredning kring 1177 på telefon	Resultatet av utredningen kan leda till förändringar av arbetssätt för 1177 på telefon. I väntan på förändringar utifrån utredningens resultat görs en ettårig satsning för att stärka kapaciteten och tillgängligheten till 1177 på telefon.
Utveckling av ingångarna till vården utifrån utredning och arbete som påbörjats under 2025.	Utredning av ingångar till vården genomförs under 2025 och detta tillsammans med arbetet med digitala lösningar och utveckling av 1177 på telefon ska underlätta för patienten i kontakten med vården.

Uppdrag	Beskrivning
Förbättra tillgängligheten till vården och tandvården utifrån systemmätetal och mål för verksamheterna.	Tillgängligheten ska förbättras inom alla områden.
Förbättra tillgängligheten till audionommottagningen.	Ekonomisk förstärkning och översyn av arbetssätt för att öka tillgängligheten till audionommottagningen.
Förbättra tillgängligheten till reumatologen.	Stärka tillgängligheten för patienter med kroniska reumatologiska sjukdomar genom ekonomiskt tillskott.
Förbättra tillgängligheten och arbetssätt för logopedens ansvarsområde.	Rehabiliteringscentrum stärks för uppdraget att förbättra tillgängligheten för logopedens ansvarsområde och hur arbetssätt kan utvecklas inom nära vård.
Erbjuda fast vårdkontakt och enkla kontaktvägar in till vårdcentralerna för patienter med stora vårdbehov.	För patienter med stora vårdbehov ska det vara enkelt att komma i kontakt med sin fasta vårdkontakt och de ska erbjudas särskilda kontaktvägar inom primärvården.
Arbeta aktivt med att uppnå bemanningsmålet inom primärvården.	Det kortsiktiga riktvärdet för listade patienter i primärvården är 1 500 listade per distriktsläkare, långsiktigt är målet 1 100 listade per distriktsläkare. Vårdcentraler som är uttagna i pilotprojektet ”Jämlik primärvård” ska gå före mot det långsiktiga målet.
Förbättra tillgängligheten och omhändertagandet av barn och ungdomars psykiska hälsa.	God tillgänglighet till den primära nivån och specialistnivå för utredning och behandling när det behövs. Ekonomisk förstärkning görs till Barn- och ungdomspsykiatrin samt till Barn- och ungdomshälsan.
Förbättra tillgängligheten till habiliteringen.	Ekonomisk satsning på habiliteringen efter som behovet ökar tack vare fler överlevare som lever längre och att barnhälsovården uppmärksammar funktionsvariationer i mycket låga åldrar.
Under mandatperioden ska Region Jönköpings län säkra akutvårdkedjan för att patienter ska få ett snabbare och säkrare omhändertagande i hela länet.	Det innebär en översyn över tillgängligheten och samarbetet inom 1177, ambulans, akutmottagningar, vårdavdelningar/mottagningar, närakuter och vårdcentraler, samt samarbete med kommunerna. De äldre är en särskilt viktig målgrupp.
Tillse att det finns vårdplatser efter behov på de tre akutsjukhusen.	Detta innebär att det finns en ledig vårdplats när det behövs.

Mätetal	Periodicitet	Målvärde 2026
Nämnd Telefonkontakt med vårdcentralen samma dag	Tertial	100 %
Medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar.	Månad	90 %
Faktisk väntetid till första besök inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering.	Månad	80 %
Faktisk väntetid till operation/åtgärd inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering	Månad	80 %
Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum	Månad	90 %
Nämnd Fått hjälp och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar	Tertial	90 %
Tid till ambulans - andel prio 1 larm inom 20 minuter	Månad	80 %
Nämnd Kontinuitetsmått – primärvård	Tertial	0,4 index
Täckningsgrad för den uppsökande verksamheten (munhälsobedömningar)	Tertial	90 %
Nämnd Andel berättigade till nödvändig tandvård som fått den utförd	Tertial	80 %

Mätetal	Periodicitet	Målvärde 2026
Nämnd Allmäntandvård: Andel revisionspatienter i tid till undersökning och behandling	Månad	90 %
Tillgänglighet specialisttandvård inom 60 dagar efter remiss	Månad	80 %
Nämnd Faktisk väntetid till första besök inom 30 dagar till barn och ungdomspsykiatrisk vård	Månad	90 %
Nämnd Faktisk väntetid till behandling till barn- och ungdomspsykiatrisk vård inom 30 dagar	Månad	90 %
Nämnd Faktisk väntetid till utredning till barn- och ungdomspsykiatrisk vård inom 30 dagar	Månad	90 %
Nämnd Disponibla vårdplatser	Månad	
Nämnd Beläggning	Månad	<85 %
Nämnd Utlokaliserade	Månad	0 %
Nämnd Överbeläggningar	Månad	0 %
Nämnd Återinläggningar inom 30 dagar vårddygn	Tertial	15 %
Nämnd Utskrivningsklara	Tertial	<2

Framgångsfaktorer: God och jämlik hälsa

Uppdrag	Beskrivning
Förbättra folkhälsan hos länets invånare.	Tillsammans med länets kommuner och civilsamhället arbeta med att skapa förbättringar utifrån lokala behov och gemensamma möjligheter och utmaningar.
Arbeta för en mer jämlik hälsa hos utrikesfödda invånare.	Arbeta för en mer jämlik hälsa hos utrikesfödda invånare genom bland annat insatser från hälsokommunikatörer och med spridning och utveckling av konceptet Hälsoguider till fler kommuner. Öka den kulturella förståelsen inom hälso- och sjukvården om hur målgruppens behov kan skilja sig i bemötande i förhållande till andra. Beakta särskilt hur arbetet sker i socioekonomiskt utsatta områden.
Förbättra barn och ungas hälsa.	Arbetet för barn och ungas hälsa behöver fortsätta att utvecklas. För att förbättra barn och ungas hälsa prioriteras exempelvis områden som att fullföljda studier, psykisk hälsa och fysisk aktivitet. Exempel på aktiviteter är spridning av elevhälsocentraler. Ungdomsmottagningen ska arbeta tillsammans med elevhälsan och elevhälsocentraler för att arbeta mer förebyggande. Stärk samverkan med övriga samhällsaktörer i brottsförebyggande arbete för barn och unga.
Stärka arbetet med barnobesitas.	Obesitas hos barn är ett växande problem. För behandling av obesitas hos barn och för att följa det nationella vårdprogrammet bildas barnobesitasteam inom specialistvården. Ekonomiska resurser tillförs till uppdraget.
Förebyggande insatser som stöd till nyblivna föräldrar.	Familjecentralerna genomför utvecklingsarbete kring föräldraskapsstöd för länets familjecentraler och arbetar uppsökande med riktade insatser till familjer med behov av extra stöd.
Främja äldres hälsa.	Arbeta riktat mot äldre för att främja äldres hälsa, identifiera och erbjuda behandling för att motverka psykisk ohälsa, suicid och ofrivillig ensamhet. Fokus även på levnadsvanor, framförallt

Uppdrag	Beskrivning
	stillasittande och äldres alkoholvanor. Nya samverkansformer etableras och utvecklas med fokus på ett äldrevänligt län och ett äldrevänligt hälso- och sjukvårdssystem.
Arbeta målinriktat med att skapa trygg och säker vård och omsorg.	Arbeta aktivt med att sprida gemensamt framtagna arbetssätt för att arbeta proaktivt inom nära vård. Utveckla och förbättra samarbetet med länets 13 kommuner och stärka den lokala samverkan mellan vårdcentralerna och den kommunala hälso- och sjukvården. Fortsatt utveckling av läkarstöd till de särskilda boendena och den kommunala hemsjukvården.
Fortsätta arbeta för en jämlik geriatrisk vård i länet	Det är viktigt att säkra en jämlik geriatrik i Region Jönköpings län utifrån de förutsättningar som finns. Geriatrikum har uppgiften att sprida kunskap om äldre inom sjukvården.
Förbättra tandvården för patienter med särskilda behov.	Hos många patienter med särskilda behov finns möjlighet att förbättra munhälsan betydligt, vilket är viktigt för välbefinnandet och hälsan. Det krävs ett förbättrat samarbete mellan tandvården, sjukvården och länets kommuner
Riktade insatser genomförs inom områden där kariesförekomsten ökar i förskola, fritidshem och skola.	Folktandvården ska vara ute på förskolor och kommunicera vikten av förebyggande tandvård.
Säkerställa att verksamheter som är centraliserad inom Region Jönköpings län, når länets invånare jämlikt.	Kontinuerligt arbete görs för att säkra att invånarna får jämlik vård i hela länet.

Mätetal	Periodicitet	Målvärde 2026
Nämnd Självskattad hälsa i befolkningen	År	72 %
Andel approximalt kariesfria 19-åringar	År	70 %

Process och produktion

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktorer: Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Uppdrag	Beskrivning
Öka användningen av digitala tjänster och system för vård, hälsa och prevention.	Implementering av digitala tjänster och system ska utgå från invånarnas och verksamheternas behov och ske på ett för verksamheten kostnadseffektivt sätt som också bidrar till kvalitetsförbättringar av vården. I arbetet ingår bland annat att införa lösningar och nya arbetssätt för ordinerad egenmonitorering, digitala kallelser, digital patientinformation, sammanhållen planering och webtidbok. I Cosmic införs nya mer effektiva sätt att dokumentera och möjliggöra daglig styrning i vården genom realtidsdata.
1177.se utvecklas till att bli en viktig digital ingång till vården och samlingsplats för nödvändig information om hälsa, vård och tandvård.	Vårdcentralerna är invånarnas huvudingång till vården. Genom 1177.se når invånaren sin vårdcentral, sina mottagningar och de digitala tjänsterna. Genom att logga in på 1177.se kan invånaren bland annat läsa sin journal, kommunicera med vården, förnya recept och boka, omboka eller avboka tider.
Förbättra dialogen mellan sjukhusens specialistvård och primärvården genom sömlös vård och övergångar.	Vårdens framgång avgörs av hur väl vi samverkar utifrån patientens behov. Målet är att Esther ska uppleva vården som ett sammanhållet system med tydlig samordning och kontinuitet. Ett arbete pågår för att skapa möjligheter för att ha dialog mellan de som arbetar i primärvården och på sjukhusen. Systemet utvecklas att även förbättra samverkan och samarbetet med kommunernas hälso- och sjukvård.

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktorer: Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande

Uppdrag	Beskrivning
Stödja invånare att främja hälsosamma levnadsvanor.	Stöd till vården i det systematiska arbetet med att uppmärksamma, åtgärda och följa upp personer som har behov av stöd till levnadsvaneförändring. Region Jönköpings län och länets kommuner satsar gemensamt på att utveckla Hälsocenter tillsammans med invånare, civilsamhälle och föreningsliv. Målgruppen är invånare, främst vuxna, som på grund av sin livsstil eller en eller flera levnadsvanor har risk för framtida ohälsa.
Stödja kommunernas rehabiliteringspersonal med specialistkompetens och följa upp hela rehabiliteringsprocessen.	Samarbete med specialistsjukvården, vårdcentralerna och kommunerna är nödvändigt för trygga och säkra övergångar och en bra rehabiliteringsprocess för den enskilde. Det är viktigt att Region Jönköpings län vid behov stödjer kommunernas rehabiliteringspersonal och följer upp hela rehabiliteringsprocessen.
Samordna och utveckla arbetet kring suicidprevention i länet.	En nyligen framtagen Regional handlingsplan ligger till grund för Region Jönköpings läns suicidpreventionsarbete. Arbetet sker i samarbete med länets kommuner.
Arbeta för en hög vaccinationstäckning bland äldre.	Vaccinationer är en viktig del i det förebyggande arbetet mot infektionssjukdomar. Vaccination mot influensa och covid-19 erbjuds inför vintersäsongen. Pneumokockvaccination är nu ett nationellt program och erbjuds året runt.

Uppdrag	Beskrivning
Stödja arbetet med att vaccinera mot TBE.	Antalet fall av TBE ökar och smittan breder ut sig över större delar av länet. Effektiva vaccin finns för både barn och vuxna. Sedan 2024 erbjuds kostnadsfri vaccination mot TBE för barn mellan 3 och 18 år.
I samverkan i sydöstra sjukvårdsregionen införs successivt vaccinationer enligt folkhälsomyndighetens rekommendationer.	Vaccinationer är en av de viktigaste åtgärder för att förebygga smittsamma sjukdomar. Utvecklingen av nya vaccin sker i snabb takt och under de närmaste åren kommer flera nya vaccin att bli tillgängliga. Region Jönköpings län ska följa Folkhälsomyndighetens vaccinationsrekommendationer och sträva efter att vaccinationsinsatserna når alla delar av befolkningen, inklusive svårnådda grupper, för att säkerställa hög täckning och ett effektivt skydd mot sjukdomar.
Vaccinera män upp till 26 år mot HPV	Under 2026 införs avgiftsfri vaccinering mot HPV för alla personer upp till 26 års ålder i enlighet med Folkhälsomyndighetens rekommendation.

Framgångsfaktorer: Säker verksamhet

Uppdrag	Beskrivning
Fortsatt utveckling av Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete och integrering av Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård.	Målet är god och säker vård, överallt, alltid. Kontinuerligt arbete för att bibehålla och stärka de grundläggande förutsättningarna för patientsäkerhet; engagerad ledning och tydlig styrning, god säkerhetskultur, adekvat kompetens och bemanning, och patienten som medskapare behöver ske i samverkan över länet.
Arbeta med rätt antibiotikaförskrivning och att minska vårdrelaterade infektioner.	Hälso- och sjukvård ska arbeta systematiskt med att förebygga vårdrelaterade infektioner och ha en rationell antibiotikaanvändning. Detta uppnås genom att bland annat säkerställa en god hygienisk standard och upprätthålla en god följsamhet till antibiotikarekommendationer. Genom att delta i konceptet ”Antibiotikasmart” erbjuder Strama (samverkan mot antibiotikaresistens) stöttning på flera olika organisatoriska nivåer.
Agera för en säker läkemedelsanvändning.	För att minska negativa händelser orsakade av läkemedel sker arbetet med att minska olämplig polyfarmaci, förebygga fel i vårdövergångar och minimera skador orsakade av högriskläkemedel.

Mätetal	Periodicitet	Målvärde 2026
Vårdprevention – upprättade vårdplaner	Tertial	95 %
Nämnd Vårdrelaterade infektioner	Tertial	<7

Framgångsfaktorer: Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Uppdrag	Beskrivning
Vidareutveckla kunskapsstyrning och införandet av nationella kunskapsstöd för god och jämlik vård	Underlätta för medarbetare och chefer att använda bästa möjliga kunskap. Minska variation med hjälp av resultatjämförelser och gemensamma kunskapsstöd. Öka patientmedverkan i utvecklingen av hälso- och sjukvården. Effektivisera samverkan mellan vårdnivåer och öka samverkan med kommunerna. Ett prioriterat område är omhändertagande av patienter med kroniska sjukdomar.

Uppdrag	Beskrivning
Utökning av intensivvården i länet.	En utökning är genomförd med en intensivvårdsplats på Ryhov. Personalförstärkning på Höglandssjukhuset och Värnamo sjukhus genomförs under en treårsperiod.
Region Jönköpings län ska sammantaget bli en av de bästa i Sverige när det gäller standardiserade vårdförlopp för cancer.	Standardiserade vårdförlopp handlar om att personer med misstänkt cancer ska mötas av en välorganiserad, helhetsorienterad, professionell process, utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling. Speciellt fokus ligger på att förbättra ledtiderna samt stärka rehabiliteringskedjan.
Öka deltagandet i screeningprogram och catch up-vaccination mot HPV bland grupper som inte deltar.	Identifiera grupper som i mindre utsträckning deltar i screeningprogram eller catch up-vaccination mot HPV. Det kan exempelvis vara personer med olika typer av funktionsnedsättning.
Erbjuda avancerad läkemedelsbehandling nära patienten.	En effektiv vård utvecklas inom länet så att behandling kan ges så nära patienten som möjligt med bibehållen hög patientsäkerhet.
Utforma den palliativa vården så att alla länsinvånare har jämlik tillgång till palliativ vård dygnet runt.	Den palliativa vården bedrivs utifrån det nationella vårdprogrammet i samspel mellan kommunal vård och omsorg, vårdcentraler och specialiserad vård i Jönköpings län. Specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH) samverkar med länets kommuner och primärvård i utvecklingen av den palliativa vården. Ekonomiskt tillskott för att fortsätta arbetet i enlighet med överenskommelse inom den palliativa vården.
För att uppnå en mer jämställd vård och jämlik hälsa genomförs en flerårig satsning för förbättrad förlossningsvård och stärkta insatser för kvinnors hälsa.	Fortsätta utveckla en sammanhållen, jämlik och personcentrerad vårdkedja baserat på kvinnors olika behov från graviditet till förlossning och eftervård. Personer som utsatts för sexuellt våld och könsstympning ska få tillgång till en god vård baserad på bästa möjliga kunskap
Arbeta med särskilda utvecklingsområden för patienter med psykisk sjukdom.	Exempel på utvecklingsområden är - bättre somatisk hälsa hos personer med psykisk sjukdom - utveckla utredning, stöd och behandling för personer som har eller som riskerar utveckla posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) - införa vård och insatsprogram för psykiatrisk sjukdom.
Tillhandahålla en rationell och hållbar läkemedelsförsörjning.	För att säkerställa en robust läkemedelsförsörjning sker kontinuerligt arbete med lokaler, logistiklösningar, lagernivåer och information. Arbete pågår ständigt kring tillgänglighet av läkemedel, t.ex restnoterade läkemedel och kontinuitet samt med att uppnå en klok läkemedelsanvändning ur miljösynpunkt.
Arbeta för en jämlik och kostnadseffektiv läkemedelsbehandling.	För att uppnå en jämlik och kostnadseffektiv läkemedelsbehandling sker dialog med verksamheterna, upphandling av läkemedel och ordnat införande utifrån nationella, regionala och lokala avtal.
Skapa förutsättningar för patientdelaktighet i läkemedelsbehandling.	För att öka patientdelaktighet i läkemedelsbehandlingen i den mån patienten önskar, kan och vill, bedrivs insatser kring att samskapa vård med invånare. Fokus ligger på att arbeta mer personcentrerat, sammanhållet och proaktivt, till exempel genom omställningen till nära vård.
Följa alla delar i överenskommelsen ”Riktlinjer för länskliniker”.	Ett flertal verksamheter är organiserade som länskliniker och länsklinikernas uppdrag är att säkra fast bemanning, kompetensutveckling, ansvar för akutsjukhusen och den nära vården i alla länsdelar. Ett kontinuerligt arbete görs för att säkerställa att så sker. Handlingsplanen för att stärka länsklinikerna följs årligen.
Åstadkomma bästa möjliga resultat till lägsta möjliga kostnad varje gång.	Utifrån konceptet Kloka kliniska val, arbeta med att minska över-, under- och feldiagnostik och behandling. Minska lågvärdesvård,

Uppdrag	Beskrivning
	och främja patientcentrerad vård (involvera patienterna i beslut av diagnostik och behandling), ökad grad av evidensbaserad praxis.
Arbeta med övergången från barn till vuxna i vården.	Övergången från barn till vuxen inom somatisk vård, habilitering, primärvård, psykiatri behöver förbättras och ske på ett strukturerat sätt. Det finns en ökad risk att hamna i kläm mellan barn- och vuxenverksamhet bland barn som söker när de närmar sig 18 års ålder.

Mätetal	Periodicitet	Målvärde 2026
Indikatorer i öppna jämförelser	År	60 %
Standardiserade vårdförlopp - andel inom max ledtid	Månad	80 %
Standardiserade vårdförlopp - andel utredda patienter i SVF	Månad	70 %
Nämnd Antal hembesök läkare	Tertial	5 804
Nämnd Antal vårdplaneringar enligt SiP	Tertial	2 271

Lärande och förnyelse

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya

Framgångsfaktorer: Förbättringskunskap

Uppdrag	Beskrivning
Kortare ledtider från kontakt till utförd vårdåtgärd.	Kapacitet och produktionsstyrning (KPS) är en arbetsmetod för att utifrån patientperspektiv på ett resurseffektivt sätt anpassa verksamheters planering och arbetssätt, för att uppnå en sammanhållen vård över verksamhetsgränser.

Framgångsfaktorer: Professionell kunskap

Uppdrag	Beskrivning
Arbeta aktivt med kompetensutveckling, samt erbjuda utbildnings- och forskningsmöjligheter.	Forskning och utveckling (FoU) för hälso- och sjukvård är en central del i en kunskapsorganisation och Region Jönköping län har därför sedan lång tid stimulerat och finansierat klinisk forskning.
Utredning av konsekvenserna vid övergången från AT till BT tjänstgöring.	En utredning görs för att tydliggöra vad övergången från AT till BT tjänstgöring får för konsekvenser för verksamheten på kort och lång sikt.

Framgångsfaktorer: Forskning

Uppdrag	Beskrivning
Identifiera, kartlägga, samordna och stödja strategiska forskningsområden och kunskapsunderlag i arbetet med nära vård.	En viktig och prioriterad uppgift för Jönköping Academy och Region Jönköpings läns egen FoU-enhet Futurum de kommande åren är att identifiera, kartlägga, samordna och stödja strategiska forskningsområden och kunskapsunderlag i arbetet med omställningen till nära vård. Stödja professur på Jönköping Academy.

Mätetal	Periodicitet	Målvärde 2026
Antal forskarutbildade medarbetare	År	>125
Antal publikationer	År	>150 st.

Ekonomi

Strategiska mål: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Uppdrag	Beskrivning
Följa omställningen och förstärkningen av den nära vården.	Ambitionen är att successivt förstärka den nära vården. Primärvårdens budget utöver index ska öka.
Se över att resurserna har en jämlik fördelning utifrån länsinvånarnas behov av vård.	Budgeten kan justeras utifrån förändrade behov och införandet av nya arbetssätt.

Mätetal	Periodicitet	Målvärde 2026
Ekonomi i balans	Månad	0 tkr
Prognos	Tertial	Inte överstiga budget.
Nämnd Kostnad per DRG Öppenvård	År	
Nämnd Kostnad per DRG slutenvård	År	

Utökningar 2026

Förändring jämfört med budget 2025, totalt

Miljoner kronor	2026	2027	2028	Kommentar/hänvisning till uppdrag
Primärvård	-40	-70	-70	Fortsatt satsning för omställning till nära vård.
TBE-vaccin barn	7	7	7	Sedan 2024 erbjuds kostnadsfri vaccination mot TBE för barn mellan 3-18 år. Kostnad för införandet är budgeterat till 8 miljoner kronor som år 3 förväntas vara 1 miljon kronor årligen
Habilitering	-5	-5	-5	Satsning eftersom behovet ökar tack vare fler överlevare som lever längre och att barnhälsovården uppmärksammar funktionsvariationer i mycket låga åldrar.
Vaccinationer	-10	-10	-10	Utvecklingen av nya vaccin sker i snabb takt och under de närmaste åren kommer flera nya vaccin att bli tillgängliga. Samtidigt kan det bli aktuellt att vaccinera nya grupper ex HPV vaccination för alla, även män upp till 26 år.
Tillgänglighet 1177	-5	0	0	I väntan på förändringar utifrån en utrednings resultat görs en ettårig satsning för att stärka kapaciteten och tillgängligheten till 1177 på telefon.
BUP/BUH	-5	-5	-5	God tillgänglighet till den primära nivån och specialistnivå för utredning och behandling när det behövs. Ekonomisk förstärkning görs

				till Barn- och ungdomspsykiatrin samt till Barn- och ungdomshälsan.
Primärvård	0	0	-30	Ytterligare satsning för omställning till nära vård.
Rehabiliteringscentrum och Öron-näsa-hals (audionom, logopeder, arbetsterapeuter med flera)	-5	-5	-5	Dessa verksamheter stärks för uppdraget att förbättra tillgängligheten.
Medicinsk vård (spec palliativ vård, reumatologen, barnobesitas)	-7	-7	-7	Förstärkning för att fortsätta arbetet med överenskommelse inom den palliativa vården, förbättra tillgängligheten inom reumatologin samt för behandling och bildande av team inom barnobesitas.

§ 122

Remiss: Säkerställ tillgången till läkemedel – förordnande och utlämnande i bristsituationer (SOU 2025:43)

Diarienummer: RJL 2025/2217

Beslut

Presidiet föreslår nämnden för folkhälsa och sjukvård att

- godkänna yttrandet som svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning

Utredningen om läkemedelsförskrivning har lämnat delbetänkande Säkerställ tillgången till läkemedel – förordnande och utlämnade av läkemedel i bristsituationer (SOU 2025:43). Delbetänkandet har föreslaget att ge Läkemedelsverket ett bemyndigande att föreskriva om begränsning av förordnande och utlämnade i samband med bristsituationer av läkemedel.

Tillgång till läkemedel är väsentligt för kunna bedriva hälso-och sjukvård och bristande tillgång kan utgör ett hot mot liv och hälsa. Det arbete med att minska negativa effekter av bristsituationer som hittills har bedrivits visar att det kan finnas situationer där en tillfällig begränsning av förordnande och utlämnade av läkemedel kan vara av värde för att säkerställa tillgång till de patienter som har störst behov.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Remiss – Säkerställ tillgången till läkemedel – förordnande och utlämnande i bristsituationer (SOU 2025:43)
- Yttrande: Remiss – Säkerställ tillgången till läkemedel – förordnande och utlämnande i bristsituationer (SOU 2025:43)
- Meddelande om beviljat anstånd
- Missiv: Säkerställ tillgången till läkemedel – förordnande och utlämnande i bristsituationer (SOU 2025:43)
- Remiss: Säkerställ tillgången till läkemedel – förordnande och utlämnande i bristsituationer (SOU 2025:43)

Beslutet skickas till

Nämnden för folkhälsa och sjukvård

Regionledningskontoret

Nämnd Folkhälsa och sjukvård

Remiss - Delbetänkandet Säkerställ tillgången till läkemedel – förordnande och utlämnande i bristsituationer (SOU 2025:43)

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- godkänner yttrandet som svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning

Utredningen om läkemedelsförskrivning har lämnat delbetänkande Säkerställ tillgången till läkemedel – förordnande och utlämnade av läkemedel i bristsituationer (SOU 2025:43). Delbetänkandet har föreslaget att ge Läkemedelsverket ett bemyndigande att föreskriva om begränsning av förordnande och utlämnade i samband med bristsituationer av läkemedel.

Tillgång till läkemedel är väsentligt för kunna bedriva hälso-och sjukvård och bristande tillgång kan utgör ett hot mot liv och hälsa. Det arbete med att minska negativa effekter av bristsituationer som hittills har bedrivits visar att det kan finnas situationer där en tillfällig begränsning av förordnande och utlämnade av läkemedel kan vara av värde för att säkerställa tillgång till de patienter som har störst behov.

Ärendebeskrivning

Sydöstra sjukvårdsregionen har samarbetat i framtagande av yttrandet, men lämnar synpunkter var för sig.

Beslut om begränsningar

Regionledningskontoret ställer sig positiv till att Läkemedelverket föreslås kunna besluta om begränsningar både vid *faktisk läkemedelsbrist* samt vid *hotande läkemedelsbrist*, då i preventivt syfte. Vid varje beslut om begränsning är det viktigt att Läkemedelverket samarbetar med andra aktörer som har sakkunskap, såsom regionerna, representanter för djursjukvård och apoteken, för att göra det bästa möjliga av situationen och så långt som möjligt nå konsensus i prioriteringsbeslut. Samarbete behöver ske innan, under och efter att beslut om begränsning fattas.

Det är viktigt att kunna få en lägesbild över tillgången till specifikt läkemedel för att kunna avgöra bristens allvarlighetsgrad och därmed agera på ”rätt” bristsituationer. En försvårande faktor är att regionerna har olika modeller för hantering av lager och det behövs en samsyn på vad som definieras som brist.

Det är också positivt att Läkemedelsverket får möjlighet att begränsa både förordnande (rekvisition och receptförskrivning) och utlämnande av läkemedel. Som utredningen föreslår behöver möjligheten att begränsa förordnande och utlämnande av läkemedel vara flexibelt och kunna nyttjas även om det finns andra alternativ. Begränsning av förordnande och utlämnande ska ses som ett av flera verktyg för att hantera bristsituationer av läkemedel och inte enbart som sista utväg. Det är även av yttersta vikt att ett beslut om begränsning kan hävas omgående när bristsituationen är över.

Process fram till beslut och beslutet i sig behöver vara transparent för att få trovärdighet. Kontroll av begränsningar behöver kunna ske på ett görbart, enkelt och resurseffektivt sätt.

Samarbete med regionerna

Arbetet med att minimera negativa effekter av en specifik läkemedelsbrist behöver vara välgrundat, snabbfotat och beslut om åtgärd behöver kunna fattas snabbt och föregås av samarbete med relevanta aktörer som har sakkunskap.

För att kunna utröna vem/vilka patienter som har största behovet behöver ett formaliserat samarbete med offentlig sjukvård ske. Det finns idag upparbetade strukturer där LV, Sveriges läkemedelskommittéer genom nationell arbetsgrupp (NAG LOK) och Nationell koordineringsfunktion för kritiska rester och brister (nationellt CT) samt företrädare för Sveriges kommuner och regioner samverkar. Samarbetet behöver vidareutvecklas och långsiktigt möjliggöra för ovan nämnda aktörer att avsätta arbetstid för att stödja Läkemedelsverket i uppdraget.

Det krävs en mycket god inblick i den kliniska vardagen för att kunna göra de prioriteringar av patienter som krävs, och i den bedömningen är regionerna och professionsföreträdarna centrala, kliniskt förankrade personer behöver därför ges praktiska möjligheter att delta i arbetet.

I förslaget framgår att det ska finnas möjlighet att Läkemedelsverket kan besluta om undantag (dispens) från begränsningsbeslut om det finns särskilda skäl. Det är osäkert hur detta kommer att fungera i praktiken och vi motsätter oss att undantagsmöjlighet ska finnas.

Hantering av befintliga giltiga recept

I sammanhanget med att lämna ut läkemedel behöver det noga beaktas hur befintliga giltiga recept kan hanteras på mest rationellt sätt. Att enbart begränsa förordnande och inte samtidigt utlämnade riskerar att leda till ojämlik hantering av nyförskrivna recept och itererade recept.

Om ett läkemedel ska förbehållas för en viss patientgrupp/viss indikation finns en fara att patienter som har recept utfärdade sedan tidigare hämtar på apotek, trots att de inte ingår i den under bristperioden prioriterade gruppen. Ett förslag att

undersöka vidare är om sedan tidigare utfärdade recept kan ogiltigförklaras. Det skulle innebära en stor administrativ börda för professionen, men förhoppningsvis säkerställa att läkemedlet går till de patienter som professionen prioriterat.

Systemstöd

Delbetänkandet förslår att E-hälsomyndigheten får uppdrag att utreda möjligheten att införa systemstöd som underlättar tillämpning och kontroll av efterlevnaden till föreskrifterna. Regionledningskontoret anser att ett systemstöd är nödvändigt ser positivt på att e-hälsomyndigheten får uppdraget. Systemstödet behöver första hand vara kompatibelt med expeditionssystem, men eventuellt även med journalsystem. Det är av yttersta vikt att systemstödet kan hantera att en bristsituation kan se olika ut på öppenvårdsapotek och inom vården, till exempel kan det finnas kvar av läkemedel i sjukhusens lager samtidigt som det är slut på öppenvårdsapotek. En tillfällig begränsning i att förskriva recept får inte påverka möjligheten att kunna ordinera, och inte heller rekvirera, läkemedlet till offentlig vård. Regionledningskontoret vill påtala att E-hälsomyndigheten i praktiken saknar möjlighet att skapa ett systemstöd som kan användas som underlag för hur vi bör hantera bristande tillgång på viktiga slutenvårdsläkemedel. Detta eftersom det idag och under överskådlig tid framöver hos de flesta regioner saknas aktuell information om lagerstatus på vårdenheter. En stor andel av regionernas totala lager av väsentliga läkemedel för att säkerställa möjlighet till att ge akut sjukvård, lagerhålls idag verksamhetsnära.

Regionledningskontoret ser en oro för vad journalsystemen mäktar med i nuläget, då mycket kraft läggs på införandet av Nationell läkemedelslista (NLL) i form av både personella resurser och kostnader. Det skulle behöva tillskjutas medel till regionerna för att ekonomiskt klara av en sådan funktionsutveckling av journalsystemen.

Tillsyn

Utredningen avser att i slutbetänkandet återkomma med förslag om hur tillsynen kan utvecklas. Då det är flera olika myndigheter som har tillsynsansvar vill Regionledningskontoret påpeka att det är viktigt att ansvarsområden och ansvarsgränser är tydliga.

Tidsplan

Då det är relativt snäv tidsram tills bestämmelserna föreslås träda ikraft ser Regionledningskontoret det som svårt att systemstöd från E-hälsomyndigheten finns på plats vid ikraftträdande, vilket innebär manuellt arbete med att tillse att medarbetare har tillgång till aktuell information. Samtidigt kan beslut om förslagen inte avvaktas till efter det att E-hälsomyndigheten utrett möjlighet till systemstöd.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Remiss – Säkerställ tillgången till läkemedel – förordnande och utlämnande i bristsituationer (SOU 2025:43)

- Yttrande: Remiss – Säkerställ tillgången till läkemedel – förordnande och utlämnande i bristsituationer (SOU 2025:43)
- Meddelande om beviljat anstånd
- Missiv: Säkerställ tillgången till läkemedel – förordnande och utlämnande i bristsituationer (SOU 2025:43)
- Remiss: Säkerställ tillgången till läkemedel – förordnande och utlämnande i bristsituationer (SOU 2025:43)

Beslutet skickas till

Socialdepartementet
Regionledningskontoret – Folkhälsa och sjukvård

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anette Peterson
Hälso- och sjukvårdsstrateg

Socialdepartementet
s.remissvar@regieringslansliget.se

Remiss - Delbetänkandet Säkerställ tillgången till läkemedel – förordnande och utlämnande i bristsituationer (SOU 2025:43)

Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över delbetänkande Säkerställ tillgången till läkemedel- förordnande och utlämnande i bristsituationer.

Sydöstra sjukvårdsregionen har samarbetat, men lämnar synpunkter i sina respektive yttranden.

Region Jönköpings län är positivt inställda till att Läkemedelsverket föreslås få ett bemyndigande att besluta om begränsning av förordnande och utlämnande i samband med bristsituationer av läkemedel, men vill samtidigt betona vikten av att Läkemedelsverkets nära samarbetar med regionerna och professionsföreträdare. Beslut behöver kunna fattas på rätt grunder och med snäv tidsram.

Region Jönköpings län anser att ett systemstöd är nödvändigt och ser positivt på att E-hälsomyndigheten föreslås få ett sådant uppdrag. Region Jönköpings län vill betona att ett nationellt systemstöd inte under överskådlig framtid kan ersätta manuella inventeringar för typiska slutenvårdsläkemedel. Systemstödet behöver kunna särskilja på receptförskrivning, rekvisition och ordination. Även befintliga giltiga recept behöver kunna hanteras vid begränsning av utlämnande av läkemedel.

Då det är flera olika myndigheter som har tillsynsansvar vill Region Jönköpings län påpeka att det är viktigt att ansvarsområden och ansvarsgränser är tydliga.

Synpunkter på förslaget

Beslut om begränsningar

Region Jönköpings län ställer sig bakom förslaget att Läkemedelsverket ska ges ett bemyndigande att föreskriva om tillfälliga begränsningar vid förordnande och utlämnande av läkemedel i bristsituationer. Det är positivt att Läkemedelsverket

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

föreslås kunna besluta om begränsningar både vid *faktisk läkemedelsbrist* samt vid *hotande läkemedelsbrist*, då i preventivt syfte. Beslut om begränsning behöver kunna initieras i relativt tidigt skede av bristsituationen. Vid varje beslut om begränsning är det viktigt att Läkemedelsverket **samarbetar** med andra aktörer som har sakkunskap, såsom regionerna, representanter för djursjukvård och apoteken, för att göra det bästa möjliga av situationen och så långt som möjligt nå konsensus i prioriteringsbeslut. Samarbete behöver ske innan, under och efter att beslut om begränsning fattas.

Det är viktigt att kunna få en lägesbild över tillgången till specifikt läkemedel hos distributörer, öppenvårdsapotek, slutenvårdsapotek samt lager som finns i sjukvården. Detta för att kunna avgöra bristens allvarlighetsgrad och därmed agera på ”rätt” bristsituationer. En försvårande faktor är att regionerna har olika modeller för hantering av lager och det behövs en samsyn på vad som definieras som brist.

Region Jönköpings län är positiv till att Läkemedelsverket får möjlighet att begränsa både förordnande (rekvisition och receptförskrivning) och utlämnande av läkemedel. Som utredningen föreslår behöver möjligheten att begränsa förordnande och utlämnande av läkemedel vara flexibelt och kunna nyttjas även om det finns andra alternativ. Begränsning av förordnande och utlämnande ska ses som ett av flera verktyg för att hantera bristsituationer av läkemedel och inte enbart som sista utväg. Det är även av yttersta vikt att ett beslut om begränsning kan hävas omgående när bristsituationen är över.

Process fram till beslut och beslutet i sig behöver vara transparent för att få trovärdighet. Kontroll av begränsningar behöver kunna ske på ett görbart, enkelt och resurseffektivt sätt.

Samarbete med regionerna

Arbetet med att minimera negativa effekter av en specifik läkemedelsbrist behöver vara välgrundat, snabbfotat och beslut om åtgärd behöver kunna fattas snabbt, men som tidigare poängterats, behöver föregås av samarbete med relevanta aktörer som har sakkunskap.

Av föreslagen författningstext framgår att Läkemedelsverket ska ta beslut om begränsningar i de fall det är *”…nödvändigt för att skydda människors eller djurs liv eller hälsa”*. Det är viktigt att den etiska plattformen beaktas vid beslut om prioriteringar, något som hälso- och sjukvården är vana vid. Enligt HSL 3:1 ska ”*Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården”*. För att kunna utröna vem/vilka patienter som har största behovet behöver ett formaliserat samarbete med offentlig sjukvård ske. Det finns idag upparbetade strukturer där Läkemedelverket, Sveriges läkemedelskommittéer genom nationell arbetsgrupp (NAG LOK) och Nationell koordineringsfunktion för kritiska rester och brister (nationellt CT) samt företrädare för Sveriges kommuner och regioner samverkar. Region Jönköpings län ser positivt på att vidareutveckla samarbetet så att det i praktiken blir ett formaliserat samarbete som

långsiktigt möjliggör för ovan nämnda aktörer att avsätta arbetstid för att stödja Läkemedelsverket i uppdraget.

Det krävs en mycket god inblick i den kliniska vardagen för att kunna göra de prioriteringar av patienter som krävs, och i den bedömningen är regionerna och professionsföreträdarna centrala. Region Jönköpings län vill därför betona vikten av att kliniskt förankrade personer ges praktiska möjligheter att delta i arbetet.
I förslaget framgår att det ska finnas möjlighet att Läkemedelverket kan besluta om undantag (dispens) från begränsningsbeslut om det finns särskilda skäl. Region Jönköpings län är tveksamma till hur detta kan fungera i praktiken, beroende på hur många dispensansökningar som inkommer och motsätter sig att undantagsmöjlighet ska finnas.

Hantering av befintliga giltiga recept samt off-label-användning

I sammanhanget med att lämna ut läkemedel behöver det noga beaktas hur befintliga giltiga recept kan hanteras på mest rationellt sätt. Att enbart begränsa förordnande och inte samtidigt utlämnade riskerar att leda till ojämlik hantering av nyförskrivna recept och itererade recept.

Om ett läkemedel ska förbehållas för en viss patientgrupp/viss indikation finns en fara att patienter som har recept utfärdade sedan tidigare hämtar på apotek, trots att de inte ingår i den under bristperioden prioriterade gruppen. Ett förslag från Region Jönköpings län är att undersöka vidare om sedan tidigare utfärdade recept kan ogiltigförklaras. Det skulle innebära en stor administrativ börda för professionen, men för att säkerställa att läkemedlet går till de patienter som professionen prioriterat kan det vara nödvändigt. Under nyligen hanterad läkemedelsbrist uppstod situationen att läkemedel hamstrades av patienter med itererade recept. Några av dessa, men troligtvis inte alla, tillhörde den prioriterade gruppen.

Region Jönköpings län anser att off-labelförskrivning kan vara stor och nog så viktig som vid godkänd indikation och det skulle vara olyckligt att alla bristsituationer utgår från att det är de patienter som har läkemedlet på godkänd indikation som är i störst behov.

Systemstöd

E-hälsomyndigheten föreslås få uppdrag att utreda möjligheten att införa systemstöd som underlättar tillämpning och kontroll av efterlevnaden till föreskrifterna. Ett systemstöd anser Region Jönköpings län vara nödvändigt och är positivt inställda till att e-hälsomyndigheten får uppdraget. Systemstödet behöver första hand vara kompatibelt med expeditionssystem, men eventuellt även med journalsystem. Det är av yttersta vikt att systemstödet kan hantera det faktum att en bristsituation kan se olika ut på öppenvårdsapotek och inom vården, till exempel kan det finnas kvar av läkemedel i sjukhusens lager samtidigt som det är slut på öppenvårdsapotek. En tillfällig begränsning i att förskriva recept får inte påverka möjligheten att kunna ordinera, och inte heller rekvirera, läkemedlet till

offentlig vård. Region Jönköpings län vill påtala att E-hälsomyndigheten i praktiken saknar möjlighet att skapa ett systemstöd som kan användas som underlag för hur vi bör hantera bristande tillgång på viktiga slutenvårdsläkemedel. Detta eftersom det idag och under överskådlig tid framöver hos de flesta regioner saknas aktuell information om lagerstatus på vårdenheter. En stor andel av regionernas totala lager av väsentliga läkemedel för att säkerställa möjlighet till att ge akut sjukvård, lagerhålls idag verksamhetsnära.

Region Jönköpings län ser en oro för vad journalsystemen mäktar med i nuläget, då mycket kraft läggs på införandet av Nationell läkemedelslista (NLL) i form av både personella resurser och kostnader. Det skulle behöva tillskjutas medel till regionerna för att ekonomiskt klara av en sådan funktionsutveckling av journalsystemen.

Tillsyn

Utredningen avser att i slutbetänkandet återkomma med förslag om hur tillsynen kan utvecklas. Då det är flera olika myndigheter som har tillsynsansvar vill Region Jönköpings län påpeka att det är viktigt att ansvarsområden och ansvarsgränser är tydliga. En förutsättning är att de ansvariga myndigheterna har resurser i erforderlig utsträckning, det finns annars en risk att regelverket blir tandlöst.

Tidsplan

Då det är relativt snäv tidsram tills bestämmelserna föreslås träda ikraft ser Region Jönköpings län det som svårt att systemstöd från E-hälsomyndigheten finns på plats vid ikraftträdande, vilket innebär manuellt arbete att tillse att regionens medarbetare har tillgång till aktuell information. Samtidigt vill Region Jönköpings län betona att beslut om förslagen inte kan avvaktas till efter det att E-hälsomyndigheten utrett möjlighet till systemstöd.

Thomas Gustafsson
Ordförande
Nämnd för Folkhälsa och sjukvård

From: "Henrik Moberg" <henrik.moberg@regeringskansliet.se>
Sent: 2025-06-30 13:58:48
To: "Bijelic Eriksson Nathalie" <nathalie.bijelic.eriksson@rjl.se>
Cc: "S Registrator" <s.registrator@regeringskansliet.se>; "S SL" <s.sl@regeringskansliet.se>
Subject: VB: Begäran om anstånd S2025/01216, Region Jönköpings län

Viktig Information: Detta e-postmeddelande kommer från en avsändare utanför Region Jönköpings län. Klicka aldrig på länkar och öppna aldrig bifogade filer om du är osäker på avsändaren eller innehållet.

Om du misstänker att meddelandet är skadligt, vidarebefordra meddelandet till natfiske@rjl.se

Hej

Ok att lämna in den 17 oktober.

Henrik Moberg
Gruppchef
Socialdepartementet
Enheten för sjukvård och läkemedelsfrågor
103 33 Stockholm
Tfn 08-405 95 86
Mobil 070-564 31 52
henrik.moberg@regeringskansliet.se
www.regeringen.se

Från: Bijelic Eriksson Nathalie <nathalie.bijelic.eriksson@rjl.se>
Skickat: den 30 juni 2025 08:07
Till: S Remissvar <s.remissvar@regeringskansliet.se>
Kopia: S SL <s.sl@regeringskansliet.se>
Ämne: Begäran om anstånd S2025/01216, Region Jönköpings län

Hej,

Region Jönköpings län har mottagit remissen Säkerställ tillgången till läkemedel – förordnande och utlämnande i bristsituationer (SOU 2025:43), S2025/01216, och önskar inkomma med remissvar. På grund av fastställda sammanträdesdagar för ansvarig instans Nämnd för folkhälsa och sjukvård önskar vi begära anstånd att få inkomma med vårt remissvar senast den 17 oktober 2025.

Tacksam för er återkoppling.

Med Vänliga Hälsningar

Nathalie Bijelic Eriksson
Sektionschef Diarium och nämndadministration
073-0875640
nathalie.bijelic.eriksson@rjl.se

Område Kansli
Regionledningskontoret
Region Jönköpings län
www.rjl.se

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

Region Jönköpings län

Regeringskansliet

Remiss

2025-06-23
S2025/01216

Socialdepartementet
Enheten för sjukvård och läkemedelsfrågor

Remittering av delbetänkandet Säkerställ tillgången till läkemedel – förordnande och utlämnande i bristsituationer (SOU 2025:43)

Remissinstanser

1. Apotekarsocieteten
2. Borås kommun
3. Burlöv kommun
4. Distriktssköterskeföreningen
5. E-hälsomyndigheten
6. Emmaboda kommun
7. Eskilstuna kommun
8. Farmaceutförbundet
9. Folkhälsomyndigheten
10. Funktionsrätt Sverige
11. Föreningen för Generiska läkemedel och Biosimilarer
12. Förvaltningsrätten i Uppsala
13. Göteborgs 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

14. Göteborgs universitet
15. Haparanda kommun
16. Hjärt-Lungfonden
17. Håbo kommun
18. Härjedalen kommun
19. Inspektionen för vård och omsorg
20. Jordbruksverket
21. Karlsborg kommun
22. Knivsta kommun
23. Konkurrensverket
24. Kristinehamn kommun
25. Lantbruksuniversitetet
26. Lantbrukarnas Riksförbund
27. Lindesberg kommun
28. Linköping kommun
29. Livsmedelsverket
30. Läkemedelsdistributörsföreningen
31. Läkemedelshandlarna
32. Läkemedelsindustriföreningen
33. Läkemedelsverket
34. Länsstyrelsen Norrbotten

35. Länsstyrelsen Skåne
36. Länsstyrelsen Stockholm
37. Länsstyrelsen Värmland
38. Länsstyrelsen Västra Götaland
39. Länsstyrelsen Östragötaland
40. Länsstyrelsen Örebro
41. Malmö kommun
42. Mora kommun
43. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap
44. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
45. Nynäshamn kommun
46. Nätverket för Sveriges läkemedelskommittéer
47. Partille kommun
48. Pensionärernas riksorganisation
49. Praktikertjänst
50. Privattandläkarna
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 Värmland
65. Region Västerbotten
66. Region Västernorrland
67. Region Västmanland
68. Region Uppsala
69. Region Östergötland
70. Region Örebro län
71. Reumatikerförbundet
72. Samernas Riksförbund
73. Skövde kommun
74. Socialstyrelsen
75. Statens veterinärmedicinska anstalt
76. Stiftelsen Nätverk för läkemedelsepidemiologi

77. Stockholms kommun
78. Svensk Sjuksköterskeförening
79. Svenska Diabetesförbundet
80. Svenska läkaresällskapet
81. Svenska Läkemedelsförsäkringen
82. Sveriges Apoteksförening
83. Sveriges Farmaceuter
84. Sveriges Kommuner och Regioner
85. Sveriges Läkarförbund
86. Sveriges Oberoende Apoteksaktörers Förening
87. Sveriges Veterinärförbund
88. SPF Seniorerna
89. Sveriges Tandläkarförbund
90. Söderhamn kommun
91. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
92. Tierp kommun
93. Tjänstetandläkarna
94. Tranemo kommun
95. Tranås kommun
96. Vårdförbundet
97. Vårdföretagarna

98. Värnamo kommun

99. Västra Götalandsregionen

100. VÄXA Sverige

101. Älmhult kommun

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 13 oktober 2025**. Svaren bör lämnas per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se och med kopia till s.sl@regeringskansliet.se Ange diarienummer **S2025/01216** 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.

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 (SB PM 2021:1). Den kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Cecilia Halle
Departementsråd

Säkerställ tillgången till läkemedel

– förordnande och utlämnande i bristsituationer

Delbetänkande av Utredningen om läkemedelsförskrivning

Stockholm 2025

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2025:43

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2021:1.
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 2025

ISBN 978-91-525-1221-0 (tryck)
ISBN 978-91-525-1222-7 (pdf)
ISSN 0375-250X

Till statsrådet
Acko Ankarberg Johansson

Regeringen beslutade den 12 september 2024 att ge en särskild utredare i uppdrag att utreda vissa frågor om dokumentation, begränsningar och tillsyn avseende läkemedelsförskrivningar. Regeringen beslutade den 31 oktober 2024 att utredningstiden för den del av uppdraget som handlar om att begränsa förskrivning och expediering av vissa läkemedel vid bristsituationer förkortas. Uppdraget i den delen ska i stället redovisas i ett delbetänkande den 15 april 2025. Utredningstiden i övrigt ligger fast. Uppdraget ska slutredovisas senast den 12 mars 2026.

Till särskild utredare förordnades den 12 september 2024 hälso- och sjukvårdsdirektören Anders Ahlsson.

Den 18 december 2024 förordnades som sakkunniga i utredningen departementssekreterarna Alice Hallman och Anna Gyllenstrand samt kanslirådet Sofia Aslamatzidou. Som experter i utredningen förordnades från och med samma dag, apotekaren Anders Ullerås, professionsutvecklaren Björn Södergård, professionsanalytikern Carita Sturesson, utredaren Carl-Magnus Hansson, juristen Christian Mallengren, enhetschefen Eva-Maria Dufva, chefsfarmaceuten Fredrik Boström, överläkaren Hanna Kataoka, överläkaren Inge Eriksson, analyschefen Karolina Antonov, avdelningschefen Marie Åberg, överläkaren Mikael Hoffman, apotekaren Mikael Svensson, den seniora ekonomen Pontus Johansson och avdelningsdirektören Suzanne Isberg.

Som sekreterare i utredningen anställdes den 15 oktober 2024 utredaren Johan Lantto och juristen Sarah Snyder.

Utredningen har antagit namnet Utredningen om läkemedelsförskrivning och överlämnar härmed delbetänkandet Säkerställ

tillgången till läkemedel – förordnande och utlämnande i brist-situationer (SOU 2025:43).

Stockholm i april 2025

Anders Ahlsson

Johan Lantto
Sarah Snyder

Innehåll

Sammanfattning **9**

1 Författningsförslag **15**

1.1 Förslag till lag om ändring i läkemedelslagen (2015:315) 15

1.2 Förslag till förordning om ändring i läkemedelsförordningen (2015:458) 16

2 Utredningens uppdrag och arbete **17**

2.1 Uppdraget 17

2.2 Utredningens arbete och användningen av vissa begrepp 18

2.2.1 Humanläkemedel och veterinärmedicinska läkemedel 18

2.2.2 Begreppen förordna, förskriva, expediera och lämna ut 19

3 Begränsning av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel i bristsituationer **21**

3.1 Rest- och bristsituationer 21

3.1.1 Statistik över rest- och bristsituationer 22

3.1.2 Orsaker till rest- och bristsituationer 23

3.1.3 Konsekvenser av läkemedelsbrist 23

3.2 Arbete med att förebygga och hantera läkemedelsbrist 24

3.2.1 Bristsituationer kan ofta förebyggas och hanteras 25

3.2.2 Arbete inom EU för bättre tillgänglighet till läkemedel 25

3.2.3 Läkemedelsverket har i uppdrag att arbeta med rest- och bristsituationer för läkemedel 26
3.2.4 Arbete med höjd beredskap och lagerhållning 29
3.2.5 Regioner och kommuners arbete kring hanteringen av bristsituationer för läkemedel 31
3.2.6 Möjlighet till omfördelning av läkemedel vid läkemedelsbrist 32
3.2.7 Kaskadprincipen ska tillämpas om veterinärmedicinska läkemedel saknas 34

3.3 Gällande rätt rörande förordnande och utlämnande av läkemedel 35
3.3.1 Begreppen ordinera, förskriva och förordna 35
3.3.2 Behörighet att ordinera och förordna läkemedel 36
3.3.3 Vad som gäller vid förordnande av läkemedel 36
3.3.4 Vad som gäller vid utlämnande av läkemedel på öppenvårdsapotek 37
3.3.5 Rekvisitionsläkemedel och utlämnande på sjukhusapotek 38
3.3.6 Existerande och tidigare begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel 39
3.3.7 Läkemedelverkets bemyndigande att meddela föreskrifter rörande förordande och utlämnande av läkemedel 42

3.4 Läkemedelsverket ser behov av att begränsa förordnande av läkemedel i bristsituationer 43
3.4.1 Exempel på situationer när begränsningar i bristsituationer behöver genomföras 43
3.4.2 Läkemedelsverket ser behov av att förtydliga myndighetens bemyndigande 45

3.5 Tillsyn av förordnande och utlämnande av läkemedel 46
3.5.1 IVO:s tillsyn av hälso- och sjukvårdspersonal 46
3.5.2 Läkemedelsverkets tillsyn av apotekens expediering av läkemedel 47
3.5.3 Läkemedelsverkets tillsyn över sjukhusens läkemedelsförsörjning 48
3.5.4 Tillsyn av veterinärers förordnande av läkemedel 49

3.6 Utredningens överväganden och förslag 49
3.6.1 Behovet av tillfälliga begränsningar i vissa bristsituationer 49
3.6.2 Läkemedelsverket ska kunna föreskriva om att begränsa förordnande och utlämnande av läkemedel i bristsituationer 50
3.6.3 Läkemedelsverket kan utfärda föreskrifter på olika sätt 57
3.6.4 Läkemedelsverket behöver utforma begränsningar på ett ändamålsenligt sätt och utveckla processer för att fatta beslut om begränsningar 58
3.6.5 Uppdrag till E-hälsomyndigheten att utreda möjligheten av att införa systemstöd 61
3.6.6 IVO, Läkemedelsverket och länsstyrelserna utövar tillsyn över begränsningar 62

3.7 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser 65

3.8 Konsekvenser av utredningens förslag 65
3.8.1 Konsekvenser för patienterna 66
3.8.2 Konsekvenser för djuren och djurägarna 67
3.8.3 Konsekvenser för statliga myndigheter 67
3.8.4 Konsekvenser för apoteken 69
3.8.5 Konsekvenser för läkemedelsföretagen 70
3.8.6 Konsekvenser för de som förordnar läkemedel 71
3.8.7 Konsekvenser för regioner och vårdgivare 72
3.8.8 Konsekvenser i förhållande till EU-rätten 72

4 Författningskommentar 73

4.1 Förslaget till lag om ändring i läkemedelslagen (2015:315) 73

4.2 Förslaget till förordning om ändring i läkemedelsförordningen (2015:458) 74

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2024:82 75

Bilaga 2 Kommittédirektiv 2024:102 91

Sammanfattning

Tillgången till läkemedel har central betydelse för en fungerande hälso- och sjukvård, och bristande tillgång kan utgöra ett hot mot liv och hälsa. Läkemedelsbrist kan uppstå av flera olika anledningar, exempelvis på grund av problem i tillverkningen eller i distributionen, brist på ett verksamt ämne eller en oväntat hög efterfrågan på läkemedlet.

Under senare år har åtgärder genomförts för att förebygga läkemedelsbrister och minska de negativa konsekvenserna av sådana brister. Det handlar bland annat om nationellt och internationellt arbete med att förstärka hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap när det gäller tillgången på läkemedel.

Det finns behov av att tillfälligt kunna begränsa förordnande och utlämnande av vissa läkemedel i bristsituationer

Utredningen konstaterar att det finns flera olika sätt att förebygga läkemedelsbrister och motverka negativa konsekvenser av sådana brister men bedömer att det i vissa situationer kan vara ändamålsenligt att tillfälligt begränsa förordnande och utlämnande av läkemedel. Utredningen bedömer att sådana begränsningar kan vara ett sätt att säkerställa att de som har störst behov av ett visst läkemedel får tillgång till det även vid en läkemedelsbrist. Det gäller särskilt när det saknas alternativa läkemedel eller behandlingsmöjligheter för vissa patientgrupper eller för vissa indikationer. En begränsning kan även vara befogad när ett läkemedel börjar användas mer utanför godkänd indikation, så att tillgången minskar för de patienter som behöver läkemedlet för behandling av sjukdomar inom godkänd indikation.

Läkemedelsverket ska ges ett bemyndigande att föreskriva om tillfälliga begränsningar vid förordnande och utlämnande av läkemedel i bristsituationer

Läkemedelsverket har flera uppdrag som rör rest- och bristsituationer för läkemedel. Myndigheten får också meddela föreskrifter om vad som ska gälla vid förordnande och utlämnande av ett läkemedel. Läkemedelsverket anser dock att det behöver bli tydligare att myndigheten får föreskriva om att begränsa rätten att förordna läkemedel vid läkemedelsbrist.

Utredningen föreslår därför att läkemedelslagen och läkemedelsförordningen kompletteras med bemyndiganden som tydligt ger Läkemedelsverket möjlighet att meddela föreskrifter om tillfälliga begränsningar vid förordnande och utlämnande av läkemedel i bristsituationer. Med ”förordna” avses både att förskriva läkemedel på recept och att utfärda rekvisitioner.[1] Med ”lämna ut” avses när läkemedel lämnas ut via recept på öppenvårdsapotek eller via rekvisition på öppenvårds- eller sjukhusapotek.

Läkemedelsverkets bemyndigande föreslås gälla för både humanläkemedel och veterinärmedicinska läkemedel, eftersom myndighetens tidigare bemyndiganden gäller båda formerna. Utredningen bedömer dessutom att skälen bakom förslaget är relevanta för både humanläkemedel och veterinärmedicinska läkemedel.

Läkemedelsverket föreslås vidare kunna besluta om begränsningar vid förordnande och utlämnande av läkemedel både när en läkemedelsbrist uppkommit och när det finns risk för sådan brist. Det innebär att myndigheten vid hotande läkemedelsbrist kan införa en begränsning i preventivt syfte.

Begränsningar ska kunna införas om det är nödvändigt för att skydda liv och hälsa

Utredningen anser att beslut om begränsningar bör fattas med restriktivitet och inte om det finns andra lämpliga sätt att hantera en bristsituation. Det beror på att begränsningar kan ha negativa konsekvenser bland annat för de patienter, djur och djurägare som inte

[1] Det är sådana läkemedel som vårdgivare beställer (rekvirerar) för att använda inom hälso- och sjukvården vid olika behandlingar som ges till patient.

får tillgång till ett läkemedel. Begränsningar kan även innebära merarbete för de som förordnar läkemedel och för apotekspersonalen.

Utredningen föreslår därför att begränsningar ska kunna införas om det är nödvändigt för att skydda liv och hälsa. Det är i linje med läkemedelslagens övergripande syfte. Utredningen bedömer även att en begränsning som innebär att läkemedel kan säkerställas för de som har störst behov av läkemedlet innebär ett skydd för människors eller djurs liv eller hälsa.

Kravet på att begränsningen ska vara nödvändig innebär att den i huvudsak inte ska införas om det finns andra sätt att förebygga eller hantera den aktuella bristsituationen. Utredningen kan dock inte utesluta situationer då det finns skäl att införa en begränsning även om det finns alternativa sätt att hantera situationen. Det kan exempelvis vara att de alternativa åtgärderna bedöms vara otillräckliga eller olämpliga. Det kan vara att åtgärderna kräver mycket stora resurser för att införas eller inte är möjliga att genomföra tillräckligt skyndsamt.

Läkemedelsverket behöver utforma begränsningar på ett ändamålsenligt sätt

Utredningens förslag innebär att Läkemedelsverket får ansvar för att utforma föreskrifter. Utredningen konstaterar att myndigheten kan utforma föreskrifterna på olika sätt. Läkemedelsverket kan exempelvis begränsa rätten att förordna ett visst läkemedel till en viss yrkesgrupp eller specialitet. Ett annat sätt är att läkemedel endast får förordnas eller lämnas ut när en viss indikation eller ett visst behandlingsändamål föreligger. En tredje variant är att läkemedel endast får förordnas eller lämnas ut till en viss grupp av patienter eller djur. En begränsning kan även avse vilken mängd av ett visst läkemedel som får förordnas eller lämnas ut.

Läkemedelsverket ska även kunna bestämma om begränsningen ska avse både förordnande och utlämnande eller endast en av dessa. Vidare ska Läkemedelsverket kunna bestämma om en begränsning att förordna ska gälla all slags förordnande av läkemedel eller endast läkemedel som förskrivs på recept eller rekvireras.

Vad som är en lämplig utformning av en begränsning måste bedömas i varje enskilt fall. Läkemedelsverket behöver bland annat beakta vilka möjligheter personal i hälso- och sjukvård och på apotek har att hantera och kontrollera begränsningen. Vissa begränsningar

kan exempelvis vara enklare för apotekspersonal att kontrollera än andra. Det hänger i sin tur samman med vilka systemstöd som finns tillgängliga. Med systemstöd avses de journalsystem eller andra system, som kan informera om de aktuella begränsningar som gäller och även spärra eller varna då beslutade begränsningar inte efterlevs.

För att kunna fatta beslut om lämpliga begränsningar behöver Läkemedelsverket utveckla rutiner och processer för hur sådana beslut fattas. Myndigheten behöver genomföra konsekvensanalyser och utveckla former för att samråda med bland annat regioner, apotek och de företag som berörs av en begränsning.

Utredningen anser att det är rimligt att det i normalfallet finns en dispensmöjlighet i de föreskrifter som Läkemedelsverket beslutar. En sådan möjlighet kan exempelvis behövas om det finns patienter som har ett mycket stort behov av ett visst läkemedel och som riskerar att inte få tillgång till det på grund av en beslutad begränsning.

De begränsningar som beslutas ska vara tillfälliga. Utredningen ser det därför som lämpligt att Läkemedelsverket i normalfallet anger under vilken tid som en begränsning ska gälla när de fattar sådana beslut.

Uppdrag till E-hälsomyndigheten att utreda möjligheten av att införa systemstöd

Utredningen bedömer att det blir lättare att upprätthålla och tillämpa föreskrifterna om det i journalsystem eller förskrivningsmoduler finns inbyggda kunskapsstöd som informerar om en begränsning av förordnande eller om det finns inbyggda hinder som gör att läkemedel inte kan förordnas i strid med föreskrifterna. Även apotekspersonalens möjligheter att följa eller kontrollera en begränsning är sannolikt beroende av att det finns tekniska system som antingen signalerar ett felaktigt förordnande av ett läkemedel eller förhindrar att någon lämnar ut läkemedel i strid med föreskrifterna.

Regeringen bör därför ge E-hälsomyndigheten i uppdrag att utreda möjligheten att införa systemstöd som kan underlätta tillämpning och kontroll av efterlevnaden av de föreskrifter som utredningen föreslår att Läkemedelsverket ska ges ett bemyndigande att utfärda. Uppdraget bör genomföras i samråd med bland annat Läkemedelsverket, regionerna och apoteken.

IVO, Läkemedelsverket och länsstyrelserna utövar tillsyn över föreskrifter om begränsningar

Utredningen bedömer att IVO, Läkemedelsverket, och länsstyrelserna kommer att ha tillsynsansvar för de föreskrifter som Läkemedelsverket utfärdar i bristsituationer. IVO:s tillsynsansvar omfattar att hälso- och sjukvårdspersonalen följer de föreskrifter som Läkemedelsverket utfärdat. Det inkluderar både personal som förordnar läkemedel och apotekspersonal som lämnar ut läkemedel. Läkemedelsverkets tillsynar att apoteken hanterar läkemedel på ett ansvarsfullt sätt och att tillståndshavaren uppfyller de krav som finns på verksamheten. Länsstyrelsernas tillsynsansvar omfattar att veterinärer förordnar veterinärmedicinska läkemedel enligt de föreskrifter som Läkemedelsverket utfärdat.

Utredningen bedömer att det finns flera hinder för att tillsynen effektivt ska upprätthålla följsamheten till de föreskrifter som utredningen föreslår att Läkemedelsverket ska få besluta om. Det handlar bland annat om att myndigheterna inte har tillgång till uppgifter på ett sådant sätt att de effektivt kan kontrollera föreskrifterna. Utredningen ser därför ett behov av att utveckla tillsynen och avser att återkomma med förslag i slutbetänkandet.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i läkemedelslagen (2015:315)

Härigenom föreskrivs att det i läkemedelslagen (2015:315) ska införas en ny paragraf, 18 kap. 9 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	18 kap.
	9 a §
	Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om tillfälliga begränsningar vid förordnande och utlämnande av läkemedel, vid risk för läkemedelsbrist eller då sådan brist uppkommit, om det är nödvändigt för att skydda människors eller djurs liv eller hälsa.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2026.

1.2 Förslag till förordning om ändring i läkemedelsförordningen (2015:458)

Härigenom föreskrivs att det i läkemedelsförordningen (2015:458) ska införas en ny paragraf, 9 kap. 9 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	9 kap.
	9 a §
	Läkemedelsverket får meddela föreskrifter om tillfälliga begränsningar vid förordnande och utlämnande av läkemedel, vid risk för läkemedelsbrist eller då sådan brist uppkommit, om det är nödvändigt för att skydda människors eller djurs liv eller hälsa.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2026.

2 Utredningens uppdrag och arbete

2.1 Uppdraget

Regeringen beslutade den 12 september 2024 att ge en särskild utredare i uppdrag att se över vissa frågor om uppgiftsskyldighet, dokumentation, begränsningar och tillsyn avseende läkemedelsförskrivningar. Syftet är att motverka felaktiga läkemedelsförskrivningar och förhindra att offentliga medel går till kriminella och oseriösa aktörer. Uppdraget framgår av bilaga 1.

Den 31 oktober 2024 beslutade regeringen om ett tilläggsdirektiv som innebar att utredningstiden för en del av uppdraget förkortas. Det handlar om uppdraget att begränsa förskrivning och expediering av vissa läkemedel vid bristsituationer. Uppdraget i den delen ska i stället redovisas i ett delbetänkande den 15 april 2025. Utredningstiden i övrigt ligger fast. Uppdraget ska alltså slutredovisas senast den 12 mars 2026. Uppdraget framgår av bilaga 2.

I detta delbetänkande lämnas en redovisning avseende uppdraget att begränsa förskrivning och expediering av vissa läkemedel vid bristsituationer. Utredningen ska analysera och ta ställning till om rätten att förskriva och expediera ett visst läkemedel tillfälligt bör kunna begränsas samt lämna nödvändiga författningsförslag. Av direktivet framgår att utredningen ska beakta hur en eventuell begränsning förhåller sig till Socialstyrelsens rekommendationer om att patienter utifrån ett beredskapsperspektiv ska säkerställa tillräcklig tillgång till sina läkemedel i hemmet.

2.2 Utredningens arbete och användningen av vissa begrepp

Utredningen har bedrivit arbetet på sedvanligt sätt och hållit två protokollförda möten med förordnade sakkunniga och experter i utredningen. Vid dessa möten har uppdraget att begränsa förskrivning och expediering av vissa läkemedel vid bristsituationer behandlats.

För att få hjälp med att analysera sakfrågan och utforma ett eventuellt förslag har utredningen tagit särskild kontakt med Läkemedelsverket. Bakgrunden är att Läkemedelsverket har ansvar för att utfärda föreskrifter om förordnande och utlämnande av läkemedel och en central roll i arbetet med rest- och bristsituationer, se vidare avsnitt 3.2.3 och 3.3.7. Myndigheten har också inkommit med ett underlag till utredningen med förslag som syftar till att möjliggöra för myndigheten att kunna besluta om sådana föreskrifter.[1] Underlaget har behandlats vid ett av mötena med utredningens sakkunniga och experter. Utredningen har också varit i kontakt med Läkemedelsverket flera gånger i syfte att diskutera myndighetens underlag och förslag. Utredningen har inhämtat synpunkter från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) angående tillsynen över det förslag utredningen lämnar i detta delbetänkande.

Utredningen har varit i kontakt med personal vid Statens jordbruksverk, Statens veterinärmedicinska anstalt, länsstyrelserna och Sveriges veterinärförbund för att inhämta information och synpunkter avseende möjligheten att inkludera veterinärmedicinska läkemedel i utredningens förslag, se vidare nedan.

Nedan följer en beskrivning av några centrala begrepp som används i delbetänkandet.

2.2.1 Humanläkemedel och veterinärmedicinska läkemedel

Utredningens har tolkat utredningens direktiv som att det främst handlar om läkemedel för människor så kallat humanläkemedel och inte sådana som är avsedda att användas för djur så kallade veterinärmedicinska läkemedel. Utredningen har dock landat i ett förslag som

[1] Läkemedelsverket, *Underlag till utredningen om läkemedelsförskrivning (S 2024:07) – gällande utredningens deluppdrag om att begränsa förskrivning och expediering av vissa läkemedel vid bristsituationer*, 2024, diarienummer 1.1.2-2024-1078550.

innebär att förordnande och utlämnande av veterinärmedicinska läkemedel berörs på motsvarande sätt som humanläkemedel. De närmare skälen för detta utvecklas i avsnitt 3.6.2.

Eftersom utredningens förlag berör veterinärmedicinska läkemedel beskrivs bestämmelser som berör dessa läkemedel kortfattat i betänkandet.

2.2.2 Begreppen förordna, förskriva, expediera och lämna ut

Utredningen har i uppdrag att se över rätten att förskriva och expediera läkemedel i bristsituationer. Utredningen har dock valt att främst använda begreppen förordna och lämna ut. Skälen utvecklas närmare i avsnitt 3.3. Här lämnas endast en kortfattad redogörelse.

Utredningen har valt att använda begreppet förordna i stället för begreppet förskriva eftersom det förstnämnda är ett vidare begrepp och täcker in förskrivning genom att utfärda recept men även situationen då ett läkemedel rekvireras, vilket är det sätt som hälso- och sjukvården beställer läkemedel. Utredningen har även valt att tala om att lämna ut i stället för att expediera läkemedel. Begreppet expediera avser den process som börjar med att läkemedel efterfrågas utifrån ett förordnande och avslutas med att ett läkemedel blir utlämnat. Begreppet lämna ut kan alltså betraktas som ett sista steg i en expedieringsprocess. Vi har valt att använda begreppet lämna ut eftersom det är det begrepp som främst används i tidigare författningar på området.

3 Begränsning av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel i bristsituationer

I detta kapitel analyseras möjligheten att tillfälligt begränsa förordnande och utlämnande av vissa läkemedel i bristsituationer. I kapitlet lämnar utredningen även förslag på hur en sådan begränsning skulle kunna utformas.

3.1 Rest- och bristsituationer

Läkemedelsverket skiljer mellan rest- och bristsituationer på läkemedelsområdet. Enligt Läkemedelsverkets definition uppstår en restsituation när ett läkemedelsföretag inte kan tillhandahålla ett läkemedel i en mängd som möter nationell efterfrågan i Sverige.[1] Det företag som innehar försäljningstillståndet eller dess ombud är skyldig att anmäla restsituationen till Läkemedelsverket. När en restsituation inträffar kan exempelvis inte apotek beställa det önskade läkemedlet från partihandeln.

En läkemedelsbrist är enligt Läkemedelsverket effekten av en restsituation utifrån ett användarperspektiv. En bristsituation kan medföra olika grader av påverkan beroende av hur användaren påverkas. Om det exempelvis råder brist på ett läkemedel där det finns utbytbara alternativ sker bytet direkt på apoteket i samband med expediering av läkemedlet och användaren påverkas minimalt. Om

[1] Definitionen är i linje med den europeiska läkemedelsmyndighetens European Medicines Agency, EMA, definition av begreppet shortage. EMA definierar begreppet shortege som ”A shortage of a medicinal product for human or veterinary use occurs when supply does not meet demand at a national level”.

det däremot råder brist på ett läkemedel där likvärdig behandling saknas kan konsekvensen för användaren bli betydligt större.[2]

3.1.1 Statistik över rest- och bristsituationer

Läkemedelsverket sammanställer och publicerar dagligen uppgifter från företagens restanmälningar.[3] För att ge en översiktlig bild av restsituationer publicerar Läkemedelsverket statistik tre gånger per år. I samband med det gör Läkemedelsverket också en samlad bedömning av nuläget gällande tillgången på läkemedel.

Läkemedelsverkets statistik från 2024 visar att andelen läkemedel på förpackningsnivå[4] som har en pågående restsituation var 6,9 procent och att antalet restanmälda läkemedelsförpackningar under 2024 ligger på en lägre nivå än motsvarande tidsperiod 2023 men högre än under 2021 och 2022.[5]

Även om antalet restsituationer varit något färre under 2024 jämfört med 2023 bedömer Läkemedelsverket att antalet bristsituationer, där myndigheten har arbetat tillsammans med andra aktörer med olika åtgärder för att minska konsekvenserna av de bristsituationer som har uppstått, har varit mera omfattande än tidigare.

För veterinärmedicinska läkemedel publiceras inte samma slags uppdelad statistik som för humanläkemedel. Läkemedelsverket anser dock att det är klarlagt att bristsituationer på läkemedel uppstår och ställer till med svårigheter i djursjukvården. Veterinärer beskriver, enligt myndigheten, att problemet med bristande tillgänglighet till läkemedel ökat de senaste åren.[6]

---

[2] Läkemedelsverket, *Förbättrad information avseende nationell tillgång till läkemedel vid bristsituationer*, *Delrapport 2 – Vidareutveckling av Läkemedelsverkets informationsgivning*, 2020. s. 10.
[3] Läkemedelsverket publicerar även information om utbytbara läkemedelsförpackningar och informerar om andra alternativ såsom till exempel annan förpackningsstorlek eller annan styrka.
[4] Alla restanmälningar sker på förpackningsnivå.
[5] Läkemedelsverkets statistik om restsituationer: https://www.lakemedelsverket.se/sv/behandling-och-forskrivning/forskrivning/restsituationer/statistik-om-restsituationer#hmainbody1 (hämtad: 2025-03-17).
[6] Läkemedelsverket, *Uppdrag att förebygga och hantera rest- och bristsituationer avseende läkemedel*, delredovisning, 2024, s. 18.

3.1.2 Orsaker till rest- och bristsituationer

Läkemedelsbrist kan uppstå av flera olika anledningar. Det kan till exempel bero på problem i tillverkningen eller i distributionen. Det kan även bero på brist på ett verksamt ämne eller på en oväntat hög efterfrågan på läkemedlet. Ett läkemedelsföretag kan också bestämma sig för att inte sälja sin produkt, och det upphör då att tillhandahålla den eller avregistrerar den. Läkemedelsverket publicerar återkommande aggregerad statistik över vad som är orsaken till att läkemedel restanmäls.[7] Myndigheten kan dock inte alltid ange orsaker till att enskilda läkemedel restanmäls.[8]

3.1.3 Konsekvenser av läkemedelsbrist

Läkemedelsbrist kan påverka patienter på många olika sätt och i allvarliga fall leda till konsekvenser i form av utebliven eller uppskjuten behandling. Läkemedelsbrist kan även medföra att patienter behöver genomgå behandling som har en mer ogynnsam biverkningsprofil jämfört med ett rekommenderat förstahandsalternativ. Ett exempel är när brist på ett antibiotikum leder till att sjukvården behöver använda ett alternativ med bredare spektrum för att behandla en patient. Det kan dels medföra fler biverkningar och sämre effekt för den enskilde patienten, dels ge risk för ökad antibiotikaresistens i samhället.[9]

Läkemedelsbrist kan även leda till kostnadsökningar för patienten. Även om det finns ett likvärdigt läkemedel tillgängligt är det nämligen inte säkert att det alternativa läkemedlet ingår i läkemedelsförmånerna enligt lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. För läkemedel som inte omfattas av läkemedelsförmånerna är dessutom prissättningen fri.[10] Det innebär att läkemedelsföretag sätter det pris de önskar och att apoteksföretaget lägger på den marginal som de önskar.

---

[7] Läkemedelsverkets statistik över restsituationer: https://www.lakemedelsverket.se/sv/behandling-och forskrivning/forskrivning/restsituationer/statistik-om-restsituationer#hmainbody1, (hämtad: 2025-03-19).
[8] Det beror på att Läkemedelverket inte kan publicera orsaken till en restsituation utan företagets samtycke.
[9] Folkhälsomyndigheten, *Tillgänglighet till antibiotika*, 2017, s. 11 ff.
[10] Prissättningen av läkemedel och varor inom förmånerna är reglerad. Tillverkarens pris och apotekens handelsmarginal regleras genom beslut av TLV enligt 7 § lagen om läkemedelsförmåner m.m. och anslutande föreskrifter.

Priset på ett och samma läkemedel kan därför variera mellan olika apotek.

Bristsituationer kan även leda till att licensläkemedel används. Licensläkemedel är läkemedel som inte är godkända för försäljning på den svenska marknaden, men där Läkemedelsverket har lämnat ett särskilt tillstånd till apotek att sälja läkemedlet.[11] Förutom ökad administrativ börda innebär användningen av licensläkemedel som regel ökade kostnader för samhället. Det beror på att licensläkemedel ingår i läkemedelsförmånerna utan att Tand- och läkemedelsförmånsverket, TLV, har utvärderat om kostnaden för läkemedlet är rimlig i förhållande till nyttan av det och utan att TLV har fastställt priset.[12]

Rest- och bristsituationer för läkemedel skapar även ökad arbetsbelastning för många aktörer så som apotek, hälso- och sjukvård, företag och myndigheter. Enligt undersökningar utförda av Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU), behöver farmaceuter i Europa avsätta alltmer tid för att hantera rest- och bristsituationer. De enskilda apoteken i 28 undersökta länder lade i genomsnitt nästan 11 timmar extra per vecka på detta arbete.[13] Inom hälso- och sjukvården leder rest- och bristsituationer till ökad arbetsbelastning bland annat genom att mer tid krävs för att lokalisera tillgängliga läkemedel eller hitta behandlingsalternativ till rekommenderad behandling. Enligt studier i USA har rest- och bristsituationer för läkemedel stor ekonomisk påverkan. En granskning av 6 000 sjukhus i USA från 2019 visade att kostnaden för det extra arbete som behövdes för att hantera rest- och bristsituationer uppgick till 359 miljoner amerikanska dollar per år.[14]

3.2 Arbete med att förebygga och hantera läkemedelsbrist

I avsnittet beskrivs en del av det arbete som pågår och som tidigare vidtagits för att förebygga och hantera rest- och bristsituationer av läkemedel.

[11] 4 kap. 10 § läkemedelslagen (2015:315), 2 kap. 17 § läkemedelsförordningen (2015:458) och Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2018:25) om licens.
[12] 16 § lagen om läkemedelsförmåner m.m.
[13] The Pharmaceutical Group of the European Union, *PGEU Medicine Shortages Report 2024*, 2025.
[14] Vizient, *Drug Shortages Impact Report*, 2019.

3.2.1 Bristsituationer kan ofta förebyggas och hanteras

Enligt Läkemedelsverket kan anmälningar från företag om försäljningsuppehåll eller befarad restsituation ofta avhjälpas innan det blir en brist som påverkar patienterna. Det kan exempelvis ske genom att konkurrerande företag ökar leveranserna. Vidare kan Läkemedelsverket utfärda licenser för apotek att sälja läkemedel som inte är godkända i Sverige.[15] I många fall finns alternativa läkemedel och utbyte sker då på apoteket eller i hälso- och sjukvården i enlighet med en så kallad utbytbarhetslista som Läkemedelsverket regelbundet uppdaterar med nya läkemedel.[16]

3.2.2 Arbete inom EU för bättre tillgänglighet till läkemedel

På EU-nivå har flera initiativ tagits för att stärka arbetet i frågor om krisberedskap och hälsohot, bland annat genom inrättandet av den europeiska myndigheten för beredskap och insatser vid hälsokriser (Hera) som ett nytt generaldirektorat vid EU-kommissionen. Heras kärnuppdrag består i att stärka EU:s hälsosäkerhet i beredskaps- och krislägen, att hantera sårbarheter och strategiska beroenden inom unionen vad avser utveckling, upphandling, lagerhållning och distribution av medicinska motåtgärder och att stärka den globala hälsosäkerhetsarkitekturen.[17]

Ett annat initiativ är förordning (EU) 2022/123 av den 25 januari 2022 om en förstärkt roll för European Medicines Agency (EMA), vid krisberedskap och krishantering avseende läkemedel och medicintekniska produkter. Förordningen innebär ett utvidgat mandat för EMA som bland annat fått i uppdrag att förebygga, samordna och hantera konsekvenserna av hot mot folkhälsan och att övervaka, förebygga och rapportera brist på läkemedel och medicintekniska produkter.[18] Läkemedelsverket är enligt sin myndighetsinstruktion behörig myndighet enligt förordningen[19] och ingår också i en arbets-

[15] Läkemedelsverket, *Uppdrag att förebygga och hantera rest och bristsituationer avseende läkemedel*, delredovisning, 2024, s. 3.
[16] Läkemedelsverkets lista över utbytbara läkemedel: https://www.lakemedelsverket.se/sv/behandling-och-forskrivning/utbytbara-lakemedel/utbytbarhetslista#hmainbody1, (hämtad: 2025-03-19).
[17] Prop. 2022/23:45, *Vissa frågor om hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap*, s. 24 f.
[18] Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2022/123 av den 25 januari 2022 om en förstärkt roll för europeiska läkemedelsmyndigheten vid krisberedskap och krishantering avseende läkemedel och medicintekniska produkter.
[19] 29 a § Förordning (2020:57) med instruktion för Läkemedelsverket.

grupp för läkemedelsbrister där information utbyts mellan EMA, EU-kommissionen och medlemsstaterna om rest- och bristsituationer för humanläkemedel och veterinärmedicinska läkemedel.[20]

Det pågår också en översyn av EU:s läkemedelslagstiftning. I förslaget till ny lagstiftning finns förslag som syftar till att förbättra läkemedelsförsörjningen och hanteringen av läkemedelsbrister.[21]

3.2.3 Läkemedelsverket har i uppdrag att arbeta med rest- och bristsituationer för läkemedel

Av Läkemedelsverkets instruktion framgår att myndigheten fortlöpande ska sprida information om försäljningsuppehåll för läkemedel. Vidare anges att myndigheten ska tillhandahålla en struktur för samordning mellan aktörer inom hälso- och sjukvården och aktörer inom försörjningskedjan för läkemedel rörande kritiska eller potentiellt kritiska bristsituationer och inom ramen för denna struktur ta fram lägesbilder över kritiska eller potentiellt kritiska bristsituationer.[22] Vidare ska Läkemedelsverket enligt läkemedelsförordningen (2015:458) fortlöpande föra och offentliggöra en förteckning över läkemedel med försäljningsuppehåll.[23]

Sedan den 1 juli 2023 har Läkemedelsverket möjlighet att besluta om sanktionsavgifter för läkemedelsföretag som inte restanmäler läkemedel i enlighet med kraven i läkemedelslagen (2015:315).[24] Läkemedelsföretagen är skyldiga att meddela Läkemedelsverket att deras försäljning upphör tillfälligt eller permanent.[25] Meddelandet ska lämnas minst två månader innan försäljningen upphör.[26] Syftet är att öka Läkemedelsverkets möjlighet att få tidigare information om restanmälningar, vilket i sin tur skapar större möjligheter att hantera bristsituationer.

Regeringen har även givit Läkemedelsverket i uppdrag att kartlägga, analysera och föreslå åtgärder som syftar till att förebygga

[20] Läkemedelsverket, *Uppdrag att förebygga och hantera rest- och bristsituationer avseende läkemedel,* delredovisning, 2024, s. 13.
[21] Reform av EU:s läkemedelslagstiftning: https://health.ec.europa.eu/medicinal-products/legal-framework-governing-medicinal-products-human-use-eu/reform-eu-pharmaceutical-legislation_.
[22] 17 § Förordning med instruktion för Läkemedelsverket.
[23] 2 kap. 18 § läkemedelsförordningen.
[24] 14 kap. 4 § läkemedelslagen.
[25] 4 kap. 18 § första stycket läkemedelslagen.
[26] Meddelandet får lämnas senare än inom två månader om det finns särskilda skäl, se prop. 2022/23:45, s. 48.

och hantera rest- och bristsituationer avseende läkemedel för den svenska marknaden.[27] Läkemedelsverket lämnade sin första delrapport i maj 2024,[28] och uppdraget ska slutredovisas i februari 2026. I delredovisningen föreslås ytterligare åtgärder som behövs för att hantera och förebygga bristsituationer.

Läkemedelsverkets arbete med nationell lägesbild

Läkemedelsverket ansvarar för att ta fram lägesbilder över kritiska eller potentiellt kritiska bristsituationer för läkemedel.[29] Syftet med dessa lägesbilder är att förebygga och hantera situationer där det finns risk för brist på produkter som behövs i hälso- och sjukvården eller där en kris ställer ökade krav på tillgången till dessa.

Läkemedelsverket tar emot och bedömer alla inkomna restanmälningar och publicerar dagligen information om anmälda restsituationer på sin webbplats med prognosdatum för hur länge restsituationen bedöms pågå. Läkemedelsverket bedömer sedan om en restsituation kan medföra en potentiellt kritisk brist[30] och om så bedöms vara fallet tas en lägesbild fram. Lägesbilderna kan omfatta ett specifikt läkemedel, en substans eller en hel substansgrupp. Lägesbilden utgör en sammanställning av väsentlig information om den specifika bristsituationen och används som ett informationsunderlag.[31] Läkemedelsverket tar också fram lägesbilder för rapportering till EMA.[32]

I förstudie inför framtagandet av en nationell lägesbild över tillgången till läkemedel och medicintekniska produkter, 2022, föreslogs att Läkemedelsverket ska få tillgång till ytterligare informationsmängder för att effektivt kunna ta fram kvantitativa underlag och kunna följa det nationella läget.[33]

---

[27] Socialdepartementet, regeringsbeslut den 2023-05-04, S2023/01609 (delvis).
[28] Läkemedelsverket, *Uppdrag att förebygga och hantera rest- och bristsituationer avseende läkemedel,* delredovisning, 2024.
[29] 17 § förordningen med instruktion för Läkemedelsverket.
[30] Se nästa avsnitt för förklaring av begreppet kritisk brist.
[31] Läkemedelsverket, *Förstudie inför framtagandet av en nationell lägesbild över tillgången till läkemedel och medicintekniska produkter*, 2022.
[32] Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2022/123 av den 25 januari 2022 om en förstärkt roll för Europeiska läkemedelsmyndigheten vid krisberedskap och krishantering avseende läkemedel och medicin-tekniska produkter.
[33] Läkemedelsverket, *Förstudie inför framtagandet av en nationell lägesbild över tillgången till läkemedel och medicintekniska produkter*, 2022.

Läkemedelsverket klassificerar påverkansgraden vid läkemedelsbrist

Läkemedelsverket bedömer vilken grad av påverkan en läkemedelsbrist medför. Det kan röra sig om kritisk påverkan, allvarlig påverkan, betydande påverkan, måttlig påverkan eller ingen påverkan alls.[34] Vid bedömning av påverkansgraden utgår Läkemedelsverket ifrån hur användaren påverkas. Med användare menas patienter, djurägare, hälso- och sjukvårdspersonal och apotekspersonal samt veterinärmedicinsk verksamhet. Vid klassificering av påverkansgraden använder Läkemedelsverket EMA:s riktlinjer som stöd för bedömningen.[35] Riktlinjerna beskriver en metod för bedömning av sårbara läkemedel och har tagits fram av EMA för att skapa en gemensam lista för EU över kritiska läkemedel.[36]

Enligt Läkemedelsverket innebär en läkemedelsbrist med hög påverkan att

> … hälso- och sjukvård och veterinärmedicinsk verksamhet belastas tungt, och att patienter och djurägare kan påverkas negativt i stor utsträckning. Läkemedelsverket bedömer en läkemedelsbrist som kritisk om:
>
> • det gäller ett läkemedel som används för behandling eller förebyggande av livshotande tillstånd eller irreversibelt progressiv sjukdom, eller om bristen allvarligt kan skada folk- eller djurhälsan, och inga relevanta alternativ finns tillgängliga, eller,
>
> • när det gäller veterinärläkemedel, har en negativ inverkan på sjukdomskontrollprogram eller utgör ett hot mot en hållbar djurproduktion på regional eller nationell nivå.[37]

En läkemedelsbrist behöver inte vara kritisk för att ha en hög grad av påverkan. Även läkemedelsbrister utanför gruppen av läkemedel som används för behandling av vård som inte kan anstå kan ha stor påverkan för känsliga målgrupper, till exempel barn som ofta har

[34] Läkemedelsverkets statistik och analys av restsituationer: https://www.lakemedelsverket.se/sv/behandling-och-forskrivning/forskrivning/restsituationer/statistik-om-restsituationer#hmainbody1, (hämtad: 2025-03-19).
[35] Läkemedelsverket, *Uppdrag att förebygga och hantera rest och bristsituationer avseende läkemedel*, delredovisning, 2024, s. 17 f.
[36] European Medicines Agency, Questions and answers on the Union list of critical Medicines, 2023, EMA/438798/2023.
[37] Läkemedelsverket, *Uppdrag att förebygga och hantera rest och bristsituationer avseende läkemedel*, delredovisning, 2024, s. 17 f.

färre alternativa läkemedel att tillgå. Läkemedelsbristen kan också ha stor påverkan på grund av att den drabbar en stor målgrupp.[38]

3.2.4 Arbete med höjd beredskap och lagerhållning

I den nya nationella läkemedelsstrategin för 2024–2026 utgör tillgänglighet till läkemedel ett av tre fokusområden och arbete med att förstärka hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap avseende tillgången på läkemedel pågår både nationellt och internationellt.[39]

Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap har i sitt delbetänkande lämnat förslag på att försörjningsberedskapen ska höjas genom ett system för ökad lagerhållning för läkemedel (och andra typer av sjukvårdsprodukter) i Sverige. Det system som utredningen föreslår bygger på att det i grunden ska finnas en robust försörjning och lagerhållning i vardagen där sjukvårdshuvudmännen, öppenvårdsapoteken och patienterna har ett eget ansvar för att säkerställa en viss tillgång till sådana sjukvårdsprodukter man har behov av.[40] Systemet som föreslås ställer utökade krav på apotekens lagerhållning, hemberedskapen och inrättandet av statliga säkerhetslager.[41]

Med anledning av utredningens förslag beslutade regeringen om uppdrag till flera myndigheter rörande lagerhållning och beredskap.[42]

Den 1 juli 2023 infördes också flera lagändringar i syfte att stärka hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap.[43] I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) har införts ett förtydligat krav på att vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet ska ha de sjukvårdsprodukter och den övriga utrustning som behövs för att kunna ge god vård.[44] Det har även införts krav på att öppenvårdsapoteken ska ha en lagerhållning som är anpassad utifrån den marknad som apoteken verkar på, syftande till att så många konsumenter som möjligt ska kunna expedieras direkt.[45] Bestämmelsen innebar en

[38] Läkemedelsverket, *Underlag till utredningen om läkemedelsförskrivning (S 2024:07) – gällande utredningens deluppdrag om att begränsa förskrivning och expediering av vissa läkemedel vid bristsituationer*, 2024, diarienummer: 1.1.2-2024-107850, s. 3.
[39] Socialdepartementet, *Nationell läkemedelsstrategi 2024–2026*, s. 6.
[40] SOU 2021:19, *En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården*, s. 382. Se även SOU 2020:23, *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning*, s. 154 ff.
[41] SOU 2021:19, s. 353.
[42] Prop. 2022/23:45, s. 28.
[43] Prop. 2022/23:45, s. 27.
[44] 5 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen.
[45] 2 kap. 3 a § lagen om handel med läkemedel.

kodifiering av de riktlinjer som Apotekarsocieteten och Sveriges Apoteksförening tagit fram för apoteksbranschen.[46] Partihandlares leveransskyldighet att leverera läkemedel till öppenvårdsapoteken så snart det kan ske, har utökats till att även omfatta leveranser till sjukhusapoteken.[47]

Som ett led i att stärka och utveckla hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap har staten sedan 2022 ingått så kallade årliga tilläggsöverenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om försörjningsberedskap för läkemedel. Socialstyrelsen bedömer att dessa överenskommelser bidragit till en ökad försörjningsberedskap för läkemedel.[48]

Socialstyrelsens rekommendationer om egenberedskap av läkemedel

Socialstyrelsen rekommenderar sedan den 1 mars 2023 att patienter med stadigvarande behandling för sjukdom eller annat hälsotillstånd har en månads beredskap i hemmet av läkemedel och förbrukningsartiklar, som förskrivits av hälso- och sjukvårdspersonal. Rekommendationen syftar till att minska sårbarheten och stärka beredskapen hos patienter, hälso- och sjukvård och apotek. Rekommendationen gäller alltså för den som under en längre tid behandlas med samma receptbelagda läkemedel i samma dos. Rekommendationen är framtagen utifrån gällande regelverk om läkemedelsförmåner och det har även innan rekommendationen togs fram varit möjligt för patienter att skapa sig den rekommenderade egenberedskapen.[49]

[46] Apotekarsocieteten och Sveriges Apoteksförening, *Svensk GPP – God apotekssed för apotek och sjukvårdsfarmaci i Sverige*, 2019, s. 2.
[47] 3 kap. 3 § 6 lagen om handel med läkemedel.
[48] Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdens arbete med försörjningsberedskap för läkemedel – Utvärdering av överenskommelser mellan staten och SKR om försörjningsberedskap för läkemedel 2022 och 2023*, 2024, s. 19 f.
[49] Socialstyrelsen, *Egenberedskap för läkemedel och medicintekniska produkter – Socialstyrelsens bedömning, rekommendationer och planerade informationsinsats*, 2023, s. 17.

3.2.5 Regioner och kommuners arbete kring hanteringen av bristsituationer för läkemedel

Regioner och kommuner är huvudmän för hälso- och sjukvården och ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård som ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls.[50] Som vårdgivare har regioner och kommuner bland annat ansvar för att de läkemedel som behövs för att en god vård ska kunna ges finns.[51] I egenskap av vårdgivare har de också en skyldighet att snarast anmäla till Läkemedelsverket om det uppstår eller riskerar att uppstå allvarliga brister i läkemedelsförsörjningen till eller inom sjukhus.[52]

Sveriges regioner samarbetar kring hanteringen av bristsituationer för läkemedel i hälso- och sjukvården för att i så god tid som möjligt fånga upp signaler om kommande bristsituationer och för att gemensamt hantera och mildra konsekvenser av att tillgången till ett visst läkemedel är begränsad under en period.

Nedan redogörs kortfattat för en del av regionernas samverkan kring hantering av bristsituationer för läkemedel.

Regionernas samverkan kring hantering av läkemedelsbrist

Av lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer framgår bland annat att det i varje region ska finnas en eller flera läkemedelskommittéer.[53] Läkemedelskommittéerna har ett kunskapsstyrande uppdrag och ska genom rekommendationer till hälso- och sjukvårdspersonalen eller på annat lämpligt sätt verka för en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning inom regionen. Rekommendationerna ska vara grundade på vetenskap och beprövad erfarenhet.[54]

Genom läkemedelskommittéernas nationella nätverk, LOK, samverkar landets samtliga läkemedelskommittéer kring strategiskt viktiga frågor inom läkemedelsområdet.[55] Nationell samverkansgrupp läkemedel och medicinteknik har bildat den nationella arbetsgruppen, NAG LOK, som ska stötta nationella programområden när de tar fram kunskapsstöd. Syftet med arbetsgruppen är att läkemedelsrikt-

[50] 2 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen.
[51] 5 kap. 1–2 §§ och 2 kap. 8 § hälso- och sjukvårdslagen.
[52] 5 kap. 3 § lagen om handel med läkemedel.
[53] 1 § lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer.
[54] 3 § lagen om läkemedelskommittéer.
[55] https://samverkanlakemedel.se/natverket-lok (hämtad: 2025-03-17).

linjer i kunskapsstöd från Nationellt system för kunskapsstyrning ska stämma överens med läkemedelskommittéernas rekommendationer. Vid kritiska bristsituationer kan NAG LOK hålla ihop arbetet, i samråd med professionen, till exempel representanter för nationella programområden, med att ta fram medicinska rekommendationer om alternativa behandlingar, begränsning eller prioritering av användning, ändring av doser och så vidare för att få läkemedlet att räcka så långt som möjligt.[56]

För att samordna arbetet med bristsituationer för läkemedel mellan regionerna finansierar regionerna gemensamt en nationell koordineringsfunktion, Nationellt Kontrolltorn (CT). Nationellt CT har som uppgift att koordinera arbetet med kritiska bristsituationer för regionerna.[57] Regionerna och Sveriges kommuner och regioner deltar också i den omvärldsbevakning som sker inom försörjningskedjan för läkemedel bland annat via nätverket ADL (Aktörsgemensamt Dialogmöte Läkemedelstillgänglighet), som leds av Läkemedelsverket.

3.2.6 Möjlighet till omfördelning av läkemedel vid läkemedelsbrist

Vid läkemedelsbrist kan de läkemedel som finns behöva prioriteras till de patienter eller verksamheter som har störst behov. Det kan ske genom mjuk styrning till exempel rekommendationer, vägledningar och allmänna råd, eller som hård styrning genom till exempel lagar, förordningar och föreskrifter.

Regler för försörjning av läkemedel vid fredstida kriser och höjd beredskap

Regler som rör försörjning av läkemedel i fredstida kristider, vid höjd beredskap och vid krig finns i läkemedelslagstiftningen, men även i annan lagstiftning. Ransoneringslagen (1978:268) är den centrala lagstiftning som finns i Sverige för att besluta om begränsningar

[56] Se: https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/programomradenochsamverkansgrupper/nationellasamverkansgrupper/nsglakemedelochmedicinteknik/lakemedelikunskapsstod.58991.html (hämtad: 2025-03-17).
[57] Se: https://samverkanlakemedel.se/lakemedelsbrister (hämtad: 2025-03-17).

i försäljning och styra befintliga produkter till vissa prioriterade verksamheter. För att ransoneringslagen ska vara tillämplig i bristsituationer i fredstid måste det vara fråga om utomordentliga händelser. Med utomordentliga händelser avses händelser av undantagskaraktär som uppstått plötsligt och varit svåra att förutse och som lett till försörjningssvårigheter. Tolkningen ska vara restriktiv.[58]

Under covid-19-pandemin beslutade regeringen om vissa begränsningar för hur mycket läkemedel som fick hämtas ut på öppenvårdsapotek, för att motverka brist av läkemedel,[59] se avsnitt 3.3.6.

Läkemedelsverkets beslut om tillfälliga föreskrifter om omfördelning av läkemedel mellan apotek i samband med covid-19-pandemin

I samband med utbrottet av covid-19-pandemin beslutade Läkemedelsverket om tillfälliga föreskrifter som möjliggjorde omfördelning av läkemedel mellan apotek.[60] Förskrifterna gällde för både öppenvårds- och sjukhusapotek och byggde på att Läkemedelsverket fattade beslut om vilka läkemedel som fick omfördelas. Bakgrunden var att det i bristsituationer var svårt att flytta läkemedel mellan de aktörer som befann sig närmast patienten, det vill säga apoteken. Detta innebar att det inte enkelt gick att omlokalisera befintliga läkemedel från en plats till en plats där de behövdes i en bristsituation.

Av föreskrifterna framgick att Läkemedelsverket kunde besluta om undantag (dispens) från bestämmelserna om det fanns särskilda skäl.[61]

Styrning genom rekommendationer

På hälso- och sjukvårdsområdet utfärdar flera myndigheter rekommendationer, riktlinjer, kunskapsstöd och allmänna råd för vårdens utförande, vilket inkluderar läkemedelsbehandling. Rekommendationerna och riktlinjerna utgör stöd till hälso- och sjukvårdpersonal och till regionerna. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Läke-

[58] Prop. 1977/78:75, *med förslag till ransoneringslag m.m.*, s. 50 ff.
[59] 10 a § förordning om ändring i förordningen (2009:659) om handel med läkemedel (SFS 2020:164).
[60] Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2020:20) om omfördelning av läkemedel mellan apotek.
[61] 8 § HSLF-FS 2020:20.

medelsverket och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering är några av myndigheter som ansvarar för att ta fram kunskapsstöd. Regionernas Läkemedelskommittéer och Rådet för nya terapier (NT-rådet) är ytterligare aktörer som tar fram rekommendationer till hälso- och sjukvårdspersonalen.[62]

Möjlighet för regioner att omfördela rekvisitionsläkemedel saknas

Enligt uppgift från Sveriges Kommuner och Regioner saknas lagstöd för att omfördela rekvisitionsläkemedel mellan regioner vid en bristsituation.

3.2.7 Kaskadprincipen ska tillämpas om veterinärmedicinska läkemedel saknas

Grundläggande bestämmelser om läkemedel till djur finns i förordningen (EU) 2019/6 om veterinärmedicinska läkemedel. Förordningen innehåller bland annat regler om hur veterinärer ska välja vilket läkemedel som ska användas för behandling av djur. Huvudregeln är att veterinärmedicinska läkemedel ska användas i enlighet med villkoren i godkännandet för försäljning.[63] För att kunna behandla djur även då det saknas godkänt läkemedel i landet för den aktuella indikationen och djurslaget finns dock regler som ger veterinärer möjlighet att välja andra alternativ, valet av läkemedel ska då ske i enlighet med den så kallade kaskadprincipen. Enligt denna princip får en veterinär i undantagsfall och av djurskyddsskäl välja ett veterinärmedicinskt läkemedel som är godkänt för en annan indikation eller ett annat djurslag än det avsedda samt även humanmedicinska läkemedel och läkemedel godkända i annat land. EU-förordningen innehåller detaljerade bestämmelser om hur kaskadprincipen ska tillämpas för olika djurslag.[64]

För att få tillgång till veterinärmedicinska läkemedel som är godkända i annat EU-land behöver en ansökan om licens sökas hos Läkemedelsverket.

[62] https://samverkanlakemedel.se/.
[63] Artikel 106.1 förordningen (EU) 2019/6 om veterinärmedicinska läkemedel.
[64] Artikel 112–114 förordningen (EU) 2019/6 om veterinärmedicinska läkemedel.

3.3 Gällande rätt rörande förordnande och utlämnande av läkemedel

I avsnittet beskrivs några centrala begrepp för de överväganden och förslag som utredningen lämnar i betänkandet. Vidare beskrivs existerande och tidigare begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel och Läkemedelverkets bemyndigande att meddela föreskrifter på området.

3.3.1 Begreppen ordinera, förskriva och förordna

Begreppen förordna, förskriva och ordinera används ibland synonymt men har olika innebörd. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och termbank är en ordination ett beslut av hälso- och sjukvårdspersonal som är avsett att påverka en patients hälsotillstånd genom en hälso- och sjukvårdsåtgärd,[65] vilket innebär att en ordination av läkemedel är ett beslut avseende läkemedelsbehandling. Varje beslut som förändrar en läkemedelsbehandling utgör en ordination. Det kan till exempel vara beslut om att påbörja eller avsluta en läkemedelsbehandling eller ändra doseringen av läkemedlet. Ordination utgör alltid första steget vid behandling med läkemedel, oavsett om läkemedlet ska förskrivas för att kunna hämtas ut på öppenvårdsapotek av patienten eller om läkemedlet ska överlämnas till patienten av hälso- och sjukvårdspersonal.[66]

Begreppen förordna och förskriva används och definieras i Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit. Förordna betyder att utfärda recept eller rekvisition[67] av läkemedel eller teknisk sprit medan förskriva endast betyder att utfärda recept.[68] Begreppet förskriva är således ett smalare än begreppet förordna då det inte omfattar att utfärda rekvisition av läkemedel.

[65] 3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.
[66] Socialstyrelsen, *Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården – Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården*, 2019, s. 20.
[67] Socialstyrelsen termbank definierar rekvisition som en beställning av läkemedel från ett apotek till en vårdenhet.
[68] 1 kap. 7 § HSLF-FS 2021:75.

3.3.2 Behörighet att ordinera och förordna läkemedel

Att ordinera läkemedel är en arbetsuppgift inom hälso- och sjukvården och tandvården som är reglerad i författning där det anges vilken hälso- och sjukvårdspersonal som är behörig att utföra arbetsuppgiften. Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården framgår vem som har rätt att ordinera läkemedel.[69] Vilka som har behörighet att förordna läkemedel framgår i sin tur av Läkemedelsverkets föreskrifter. De yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården som har behörighet att förordna läkemedel är läkare, tandläkare, tandhygienist, barnmorska, sjuksköterska och optiker som uppfyller kompetenskraven i Socialstyrelsens föreskrifter.[70]

Veterinärer[71] är behöriga att ordinera och förordna läkemedel till djur.[72] Veterinärer får inte förskriva läkemedel till människa, men kan förskriva humanläkemedel till djur.

3.3.3 Vad som gäller vid förordnande av läkemedel

Bestämmelser om vad som gäller vid förordnande av läkemedel, till både människor och djur, som ska utlämnas på öppenvårdsapotek finns i Läkemedelsverkets föreskrifter.[73] I dessa föreskrifter framgår bland annat vilka uppgifter som ska anges på ett recept till människa och ett recept till djur.[74] Uppgifter som alltid ska anges på recept till människa är exempelvis patientens namn och personnummer,[75] läkemedelsnamn, läkemedelsform och förskrivarens namn.[76] Ett veterinärrecept ska bland annat innehålla information så att djuret eller den grupp djur som ska behandlas kan identifieras, djurägarens eller djurhållarens fullständiga namn och kontakt uppgifter och vete-

[69] 5 kap. 1 § HSLF-FS 2017:37.
[70] 2 kap. HSLF-FS 2021:75.
[71] Den som är behörig att utöva veterinäryrket enligt lagen (2009:302) om verksamhet inom djurens hälso- och sjukvård.
[72] Statens jordbruksverks föreskrifter och allmänna råd om (SJVFS 2023:21) veterinärs ordination av läkemedel, djurhållares registrering av uppgifter samt operativa ingrepp som djurhållare får utföra.
[73] Se HSLF-FS 2021:75.
[74] 4 och 5 kap. HSLF-FS 2021:75.
[75] Om patientens personnummer inte kan anges ska i stället. samordningsnummer eller födelsedatum anges.
[76] 4 kap. 8 § HSLF-FS 2021:75.

rinärens fullständiga namn och kontaktuppgifter samt yrkesregistreringsnummer om detta finns tillgängligt.[77]

Statens jordbruksverk har även utfärdat ytterligare föreskrifter och allmänna råd ytterligare föreskrifter om veterinärers förordnande av läkemedel till djur.[78]

3.3.4 Vad som gäller vid utlämnande av läkemedel på öppenvårdsapotek

I öppenvårdsapotekens grunduppdrag ingår att verka för en god och säker läkemedelsanvändning genom att säkerställa att konsumenten så snart det kan ske får tillgång till förordnade läkemedel och varor, ge sakkunnig och individuellt anpassad information och rådgivning samt genomföra och upplysa om utbyte av läkemedel. Vidare ska öppenvårdsapotekens lager anpassas utifrån konsumenternas behov på den marknad som öppenvårdsapoteken verkar på i syfte att så många konsumenter som möjligt ska kunna expedieras direkt.[79]

Alla öppenvårdsapotek är skyldiga att tillhandahålla samtliga förordnade läkemedel, vilket inkluderar läkemedel för djur. Begreppet expediering används för att beskriva den process som börjar med att läkemedel eller teknisk sprit efterfrågas utifrån ett förordnande, och som avslutas med att ett läkemedel eller teknisk sprit blir utlämnat. Processen omfattar alla de uppgifter, inklusive kontroller och bedömningar, som ska utföras på ett öppenvårdsapotek för att ett läkemedel eller teknisk sprit ska kunna lämnas ut till rätt person.[80] Begreppet utlämnande avser alltså den sista avslutande delen i processen där läkemedlet lämnar apoteket.

Vid expediering och utlämnande av läkemedel ska en farmaceut kontrollera att ett förordnande som ska expedieras uppfyller samtliga krav på ett sådant förordnande.[81]

Uppfyller inte ett förordnande de krav som ställs för utlämnande föreligger ett expedieringshinder och läkemedlet får inte lämnas ut från apoteket. Omständigheter som utgör expedieringshinder är bland

[77] 5 kap. 8 § HSLF-FS 2021:75.
[78] Det finns bl.a. i Statens jordbruksverks föreskrifter och allmänna råd (SJVFS 2023:19) om djurhälsopersonal och Statens jordbruksverks föreskrifter och allmänna råd (SJVFS 2023:21) om veterinärs ordination av läkemedel, djurhållares registrering av uppgifter samt operativa ingrepp som djurhållare får utföra.
[79] 2 kap. 3 a § lag om handel med läkemedel.
[80] 1 kap. 7 § HSLF-FS 2021:75.
[81] 8 kap. 7 § HSLF-FS 2021:75.

annat att den som utfärdat förordnandet inte är behörig, att förordnandets giltighetstid passerats, att expedieringen bedöms som olämplig eller att förordnandet är otydligt, ofullständigt eller uppenbart oriktigt.[82]

3.3.5 Rekvisitionsläkemedel och utlämnande på sjukhusapotek

Rekvisitionsläkemedel är en benämning för sådana läkemedel som vårdgivare beställer (rekvirerar) för att använda inom hälso- och sjukvården vid olika behandlingar som ges till patient. Rekvisitioner omfattar beställning av läkemedel till verksamheter i såväl öppen som sluten vård på bland annat sjukhus, vårdcentraler och öppna mottagningar. Rekvisition av läkemedel inom den slutna vården sker till stor del på aggregerad nivå, dvs. beställning av läkemedel sker till vårdenhet och inte till enskild patient.[83]

Den som är behörig förskrivare i enlighet med bestämmelserna i Läkemedelsverkets föreskrifter får också rekvirera sådana läkemedel som omfattas av behörigheten.[84] Av föreskrifterna framgår att läkemedel i vissa fall får rekvireras även av personer som inte är behöriga förskrivare. Läkemedel får exempelvis rekvireras av föreståndare för vetenskaplig institution eller motsvarande vid universitet eller högskola eller för sådant undersökningslaboratorium, forskningsinstitut eller dylikt, som ägs eller åtnjuter understöd av staten eller kommun, om läkemedlet ska användas för annat ändamål än sjukvård.[85]

Av lagen (2009:366) om handel med läkemedel framgår att det på sjukhus ska finnas sjukhusapotek för att organisera läkemedelsförsörjningen till och inom sjukhus.[86] Bestämmelser om vad som gäller vid utlämnande från sjukhusapotek finns i Läkemedelsverkets föreskrifter.[87] Innan läkemedel lämnas ut från sjukhusapotek ska farmaceut ha utfört en författningsmässig och farmakologisk kontroll av rekvisitionen.[88]

[82] 8 kap. 12 § HSLFS-FS 2021:75.
[83] SOU 2024:57, *Ett nytt regelverk för hälsodataregister*, s. 203 ff.
[84] 2 kap. 1 § HSLF-FS 2021:75.
[85] 6 kap. 7 § 1 HSLF-FS 2021:75.
[86] 5 kap. 1 § lagen om handel med läkemedel.
[87] Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2012:8) om sjukhusens läkemedelsförsörjning.
[88] 5 kap. 6 § LVFS 2012:8.

3.3.6 Existerande och tidigare begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel

Det är endast läkare och veterinärer som har generell rätt att förordna läkemedel. Rätten innebär att läkare och veterinärer kan förordna läkemedel även utanför ett läkemedels godkända indikation, ofta kallat off label,[89] under förutsättning att det sker i överenstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.[90] Användning av läkemedel off label utgör en viktig del i läkares och veterinärers möjligheter att ge lämplig läkemedelsbehandling till patienter och djur. Ett skäl kan vara att det saknas andra behandlingsalternativ och att läkemedelsanvändning utanför den godkända indikationen tillgängliggör behandling för att uppfylla ett medicinskt behov. Off label-behandling är mycket vanligt förekommande inom vissa terapiområden och för vissa målgrupper. Barn behandlas exempelvis ofta med läkemedel som enbart är godkända för vuxna, då effekter av många läkemedel studerats på i huvudsak vuxna patienter. Inom onkologisk verksamhet och vid behandling av sällsynta sjukdomar förekommer även mycket off label-behandling.[91]

Den generella rätten att förordna läkemedel är dock inte obegränsad. I detta avsnitt beskrivs några begränsningar av förordnande och utlämnande av läkemedel som Läkemedelsverket och regeringen har beslutat. Vidare beskrivs vilket bemyndigande Läkemedelsverket har att genomföra denna typ av begränsningar.

Läkemedelsverkets begränsningar av vissa läkemedel

I Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2017:74) om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel finns begränsningar för vissa läkemedel.

Ett exempel är narkotiska läkemedel som godkänts för behandling av adhd. Sådana läkemedel får endast lämnas ut från apotek om det förordnats av läkare med specialistkompetens i barn- och ung-

[89] Enligt Socialstyrelsens termbank betyder det användning av läkemedel som avviker från den godkända produktresumén, såsom användning på icke godkänd indikation, avvikande dos eller avvikande administrationssätt.
[90] Se 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).
[91] Läkemedelsverket, *Uppdrag om nytta/risk-bedömning vid av läkemedel utanför godkänd indikation*, 2019, s. 22 ff.

domspsykiatri, psykiatri, rättspsykiatri, neurologi eller barn- och ungdomsneurologi med habilitering.[92]

Ett annat exempel är läkemedel som innehåller narkotika och som godkänts för behandling av opioidberoende.[93] Ett sådant läkemedel får lämnas ut från apotek om det förordnats av läkare med specialistkompetens i psykiatri, beroendemedicin eller smärtlindring och som är verksam vid en vårdgivare som bedriver sådan verksamhet som erbjuder läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.[94] I föreskrifterna anges vidare att om läkemedlet förordnas för en annan indikation än opioidberoende, men som också är godkänd för läkemedlet, gäller inte begränsningarna.

I föreskrifterna anges även att godkända läkemedel som innehåller mifepriston som används vid abort endast får lämnas ut från apotek till en vårdinrättning och inte till enskild patient.[95] Det krävs även att den förordnande läkaren ska vara verksam vid vårdinrättningen, men hen behöver inte ha någon viss specialistkompetens.

Av föreskrifterna framgår också att Läkemedelsverket kan besluta om undantag från föreskrifterna om det finns särskilda skäl.[96] För att undantag ska beviljas krävs att en ansökan om dispens görs av den förskrivare som saknar behörighet. Läkemedelsverket prövar dispensansökan och om dispensen beviljas utgör den ett tillstånd som är knutet till en förskrivare och en arbetsplatskod.[97]

Läkemedelsverkets tillfälliga begränsning av klorokin och hydroxiklorokin under covid-19-pandemin

Läkemedelsverket fick tidigt under covid-19-pandemin indikationer på att läkemedel innehållande klorokin och hydroxiklorokin användes för att behandla covid-19 och att förskrivningen av dem kraftigt ökade. Ökningen riskerade att medföra att patienter med reumatiska sjuk-

[92] 1 § HSLF-FS 2017:74.
[93] Enligt Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2011:10) om förteckningar över narkotika.
[94] Av 2 § andra stycket HSLF-FS 2017:74 framgår att behandlingsverksamheten ska omfattas av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende och vara anmäld till Inspektionen för vård och omsorg i enlighet med de föreskrifterna.
[95] Utredningen om förändringar i abortlagstiftningen (SOU 2025:10) har föreslagit att abort utanför en vårdinrättning ska bli tillåtet. Utredningen bedömer därför att Läkemedelsverket behöver se över föreskrifterna för mifepriston, om förslaget genomförs.
[96] 6 § HSLF-FS 2016:1.
[97] Läkemedelsverket, *Vägledning till Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2017:74) om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel*, 2024.

domar och malaria, vilket läkemedlen är godkända för, skulle bli utan behandling. Vidare var data avseende läkemedlens effekt och säkerhet avseende behandling av covid-19 mycket begränsade. Förskrivningen ökade mest inom specialiteter som vanligen inte förskriver dessa läkemedel.

Mot bakgrund av detta beslutade Läkemedelsverket om tidsbegränsade föreskrifter av vilka det framgick att godkända läkemedel innehållande klorokin eller hydroxiklorokin endast fick lämnas ut mot recept från ett apotek om det var förskrivet av en läkare med specialistkompetens i reumatologi, hud- och könssjukdomar eller barn- och ungdomsmedicin.[98] Utlämnande efter rekvisition begränsades inte.[99] Av föreskrifterna framgick att Läkemedelsverket, om det fanns särskilda skäl, kunde besluta om undantag (dispens) från bestämmelserna föreskrifterna.[100]

En uppföljning visade att förskrivningen av klorokin och hydroklorokin snabbt sjönk i samband med att Läkemedelsverkets föreskrifter infördes och återgick till samma nivåer som före pandemin.[101]

Regeringens generella begränsning av utlämnande av läkemedel under Covid-19-pandemin

Under utbrottet av covid-19-pandemin fattade regeringen beslut om begränsningar av mängden receptbelagda läkemedel som fick expedieras på öppenvårdsapoteken för att motverka brist av läkemedel. Bestämmelsen innebar att receptförskrivna läkemedel inte kunde utlämnas för mer än 90 dagar i taget vid samma tillfälle. Vidare framgick att en förskrivning först fick expedieras på nytt då minst två tredjedelar av den tid förflutit som den tidigare expedierade mängden läkemedel var avsedd att tillgodose.[102] Bestämmelsen upphörde att gälla

[98] Läkemedelsverkets webbplats: https://www.lakemedelsverket.se/sv/nyheter/utlamnandebegransning-av-klorokin-hade-effekt (hämtad: 2025-02-03).
[99] 1–2 §§ HSLF-FS 2020:11.
[100] 3 § HSLF-FS 2020:11.
[101] Karl-Mikael Kälkner, Anders Sundström, Maria Juhasz Haverinen, Kenneth Nordback, Veronica Arthurson, Björn Zethelius and Rickard Ljung, *A temporary regulation to manage an impending shortage due to extraordinary prescribing patterns of chloroquines observed during early phase of COVID-19 epidemic*, Upsala Journal of Medical Sciences, 2023.
[102] 10 a § förordning (2020:164) om ändring i förordningen (2009:659) om handel med läkemedel (SFS 2020:164).

den i januari 2022.[103] En motsvarande begränsning finns för mängden läkemedel som kan expedieras inom läkemedelsförmånerna.[104] Bestämmelsen som infördes med anledning av covid-19-pandemin innebar alltså att den begränsning som i vanliga fall endast gäller för expediering av läkemedel inom läkemedelsförmånerna under en tid gällde för expediering av alla receptbelagda läkemedel.

3.3.7 Läkemedelverkets bemyndigande att meddela föreskrifter rörande förordande och utlämnande av läkemedel

Läkemedelslagen innehåller grundläggande bestämmelser om läkemedel som är både för människor och för djur. Enligt 18 kap. 8 § 2 läkemedelslagen får regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddela föreskrifter om vad som ska gälla vid förordnande och utlämnande av ett läkemedel eller teknisk sprit. Av 18 kap. 12 § läkemedelslagen framgår även att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter i frågor som rör lagen och som behövs för att skydda människors eller djurs hälsa eller miljön.[105]

Regeringen har, som framgår av 9 kap. 9 § 2 läkemedelsförordningen, bemyndigat Läkemedelsverket att meddela föreskrifter om vad som ska gälla vid förordnande och utlämnande av ett läkemedel eller teknisk sprit,[106] samt enligt 9 kap. 11 § samma lag meddela ytterligare föreskrifter i frågor som rör läkemedelslagen och som behövs för att skydda människors eller djurs hälsa eller miljön.

Lagen om handel med läkemedel reglerar vad som gäller för försäljning av läkemedel till konsument på öppenvårdsapotek. I lagen finns ett bemyndigande för regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, att meddela de ytterligare föreskrifter om handel med läkemedel som behövs till skydd för människors och djurs liv eller hälsa samt för miljön.[107] Regeringen har i förordningen (2009:659)

[103] Förordning om ändring i förordningen (2009:659) om handel med läkemedel (SFS 2021:1269).
[104] 2 § och 11 § Förordning (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m.
[105] 18 kap. 12 § läkemedelslagen.
[106] 9 kap. 9 § 2 läkemedelsförordningen.
[107] 9 kap. 5 § lagen om handel med läkemedel.

om handel med läkemedel bemyndigat Läkemedelsverket att meddela sådana föreskrifter.[108]

3.4 Läkemedelsverket ser behov av att begränsa förordnande av läkemedel i bristsituationer

Läkemedelsverket framför i ett underlag till utredningen att det i vissa situationer finns behov av att begränsa av rätten att förordna[109] för att hantera och motverka läkemedelsbrist. Myndigheten framför också att myndigheten behöver ett tydligt bemyndigande för att kunna besluta om sådana begränsningar.

3.4.1 Exempel på situationer när begränsningar i bristsituationer behöver genomföras

Läkemedelsverket har i underlaget till utredningen utvecklat exempel på allvarliga bristsituationer där en begränsning av rätten att förordna hade möjliggjort reglering av tillgången till patienter med ett stort behov av behandling.

Brist på läkemedel innehållande semaglutid

Tillgången till GLP-1-receptoragonister, bland annat läkemedelssubstansen semaglutid var 2024 mycket ansträngd. Läkemedlen som är godkända för diabetes har blivit omtalade för deras effekt på viktnedgång. Efterfrågan på och förskrivningen av läkemedlen har ökat kraftigt och det finns tecken på att det medfört att personer med diabetes blivit utan sin medicinering. Ozempic (semaglutid), Rybelsus (semaglutid), Victoza (liraglutid) och Trulicity (dulaglutid) har diabetes men inte viktkontroll som godkänd indikation. Det finns andra GLP-1-receptoragonister som har viktminskning som godkänd indikation men dessa omfattas inte av läkemedelsförmånen.

Läkemedelsverkets uppfattning är att ett godkänt läkemedel med godkänd indikation bör vara förstahandsval vid all förskrivning. Med anledningen av bristsituationen på GLP-1-receptoragonister har Läke-

[108] 14 § 15 förordningen om handel med läkemedel.
[109] Läkemedelsverket använder begreppet förskrivning.

medelsverket vid upprepade tillfällen vädjat om att förskrivare ska ordinera dessa läkemedel endast på godkänd indikation för att personer med diabetes ska få de läkemedel som finns att tillgå.[110] Socialstyrelsens kartläggning, av uttagen av läkemedel som innehåller semaglutid, som presenterades i april 2024, visade att drygt 16 procent av uttagen gjordes av patienter utan rapporterad diabetesdiagnos. Analysen visar även en ökande kategori av patienter som varken har rapporterad historik av diabetes eller obesitas.[111]

Patienter med diabetes behandlas av läkare med många specialiteter både inom slutenvården och i öppenvården. En begränsning som innebär att ett läkemedel endast får expedieras på apotek om det är förordnat av en viss bestämd specialitet skulle därmed inte bli lämplig. I detta fall skulle en begränsning av rätten att förordna, enligt Läkemedelsverket, behöva knytas till en viss indikation.

Brist på läkemedlet acetylcystein

Under perioden januari-mars 2024 rådde brist på läkemedlet acetylcystein i beredningsformen lösning. Acetylcystein i denna form är det enda tillgängliga läkemedlet som kan motverka en akut livshotande förgiftning av paracetamol. Acetylcystein som lösning används också för behandling av luftrörskatarr och cystisk fibros och vid kroniskt torra ögon. För att reservera läkemedlet till behandling av paracetamolförgiftning i slutenvården uppmanade Läkemedelsverket därför läkare i öppenvården att inte förordna acetylcystein lösning. Sådan rekommendation har även lämnats av regionernas nationella samverkansgrupp NAG LOK.[112]

Liksom för exemplet semaglutid ovan skulle en förskrivningsbegränsning behöva knytas till indikation för att reservera den mängd läkemedel som finns till patientgrupper som har kritiskt behov av läkemedlet.

---

[110] Veronica Arthurson, Rickard Ljung och Anders Sundström, *Förskriv GLP-1-receptoragonister endast på godkänd indikation*, Läkartidningen, 2023, https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2023/12/forskriv-glp-1-receptoragonister-endast-pa-godkand-indikation/ (hämtad: 2025-03-19).
[111] Socialstyrelsen, Statistik över uttag av läkemedel med semaglutid. 2024-04-09 Art.nr: 2024-4-9012. Reviderat: 2024-09-09.
[112] Rekommendationer vid rester och brister på läkemedel: https://samverkanlakemedel.se/natverket-lok/rekommendationer-vid-rester-och-brister-pa-lakemedel (hämtad: 2025-03-19).

Brist på astmaläkemedel för barn

Under en längre period har flera olika astmaläkemedel för barn varit restanmälda. Detta har skapat oro bland professionen och föräldrar. Utifrån den lägesbild som Läkemedelsverket har tagit fram saknas behandlingsalternativ till läkemedel som innehåller flutikason (kortisonspray) i andningsbehållare för vissa grupper. Det handlar om barn under 6 år, individer med funktionsnedsättningar och vissa andra grupper med svåra besvär. Läkemedelsverket har även i detta fall skrivit en rekommendation till förskrivarna. Enligt uppgift från Läkemedelsverket hade denna rekommendation ingen mätbar effekt på förskrivningen efter två månader.

Företagen har, enligt Läkemedelsverket, svårt att leverera läkemedel innehållande flutikason i sprayform i de volymer som behövs. En begränsning av rätten att förordna skulle därför göra det möjligt att reservera läkemedel till de målgrupper som saknar alternativa behandlingar.

3.4.2 Läkemedelsverket ser behov av att förtydliga myndighetens bemyndigande

Läkemedelsverket har framfört till utredningen att det är otydligt huruvida deras nuvarande bemyndigande ger dem mandat att begränsa förskrivning eller förordnande av läkemedel på grund av potentiell eller pågående bristsituation samt hur sådana begränsningar i sådana fall får göras.[113] Läkemedelsverket anser att olika utredningar haft olika uppfattningar om hur deras bemyndigande kan användas. Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap har i ett delbetänkande[114] bedömt att de bemyndiganden som redogjorts för i avsnitt 3.3.7 innebär att det finns rättsliga förutsättningar för Läkemedelsverket att meddela föreskrifter som begränsar förskrivningsrätten vid läkemedelsbrist medan Utredningen om översyn av ransoneringslagen och prisregleringslagen i sitt slutbetänkande[115] gav uttryck för en annan uppfattning. Utredningen ansåg att Läkemedelsverkets bemyndigande inte kunde användas för att i

[113] Läkemedelsverket, Underlag till utredningen om läkemedelsförskrivning (S 2024:07) – gällande utredningens deluppdrag om att begränsa förskrivning och expediering av vissa läkemedel vid bristsituationer, 2024, diarienummer: 1.1.2-2024-107850.
[114] SOU 2021:19, s. 832 f.
[115] SOU 2009:69, *En ny ransonerings- och prisregleringslag*, s. 63.

exempelvis en pandemisituation besluta om föreskrifter om ransonering, så som begränsningar av mängden läkemedel som får lämnas ut.

Vidare påtalar Läkemedelsverket att den reglering som infördes för att motverka hamstring av läkemedel under covid-19-pandemin beslutades av regeringen, genom en ändring av förordningen om handel med läkemedel.[116]

Läkemedelsverket har genom sina föreskrifter hittills endast reglerat i vilken mån öppenvårdsapoteken får lämna ut läkemedel, beroende på hur förskrivningen eller förordnandet ser ut. Ansvaret för att säkerställa att förskrivningen eller förordnandet är korrekt har alltså helt legat på apoteken. I de flesta fall har begränsningen varit kopplad till att den som förordnar läkemedlet har viss specialistkompetens.

Läkemedelsverket framför att den fria förskrivningsrätten är en grundläggande princip inom den svenska hälso- och sjukvården och att den inte bör kunna inskränkas utan ett tydligt mandat. Mot bakgrund av detta önskar Läkemedelsverket att det införs ett tydligt bemyndigande som gör det möjligt för dem att på olika sätt begränsa förordnande och utlämnande av läkemedel, vid en potentiell eller pågående bristsituation.

3.5 Tillsyn av förordnande och utlämnande av läkemedel

Nedan redogörs för tillsynen av förordnande och utlämnande av läkemedel.

3.5.1 IVO:s tillsyn av hälso- och sjukvårdspersonal

Inspektionen för vård och omsorg, IVO, ansvarar för tillsynen över hälso- och sjukvården och dess personal enligt patientsäkerhetslagen (2010:659).[117] Syftet med IVO:s tillsyn är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter.[118] IVO granskar hälso- och

[116] SFS 2020:164.
[117] 7 kap. 1 § patientsäkerhetslagen.
[118] 2 § förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

sjukvårdspersonal ur ett patientsäkerhetsperspektiv och ett förtroendeperspektiv.[119]

IVO ska bland annat tillsyna att hälso- och sjukvårdspersonal inte förordnar läkemedel felaktigt. Exempel på när ett förordnande kan vara felaktigt är när det sker på felaktiga grunder (fel indikation), när det avser större mängd läkemedel än vad som behövs för behandlingen i övrigt eller när det inte är i enlighet med de lagar och föreskrifter som gäller. Det kan exempelvis vara att förordnandet felaktigt belastar läkemedelsförmånerna eller inte följer de begränsningar som gäller för vissa läkemedel, så som läkemedel för adhd eller läkemedel som innehåller isotretinoin[120]

IVO:s tillsynsansvar omfattar även apotekare och legitimerade receptarier i deras egenskap av hälso- och sjukvårdspersonal.[121] Apotekspersonalen ska om en förskrivning av läkemedel skäligen befaras stå i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet anmäla förskrivaren till IVO.[122] Anmälningsskyldigheten gäller dock inte alla läkemedel utan endast narkotiska läkemedel, andra särskilda läkemedel, alkoholhaltiga läkemedel och teknisk sprit.

Om IVO:s tillsyn visar att hälso- och sjukvårdspersonalen brister i sina skyldigheter kan myndigheten fatta beslut med kritik eller anmäla den som granskats till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).[123]

IVO tillsynsansvar omfattar även apoteken i egenskap av vårdgivare.[124] IVO tillsynar bland annat att apoteken bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och uppfyller i övrigt uppfyller de krav som ställs på vårdgivare.[125]

3.5.2 Läkemedelsverkets tillsyn av apotekens expediering av läkemedel

Läkemedelsverket utövar tillsyn över att apoteken hanterar och säljer läkemedel på ett säkert och effektivt sätt genom att se till att apoteken lever upp till de krav som ställs i bland annat lagen om handel

[119] IVO, *Förstärkt tillsyn mot välfärdsbrottsligheten inom hälso- och sjukvården och tandvården*, 2025, s. 8.
[120] Riksrevisionen, *Läkemedelsförskrivningen – statens styrning och tillsyn*, 2023, s. 58 ff.
[121] 1 kap. 4 § 4 patientsäkerhetslagen.
[122] 6 kap. 11 § patientsäkerhetslagen.
[123] 7 kap. 30 §, 8 kap. 6 och 11 §§ patientsäkerhetslagen.
[124] 3 kap. 5–7 §§ och 6 kap. 11 § första stycket patientsäkerhetslagen.
[125] Vårdgivares skyldigheter regleras i 3 kap. patientsäkerhetslagen.

med läkemedel, läkemedelslagen och lagen om kontroll av narkotika samt tillhörande förordningar och föreskrifter.[126]

Läkemedelsverket granskar bland annat att den som driver ett apotek har en läkemedelsansvarig för verksamheten, utövar egenkontroll enligt särskilda regler, har lokalen bemannad med minst en farmaceut under öppethållandet och bedriver verksamhet i lokaler som är lämpliga för sitt ändamål.

I den egenkontroll som apoteken ska genomföra ingår bland annat att apoteken själva ska kontrollera sin verksamhet och anmäla brister eller avvikelser till Läkemedelsverket. Det kan röra sig om att en farmaceut expedierat ett läkemedel felaktigt. I Läkemedelsverkets tillsyn ingår en granskning av att tillståndshavaren har de rutiner som krävs för att farmaceuterna ska ha möjlighet att expediera förordnanden på ett korrekt sätt, och att dessa rutiner också följs av expedierande personal på apoteket. Läkemedelsverkets tillsyn riktar sig dock mot tillståndshavaren och inte mot de enskilda farmaceuterna.

3.5.3 Läkemedelsverkets tillsyn över sjukhusens läkemedelsförsörjning

Läkemedelsverket utövar tillsyn över hur vårdgivarna har organiserat sjukhusens läkemedelsförsörjning.[127] Vårdgivaren kan välja att driva sjukhusapoteket i egen regi eller låta en anlitad aktör för att utföra delar av eller samtliga aktiviteter inom sjukhusapoteksfunktionen.

Läkemedelsverket kontrollerar i sin tillsyn att vårdgivarna följer gällande lagar och bestämmelser för försörjningen av läkemedel till och inom sjukhus från sjukhusapotek. Läkemedelsverket granskar bland annat processen för hur läkemedel rekvireras från sjukhusapoteken och att de åtgärder som apoteket ska utföra i samband med utlämnandet av läkemedlen från sjukhusapoteket utförs på ett korrekt sätt.

[126] Apoteksverksamheten regleras i lagen om handel med läkemedel. Kraven på apoteken regleras bland annat i 15 punkter i den så kallade kravkatalogen i 2 kap. 6 § lagen om handel med läkemedel. I läkemedelslagen regleras tillverkning av läkemedel på apotek.
[127] Sjukhusapotek regleras i 5 kap. lagen om handel med läkemedel och i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2012:8) om sjukhusens läkemedelsförsörjning. Läkemedelsverket har enligt 7 kap. 1 § 1 lagen om handel med läkemedel ansvar för tillsyn över efterlevnaden av lagen och de föreskrifter och villkor som har meddelats i anslutning till lagen.

3.5.4 Tillsyn av veterinärers förordnande av läkemedel

Länsstyrelserna har tillsammans med Jordbruksverket tillsyn över verksamhet inom djurens hälso- och sjukvård och över djurhälsopersonalen, vilket innefattar veterinärer.[128] Länsstyrelserna utövar tillsyn av djurhälsopersonalen inom respektive län. Jordbruksverket samordnar länsstyrelserna tillsyn och ger dem stöd och råd.[129]

Länsstyrelserna kontrollerar i sin tillsyn att veterinärer och övrig djurhälsopersonal följer gällande lagar och bestämmelser, bland annat vad avser veterinärers förordnande av läkemedel. Om länsstyrelsen vid tillsyn anser att det finns skäl för disciplinpåföljd ska myndigheten anmäla detta till Ansvarsnämnden för djurens hälso- och sjukvård (ansvarsnämnden). Jordbruksverket ska anmäla till ansvarsnämnden om myndigheten anser att det finns skäl för beslut om prövotid, återkallelse av legitimation eller annan behörighet eller begränsning av förskrivningsrätt.[130]

3.6 Utredningens överväganden och förslag

I detta avsnitt lämnar utredningen överväganden och förslag som handlar om ifall rätten att förordna och lämna ut ett visst läkemedel tillfälligt bör kunna begränsas.

3.6.1 Behovet av tillfälliga begränsningar i vissa bristsituationer

Utredningens bedömning: Det finns behov av att tillfälligt kunna begränsa förordnande och utlämnande av läkemedel i vissa bristsituationer.

Tillgången till läkemedel har central betydelse för en fungerande hälso- och sjukvård och bristande tillgång kan utgöra ett hot mot människors och djurs liv och hälsa. Tillfällig begränsning av förordnande och utlämnande av läkemedel kan vara ett sätt att förebygga

[128] 5 kap. 1 § lagen om verksamhet inom djurens hälso- och sjukvård.
[129] 5 kap. 1 och 2 §§ förordningen (2009:1386) om verksamhet inom djurens hälso- och sjukvård.
[130] 5 kap. 8 § lagen (2009:302) om verksamhet inom djurens hälso- och sjukvård.

och hantera läkemedelsbrist. Det kan även vara ett sätt att säkerställa att de som har störst behov får tillgång till ett visst läkemedel i en bristsituation. Därmed kan det vara ett sätt att skydda liv och hälsa.

Utredningen konstaterar att det finns flera olika sätt att förebygga läkemedelsbrist och motverka negativa konsekvenser av sådan brist men bedömer att det i vissa situationer kan vara ändamålsenligt att införa begränsningar i form av villkor som behöver vara uppfyllda för att ett läkemedel ska få förordnas eller lämnas ut av ett apotek. Det gäller särskilt när det saknas alternativa läkemedel eller behandlingsmöjligheter för vissa patientgrupper eller för vissa indikationer. Ett exempel är 2024 års brist på Acetylcystein som är det enda tillgängliga läkemedlet för att motverka akut livshotande förgiftning av paracetamol, se vidare avsnitt 3.4.1. En annan situation kan gälla användning av läkemedel utanför godkänd indikation. Det kan i vissa fall leda till begränsad tillgång till läkemedel för de patienter som behöver det för behandling av sjukdomar inom godkänd indikation. Det har exempelvis inträffat för läkemedel innehållande semaglutid se avsnitt 3.4.1.

Utredningen bedömer därför att det i en bristsituation bör finnas en möjlighet att tillfälligt begränsa förordnande och utlämnande av läkemedel.

3.6.2 Läkemedelsverket ska kunna föreskriva om att begränsa förordnande och utlämnande av läkemedel i bristsituationer

Utredningens förslag: Att det i läkemedelslagen (2015:315) införs en bestämmelse som innebär att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om tillfälliga begränsningar vid förordnande och utlämnande av läkemedel, vid risk för läkemedelsbrist eller då sådan brist uppkommit, om det är nödvändigt för att skydda människors eller djurs liv eller hälsa.

Utredningens bedömning: Att det i läkemedelsförordningen (2015:458) införs en bestämmelse som innebär att Läkemedelsverket får meddela föreskrifter om tillfälliga begränsningar vid förordnande och utlämnande av läkemedel, vid risk för läkemedelsbrist eller då sådan brist uppkommit, om det är nödvändigt för att skydda människors eller djurs liv eller hälsa.

Läkemedelsverket ska ges ett tydligt bemyndigande om att kunna föreskriva om begränsningar i bristsituationer

Läkemedelsverket är den myndighet som i dag har bemyndigande att utfärda föreskrifter om vad som ska gälla vid förordnande och utlämnande av ett läkemedel. Läkemedelsverket har också i uppdrag att arbeta med rest- och bristsituationer för läkemedel, vilket redogjorts för i avsnitt 3.2.3. Uppdragen innefattar bland annat att ta fram nulägesbilder, analysera orsaken till rest- och bristsituationer för läkemedel och bedöma i vilken grad en läkemedelsbrist påverkar användaren. Mot den bakgrunden anser utredningen att Läkemedelsverket ska vara den myndighet som får mandat att tillfälligt begränsa förordnande och utlämnande i bristsituationer.

Utredningen konstaterar att Läkemedelsverket har normgivningsbemyndigande att dels ”meddela föreskrifter om vad som ska gälla vid förordnande och utlämnande av ett läkemedel”, dels meddela föreskrifter som behövs för att ”skydda människors eller djurs hälsa eller miljön” i läkemedelsförordningen.[131] Utredningen bedömer att dessa bemyndiganden möjligen skulle kunna användas för att begränsa förordnande och utlämnande av vissa läkemedel i bristsituationer. Men eftersom detta inte är prövat i domstol är det inte möjligt att avgöra fullt ut.

Läkemedelsverket anser att det är otydligt om nuvarande bemyndiganden ger myndigheten mandat att begränsa förordnade och utlämnande av läkemedel i bristsituationer och föreslår därför att det införs ett uttryckligt bemyndigande som ger Läkemedelsverket denna möjlighet. Myndigheten anser att det behövs, bland annat eftersom en begränsning av förordnade läkemedel utgör en inskränkning i principen om den fria förskrivningsrätten. Myndigheten anser att denna princip är grundläggande inom den svenska hälso- och sjukvården och att det därför behövs ett tydligt mandat för att inskränka denna.

Utredningen bedömer, mot denna bakgrund, att ett preciserat bemyndiganden bör införas i läkemedelslagen och läkemedelsförordningen som ger Läkemedelsverket möjlighet att meddela föreskrifter om begränsningar vid förordnande och utlämnande av läkemedel i bristsituationer. Det preciserade bemyndigandet kompletterar de mer generella bemyndigandena som myndigheten redan har.

[131] 9 kap. 9 § punkt 2 och 11 § läkemedelsförordningen.

Det preciserade bemyndigande som utredningen föreslår avviker språkligt från de mer generella bemyndigandena. I 9 kap. 9 § punkt 2 läkemedelsförordningen framgår att Läkemedelsverket får meddela föreskrifter om vad som ska gälla vid förordnande och utlämnande av ett läkemedel. Utredningen har valt att i stället ange att Läkemedelsverket får meddela föreskrifter om tillfälliga begränsningar vid förordnande och utlämnande av läkemedel. Utredningen har valt uttrycket ”tillfälliga begränsningar” i stället för ”vad som ska gälla” för att tydliggöra vad bemyndigandet syftar till.

Utredningen bedömer att de generella bemyndigandena som Läkemedelsverket har för att meddela föreskrifter inte hindrar att ett mer preciserat bemyndigande införs. Utredningen noterar att det i läkemedelslagen redan finns preciserade bemyndiganden vid sidan om mer generella sådana, till exempel att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om försäljning av ett alkoholhaltigt läkemedel eller teknisk sprit om det behövs för att förhindra missbruk.[132] I förarbetena till lagen konstaterade den dåvarande regeringen att det generella bemyndigandet i princip torde medge att regeringen eller Läkemedelsverket meddelar bestämmelser på de områden som de preciserade bemyndigandena avser. Regeringen framhöll att det i vissa fall är värdefullt att kunna peka ut särskilda områden där det behövs ytterligare bestämmelser på myndighetsnivå. Detta för att i vis mån precisera vad föreskrifter ska avse.[133]

Om Läkemedelsverket får ett tydligt bemyndigande att föreskriva om begränsningar vid läkemedelsbrist får myndigheten ytterligare ett verktyg i sitt arbete med att förebygga och hantera bristsituationer. Nedan följer en närmare beskrivning av vad bemyndigandet innebär.

Läkemedelsverket ska kunna föreskriva om tillfälliga begränsningar i bristsituationer

Utredningens föreslag innebär ett bemyndigande för Läkemedelsverket att besluta föreskrifter som gäller tillfälligt när en bristsituation är aktuell. Läkemedelsverket har tidigare beslutat om både permanenta och tillfälliga föreskrifter om begränsningar av förordnande

[132] 18 kap. 9 § läkemedelslagen.
[133] Prop. 2014/15:91, *En ny läkemedelslag*, s. 90.

och utlämnande av vissa läkemedel, samt om tillfälliga begränsningar av förskrivning och utlämnande, se avsnitt 3.3.6.

Läkemedelsverket ska kunna föreskriva om begränsningar både för humanläkemedel och veterinärmedicinska läkemedel

Med läkemedel avses både humanläkemedel och veterinärmedicinska läkemedel. Läkemedelsverket uppdrag att arbeta med rest- och bristsituationer för läkemedel avser båda typerna av läkemedel. Läkemedelsverket har också bemyndigande att meddela föreskrifter som behövs för att skydda människors eller djurs hälsa eller miljön. Utredningens förslag till bemyndigande ska ses som ett förtydligande av myndighetens tidigare bemyndiganden och därför bedömer utredningen att det är naturligt att det föreslagna bemyndigandet inkluderar både människor och djur och därmed både humanläkemedel och veterinärmedicinska läkemedel.

Läkemedelsverket har till utredningen även framfört att möjligheten att föreskriva om begränsningar i bristsituationer inte bör vara avgränsat till humanläkemedel, utan även bör avse veterinärmedicinska läkemedel. Myndigheten anför bland annat att beslut om begränsningar för veterinärmedicinska läkemedel kan användas för att, vid brist, styra tillgången av läkemedel till den djurgrupp som har de största behoven. Läkemedelverket anser även att sådana beslut skulle kunna användas för att omfördela läkemedel från exempelvis djursjukvården till vård av människor. Myndigheten pekar på att det under covid-19 pandemin genomfördes en frivillig omfördelning av läkemedel innehållande propofol[134] från djursjukvården till intensivsjukvården för människor på grund av brist på propofol.[135]

Läkemedelsverket ska kunna föreskriva om begränsningar både vid läkemedelsbrist och vid risk för sådan brist

Utredningens förslag innebär att Läkemedelsverket bör ha möjlighet att meddela föreskrifter om begränsningar av förordnande och utlämnade av läkemedel både när en bristsituation uppstått och när

[134] Propofol är ett intravenöst *anestesiläkemedel.*
[135] Se även Läkemedelsverket, *Uppdrag att förebygga och hantera rest och bristsituationer avseende läkemedel*, Delredovisning, 2024.

det finns risk för en sådan. Om en läkemedelsbrist har uppstått så kan en begränsning minska de negativa konsekvenserna och säkerställa att läkemedel går till de patienter och djur som har störst behov av dessa. Vid risk för att en bristsituation kan en begränsning vara ett sätt att förebygga en allvarligare bristsituation.

Läkemedelsverket ska kunna föreskriva om begränsningar både för läkemedel som förskrivs på recept och som rekvireras

Utredningen föreslår att begreppet förordna används i bemyndigandet till Läkemedelsverket. Det innebär att myndigheten kan begränsa både förskrivning på recept och utfärdande av rekvisition. Ett skäl till att använda begreppet förordna är att det används i de generella bemyndiganden som Läkemedelsverket har enligt läkemedelsförordningen.[136]

Att rekvirera läkemedel är vanligt inom sjukvården, främst på sjukhus. Det finns läkemedel som i huvudsak används efter förskrivning och de som i huvudsak används efter rekvisition. Men det finns även läkemedel som förordnas både via förskrivning och rekvisition. Rekvisitionsläkemedel utgjorde 2024 cirka 21 procent av det totala försäljningsvärdet av läkemedel i Sverige.[137] Men inom, exempelvis cancervården, är andelstalet betydligt högre. Det rör sig alltså om en stor andel av den samlade läkemedelsanvändningen och därför anser utredningen att det är angeläget att Läkemedelsverkets möjlighet till att föreskriva om begränsningar inkluderar rekvisitionsläkemedel.

Förslaget innebär att Läkemedelsverket i varje enskilt fall behöver ta ställning till om en begränsning i en bristsituation ska gälla vid förskrivning på recept och/eller omfatta rekvisition av läkemedel.

[136] 9 kap. 9 § 2 läkemedelsförordningen.
[137] Socialstyrelsen, *Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2024–2027*, 2024, s. 17.

Läkemedelsverket ska kunna föreskriva om begränsningar av både förordnande och utlämnande av läkemedel

Utredningen förslag innebär att Läkemedelsverket ska kunna välja om myndigheten begränsar förordnandet eller utlämnandet av ett läkemedel. Myndigheten ska även kunna kombinera dessa former av begränsningar.

Utredningen bedömer att en begränsning av rätten att förordna läkemedel i bristsituationer ofta kan behöva kombineras med begränsningar som anger vad som ska gälla för att läkemedlet ska få lämnas ut, åtminstone så länge som det inte finns inbyggda spärrar i förskrivarsystemen som förhindrar att läkemedel med tillfälliga begränsningar kan förordnas. Läkemedelsverket behöver bedöma hur en begränsning ska utformas i varje enskilt fall och då ta hänsyn till vilka faktiska möjligheter som finns för att upprätthålla och kontrollera en viss typ av begränsning, se vidare avsnitt 3.6.4.

Eftersom Läkemedelsverket föreslås kunna begränsa utlämnande av läkemedel så innebär det att läkemedel som förordnats på recept innan Läkemedelverket beslutat om en begränsning kan förhindras att lämnas ut vid öppenvårdsapoteken. Det kan röra sig om många recept eftersom utfärdade recept kan vara giltiga för flera uttag under 1 års tid.

Läkemedelsverket får föreskriva om begränsningar om det är nödvändigt för att skydda liv och hälsa

Utredningen har övervägt om Läkemedelsverket ska kunna begränsa förordnande och utlämnande av läkemedel vid alla typer av bristsituationer eller endast i vissa situationer.

Begränsningar av förordnande och utlämnande av läkemedel är endast ett av flera verktyg som kan användas för att motverka eller förebygga bristsituationer av läkemedel. Utredningen anser att beslut om begränsningar bör fattas med restriktivitet och inte om det finns andra lämpliga sätt att hantera en bristsituation. Det beror på att begränsningar kan ha negativa konsekvenser bland annat för de patienter, djur och djurägare som inte får tillgång till ett läkemedel. Begränsningar kan även innebära merarbete för de som förordnar läkemedel och för apotekspersonalen.[138] Det talar för att möjligheten att be-

[138] En närmare beskrivning lämnas i avsnitt 3.8 Konsekvenser av utredningens förslag.

gränsa förordnande och utlämnande av läkemedel i bristsituationer endast bör tillämpas när vissa villkor är uppfyllda.

Utredningen har bland annat övervägt om det ska krävas en viss påverkansgrad en läkemedelsbrist har enligt den klassifikation som Läkemedelsverket har utvecklat, se avsnitt 3.2.3. En möjlighet är att en begränsning endast får göras när påverkansgraden är kritisk. Enligt Läkemedelsverkets klassifikation gäller det bland annat vid brist på läkemedel som används för att behandla eller förebygga livshotande tillstånd eller irreversibelt progressiv sjukdom, eller om bristen allvarligt kan skada folk- eller djurhälsan. Utredningen bedömer dock att ett sådant krav skulle vara för restriktivt. Det kan uppstå situationer när en begränsning kan vara en ändamålsenlig åtgärd, även om läkemedelsbristen inte kan klassas som kritisk enligt Läkemedelsverkets klassifikation.

Utredningen anser i stället att en begränsning bör kunna införas om den *är nödvändig för att skydda människors eller djurs liv eller hälsa.* Kravet på att begränsningen ska vara *nödvändig* innebär att en sådan begränsning i huvudsak inte ska införas om det finns andra sätt att förebygga eller hantera den aktuella bristsituationen. Utredningen kan dock inte utesluta att det uppstår situationer då det finns skäl att införa en begränsning även om det finns alternativa sätt att hantera situationen. Det kan exempelvis vara att de alternativa åtgärderna bedöms vara otillräckliga eller olämpliga. Det kan vara att åtgärderna kräver mycket stora resurser för att införas eller inte är möjliga att genomföra tillräckligt skyndsamt.

Kravet på att en begränsning får införas för att *skydda människors eller djurs liv eller hälsa* är i linje med läkemedelslagens övergripande syfte som anges i portalparagrafen[139] och liknar det allmänna bemyndigande som Läkemedelsverket har enligt 9 kap. 11 § läkemedelsförordningen och som innebär att myndigheten får meddela de föreskrifter som behövs för att skydda människors eller djurs hälsa eller miljön.

Utredningen anser att en central del i bedömningen av om en begränsning är nödvändig för att skydda människors eller djurs liv eller hälsa är hur väl en sådan begränsning kan säkerställa läkemedlet till den grupp som har störst behov av det. För humanläkemedel ligger

[139] Av 1 kap. 1 § läkemedelslagen framgår att syftet med lagen främst är att skydda människors och djurs liv, hälsa och välbefinnande samt att värna om folkhälsan och skydda miljön utan att detta i högre grad än vad som är nödvändigt hindrar utvecklingen av läkemedel eller handeln med läkemedel i Sverige och inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES).

detta i linje med de etiska grunder som uttrycks i hälso- och sjukvårdslagen, nämligen att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.[140] Liknade etiska utgångspunkter finns uttryckta i de riktlinjer för prioriteringen inom hälso- och sjukvården som riksdagen har ställt sig bakom.[141]

3.6.3 Läkemedelsverket kan utfärda föreskrifter på olika sätt

Utredningens förslag innebär att Läkemedelsverket kan besluta om föreskrifter som berör enskilda läkemedel. Läkemedelsverket har tidigare meddelat föreskrifter om enskilda läkemedel, exempelvis den tillfälliga begränsningen av klorokin och hydroxiklorokin under covid-19-pandemin, se avsnitt 3.3.6. Att utfärda föreskrifter i varje enskilt fall kan dock vara tidskrävande och när en bristsituation uppstår kan det finnas behov av att snabbt vidta åtgärder.

Ett alternativ är att i stället utfärda föreskrifter som ger myndigheten rätt att i ett senare skede besluta[142] vilka läkemedel som ska omfattas av föreskrifterna. En sådan lösning användes under covid-19-pandemin då Läkemedelsverket utfärdade föreskrifter som medgav att vissa läkemedel som Läkemedelsverket fattat beslut om fick omfördelas mellan apotek.[143] Nya föreskrifter meddelades alltså inte för varje enskilt läkemedel, på det sätt som gjordes för klorokin och hydroklorokin. Läkemedelsverket fick i stället i särskild ordning besluta om vilka läkemedel som skulle omfattas av föreskrifterna.

Utredningen konstaterar att Läkemedelsverket får avgöra hur de vill utforma förskrifterna och själva bedöma vad som är lämpligt och mest ändamålsenligt.

[140] 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.
[141] Prop. 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*
[142] Dessa beslut är att betrakta som förvaltningsbeslut till skillnad från beslut om föreskrifter som är ett så kallat normbeslut.
[143] Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2020:20) om omfördelning av läkemedel mellan apotek.

3.6.4 Läkemedelsverket behöver utforma begränsningar på ett ändamålsenligt sätt och utveckla processer för att fatta beslut om begränsningar

Läkemedelsverket kommer att inom ramen för bemyndigandet kunna utforma begränsningar på flera olika sätt. Nedan följer en beskrivning av några tänkbara begränsningar. Beskrivningen är dock inte uttömmande. Det kan finnas fler sätt att utforma en begränsning.

Ett sätt är att begränsa förordnande och utlämnande till en viss yrkesgrupp eller specialitet. Det innebär att endast dessa grupper får rätt att förordna ett visst läkemedel eller att läkemedel endast får lämnas ut om det förordnats av dessa grupper. Ett annat sätt är att läkemedel endast får förordnas för en viss indikation eller ett visst behandlingsändamål. En tredje variant är att läkemedel endast får förordnas till en viss patientgrupp, exempelvis barn. En ytterligare möjlighet är att begränsningen knyts till en bestämd typ av vårdinrättning. Det innebär att endast personal vid den typen av vårdinrättning får rätt att förordna ett visst läkemedel.

En begränsning kan även avse den mängd läkemedel som får förordnas eller lämnas ut. En sådan begränsning kan bland annat användas för att motverka hamstring. Läkemedelsverket kan meddela sådana begränsningar som är kopplade till specifika läkemedel och behöver då beakta hur begränsningen förhåller sig till övriga regler och rekommendationer som finns på området, bland annat lagen om läkemedelsförmåner och Socialstyrelsens rekommendation om en månads egenberedskap.

Det är också möjligt att kombinera olika typer av begränsningar, exempelvis att ett läkemedel endast får förordnas för barn med en viss indikation eller för ett bestämt behandlingsändamål av en läkare med en viss specialistkompetens.

Som framgått tidigare kan Läkemedelsverket även välja om myndigheten ska begränsa förordnandet och/eller utlämnandet av läkemedel och om begränsningen ska avse både förskrivning på recept och utfärdande av rekvisition. Hanteringen av rekvisitionsläkemedel skiljer sig på flera sätt från de läkemedel som förskrivs på recept. Bland annat rekvireras läkemedel till stor del på aggregerad nivå, vilket innebär att de beställs till en vårdenhet snarare än till en enskild patient. Det gör att Läkemedelsverket kan behöva utforma begränsningar som

rör rekvisitionsläkemedel på ett annat sätt än för läkemedel som förskrivs på recept.

Vad som är en lämplig utformning av en begränsning måste bedömas i varje enskilt fall. Läkemedelsverket behöver bland annat beakta vilka möjligheter personal i hälso- och sjukvård och på apotek har att hantera och kontrollera begränsningen. Det hänger i sin tur samman med vilka systemstöd som finns tillgängliga. Med systemstöd avses här de tekniska möjligheter som finns tillgängliga, journalsystem eller andra system, som kan informera om de aktuella begränsningar som gäller och även spärra eller varna då beslutade begränsningar inte efterlevs. Vissa begränsningar kan exempelvis vara enklare för apotekspersonal att kontrollera än andra.

För närvarande pågår ett arbete med att utveckla och implementera nya journalsystem i regionerna och ett utvecklingsarbete runt den nationella läkemedelslistan, så det är möjligt att systemstöden kommer att förändras. I framtiden kan Läkemedelsverket därför kunna utforma andra typer av begränsningar än vad som är lämpligt eller möjligt i dag.

Läkemedelsverket behöver utveckla rutiner och processer

För att kunna fatta beslut om lämpliga begränsningar behöver läkemedelsverket utveckla rutiner och processer för hur sådana beslut fattas. Bland annat så behöver myndigheten genomföra konsekvensutredningar. Av förordningen (2024:183) om konsekvensutredningar framgår att en förvaltningsmyndighet inför att den ska besluta om föreskrifter eller allmänna råd ska ta fram en konsekvensutredning som också ska dokumenteras.[144] Läkemedelsverket behöver också inhämta synpunkter från andra statliga myndigheter, regioner och andra organisationer som berörs av föreskrifterna.[145] Utredningen ser det som lämpligt att Läkemedelsverket kontinuerligt utvecklar former för att samråda bland annat med regioner, apotek och de företag som berörs av en begränsning. Läkemedelsverket kan exempelvis behöva utveckla former för samråd med regionernas läkemedelskommittéer och de nationella nätverk och samverkansgrupper som finns på området, se avsnitt 3.2.5. Om en begränsning avser

[144] 3 § förordningen om konsekvensutredningar.
[145] 12 § förordningen om konsekvensutredningar.

veterinärmedicinska läkemedel är det rimligt att Läkemedelsverket samråder med Statens jordbruksverk.

Möjlighet till dispens

När beslut om begräsningar fattas ser utredningen det som lämpligt att Läkemedelsverket överväger om det ska finnas möjlighet till dispens från begränsningen. Ett syfte med att begränsa förordna eller utlämnande är att de patienter som har störst behov av läkemedlet ska få tillgång till det. En begränsning kan dock leda till att enskilda patienter blir utan, trots ett mycket stort behov. Om det dessutom inte finns några behandlingsalternativ för patienten finns det ett behov av dispens från begränsningen. Utredningen anser att det är rimligt att det i normalfallet finnas en sådan dispensmöjlighet.

Liknande bestämmelser finns i Läkemedelsverkets föreskrifter om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel. Där framgår att Läkemedelsverket kan besluta om undantag (dispens) från bestämmelserna om det finns särskilda skäl.[146]

Tidsbegränsade beslut

Förslaget till bemyndigande innebär att Läkemedelsverket kan besluta om tillfälliga begränsningar. Utredningen ser det som lämpligt att Läkemedelsverket i normalfallet anger under vilken tid som en begränsning ska gälla när de fattar sådana beslut. Myndigheten kan besluta om att förlänga tidsperioden om läkemedelsbristen kvarstår och bör så fort som möjligt fatta beslut om att upphäva föreskrifterna om bristsituationen upphör.

[146] 10 kap. 4 § HSLF-FS 2017:74.

3.6.5 Uppdrag till E-hälsomyndigheten att utreda möjligheten av att införa systemstöd

Utredningens bedömning: Regeringen bör ge E-hälsomyndigheten i uppdrag att utreda möjligheten att införa systemstöd som kan underlätta tillämpning och kontroll av efterlevnaden av de föreskrifter som utredningen föreslår att Läkemedelsverket ska ges ett bemyndigande att utfärda.

Möjligheterna att tillämpa och kontrollera efterlevnaden av de föreskrifter som utredningen föreslår att Läkemedelsverket ska kunna besluta om beror på hur myndigheten väljer att utforma dem, men även på de systemstöd som finns tillgängliga.

Utredningen bedömer att det blir lättare att upprätthålla och tillämpa en begränsad rätt att förordna läkemedel om det i journalsystem eller förskrivningsmoduler finns inbyggda kunskapsstöd som informerar om begränsningen eller om det finns inbyggda hinder som gör att läkemedel inte kan förordnas i strid med föreskrifterna. Även apotekspersonalens möjligheter att följa eller kontrollera en begränsning underlättas sannolikt av att det finns tekniska system som antingen signalerar ett felaktigt förordnande av ett läkemedel eller förhindrar att läkemedel lämnas ut i strid med föreskrifterna. De tillgängliga systemstöden kan även påverka tillsynsmyndigheternas möjligheter att granska om föreskrifter följs.

Utredningen ser därför ett behov av att sådana systemstöd utvecklas för att det ska vara lättare att tillämpa och kontrollera den typ av föreskrifter som Läkemedelsverket föreslås kunna besluta om. Först behövs dock en närmare utredning av vilka former av systemstöd som är tekniskt möjliga att införa på nationell nivå[147] och vilka kostnader som är förknippade med olika lösningar. Utredningen bedömer att ett sådant utredningsuppdrag bör kunna lämnas till E-hälsomyndigheten eftersom myndigheten ansvarar för flera centrala register och it-funktioner som öppenvårdsapotek och vårdgivare använder i sin läkemedelshantering.

[147] Det bör beaktas att regionerna har ansvar för journalsystemen. Utredningen ser dock att det krävs gemensamma nationella lösningar för att kunna skapa ett systemstöd för underlätta tillämpning och kontroll av de föreskrifter som föreslås att Läkemedelsverket ska kunna besluta om.

Utredningen bedömer därför att regeringen bör ge E-hälsomyndigheten i uppdrag att utreda möjligheten att införa systemstöd som kan göra det lättare att tillämpa och kontrollera föreskrifter om begränsad rätt att förordna eller möjlighet att lämna ut läkemedel i en bristsituation. Uppdraget bör genomföras i samråd med Läkemedelsverket eftersom utformningen av de aktuella begränsningarna bör vara vägledande för vilka systemstöd som är viktigast att utreda. E-hälsomyndigheten bör även samråda med regionerna och apoteken, bland annat mot bakgrund av att de har ansvar för journalsystemen och andra informationssystem som är av betydelse i sammanhanget.

3.6.6 IVO, Läkemedelsverket och länsstyrelserna utövar tillsyn över begränsningar

Utredningens bedömning: IVO, Läkemedelsverket och länsstyrelserna kommer att ha tillsynsansvar för föreskrifter som begränsar förordnande och utlämnande av läkemedel i bristsituationer. Utredningen bedömer att IVO:s, Läkemedelsverkets och länsstyrelsernas tillsynsansvar formellt sett är tydligt.

Utredningen bedömer dock att det finns flera hinder för att tillsynen ska vara ett verktyg för att upprätthålla följsamheten till de föreskrifter som utredningen föreslår att Läkemedelsverket ska få besluta om. Utredningen avser att i slutbetänkandet återkomma med förslag om hur tillsynen kan utvecklas.

Hälso- och sjukvården och dess personal står under tillsyn av IVO enligt patientsäkerhetslagen,[148] Se avsnitt 3.5.1 för närmare beskrivning av IVO:s tillsynsansvar. Enligt Läkemedelsverkets underlag till utredningen bör det tydliggörs att IVO:s tillsynsansvar av hälso- och sjukvårdspersonal även omfattar de föreslagna föreskrifterna om begränsad rätt att förordna läkemedel. Myndigheten anser att det är avgörande för att föreskrifterna ska få reellt genomslag. Utredningen bedömer att IVO:s tillsynsansvar omfattar tillsyn över att den som förordnar läkemedel följer de regler som finns. Det innebär att tillsynsansvaret kommer att innefatta föreskrifter om begränsningar av rätten att förordna ett visst läkemedel som Läkemedelsverket beslutat.

[148] 7 kap. 1 § patientsäkerhetslagen.

Utredningen ser därför inget behov av att tydliggöra IVO:s tillsynsansvar i detta avseende.

När det gäller föreskrifter som begränsar utlämningen av läkemedel bedömer utredningen att det finns ett delat tillsynsansvar mellan IVO och Läkemedelsverket. IVO:s tillsynsansvar omfattar apotekare och legitimerade receptarier i deras egenskap av hälso- och sjukvårdspersonal. Läkemedelsverket har ansvar för tillsyn av apoteken och ska bland annat granska om tillståndshavaren för apoteken har de rutiner som krävs för att farmaceuterna ska ha möjlighet att kontrollera att förordnandet är korrekt. Läkemedelsverket har också tillsynsansvar över hur vårdgivarna organiserar sin försörjning av läkemedel till och inom sjukhus. Inom ramen för den tillsynen ingår att granska utlämnandet av läkemedel från sjukhusapotek En närmare beskrivning av Läkemedelsverkets tillsynsansvar finns i avsnitt 3.5.2 och 3.5.3.

Som beskrivits i avsnitt 3.5.4 har länsstyrelserna ansvar för tillsyn över djurhälsopersonalen, vilket innefattar veterinärer. Det innebär att länsstyrelserna har ansvar för att utöva tillsyn så att veterinärer och övrig djurhälsopersonal följer de lagar och bestämmelser som finns. Därför bedömer utredningen att länsstyrelserna även kommer ha tillsynsansvar över att veterinärer när de förordnar läkemedel följer de begränsningar som Läkemedelsverket kan komma att besluta om med anledning av sitt bemyndigande.

Utredningen anser sammantaget att IVO, länsstyrelserna och Läkemedelsverket formellt sett har ett tydligt tillsynsansvar för föreskrifter som reglerar vad som gäller vid förordnande och utlämnande av läkemedel i bristsituationer.

Länsstyrelserna har dock i ett sent skede i utredningsarbetet framfört att det bör finnas en tydlig fördelning av ansvar mellan Läkemedelsverket och länsstyrelserna när det gäller åtgärder vid eventuella överträdelser av föreskrifterna som föreläggande eller annan rättelse. Det behöver enligt länsstyrelserna klargöras om det är länsstyrelserna eller Läkemedelsverket som har beslutsrätt när det gäller sådana åtgärder.

Det finns behov av att utveckla tillsynen

Utredningen bedömer att det finns flera faktorer som hindrar tillsynen från att vara ett effektivt verktyg att upprätthålla följsamhet till föreskrifter om begränsningar. Det handlar bland annat om att myndigheterna inte har tillgång till uppgifter på ett sådant sätt att de effektivt kan kontrollera föreskrifterna. Det kan innebära att olika systemstöd behöver utvecklas men även att myndigheterna behöver få tillgång till uppgifter som de inte har i dag.

IVO:s och Läkemedelsverkets tillsynsansvar överlappar, så de kan behöva dela uppgifter som framkommit i tillsynen med varandra i en större omfattning än vad som är möjligt i dag. Treklöverutredningen har i sitt slutbetänkande uppmärksammat behovet av informationsutbyte mellan de myndigheter som utövar tillsyn av apoteksmarknaden, och föreslår en upplysningsskyldighet i myndigheternas respektive speciallagstiftningar.[149]

För att IVO:s tillsyn av hälso- och sjukvårdens personal ska kunna användas för att upprätthålla följsamheten till de föreskrifter som Läkemedelsverket kan komma att besluta om bedömer utredningen att IVO:s handläggningstider behöver förkortas. År 2022 var mediantiden 570 dagar för de ärenden som IVO överlämnade till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd och som berörde läkemedelsförskrivning.[150] För de ärenden där myndigheten i stället fattade beslut med kritik riktat mot hälso- och sjukvårdspersonal var mediantiden knappt 500 dagar.[151] De långa handläggningstiderna är ett särskilt problem eftersom bristsituationer ofta behöver hanteras snabbt.

Utredningen har i uppdrag att se över och föreslå åtgärder som berör tillsynen av läkemedelsförskrivningen, och avser att återkomma med förslag i slutbetänkandet. Utredningen anser även att Läkemedelsverket, när myndigheten utformar en begränsning, behöver beakta förutsättningarna för att utföra en effektiv tillsyn. Förutsättningarna kan variera beroende på hur begränsningen utformas.

---

[149] SOU 2023:101, *Effektivare tillsyn över apotek, bättre skydd vid patientskador samt översyn av handel med receptfria läkemedel*, s. 343 ff.
[150] Det är ärenden som bland annat kan leda till beslut om att legitimation återkallas eller föreskriftsrätt återkallas. Därtill tillkommer HSAN:s handläggningstider.
[151] Ärenden som ledde till beslut utan kritik hade en mediantid på 43 dagar 2022. Riksrevisionen, 2023, Läkemedelsförskrivning – statens styrning och tillsyn, RiR 2023:23, s. 62.

3.7 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Utredningens förslag: Bestämmelserna ska träda i kraft den 1 juli 2026.

Utredningens bedömning: Det finns inget behov av särskilda övergångsbestämmelser.

Några särskilda anpassningar eller åtgärder som påverkar ikraftträdandet behöver inte göras. Det stora behovet av tillgången till fler verktyg för att kunna säkerställa läkemedel till de patienter och djur med störst behov vid läkemedelsbrist gör att de föreslagna bestämmelserna bör träda i kraft så snart som möjligt.

Med hänsyn tagen till remissförfarandet, till det sedvanliga beredningsarbetet inom Regeringskansliet och till riksdagsbehandlingen bedömer vi att tidpunkten den 1 juli 2026 är realistisk. Några övergångsbestämmelser behövs inte.

3.8 Konsekvenser av utredningens förslag

I utredningens uppdrag ingår att analysera konsekvenserna av våra förslag i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474).[152] Eftersom betänkandet innehåller författningsförslag ska kostnadsmässiga och andra konsekvenser i enlighet med förordningen (2024:183) om konsekvensutredningar och redovisas.[153]

Utredningen föreslår att Läkemedelsverket får ett tydligt bemyndigande att kunna begränsa förordnande och utlämnande av läkemedel vid risk för läkemedelsbrist eller då sådan uppkommit. Bemyndigandet innebär att Läkemedelsverket tillförs ytterligare ett verktyg i sitt arbete med att förebygga och hantera rest- eller bristsituationer.

Utredningen har också bedömt att regeringen ska ge E-hälsomyndigheten i uppdrag att utreda möjligheten att införa systemstöd som kan underlätta tillämpningen och kontrollen av att reglerna för utlämnande och förordna följs.

Vilka konsekvenser förslaget om att ge Läkemedelsverket ett bemyndigande får beror på hur ofta myndigheten väljer att använda

[152] 14–15 a §§ kommittéförordningen (1998:1474).
[153] 6–7 §§ förordningen (2024:183) om konsekvensutredningar.

sig av bemyndigandet och hur den väljer att utforma begränsningarna. Mot bakgrund av att det finns ett krav på att en begränsning ska vara nödvändig för att skydda människors eller djurs liv eller hälsa bedömer utredningen att bemyndigandet inte kommer att användas så ofta. Utformningen av en begränsning har också stor betydelse för vilka konsekvenser som uppstår och utredningen vill framhålla att det är viktigt att Läkemedelsverket genomför konsekvensutredningar i samband med att beslut om begränsningar fattas för att i så stor utsträckning som möjligt undvika negativa konsekvenser. Sammantaget gör detta att det är svårt att fullt ut säga vilka konsekvenserna av förslaget blir.

Utredningen bedömer dock att om förslaget inte genomförs kommer Läkemedelsverket fortsatt att använda de verktyg som de för närvarande har tillgång till. Det kan i vissa fall handla om att myndigheten får vädja om att läkemedel endast förordnas för vissa ändamål eller patientgrupper. Utredningen bedömer att det innebär ett mindre effektivt sätt att hantera läkemedelsbrist och styra läkemedel till de som har störst behov av läkemedlet.

Utredningen bedömer att de som berörs av förslagen i huvudsak är patienterna, djuren och djurägarna. Statliga myndigheter som Läkemedelsverket, IVO, E-hälsomyndigheten, Statens jordbruksverk och länsstyrelserna. Vidare berörs apoteken, regionerna och andra vårdgivare, de som förordnar läkemedel, och läkemedelsföretagen.

Nedan beskrivs konsekvenserna av förslagen för dessa aktörer.

3.8.1 Konsekvenser för patienterna

Ett syfte med att begränsa förordnande och utlämnande av ett läkemedel i en bristsituation är att det ska vara möjligt att reservera läkemedel till de patienter och djur som behöver läkemedlet mest. Utredningen bedömer att det kan bidra till att öka patientsäkerheten.

Förslaget innebär samtidigt att vissa patienter kan bli utan ett visst läkemedel, vilket kan skapa oro och frustration. Det kan också finnas en risk att patienter skaffar läkemedel utanför den legala handeln. Som beskrivits i avsnitt 3.6.4 anser utredningen att det i normalfallet är lämpligt att det finns en möjlighet till dispens om en enskild patient har ett mycket stort behov av läkemedlet och det inte finns några behandlingsalternativ. Om dessa patienter blir förordnade ett annat

läkemedel kan de drabbas av ökade kostnader om det läkemedlet inte omfattas av läkemedelsförmånerna. Patienter kan också behöva remitteras till eller kontakta annan vårdgivare om exempelvis förordnande begränsas till en viss specialitet.

En fördel med att begränsa rätten att förordna i stället för att begränsa möjligheten att lämna ut är att färre patienter riskerar att behöva komma till öppenvårdsapoteket med recept på läkemedel som apoteket nekar att lämna ut. Det kan i sin tur medföra att färre patienter behöver ta kontakt med förskrivaren igen.

3.8.2 Konsekvenser för djuren och djurägarna

Utredningen bedömer att begränsningar kan bidra till att djurs liv och hälsa skyddas genom att läkemedel reserveras till de djur som behöver läkemedlet mest. En begränsning kan dock innebära att vissa djur eller djurgrupper blir utan ett visst läkemedel. Som beskrivits i avsnitt 3.6.4 anser utredningen att det i normalfallet är lämpligt att det finns en möjlighet till dispens. Vid en begräsning av ett veterinärmedicinskt läkemedel ska kaskadprincipen, som beskrivits i avsnitt 3.2.7, tillämpas för att hitta alternativa läkemedel att behandla djur med.

För de djurägare som inte får tillgång till ett läkemedel kan en begränsning skapa merarbete, oro och frustration. Det kan också finnas en risk att djurägare skaffar läkemedel utanför den legala handeln.

3.8.3 Konsekvenser för statliga myndigheter

Läkemedelsverket

Ett bemyndigande till Läkemedelsverket i enlighet med utredningens förslag ger myndigheten möjligheter, att föreskriva om begränsningar vid läkemedelsbrist.

Utredningen bedömer att myndigheten initialt behöver ta fram nya processer, rutiner och arbetssätt som ska gälla. Utredningen bedömer även att Läkemedelsverket behöver informera och samråda med berörda aktörer om beslut som fattas med stöd av bemyndi-

gandet. Det handlar bland annat om att informera vårdgivare, regioner, apoteken och personal som berörs av besluten.

Läkemedelsverket har till utredningen framfört att myndigheten, för att kunna bedöma vad som är en adekvat utformning av de begränsningar som införs, behöver ta fram nationella lägesbilder som visar aktuell tillgång och efterfrågan på läkemedlet.

Mot bakgrund av att utredningen bedömer att bemyndigandet kommer att användas i begränsad omfattning, samt att Läkemedelsverket redan i dag bedriver ett arbete med att ta fram nulägesbilder för läkemedel och genomför analyser för rest- och bristsituationer, bedömer utredningen att arbetet kan rymmas inom ramen för Läkemedelsverkets befintliga verksamhet och hanteras genom omfördelning av befintliga resurser.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

IVO har tillsynsansvar över att hälso- och sjukvårdspersonalen som förordnar läkemedel gör det i enlighet med de lagar och föreskrifter som gäller. De föreskrifter som Läkemedelsverket kan komma att besluta om ligger därmed inom ramen för IVO:s nuvarande tillsynsansvar. Mot den bakgrunden, och eftersom Läkemedelsverket antas använda bemyndigandet i begränsad omfattning bedömer utredningen att arbetet kan rymmas inom ramen för den befintliga verksamheten och att särskilda resurser inte behöver tillskjutas.

Som utvecklades i avsnitt 3.6.6. ser utredningen dock ett behov av insatser för att utveckla tillsynen, så att den kan fungera som ett effektivt verktyg för att upprätthålla följsamheten till de föreskrifter som Läkemedelsverket beslutar. Utredningen avser att i kommande betänkande återkomma med förslag som kan påverka IVO:s tillsyn.

Statens jordbruksverk och länsstyrelserna

Beslut om begränsningar av förordnande och utlämnande av veterinärmedicinska läkemedel bör ske i samråd med Statens Jordbruksverket.

Utredningen bedömer att de föreskrifter som Läkemedelsverket kan komma att besluta ligger inom ramen för länsstyrelsernas nuvarande tillsynsansvar. Mot bakgrund av att Läkemedelsverket antas

använda bemyndigandet i begränsad omfattning bedömer utredningen att arbetet kan rymmas inom ramen för den länsstyrelsernas befintliga verksamhet och att särskilda resurser inte behöver tillskjutas.

E-hälsomyndigheten

Utredningen bedömer att E-hälsomyndigheten bör få i uppdrag att utreda vilka former av systemstöd som är tekniskt möjliga att införa och vilka kostnader som är förknippade med olika lösningar, se vidare avsnitt 3.6.5.

Utredningen har bett E-hälsomyndigheten om en uppskattning av myndighetens kostnader för en sådan utredning. Myndigheten bedömer att kostnaderna till cirka 2 000 000 kronor, men anger att den är mycket osäker. Bedömningen bygger på att myndigheten kommer att behöva samverka med flera parter för att genomföra utredningen, det handlar om Läkemedelsverket, SKR, vård- och apoteksaktörer och Inera. E-hälsomyndigheten bedömer att utredningen kräver att flera kompetenser eller personalkategorier inom myndigheten involveras i utredningsarbetet. Det handlar om uppdragsledare, arkitekt, personal med verksamhetskompetens och eventuellt jurist.

3.8.4 Konsekvenser för apoteken

Om Läkemedelsverket beslutar om begränsningar av förordnande och utlämnande av ett läkemedel kan apoteken behöva ta fram nya rutiner och anpassa sina systemstöd efter begränsningarnas utformning. Hur apoteken påverkas av en begränsning beror på apotekens systemstöd och den bakomliggande infrastrukturen som finns hos E-hälsomyndigheten. Hur Läkemedelsverket utformar begränsningarna påverkar också apotekens möjlighet att följa dem.

Givet nuvarande systemstöd är vissa typer av begränsningar troligen enklare för apoteken att hantera än andra. En begränsning som är kopplad till specialistkompetens hos den som förordnat läkemedel eller till en patients ålder eller kön troligen enklare för apoteken att kontrollera än exempelvis begränsningar som är kopplade till indikation eftersom det sistnämnda inte alltid tydligt framgår av förordnandet. Det är sannolikt också enklare för apoteken att hantera vill-

kor för förordnande eller utlämnande som bara omfattar en typ av begränsning, exempelvis på patientgrupp eller kompetens hos den som förordnat ett läkemedel, än kombinationer av flera olika typer av begränsningar där det kan vara svårt att bedöma om de kraven ställs är uppfyllda.

Läkemedelsverket har i underlag till utredningen pekat på fördelar med att begränsa rätten att förordna läkemedel i stället för att, som myndigheten hittills gjort, endast uppställa villkor för när de får lämnas ut. En sådan fördel är att det minskar risken för att apoteken behöver hantera recept som de inte ska expediera och att ansvaret för att gällande regler följs tydligt hamnar på den som förordnar läkemedel.

Att endast begränsa förordnande av ett läkemedel utan att åtfölja detta med en motsvarande begränsning för utlämnande kan innebära vissa svårigheter för apoteken. Om det råder oklarheter runt ett förordnande kan apotekspersonal behöva kontakta den som förordnat läkemedlet. Det kan leda till dröjsmål i hanteringen på apoteket. Det kan också leda till att apotekspersonalen behöver hantera patienter och djurägare som är missnöjda med att läkemedel som förskrivits på recept inte får lämnas ut. Detta kommer att gälla även efter det att den tillfälliga begränsningen har upphört att gälla. Apoteken kommer då att behöva kontrollera när i tiden ett recept förordnats för att avgöra om det ska expedieras.

Om det är möjligt att införa systemstöd som förhindrar att läkemedel kan förordnas i strid med Läkemedelverkets föreskrifter kommer patienter inte behöva komma till apoteken med recept som apoteken inte får expediera. Detta skulle i sin tur minska apotekspersonalens behov av att kontakta den som förordnat läkemedlet.

En begränsning som gör att öppenvårdsapotek inte längre kan sälja det som de har på lager kan innebära ekonomisk påverkan för apoteken.

3.8.5 Konsekvenser för läkemedelsföretagen

Utredningen bedömer att begränsningar som införs för att hantera en uppkommen läkemedelsbrist inte har några vidare konsekvenser för läkemedelsföretagen. Detta eftersom begränsningen leder till att befintliga läkemedel riktas till en prioriterad patient- eller djurgrupp.

En begränsning som syftar till att motverka att det uppstår en brist på ett visst läkemedel kan dock innebära att efterfrågan på ett läkemedel minskar vilket påverkar det företag som producerar läkemedlet. Eftersom det är fråga om tillfälliga begränsningar så kommer dessa effekter på läkemedelsföretagen vara temporära. Beslut om begränsningar ska upphöra att gälla när bristsituationen inte längre är aktuell. Som beskrivits i avsnitt 3.6.4 så är det lämpligt att Läkemedelsverket kontinuerligt utvecklar former för att samråda med de företag som berörs av en begräsning bland annat för att få kännedom om hur länge en rest- eller bristsituation kan tänkas pågå och när begränsningen kan avslutas.

3.8.6 Konsekvenser för de som förordnar läkemedel

En konsekvens av att begränsa förordnande av läkemedel är att ansvaret för att begränsningen följs hamnar på den som förordnar läkemedlet. För att de som förordnar läkemedel ska ha möjlighet att följa de begränsningar som Läkemedelsverket beslutat om behöver de få information om nya begränsningar och de alternativa behandlingar som finns att tillgå samt om eventuell möjlighet till dispens. Om begränsningen är känd redan vid tillfället för förordnandet innebär det att den som förordnar kan ta ställning till om det går att ordinera andra läkemedel eller behandlingsmetoder i stället. I jämförelse med att endast begränsa möjligheten att lämna ut läkemedel kan det innebära en fördel för både den som förordnar läkemedlet och för berörd patient.

Om det inte finns något systemstöd i journalsystem som informerar om tillfälliga begränsningar eller förhindrar att läkemedel förordnas felaktigt behöver de som förordnar läkemedel hålla sig uppdaterade om vilka begränsningar som gäller för att inte riskera att förordna läkemedel i strid med gällande regler. Detta kan bli betungande särskilt om det skulle införas många begränsningar samtidigt eller om de införs med kort varsel. Som nämnts tidigare bedömer utredningen att bemyndigandet inte kommer att användas så ofta av Läkemedelsverket.

3.8.7 Konsekvenser för regioner och vårdgivare

Förslaget att Läkemedelsverket ska kunna begränsa förordnande och utlämnande i bristsituationer innebär att vårdgivare kan behöva ta fram nya rutiner och anpassa sina systemstöd för att de som förordnar läkemedel ska ha möjlighet att följa de begränsningar som Läkemedelsverket beslutat om. Vårdgivare behöver också ta fram information om vilka begränsningar som gäller och vilka alternativa läkemedel eller behandlingar som finns att tillgå. I vissa fall, exempelvis om begränsningen är knuten till en viss specialistkompetens, kan vårdgivaren behöva hänvisa patienter till en annan vårdenhet där den utpekade specialistkompetensen finns eller den alternativa behandlingen kan ges. Regionerna kan behöva ta fram information och beslutsstöd om nya tillfälliga begränsningar.

3.8.8 Konsekvenser i förhållande till EU-rätten

Utredningen bedömer att de förslag som lämnas inte får några konsekvenser för Sveriges förpliktelser i förhållande till EU-rätten. Förslaget innebär att Läkemedelsverket får ett preciserat bemyndigande att kunna begränsa förordnande och utlämnande av läkemedel vid läkemedelsbrist, om det är nödvändigt för att skydda människors och djurs liv och hälsa.

Utredningens förlag innebär inte att läkemedel omfördelas eller fördelas mellan apotek eller mellan apotek och sjukhus och kräver inte att läkemedel lagerhålls på annat sätt än vad som gäller i dag. Utredningen bedömer därför att förslaget varken direkt eller indirekt utgör ett handelshinder eller påverkar den fria rörligheten av varor, tjänster arbetskraft eller kapital. Om det skulle visa sig att förslaget ändå kan anses utgöra ett handelshinder anser utredningen att det kan motiveras mot att det syftar till att skydda människors eller djurs liv och hälsa med stöd av artikel 36 EUF-fördraget.

4 Författningskommentar

4.1 Förslaget till lag om ändring i läkemedelslagen (2015:315)

18 kap.

9 a §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om tillfälliga begränsningar vid förordnande och utlämnande av läkemedel, vid risk för läkemedelsbrist eller då sådan brist uppkommit, om det är nödvändigt för att skydda människors eller djurs liv eller hälsa.

I paragrafen, som är ny, införs ett bemyndigande för regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, att meddela föreskrifter om tillfälliga begränsningar vid förordnande och utlämnande av läkemedel, vid risk för läkemedelsbrist eller då sådan brist uppkommit, om det är nödvändigt för att skydda människors eller djurs liv eller hälsa.

Begränsningarna som införs ska syfta till att skydda människors eller djurs liv och hälsa. Att begräsningarna ska vara tillfälliga innebär att de inte ska införas permanent utan endast ska gälla så länge situationen med läkemedelsbrist eller risken för sådan brist är aktuell. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan inom ramen för bemyndigandet utforma begränsningar på flera olika sätt och en bedömning av vad som är ändamålsenligt behöver ske i varje enskilt fall.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 3.6.

4.2 Förslaget till förordning om ändring i läkemedelsförordningen (2015:458)

9 kap.

9 a §

Läkemedelsverket får meddela föreskrifter om tillfälliga begränsningar vid förordnande och utlämnande av läkemedel, vid risk för läkemedelsbrist eller då sådan brist uppkommit, om det är nödvändigt för att skydda människors eller djurs liv eller hälsa.

I paragrafen, som är ny, införs ett bemyndigande för Läkemedelsverket att meddela föreskrifter om tillfälliga begränsningar vid förordnande och utlämnande av läkemedel, vid risk för läkemedelsbrist eller då sådan brist uppkommit, om det är nödvändigt för att skydda människors eller djurs liv eller hälsa.

Utredningens överväganden finns i avsnitt 3.6.

Kommittédirektiv 2024:82

En översyn av vissa frågor om dokumentation, begränsningar och tillsyn avseende läkemedelsförskrivningar

Beslut vid regeringssammanträde den 12 september 2024

Sammanfattning

En särskild utredare ska se över vissa frågor om uppgiftsskyldighet, dokumentation, begränsningar och tillsyn avseende läkemedelsförskrivningar. Syftet är att motverka felaktiga läkemedelsförskrivningar och förhindra att offentliga medel går till kriminella och oseriösa aktörer.

Utredaren ska bl.a.

- analysera och ta ställning till om IVO och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) bör få utökade möjligheter att ta del av uppgifter vid tillsynen över läkemedelsförskrivningar som påverkar läkemedelsförmånerna och om ansvaret för tillsynen behöver förtydligas,
- analysera och ta ställning till om det finns behov av ändringar i regelverket för arbetsplatskoder för att bl.a. underlätta både regional och nationell uppföljning av läkemedelsförskrivningar,
- analysera om det finns behov av ändringar i reglerna för dokumentation i och åtkomst till patientjournaler för att bättre kunna följa upp läkemedelsförskrivningar, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget ska redovisas senast den 12 mars 2026.

Uppdraget att förbättra IVO:s möjligheter att bedriva tillsyn över förskrivare

IVO:s tillsynsmöjligheter

Hälso- och sjukvården och dess personal står enligt 7 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL, under tillsyn av IVO. Bestämmelser om krav och skyldigheter inom hälso- och sjukvården finns i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och PSL.

IVO utgår främst från anmälningar från apotek och allmänheten i sin tillsyn. IVO ska avgöra ärenden om klagomål genom beslut (7 kap. 18 § PSL). IVO kan även på eget initiativ inleda en utredning mot bl.a. hälso- och sjukvårdspersonal (7 kap. 19 § PSL). Myndigheten kan fatta beslut med kritik mot en förskrivare, men har ingen möjlighet att förena ett sådant beslut med föreläggande eller förbud.

Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att på IVO:s begäran lämna de handlingar, prover och annat material som rör verksamheten och de upplysningar om verksamheten som inspektionen behöver för sin tillsyn. IVO får förelägga hälso- och sjukvårdspersonal att lämna vad som begärs och ett beslut om föreläggande får förenas med vite (7 kap. 20 § PSL). Om IVO får kännedom om att hälso- och sjukvårdspersonal inte fullgör sina skyldigheter enligt det regelverk som gäller för hälso- och sjukvårdsverksamhet, ska inspektionen vidta åtgärder för att skyldigheterna ska fullgöras (7 kap. 29 § PSL). Om hälso- och sjukvårdspersonalen är skäligen misstänkt för att i yrkesutövningen ha begått ett brott för vilket fängelse är föreskrivet, ska IVO göra anmälan till åtal, om inte Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) redan gjort det.

Om IVO anser att det finns skäl för beslut om prövotid, återkallelse av legitimation eller begränsning av förskrivningsrätten i fråga om narkotiska läkemedel, andra särskilda läkemedel, alkoholhaltiga läkemedel eller teknisk sprit, ska myndigheten anmäla detta till HSAN (7 kap. 30 § PSL). Det kan bli aktuellt i de fall förskrivaren gjort sig skyldig till mer allvarliga förseelser i sin yrkesutövning. Bestämmelser om prövotid och återkallelse av legitimation finns i 8 kap. PSL. HSAN kan besluta om att återkalla yrkesutövarens legitimation

eller besluta om prövotid. HSAN kan också besluta om att endast dra in eller begränsa förskrivningsrätten för den legitimerade förskrivaren.

Kan regelverket för interimistiska beslut göras mer ändamålsenligt?

HSAN har möjlighet att i vissa fall besluta att en legitimation ska återkallas fram till dess att frågan om återkallelse har prövats slutligt (8 kap. 6 § PSL). HSAN har även möjlighet att dra in förskrivningsbehörigheten eller begränsa den fram till dess att frågan om indragning eller begränsning av behörigheten har prövats slutligt (8 kap. 11 § PSL). Möjligheten att meddela interimistiska beslut gäller om det behövs för att trygga patientsäkerheten eller om det annars är nödvändigt från allmän synpunkt.

Riksrevisionen rekommenderar i sin rapport Läkemedelsförskrivningen – statens styrning och tillsyn (RiR 2023:23) att det bör utredas om IVO ska ges möjlighet att dra in eller begränsa förskrivningsrätten interimistiskt under en pågående tillsyn. Riksrevisionen anger att HSAN:s handläggningstider är årslånga, vilket tillsammans med IVO:s handläggningstider innebär orimligt långa handläggningstider. Riksrevisionen framhåller även att förskrivare kan fortsätta med den felaktiga förskrivningen under handläggningstiden hos IVO och HSAN om inte HSAN har fattat ett interimistiskt beslut att begränsa eller dra in förskrivningsrätten, eller återkalla legitimationen efter yrkande av IVO.

Beslut om begränsning av förskrivningsrätt eller återkallelse av legitimation har stor påverkan på den beslutet avser. Det är givet att sådana beslut behöver föregås av en gedigen och skyndsam utredning. Det är även av stor vikt att inte riskera att patienter utsätts för vårdskador under den tid som en utredning pågår. Det finns således skäl att se över regelverket för interimistiska beslut.

Utredaren ska därför

- analysera och föreslå hur regelverket för interimistiska beslut gällande återkallelse av legitimation och begränsning av förskrivningsrätten kan ändras för att bättre värna såväl patientsäkerheten som rättssäkerheten för förskrivaren i fråga, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Behovet av en mer effektiv tillsyn

Riksrevisionen påtalar i sin rapport om läkemedelsförskrivning att IVO:s tillsyn över läkemedelsförskrivningar inte är effektiv. Riksrevisionen anger bl.a. att IVO saknar möjlighet att använda sig av de uppgifter som behövs för att kunna genomföra en riskbaserad egeninitierad tillsyn. Enligt Riksrevisionen kan det t.ex. röra sig om att söka i register efter förskrivare som skriver ut ovanligt många recept med narkotikaklassade läkemedel eller olämpligt stora doser långt över dem som Läkemedelsverket rekommenderar, och utifrån uppgifterna göra en riskbedömning av om en tillsyn ska inledas.

Information om en patients förskrivna och expedierade läkemedel finns i registret nationell läkemedelslista. I lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista regleras bl.a. för vilka ändamål uppgifter får behandlas i registret, vilka uppgifter som får registreras och vilka som har rätt att ta del av uppgifterna. I registret finns detaljerade uppgifter om vilket läkemedel som har förskrivits, till vilken patient, vem som har förskrivit läkemedlet och dennes arbetsplats samt vilket läkemedel som har expedierats. Det är fråga om ett nationellt register med en stor mängd känsliga personuppgifter. E-hälsomyndigheten som ansvarar för registret har en skyldighet att lämna ut uppgifter om en läkares eller tandläkares förskrivning av narkotiskt läkemedel eller annat särskilt läkemedel till IVO för myndighetens tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal enligt patientsäkerhetslagen. Uppgiftsskyldigheten avser endast särskilda läkemedel och således inte samtliga läkemedel, samt inte heller ordinationsorsak.

Det är av stor vikt att IVO har tillgång till relevanta uppgifter och kan bedriva en effektiv tillsyn. Utgångspunkten för en effektiv riskbaserad tillsyn bör vara att myndigheten har tillgång till detaljerad information om läkemedelsförskrivning och har möjlighet att behandla dessa uppgifter automatiserat för att regelbundet och träffsäkert identifiera förskrivare med misstänkt avvikande läkemedelsförskrivning. En sådan tillgång till uppgifter bedöms IVO inte ha i dag.

Utredaren ska därför

- analysera och föreslå hur IVO kan få tillgång till ytterligare uppgifter för att kunna bedriva en träffsäker, effektiv och riskbaserad tillsyn över förskrivare,

- vid behov föreslå andra förändringar i syfte att tillsynen ska få större genomslag, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

De förslag som lämnas ska vara förenliga med regelverket om skydd för den personliga integriteten. Det innebär t.ex. att förslagen behöver utformas på ett sådant sätt att den personliga integriteten värnas.

Uppdraget att motverka förskrivningar som felaktigt belastarläkemedelsförmånerna

Läkemedelsförmånerna

I Sverige omfattas de flesta läkemedel som förskrivs på recept av läkemedelsförmånerna. Läkemedelsförmånerna regleras i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. Av 6 § samma lag framgår att en förutsättning för att kunna ta del av läkemedelsförmånerna är att receptet är försett med en kod som identifierar den arbetsplats som receptutfärdaren tjänstgör vid (arbetsplatskod). TLV beslutar vilka läkemedel som ska ingå i förmånerna och utövar tillsyn över att regelverket följs. Läkemedelsförmånerna innebär att det offentliga bekostar delar av patientens läkemedelsinköp, med stigande subvention vid ökade kostnader upp till ett maxbelopp.

Öppenvårdsapoteken debiterar regionerna för den del av läkemedelskostnaden som subventioneras för patienten. Regionerna ersätts i sin tur för sina kostnader via ett statsbidrag. Storleken på statsbidraget beräknas utifrån prognoser över kostnaderna för läkemedelsförmånerna som Socialstyrelsen årligen tar fram. Statsbidraget för läkemedelsförmånerna m.m. för 2024 omfattar ett sammanlagt belopp till regionerna om 38 miljarder kronor. Det är det enskilt största statliga bidraget till regionerna för deras kostnader inom hälso- och sjukvården.

Arbetsplatskod

Bestämmelser om arbetsplatskod finns i 4 § förordningen (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m. Alla som har en arbetsplats och är behöriga att förskriva läkemedel eller sådana varor som avses i 18 § 2 och 3 lagen om läkemedelsförmåner m.m. har rätt att få en arbets-

platskod. Regionen får i övrigt besluta om utformning och fördelning av arbetsplatskod för den som har sin arbetsplats inom regionens område. Om regionen finner att den sökande inte har rätt till arbetsplatskod, ska regionen överlämna ärendet till Socialstyrelsen för prövning. En arbetsplatskod gäller så länge förutsättningarna för arbetsplats och förskrivarbehörighet är uppfyllda.

Reglerna om arbetsplatskod tillkom i samband med att de nya läkemedelsförmånerna infördes 2002 (prop. 2001/02:63, bet. 2001/02: SoU10, rskr. 2001/02:194) och har inte ändrats sedan dess. Tillsynen över hälso- och sjukvården bedrevs då av Socialstyrelsen. År 2013 inrättades IVO som tog över tillsynsansvaret från Socialstyrelsen.

Arbetsplatskoden möjliggör för uppföljningar av läkemedelsförskrivningar eftersom en förskrivning knyts till en viss arbetsplats. Socialstyrelsen konstaterar i rapporten Läkemedelsförskrivning på fritiden och efter pension (2024) att regionerna valt olika linjer för vilken struktur arbetsplatskoderna ska följa och att det är den enskilt största begränsande anledningen till att det inte är möjligt att genomföra en fullständig kartläggning av de förskrivare som inte arbetar för en vårdgivare. Socialstyrelsen framför att en nationell samsyn kring hur arbetsplatskoder ska utformas och användas skulle kunna underlätta nationell uppföljning av läkemedelsförskrivningar.

Att regionen saknar egen möjlighet att upphäva arbetsplatskoder utgör ett problem för arbetet med att förebygga, förhindra och upptäcka oseriösa aktörer och felaktiga utbetalningar. Flertalet regioner har framfört ett behov av att själva kunna stänga arbetsplatskoder, även intermistiskt, bl.a. i den hemställan från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) som lämnades till regeringen i december 2023 (Hemställan om åtgärder för att förebygga, upptäcka och motverka välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvård samt tandvård, 2023).

Felaktig belastning av läkemedelsförmånerna

Riksrevisionen har i sin rapport om läkemedelsförskrivning granskat om tillsynen över förskrivningar som felaktigt belastar läkemedelsförmånerna är effektiv. Riksrevisionen uppmärksammar att det förekommer förskrivningar som felaktigt belastar läkemedelsförmånerna. Ett exempel som lyfts i rapporten rör substansen botulinumtoxin som är ett läkemedel som bl.a. kan användas för att behandla spasmer

eller svåra former av svettningar. Detta läkemedel omfattas av läkemedelsförmånerna för bl.a. nämnda indikationer. Läkemedlet kan dock också användas inom skönhetsvården, men ingår då inte i läkemedelsförmånerna. Förmånskostnaderna för botulinumtoxin har ökat betydligt under senare år. Riksrevisionen nämner att det varit känt sedan länge att botulinumtoxin förskrivs inom läkemedelsförmånerna för att användas för skönhetsvård, vilket leder till felaktig belastning av läkemedelsförmånerna.

Ett annat exempel i Riksrevisionens rapport på förskrivningar som felaktigt belastar läkemedelsförmånerna rör läkemedel som innehåller semaglutid. Det finns läkemedel med semaglutid som är godkända för behandling av viss diabetes, men som också kan användas för viktminskning. Läkemedel med semaglutid ingår inte i läkemedelsförmånerna om de förskrivs för viktminskning. Riksrevisionens rapport visar att förmånskostnaderna för läkemedel med semaglutid har ökat kraftigt över tid och att det finns indikationer på att läkemedel med semaglutid har subventionerats till personer som inte är berättigade att få läkemedlet subventionerat. Det har även uppstått problem med tillgängligheten till läkemedlet, vilket drabbar patienter som använder läkemedlet inom godkänd indikation.

Förskrivningar som felaktigt belastar läkemedelsförmånerna innebär i vissa fall att skattemedel subventioner skönhetsbehandlingar. Ett felaktigt utnyttjande av läkemedelsförmånerna kan därtill riskera patientsäkerheten i de fall det leder till att ett läkemedel inte finns tillgängligt för de patienter som behöver det.

I rapporten Myndighetsgemensam lägesbild – organiserad brottslighet 2023 (Polismyndigheten 2023-06-02) beskrivs hur välfärdsutbetalningar, sjukvård och läkemedelsförskrivningar har kommit att bli nya måltavlor för den organiserade brottsligheten i stort. Flera regioner rapporterar bl.a. att felaktig förskrivning och användning av läkemedel utgör ett stort riskområde, däribland narkotika- och dopingklassade läkemedel liksom läkemedel som kan användas i skönhetssyfte. Ett skäl till regionernas bedömning är att nästan 10 000 läkare och tandläkare utan svenskt person- eller samordningsnummer har förskrivningsrätt i Sverige. Det är okänt hur många av dessa läkare och tandläkare som faktiskt är verksamma och i vilka länder de är bosatta.

Regioners debitering

Enligt 6 kap. 3 § lagen om nationell läkemedelslista (2018:1212) ska E-hälsomyndigheten till den region som ska ersätta kostnaderna för läkemedelsförmåner lämna ut uppgifter om expedieringar av förskrivna läkemedel och andra varor som omfattas av den lagen. Uppgifterna får lämnas ut för ändamålen debitering till regionerna samt registrering och redovisning till regionerna av uppgifter för ekonomisk och medicinsk uppföljning och för framställning av statistik. E-hälsomyndigheten ska, för nämnda ändamål, till den region som enligt 7 kap. 4 § smittskyddslagen (2004:168) ska ersätta kostnaderna för läkemedelsförmåner lämna ut uppgifter om expedieringar av förskrivna läkemedel som är kostnadsfria enligt den lagen.

För ändamålet registrering och redovisning till regionerna av uppgifter för ekonomisk och medicinsk uppföljning och för framställning av statistik, ska uppgifter om patientens identitet vara krypterade på ett sådant sätt att dennes identitet skyddas. I 4 kap. 6 § andra stycket patientdatalagen (2008:355), förkortad PDL, finns bestämmelser om att detta skydd för patientens identitet ska bestå hos regionerna. För ändamålet debitering till regionerna får uppgifter om en person inte omfatta annat än datum för expediering, kostnad, kostnadsreducering enligt lagen om läkemedelsförmåner m.m., kostnadsfrihet enligt smittskyddslagen och patientens personnummer eller samordningsnummer.

SKR anger i sin hemställan att regionerna inte har tillgång till den personliga förskrivarkoden och att ett exempel på välfärdsbrottslighet är att förskrivare använder många olika arbetsplatskoder för att undgå upptäckt av oegentlig förskrivning. För att säkerställa att detta missbruk upptäcks anser SKR att regioner behöver tillgång till förskrivarkoder. SKR anser att det är problematisk att det finns en stor restriktivitet i vilken typ av läkemedelsdata regioner får behandla och i vilka syften. SKR nämner att regionerna får tillgång till stora mängder läkemedelsdata från E-hälsomyndigheten, men att data inte får behandlas på så sätt att den enskilda patienten identifieras vilket krävs för att följa upp läkemedelsanvändningen i syfte att identifiera misstänkt oegentlig förskrivning. SKR anger vidare att uppgifterna inte heller får samköras med annan vårddata som regioner har tillgång till, annat än när ändamålet med behandlingen är relaterat till underlag för debitering.

Förbättra IVO:s och TLV:s tillsynsmöjligheter

IVO har tillsyn över all hälso- och sjukvård i Sverige, förutom hälso- och sjukvården inom Försvarsmakten (7 kap. 1 § PSL). Tillsyn enligt patientsäkerhetslagen innebär granskning av att verksamhet och personal uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Tillsynen ska främst inriktas på granskning av att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete (3 kap. PSL). Gemensammabestämmelser om IVO:s befogenheter finns i 7 kap. 20–22 §§ PSL och avser bl.a. en rätt att på begäran få handlingar och upplysningar som behövs för tillsynen och rätt att inspektera verksamhet.

TLV har tillsyn över efterlevnaden av lagen om läkemedelsförmåner m.m. och föreskrifter och villkor som har meddelats i anslutning till lagen (25 § lagen om läkemedelsförmåner m.m.). TLV har rätt att på begäran få de upplysningar och handlingar som behövs för tillsynen. Myndigheten får meddela de förelägganden och förbud som behövs för att lagen om läkemedelsförmåner m.m. eller föreskrifter och villkor som har meddelats i anslutning till lagen ska följas. Beslut om föreläggande eller förbud får förenas med vite.

Riksrevisionen har i sin rapport om läkemedelsförskrivning påtalat att det inte är tydligt vem som ska bedriva tillsyn över förskrivningar som leder till en felaktig belastning av läkemedelsförmånerna. Riksrevisionen nämner att TLV och IVO inte har tillgång till de uppgifter som myndigheterna behöver för att kunna utföra en effektiv tillsyn. Riksrevisionen lyfter även att IVO inte har rätt att från E-hälsomyndigheten ta del av uppgifter som visar på om läkemedelsförskrivningen skett inom förmånen samt om förskrivningar av smittskyddsläkemedel sker på ett korrekt sätt.

Myndigheternas möjligheter att bedriva en effektiv tillsyn inom läkemedelsförmånerna är otillräckliga och regeringen anser därför att det finns anledning att åtgärda detta.

Betydelsen av den fria förskrivningsrätten för patientsäkerheten och risken för felaktig användning av läkemedelsförmånerna

Vissa yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården har rätt att förskriva läkemedel. Det rör sig om läkare, tandläkare, barnmorskor, sjuksköterskor, tandhygienister och optiker. Även veterinärer har rätt att förskriva läkemedel men då för behandling av djur. Vilka som har rätt att förskriva läkemedel, eventuella krav på utbildning och vilka läkemedel som får förskrivas regleras i Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit.

Läkare med legitimation har rätt att förskriva läkemedel för behandling av människa (2 kap. 1 § HSLF-FS 2021:75). All förskrivning av läkemedel, liksom läkarens arbete i övrigt, ska enligt 6 kap. 1 § PSL, utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

En god tillgång till effektiva läkemedel är en väsentlig del av hälso- och sjukvården. En central del i detta är att den enskilde patienten får den mest effektiva behandlingen. Den s.k. fria förskrivningsrätten, dvs. rätten att baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet förskriva läkemedel även utanför godkänd indikation, är en central komponent för att möjliggöra en ändamålsenlig läkemedelsbehandling för alla patientgrupper utifrån en helhetsbild av patientens hälsotillstånd. I de flesta fall tillgodoses detta genom att patienten använder läkemedel som är avsedda för den sjukdom som patienten har. I vissa fall kan dock förskrivning behöva göras av ett läkemedel som inte är godkänt för den aktuella indikationen, men där lång erfarenhet finns av användning för den aktuella indikationen och därmed ger avsedd nytta för patienten.

I Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2017:74) om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel ställs krav på viss specialistkompetens eller andra villkor för att vissa läkemedel ska få förskrivas och lämnas ut från ett apotek. Det handlar bl.a. om narkotiska läkemedel som är godkända för behandling av ”Attention Deficit Hyperactivity Disorder” (ADHD) och narkotiska läkemedel som är godkända för behandling av opioidberoende.

Förordnande av läkemedel, dvs. förskrivning av läkemedel eller rekvirering av läkemedel till exempelvis en klinik, sker i första hand inom ramen för ordinarie vård. Det förekommer också att läkemedel förordnas i andra sammanhang. Exempelvis kan läkemedel förordnas

för att säkerställa läkemedelstillgång till forskning, dvs. i syfte att kunna genomföra studier av läkemedel.

Det finns behov av att analysera såväl positiva som negativa konsekvenser av den fria förskrivningsrätten och dess påverkan på patientsäkerheten. Positiva konsekvenser är exempelvis möjligheter till behandling inom hälso- och sjukvården av patienter med läkemedel utanför godkänd indikation samt minskad belastning inom den ordinarie vården. Som redan har konstaterats förekommer det i dag felaktiga förskrivningar. Det kan bl.a. handla om att narkotika förskrivs för illegalt bruk eller att läkemedel förskrivs på felaktiga grunder inom förmånerna.

Utredaren ska därför

- kartlägga hanteringen av arbetsplatskoder, t.ex. hur de utfärdas, följs upp och dras tillbaka,
- analysera och ta ställning till om det finns behov av ändringar i regelverket för arbetsplatskoder för att uppnå en mer ändamålsenlig hantering av arbetsplatskoderna och för att bl.a. underlätta både regional och nationell uppföljning av läkemedelsförskrivningar,
- analysera och ta ställning till om ansvaret för tillsynen över läkemedelsförskrivningar som belastar läkemedelsförmånerna behöver förtydligas,
- analysera och föreslå hur IVO och TLV kan få tillgång till ytterligare uppgifter för att kunna bedriva en effektiv tillsyn över läkemedelsförskrivningar som belastar läkemedelsförmånerna,
- vid behov föreslå andra förändringar, såsom möjligheten att vidta ytterligare åtgärder, i syfte att tillsynen och uppföljningen ska få större genomslag,
- analysera och ta ställning till om regioner bör få tillgång till ytterligare uppgifter från E-hälsomyndigheten i syfte att kunna kontrollera och följa upp debiteringar för läkemedelskostnader,
- analysera betydelsen av den fria förskrivningsrätten för patientsäkerheten, tillgängligheten till läkemedel och eventuell felaktig användning av läkemedelsförmånerna, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

De förslag som lämnas ska vara förenliga med regelverket om skydd för den personliga integriteten. Det innebär t.ex. att förslagen behöver utformas på ett sådant sätt att den personliga integriteten värnas.

Uppdraget att se över reglerna för dokumentation i och åtkomst till patientjournal

Dokumentationsskyldigheten

Enligt 3 kap. PDL ska det vid vård av patienter föras en patientjournal. Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Enligt 3 kap. 6 § PDL ska en patientjournal innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Skyldig att föra en patientjournal är bl.a. den som enligt 4 kap. PSL har legitimation eller särskilt förordnande att utöva ett visst yrke. Det finns inga bestämmelser som anger hur en patientjournal ska föras.

I Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2017:37) och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården regleras de krav som ställs på hälso- och sjukvården vad avser ordination och hantering av läkemedel. Av föreskrifterna framgår bl.a. vad som ska dokumenteras i samband med en läkemedelsordination. Om patienten inte befinner sig i slutenvård följs ordinationen av en förskrivning. De bestämmelser som måste beaktas vid en förskrivning finns i Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit.

Vid all vård är dokumentation av läkarens bedömning och diagnos liksom val av behandling såsom läkemedel av stor vikt. Läkaren, eller andra förskrivare, behöver ha tillgång till ett vårdinformationssystem eller ett annat system för dokumentation för att kunna följa de krav som ställs i nämnda författningar i fråga om dokumentation.

Åtkomst till dokumenterade uppgifter

Bestämmelser om inre sekretess och elektronisk åtkomst till patientjournaler inom en vårdgivares verksamhet finns i 4 kap. PDL. Enligt lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation får vårdgivare och omsorgsgivare under vissa förutsättningar ges till-

gång till personuppgifter hos andra vårdgivare och omsorgsgivare. Det är frivilligt för huvudmännen att använda sig av möjligheten till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (prop. 2021/22:177 s. 44 och 45).

Nationell patientöversikt, som är en tjänst som tillhandahålls av Inera, ett aktiebolag ägt av SKR, möjliggör för vårdgivare 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 erbjuds till offentligt finansierade vårdgivare. Uppgifter om förskrivet läkemedel, ordinationsorsak, patientens namn, förskrivarens namn och arbetsplats samt expedierat läkemedel finns i registret nationell läkemedelslista. Enligt lagen om nationell läkemedelslista får direktåtkomst till uppgifter i den nationella läkemedelslistan med patientens samtycke ges till bl.a. hälso- och sjukvårdspersonal som har behörighet att förskriva läkemedel eller andra varor för bl.a. ändamålet att åstadkomma en säker ordination av läkemedel och andra varor för en patient. Vissa bestämmelser om kravet på anslutning till registret nationell läkemedelslista träder i kraft den 1 december 2025 (prop. 2022/23:57). Implementeringen av den nationella läkemedelslistan är av stor vikt för att information om läkemedelsförskrivningar inklusive ordinationsorsak ska kunna finnas tillgänglig för samtliga vårdgivare.

Behovet av översyn

Socialstyrelsen har i rapporten Läkemedelsförskrivning på fritiden och efter pension (2024) gjort en kartläggning av den läkemedelsförskrivning som inte görs inom ramen för vård som ges av vårdgivare, så kallad fritids- och pensionärsförskrivning. Då denna förskrivning i vissa situationer inte går att särskilja från ordinarie förskrivning i befintliga register saknades förutsättningar för att genomföra en komplett kartläggning. I den region där all fritids- och pensionärsförskrivning var möjlig att kartlägga visar resultaten i rapporten att denna typ av förskrivning utgjorde 0,4 procent av den totala läkemedelsförskrivning i den region där all fritids- och pensionärsförskrivning var möjlig att kartlägga. Vid förskrivning på fritiden och efter pension har förskrivaren ofta en personlig relation till patienten – till exempel närstående, vän eller sig själv. Samma krav gällande exempelvis jour-

nalföring och läkemedelsförmån ställs på denna typ av förskrivning som på övrig förskrivning.

Socialstyrelsen skriver i sin rapport att i de fall där förskrivning av läkemedel görs utanför ramen för vård som ges av en vårdgivare finns inte alltid all dokumentation kring förskrivningen samlad och tillgänglig för annan vårdpersonal. Om förskrivaren arbetar för en vårdgivare men förskriver på sin fritid, har förskrivaren ofta möjlighet att dokumentera i vårdgivarens vårdinformationssystem. Den möjligheten finns dock inte för förskrivare som inte arbetar för en vårdgivare, såsom pensionerade läkare eller läkare som arbetar inom annan verksamhet. Olika riktlinjer för hur fritids- och pensionärsförskrivning ska dokumenteras i regionerna är en av orsakerna till att det inte är möjligt för Socialstyrelsen att genomföra en fullständig kartläggning av denna läkemedelsförskrivning.

Utredaren ska därför

- analysera om det finns behov av ändringar i reglerna för dokumentation i och åtkomst till patientjournaler för att bättre kunna följa upp läkemedelsförskrivningar, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

De förslag som lämnas ska vara förenliga med regelverket om skydd för den personliga integriteten. Det innebär t.ex. att förslagen behöver utformas på ett sådant sätt att den personliga integriteten värnas.

Uppdraget att begränsa förskrivning och expediering av vissa läkemedel vid bristsituationer

Inför en befarad risk för en bristsituation när det gäller ett visst läkemedel kan det förväntas att många patienter hämtar ut en maximal mängd av läkemedlet för att säkerställa sin behandling under en längre tid. Detta inträffade under covid-19-pandemin och skapade bristsituationer som blev problematiska för vissa patientgrupper. Man kan också tänka sig att patienter vid en befarad brist påpekar behovet av en extra förskrivning i syfte att kunna hämta ut mer läkemedel.

Vid bristsituationer som innebär att det inte finns någon generisk kopia av ett läkemedel tillgänglig, kan åtgärder vidtas för att patienter ändå ska kunna få tillgång till sitt läkemedel. Exempelvis kan en läkare förskriva ett nytt recept med ett annat läkemedel. Vidare kan

Läkemedelsverket utfärda dispenser för apotek att sälja läkemedel med märkning från ett annat land.

I en bristsituation där det finns risk för att patienter blir utan behandling kan det finnas behov av att kunna vidta ytterligare åtgärder än de som är möjliga i dag. En sådan åtgärd skulle kunna vara att tillfälligt begränsa förskrivningen av ett visst läkemedel i mängd och eller indikation för att säkra tillgången för de patienter som har det mest trängande behovet. En eventuell begränsning i rätten att förskriva ett visst läkemedel skulle behöva åtföljas av en motsvarande begränsning i rätten att expediera läkemedlet på öppenvårdsapoteket då giltighetstiden för ett utfärdat recept kan vara upp till ett år.

Utredaren ska därför

- analysera och ta ställning till om rätten att förskriva och expediera ett visst läkemedel tillfälligt bör kunna begränsas, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

I analysen ska det beaktas hur en eventuell begränsning förhåller sig till Socialstyrelsens rekommendationer om att patienter utifrån ett beredskapsperspektiv ska säkerställa tillräcklig tillgång till sina läkemedel i hemmet.

Konsekvensbeskrivningar

Utöver vad som följer av bestämmelserna i förordningen (2024:183) om konsekvensutredningar ska förslag till författningsändringar ska sådana förslag till författningsändringar som berör patienters integritet föregås både av en integritetsanalys och en analys av hur förslagen förhåller sig till regelverken om offentlighet och sekretess. Kostnader för specifika myndigheter ska redovisas separat. Om förslagen innebär att nya administrativa krav åläggs hälso- och sjukvården ska utredaren särskilt redovisa förslagens konsekvenser för hälso- och sjukvården.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Utredaren ska hålla sig informerad om och beakta relevant arbete som pågår inom Regeringskansliet och utredningsväsendet, bl.a. uppdraget att möjliggöra en nationell digital infrastruktur för hälsodata

(S2024/00100). Utredaren ska i lämplig omfattning ha dialog med IVO, TLV, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, E-hälsomyndigheten, Utredningen om behörighet och yrkesreglering inom hälso- och sjukvård och tandvård (S 2023:10), Utredningen om fortsatt utveckling av registret nationell läkemedelslista (S 2023:09), SKR, Sveriges läkarförbund, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges apoteksförening, regioner, privata vårdgivare och andra relevanta aktörer.

Uppdraget ska redovisas senast den 12 mars 2026.

(Socialdepartement)

Kommittédirektiv 2024:102

Tilläggsdirektiv till Utredningen om en översyn av vissa frågor om dokumentation, begränsningar och tillsyn avseende läkemedelsförskrivningar (S 2024:07)

Beslut vid regeringssammanträde den 31 oktober 2024

Förkortad tid för en del av uppdraget

Regeringen beslutade den 12 september 2024 kommittédirektiv om en översyn av vissa frågor om dokumentation, begränsningar och tillsyn avseende läkemedelsförskrivningar (dir. 2024:82). Uppdraget skulle enligt direktiven redovisas senast den 12 mars 2026.

Utredningstiden för den del av uppdraget som handlar om att begränsa förskrivning och expediering av vissa läkemedel vid brist-situationer förkortas. Uppdraget i den delen ska i stället redovisas i ett delbetänkande redan den 15 april 2025. Utredningstiden i övrigt ligger fast. Uppdraget ska alltså slutredovisas senast den 12 mars 2026.

(Socialdepartementet)

Statens offentliga utredningar 2025

Kronologisk förteckning

1. Skärpta krav för svenskt medborgarskap. Ju.
2. Några frågor om grundläggande fri- och rättigheter. Ju.
3. Skatteincitament för forskning och utveckling. En översyn av FoU-avdraget och expertskattereglerna. Fi.
4. Moderna och enklare skatteregler för arbetslivet. Fi.
5. Avgift för områdessamverkan – och andra åtgärder för trygghet i byggd miljö. LI.
6. Plikten kallar! En modern personalförsörjning av det civila försvaret. Fö.
7. Ny kärnkraft i Sverige – effektivare tillståndsprövning och ändamålsenliga avgifter. KN.
8. Bättre förutsättningar för trygghet och studiero i skolan. U.
9. På språklig grund. U.
10. En förändrad abortlag – för en god, säker och tillgänglig abortvård. S.
11. Straffbarhetsåldern. Ju.
12. AI-kommissionens Färdplan för Sverige. Fi.
13. En effektivare organisering av mindre myndigheter – analys och förslag. Fi.
14. En skärpt miljöstraffrätt och ett effektivt sanktionssystem. KN.
15. Stärkta drivkrafter och möjligheter för biståndsmottagare. Volym 1 och 2. S.
16. Ett nytt regelverk för uppsikt och förvar. Ju.
17. Anpassning av svensk rätt till EU:s avskogningsförordning. LI.
18. Ett likvärdigt betygssystem. Volym 1 och 2. U.
19. Kunskap för alla – nya läroplaner med fokus på undervisning och lärande. U.
20. Kommunal anslutning till Utbetalningsmyndighetens verksamhet. Fi.
21. Miljömålsberedningens förslag om en strategi för hur Sverige ska leva upp till EU:s åtaganden inom biologisk mångfald respektive nettoupptag av växthusgaser från markanvändningssektorn (LULUCF). KN.
22. Förbättrad konkurrens i offentlig och privat verksamhet. KN.
23. Ersättningsregler med brottsoffret i fokus. Ju.
24. Publiken i fokus – reformer för ett starkare filmland. Ku.
25. Arbetslivskriminalitet – upplägg, verktyg och åtgärder, fortsatt arbete. A.
26. Tid för undervisningsuppdraget – åtgärder för god undervisning och läraryrkenas attraktivitet. U.
27. En socionomutbildning i tiden. U.
28. Frihet från våld, förtryck och utnyttjande. En jämställdhetspolitisk strategi mot våld och en stärkt styrning av centrala myndigheter. A.
29. Ökad kvalitet hos Samhall och fler vägar till skyddat arbete. A.
30. Enklare mervärdesskatteregler vid försäljning av begagnade varor och donation av livsmedel. Fi.
31. Utmönstring av permanent uppehållstillstånd och vissa anpassningar till miniminivån enligt EU:s migrations- och asylpakt. Ju.
32. Vissa förändringar av jaktlagstiftningen. LI.
33. Skärpta och tydligare krav på vandel för uppehållstillstånd. Ju.
34. Ett modernare konsumentskydd vid distansavtal. Ju.
35. Etableringsboendelagen – ett nytt system för bosättning för vissa nyanlända. A.

36. Skydd för biologisk mångfald i havsområden utanför nationell jurisdiktion. UD.
37. Skärpta villkor för friskolesektorn. U.
38. Att omhänderta barn och unga. S.
39. Digital teknik på lika villkor. En reglering för socialtjänsten och verksamhet enligt LSS. S.
40. Säkrare tivoli. Ju.
41. Pensionsnivåer och pensionsavgiften – analyser på hundra års sikt. S.
42. Säkerhetsskyddslagen – ytterligare kompletteringar. Ju.
43. Säkerställ tillgången till läkemedel – förordnande och utlämnande i bristsituationer. S.

Statens offentliga utredningar 2025

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Arbetslivskriminalitet – upplägg, verktyg och åtgärder, fortsatt arbete. [25]

Frihet från våld, förtryck och utnyttjande. En jämställdhetspolitisk strategi mot våld och en stärkt styrning av centrala myndigheter. [28]

Ökad kvalitet hos Samhall och fler vägar till skyddat arbete. [29]

Etableringsboendelagen – ett nytt system för bosättning för vissa nyanlända. [35]

Finansdepartementet

Skatteincitament för forskning och utveckling. En översyn av FoU-avdraget och expertskattereglerna. [3]

Moderna och enklare skatteregler för arbetslivet. [4]

AI-kommissionens Färdplan för Sverige. [12]

En effektivare organisering av mindre myndigheter – analys och förslag. [13]

Kommunal anslutning till Utbetalningsmyndighetens verksamhet. [20]

Enklare mervärdesskatteregler vid försäljning av begagnade varor och donation av livsmedel. [30]

Försvarsdepartementet

Plikten kallar! En modern personalförsörjning av det civila försvaret. [6]

Justitiedepartementet

Skärpta krav för svenskt medborgarskap. [1]

Några frågor om grundläggande fri- och rättigheter. [2]

Straffbarhetsåldern. [11]

Ett nytt regelverk för uppsikt och förvar. [16]

Ersättningsregler med brottsoffret i fokus. [23]

Utmönstring av permanent uppehållstillstånd och vissa anpassningar till miniminivån enligt EU:s migrations- och asylpakt. [31]

Skärpta och tydligare krav på vandel för uppehållstillstånd. [33]

Ett modernare konsumentskydd vid distansavtal. [34]

Säkrare tivoli. [40]

Säkerhetsskyddslagen – ytterligare kompletteringar. [42]

Klimat- och näringslivsdepartementet

Ny kärnkraft i Sverige – effektivare tillståndsprövning och ändamålsenliga avgifter. [7]

En skärpt miljöstraffrätt och ett effektivt sanktionssystem. [14]

Miljömålsberedningens förslag om en strategi för hur Sverige ska leva upp till EU:s åtaganden inom biologisk mångfald respektive nettoupptag av växthusgaser från markanvändningssektorn (LULUCF). [21]

Förbättrad konkurrens i offentlig och privat verksamhet [22]

Kulturdepartementet

Publiken i fokus – reformer för ett starkare filmland. [24]

Landsbygds- och infrastrukturdepartementet

Avgift för områdessamverkan – och andra åtgärder för trygghet i byggd miljö. [5]

Anpassning av svensk rätt till EU:s avskogningsförordning. [17]

Vissa förändringar av jaktlagstiftningen. [32]

Socialdepartementet

En förändrad abortlag – för en god, säker och tillgänglig abortvård. [10]

Stärkta drivkrafter och möjligheter för biståndsmottagare Volym 1 och 2. [15]

Att omhänderta barn och unga. [38]

Digital teknik på lika villkor. En reglering för socialtjänsten och verksamhet enligt LSS. [39]

Pensionsnivåer och pensionsavgiften – analyser på hundra års sikt. [41

Säkerställ tillgången till läkemedel – förordnande och utlämnande i bristsituationer. [43]

Utbildningsdepartementet

Bättre förutsättningar för trygghet och studiero i skolan. [8]

På språklig grund. [9]

Ett likvärdigt betygssystem Volym 1 och 2. [18]

Kunskap för alla – nya läroplaner med fokus på undervisning och lärande. [19]

Tid för undervisningsuppdraget – åtgärder för god undervisning och läraryrkenas attraktivitet. [26]

En socionomutbildning i tiden [27]

Skärpta villkor för friskolesektorn. [37]

Utrikesdepartementet

Skydd för biologisk mångfald i havsområden utanför nationell jurisdiktion. [36]

§ 123

Förändring av ledningsorganisationen för kirurgiverksamheten i Region Jönköpings län

Diarienummer: RJL 2025/3138

Beslut

Presidiet föreslår nämnden för folkhälsa och sjukvård att

- godkänna föreslagen inriktning att undersöka möjligheter och konsekvenser av en förändrad ledningsorganisation för kirurgiverksamheten i Region Jönköpings län.

Deltar inte i beslutet

Monica Samuelsson (KD) deltar inte i beslutet.

Sammanfattning

Kirurgkliniken i Region Jönköpings län har sedan 2015 varit organiserad som en länsklinik, med en verksamhetschef. Organisationen har medfört ett antal utmaningar och nu föreslås en undersökning av möjligheter och konsekvenser av en förändrad ledningsorganisation för kirurgiverksamheten i Region Jönköpings län, med uppdelning i tre separata kliniker – en klinik på vart och ett av länets tre akutsjukhus.

Om beslut om utredning fattas kommer beslut om eventuell förändring att fattas efter genomgången utredning.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Förändring av ledningsorganisationen för kirurgiverksamheten i Region Jönköpings län

Beslutet skickas till

Nämnden för folkhälsa och sjukvård

Regionledningskontoret

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Förändring av ledningsorganisationen för kirurgiverksamheten i Region Jönköpings län

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- godkänner föreslagen inriktning att undersöka möjligheter och konsekvenser av en förändrad ledningsorganisation för kirurgiverksamheten i Region Jönköpings län.

Sammanfattning

Kirurgkliniken i Region Jönköpings län har sedan 2015 varit organiserad som en länsklinik, med en verksamhetschef. Organisationen har medfört ett antal utmaningar och nu föreslås en undersökning av möjligheter och konsekvenser av en förändrad ledningsorganisation för kirurgiverksamheten i Region Jönköpings län, med uppdelning i tre separata kliniker – en klinik på vart och ett av länets tre akutsjukhus.

Om beslut om utredning fattas kommer beslut om eventuell förändring att fattas efter genomgången utredning.

Ärendebeskrivning

Bakgrund

Sedan 2015 har kirurgiverksamheten vid Region Jönköpings läns tre akutsjukhus varit organiserad som en länsklinik med gemensam klinikledning. Kliniken har genom åren haft flera olika verksamhetschefer eller tillfälliga rotationslösningar. Nuvarande verksamhetschef är tillförordnad efter att rekrytering via vanlig chefsannonsering inte gav resultat under 2022/23. Flera organisationsstrukturer i klinikledningen har prövats utan att man lyckats hitta en form som både ger samordningseffekter och som samtidigt tar hänsyn till det nödvändiga lokala perspektiven för att behålla tre akutsjukhus.

Kirurgkliniken har tre stora vårdavdelningar, tre separata primär- och bakjourslinjer, tre akutoperationsprocesser och tre elektiva operationsprocesser. Det är en stor utmaning att som verksamhetschef vara tillräckligt närvarande i en verksamhet som är så omfattande på varje akutsjukhus.

Utmaningar med dagens struktur är att en verksamhetschef ska vara bryggan mellan ledningsgrupp kirurgisk vård och 3 stora verksamhetsdelar, vilket skapar fördröjning i klinikens respons och agerande jämfört med övriga kliniker där verksamhetschefen verkar direkt på en ort i samarbete med enhetschefer och medarbetargrupper. Viktig information och uppdrag riskerar att bli fördröjt jämfört med det ursprungliga budskapet.

Idag har länskliniken stora kontaktytor med tre självständiga ortopedkliniker, tre kvinnokliniker, tre akutkliniker, tre medicinkliniker och tre op/iva-kliniker. Verksamhetschefen deltar i alla de lokala dialogerna. Behörigheter och ansvar behöver bättre matcha de forum där verksamhetschefen behöver delta i beslutsfattande.

Förslag om utredning

En utredning genomförs för att undersöka möjligheterna för och konsekvenserna av en förändrad ledningsorganisation för kirurgiverksamheten i Region Jönköpings län. Förändringen måste säkra, stärka och skapa framtidstro för verksamheten på tre orter och ska följa tidigare beslut om att vi nu och långsiktigt ska ha tre akutsjukhus i Region Jönköpings län.

Utredningen ska utgå från de inriktningar som finns i Budget och verksamhetsplan, men utifrån översynen av ledningsorganisationen på kirurgkliniken beakta och tydliggöra exempelvis:

- utbildningsperspektivet för läkare och andra personalkategorier
- hur ledarskapet och samordning av enheter ska se ut
- hur rekrytering ska gå till
- jourverksamheten och basbemanning
- verksamhetsfördelningen inklusive operationsvolymer och ingrepp, samt ekonomi

En risk och konsekvensanalys ska genomföras i samverkan med fackliga organisationer.

Efter utredning tas beslut om eventuell fortsättning med genomförande av uppdelning av kirurgkliniken i tre kliniker.

Tidsplan

Utredningen föreslås genomföras under hösten.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Förändring av ledningsorganisationen för kirurgiverksamheten i Region Jönköpings län

Beslutet skickas till

Regionledningskontoret – Folkhälsa och sjukvård

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Martin Takac
Sjukvårdsdirektör Kirurgisk vård

Vårdcentralerna – Handlingsplan för bemanning 1100/per läkare inom Bra Livs verksamhet

Omställningen mot nära vård pågår och den politiska ledningen har tydliga skrivningar i budget för 2026 att vårdcentralerna är navet och den ingången in i vården i Region Jönköpings län. Satsningar har under mandatperioden gjorts som har stärkt vårdcentralerna i länet, i dagsläget har Bra Liv redan ett antal vårdcentraler som når målet med 1100 listade per läkare. Detta är glädjande, men det är viktigt att det finns en jämlik vård i hela länet, där vi inte har väsentliga skillnader i bemanning. En god bemanning på vårdcentralerna ger kontinuitet, kvalité, tillgänglighet, attraktivitet och en god arbetsmiljö. De senaste åren har inriktningen varit tydlig och bemanningen på Bra Livs vårdcentraler utökats. Läget är nu så pass förbättrat ett det bedöms att det går att komma vidare med en konkret handlingsplan för att nå den långsiktiga målsättningen med 1100 listade per distriktsläkare.

Därför vill vi ge ett uppdrag till Bra Liv att ta fram en handlingsplan för att nå 1100 listade i Region Jönköpings län.

Uppdrag:

Ta fram en konkret handlingsplan för att nå en bemanning inom Bra Livs verksamheter som innebär 1100 listade per distriktsläkare, där ST och AT-läkare räknas som del av distriktsläkare. Planen skall innehålla nuvarande läge och årliga delmål för att röra sig mot målet på 1100 listade per vårdcentral i hela länet. Planen ska ta hänsyn till jämlik utveckling i Region Jönköpings län. Handlingsplanen ska innehålla behov och beräkningar av utbildningsplatser. Ekonomiska beräkningar får utgå från Bra Livs verksamhet och redovisa framtida ekonomiska behov för att nå handlingsplanen.

§ 124

Delegationsordning för Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Diarienummer: RJL 2025/2902

Beslut

Presidiet föreslår nämnden för folkhälsa och sjukvård att

- fastställa delegationsordning för Nämnd för folkhälsa och sjukvård enligt föreslagen revidering.

Sammanfattning

En revidering av delegationsordningen för Nämnd för folkhälsa och sjukvård föreslås. Revideringen görs utifrån behovet att tydliggöra beslutsmandatet i ärenden som gäller avtal och ekonomiska sanktioner avseende upphandlade vårdbolag eller enskilda utövare enligt nationella taxan.

Nuvarande utformning av delegationsordningen har inneburit att skillnaden mellan myndighetsbeslut och verkställighet inte varit tydligt framträdande i varje enskild punkt i delegationsordningen inom området **Upphandling, vårdavtal, försäljning**. Mot denna bakgrund föreslås ett antal tillägg i delegationsordningen avseende rätt att besluta om ekonomiska sanktioner och ersättning.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Delegationsordning för Nämnd för folkhälsa och sjukvård
- Delegationsordning – Nämnd för folkhälsa och sjukvård, med spårade ändringar

Beslutet skickas till

Nämnden för folkhälsa och sjukvård

Regionledningskontoret

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Delegationsordning för Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- fastställer delegationsordning för Nämnd för folkhälsa och sjukvård.

Sammanfattning

En revidering av delegationsordningen för Nämnd för folkhälsa och sjukvård föreslås. Revideringen görs utifrån behovet att tydliggöra beslutsmandatet i ärenden som gäller avtal och ekonomiska sanktioner avseende upphandlade vårdbolag eller enskilda utövare enligt nationella taxan. Nuvarande utformning av delegationsordningen har inneburit att skillnaden mellan myndighetsbeslut och verkställighet inte varit tydligt framträdande i varje enskild punkt i delegationsordningen inom området **Upphandling, vårdavtal, försäljning**. Mot denna bakgrund föreslås ett antal tillägg i delegationsordningen avseende rätt att beslut om ekonomiska sanktioner och ersättning.

Ärendebeskrivning

Regionledningskontoret föreslår en revidering av delegationsordningen för Nämnd för folkhälsa och sjukvård. Revideringen görs utifrån behovet att tydliggöra beslutsmandatet i ärenden som gäller avtal och ekonomiska sanktioner avseende upphandlade vårdbolag eller enskilda utövare enligt nationella taxan.

Nuvarande utformning av delegationsordningen har inneburit att skillnaden mellan myndighetsbeslut och verkställighet inte varit tydligt framträdande i varje enskild punkt i delegationsordningen inom området **Upphandling, vårdavtal, försäljning**. Otydligheten kan leda till formella fel som vid en laglighetsprövning kan leda till att beslut upphävs, även om själva bedömningen i sak varit korrekt. Bristen på tydlighet försvårar också möjligheten att snabbt agera mot välfärdsbrott och andra oegentligheter.

Mot denna bakgrund föreslår Regionledningskontoret ett antal tillägg i delegationsordningen avseende rätt att besluta om ekonomiska sanktioner och ersättning. Tilläggen formuleras enligt följande och föreslås kunna vidaredelegeras.

- Rätt att besluta om ekonomiska sanktioner utifrån avtal och regelverk avseende externa vårdgivare inom ramen för det fria vårdvalet
- Rätt att besluta om ekonomiska sanktioner utifrån avtal och regelverk avseende externa vårdgivare utöver vårdvalet
- Rätt att besluta i ärenden enligt lag om läkarvårdsersättning (1993:1651) och ersättning för fysioterapi (1993:1652) eller övriga beslut med anledning av den nationella taxan.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse
- Delegationsordning – Nämnd för folkhälsa och sjukvård med spårade ändringar

Beslutet skickas till

Regiondirektör
Regionledningskontoret – Kansli

Siw Kullberg
Kanslidirektör

Linda Löfgren
Sektionschef Juridik och informationssäkerhet

Delegationsordning – Nämnd för folkhälsa och sjukvård

1. Allmänt

Grunder för delegering av beslut

Enligt 6 kap. 37 § kommunallagen får nämnden uppdra åt presidiet, ett utskott, en ledamot eller ersättare att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden.
Vidare framgår det av 7 kap. 5 § kommunallagen att nämnden får uppdra åt en anställd hos Region Jönköpings län att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden.
Samtliga beslut som fattas på delegation ska följa gällande författningar och av regionfullmäktige beslutade policys samt ligga inom budgeterad ram/investeringsplan för berörd verksamhet.

Beslut som inte får delegeras

Av 6 kap. 38 § kommunallagen framgår att beslutsrätten i följande ärenden inte får delegeras:

1. ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet,
2. framställningar eller yttranden till fullmäktige liksom yttranden med anledning av att beslut av nämnden i dess helhet eller av fullmäktige har överklagats,
3. ärenden som rör myndighetsutövning mot enskilda, om de är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt,
4. ärenden som väckts genom medborgarförslag och som lämnats över till nämnden eller
5. ärenden som enligt lag eller annan författning inte får delegeras.

Vidaredelegering

Regiondirektören har ställning som förvaltningschef. Beslut som delegeras till förvaltningschef får vidaredelegeras i de fall nämnden godkänt detta, vilket framgår av delegationsordningen. Vidaredelegering kan endast ske i ett led. Därutöver är vidaredelegering inte tillåtet. Detta framgår av 7 kap. 6 § kommunallagen.
Formell vikarie för delegat erhåller dennes delegation.
Delegat kan hänskjuta beslutsfattandet till den som gett delegationen.

Undertecknade av handlingar i nämndens namn
Avtal, handlingar och skrivelser som beslutas av nämnden eller av utskottet på delegation ska undertecknas av ordföranden eller vid förfall för denne av vice ordföranden samt kontrasigneras av regiondirektören, vid dennes förfall av ekonomidirektör.
Befattningshavare som fattar beslut på delegation undertecknar de handlingar som är en följd av beslut som vederbörande fattat.

Diarieföring av delegationsbeslut
Delegaten ansvarar för att beslutet diarieförs.

Anmälan av delegationsbeslut
Beslut som är fattade på delegation ska anmälas till nämnden vid nästkommande sammanträde, såvida annat inte anges i delegationsordningen nedan. Beslut som regiondirektören har vidaredelegerat ska av beslutsfattaren anmälas till regiondirektören, som i sin tur anmäler beslutet till nämnden.
Anmälan ska ske på för ändamålet särskild framtagen blankett.

Verkställighetsbeslut
Utöver de beslut som kan fattas enligt denna delegation fattar regionens tjänstemän s.k. verkställighetsbeslut eller verkställighetsåtgärder.
Med verkställighet avses åtgärder som en tjänsteman utför i den dagliga verksamheten och inom ramen för de arbetsuppgifter som normalt ingår i befattningen. I det dagliga arbetet utgår verkställighet ofta från beslut som regleras i lag eller avtal. För att ett beslut ska ses som verkställighet får det inte föreligga några alternativa lösningar av principiell och övergripande natur. Det måste också finnas politiskt fastställda mål för verksamheten samt en politiskt fastställd ekonomisk ram. De flesta beslut av ekonomisk art inom budgetramen och för i budgeten eller i annat beslut fastställt ända- mål betraktas som verkställighetsbeslut. Detta gäller också beslut som rör förvaltningen och regionens interna förhållanden.

Verkställighetsbeslut behöver inte anmälas.

Jäv
Vid både delegationsbeslut och verkställighet gäller jävsreglerna i kommunallagen och förvaltningslagen.

2. Delegering till presidiet

2.1	Rätt att besluta om deltagande i kurser, konferenser, utbildning o dyl. för styrelsens ledamot/ersättare inom och utanför riket

3. Delegering till ordföranden

3.1	Rätt att besluta på nämndens vägnar i brådskande ärenden enligt 6 kap. 39 § kommunallagen *Anm. Vid ordförandens förfall fattar vice ordföranden beslut*

3.2	Rätt att ingå, underteckna och säga upp avtal med kommuner, regioner samt privata vårdgivare utöver vårdvalet

4. Delegering till regiondirektören

Regiondirektörens rätt att fatta beslut på delegation samt besluta om vidaredelegering framgår av tabellen nedan.
Därtill utövar regiondirektören, som regionens främsta tjänsteman och enda förvaltningschef, den operativa ledningen av regionens verksamheter och ansvarar för att dessa bedrivs i enlighet med politiska riktlinjer och fastställda budgetar.

Företrädarskap allmänt

4.1	Beslut	Får vidaredelegeras
4.1.1	Rätt att motta delgivning	Ja
4.1.2	Rätt att utse befattningshavare med rätt att teckna Regionens firma i olika ärenden	Nej
4.1.3	Rätt att besluta om yttranden i ärenden av mindre principiell natur där regionen är remissinstans	Ja
4.1.4	Rätt att ansöka om samt återrapportera medel gällande externa projekt samt Stimulansmedel	Ja
4.1.5	Förändring av FS utgiftsramar till följd av avtal, politiska beslut, aktivering av investeringar, tekniska justeringar och motsvarande så länge detta inte kommer i konflikt med 6 kap. 38 § kommunallagen	Ja

Upphandling, vårdavtal, försäljning

4.2	Beslut	Får vidaredelegeras
4.2.1	Upphandling av varor och tjänster i enlighet med beslutad budget	Ja
4.2.2	Rätt att godkänna leverantör, ingå, teckna och säga upp avtal med externa vårdgivare inom ramen för det fria vårdvalet	Ja

4.2.3	Rätt att ingå avtal med externa vårdgivare utöver vårdvalet	Ja
4.2.4	Rätt att ingå, underteckna och säga upp serviceavtal för upphandlad tjänst	Ja
4.2.5	Rätt att besluta om ekonomiska sanktioner utifrån avtal och regelverk avseende externa vårdgivare inom ramen för det fria vårdvalet	Ja
4.2.6	Rätt att besluta om ekonomiska sanktioner utifrån avtal och regelverk avseende externa vårdgivare utöver vårdvalet	Ja
4.2.7	Rätt att besluta i ärenden enligt lag om läkarvårdsersättning (1993:1651) och ersättning för fysioterapi (1993:1652) eller övriga beslut med anledning av den nationella taxan	Ja

Hälso- och sjukvård, tandvård

4.3	**Beslut**	**Får vidaredelegeras**
4.3.1	Rätt att besluta om inrättande av samt ansvarig för biobank	Nej
4.3.2	Rätt att överpröva biobanksansvariges vägran att lämna ut vävnadsprov ur biobank	Ja
4.3.3	Rätt att besluta om besöksinskränkningar enligt lagen (1996:981) om besöksinskränkningar vid viss tvångsvård	Ja
4.3.4	Rätt att besluta om allmän inpasseringskontroll vid sjukvårdsinrättning/avdelning för sluten psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård	Ja

4.3.5	Rätt att besluta om tillämpningsanvisningar för Regionens tandvårdsstöd	Ja
4.3.6	Rätt att anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vård-skada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	Ja
4.3.7	Rätt att till IVO anmäla om det finns skälig anledning att befara att verksam/tidigare verksam person inom Region Jönköpings län med legitimation för yrke inom hälso- och sjukvård kan utgöra en fara för patientsäkerheten	Ja
4.3.8	Rätt att ingå, underteckna och säga upp avtal om kliniska prövningar	Ja
4.3.9	Rätt att företräda sjukvårdshuvudmannen vad gäller ansökan om etikprövning för forskning där Regionen är forskningshuvudman	Ja
4.3.10	Rätt att företräda sjukvårdshuvudmannen att ingå, underteckna och säga upp avtal om deltagande i forskning med tredjepart inkluderande även akademisk forskning	Ja
4.3.11	Rätt att ingå avtal om överföring av humanbiologiskt material, s.k. Material Transfer Agreements (MTA)	Ja
4.3.12	Rätt att vid behov förordna och entlediga cheföverläkare enligt 4 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) för verksamhet som avser psykiatrisk tvångsvård	Ja

4.3.13	Rätt att förordna och entlediga säkerhetsansvarig enligt SOSFS 2006:9 Socialstyrelsens föreskrifter om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning	Ja

Stöd och service till funktionshindrade

4.4	Beslut	Får vidaredelegeras
4.4.1	Rätt att fatta beslut om insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade	Ja

Dataskyddsförordningen

4.5	Beslut	Får vidaredelegeras
4.5.1	Rätt att förordna Dataskyddsombud	Nej
4.5.2	Rätt att ingå, underteckna och säga upp personuppgiftsbiträdesavtal	Ja
4.5.3	Rätt att helt eller delvis avslå begäran om de registrerades rättigheter, avseende registerutdrag, rättelse, radering, begränsning, dataportabilitet och invändning enligt 15 – 18 och 20 - 21 artikel dataskyddsförordningen	Ja
4.5.4	Rätt att anmäla personuppgiftsincident som ej osannolikt medför en risk för fysiska personers fri och rättigheter till Integritetsskyddsmyndigheten enligt 33 artikel dataskyddsförordningen	Ja

Allmänna handlingar

4.6	Beslut	Får vidaredelegeras
4.6.1	Beslut att helt eller delvis avslå begäran att ta del av patientjournal	Ja
4.6.2	Beslut att helt eller delvis avslå begäran att ta del av allmän handling i övrigt	Ja

Övrigt

4.7	Beslut	Får vidaredelegeras

4.7.1	Besluta om avvisning av för sent inkommen överklagan av beslut	Ja