

Leading Health Care

LHC REPORT NR 1, 2025

Anna Krohwinkel

Träffsäker centralisering?

MÅL OCH MEDEL FÖR ÖKAT STATLIGT INFLYTANDE
INOM OLIKA VÅRDOMRÅDEN

Ändamålsenliga reformer som biter

Huvudmannaskapet har ersatt privatisering som den stora strukturreformen som kan lösa vårdens problem. Vårdansvarskommittén, som presenterade sina slutsatser den 2 juni, undersöker om ett helt eller delvis förstatligande av den regionalt drivna vården kan knyta upp ett kanske alltför stabilt systems låsningar.

Men vilka slags problem kan centralisering egentligen lösa? Och hur hittar vi ändamålsenliga former för statlig eller nationell styrning som tar hänsyn till förutsättningarna inom olika delar av vården?

LHC tog i samband med regeringsskiftet 2022 initiativ till en Skuggutredning som följt arbetet från skrivandet av direktiv via Vårdansvarskommittén och försökt bidra med kompletterande synsätt. Dock utan de begränsningar som varje kommittédirektiv innebär, och med fokus på ett gränsöverskridande vårdssystem i en stark förändringsfas.

I denna rapport presenteras tre fallstudier – om läkemedel för sällsynta diagnoser, hantering av psykisk ohälsa i primärvården samt tillgång till personliga hjälpmedel – där fokusgrupper av experter identifierat möjliga mål och upplägg för en förstärkt statlig eller nationell styrning. Vi visar att samma reform inte kan lösa problem med ojämlikhet på alla tre områden.

Det framstår som att det nuvarande sättet att styra vården inte har lett till de förändringar som det finns stor uppslutning kring – såsom digitalisering, nära vård och kompetensutveckling. Inte heller har upprepade reformförsök kommit åt de grundläggande problemen. Hur skall vi då åstadkomma verkliga förändringar genom reformer som verkligen biter?

Vi kan göra en medicinsk parallell: sjukdomar med liknande symptom har visat sig ha olika orsaker och kräver olika behandling. Det gäller både sällsynta diagnoser och breda folksjukdomar som bröstcancer.

För oss är det tydligt att vården behöver styrning och finansiering som är strategiskt och långsiktigt hållbara – oavsett huvudmannaskap. En sådan styrning måste förstå vårdens komplexitet och vara tillräckligt avgränsad för att träffa rätt.

Ett förslag som vuxit fram under Skuggutredningen är att inrätta en permanent och strategisk ”Hälso- och sjukvårdsberedning” med representation från både nationell och regional nivå. Den skulle kunna ta fram en flerårig proposition för vårdens utveckling – med förebild i Försvarsberedningen och den forsknings- och innovationspolitiska proposition som regeringen presenterar vart fjärde år.

Rapporten bygger på den akademiska tankesmedjan som metod, där ett stort antal personer från våra partnerorganisationer deltagit under dryga två år. Vi har valt problem som länge skapat ojämlikhet bland patienter och invånare. På så sätt kan vi visa att lösningsutrymmena är varierade och kräver att man möter problem med ändamålsenliga reformer. Som biter lika bra som precisionsmedicin möter en specifik sjukdom.

Vi vill rikta ett varmt tack till våra engagerade partners såväl som LHC:s forskningschef Ek Dr Anna Krohwinkel för att förtjänstfullt ha fört pennan – vilka tillsammans borgar för ett analytiskt djup. Det är dock helt och hållet LHCs kanslis ansvar att texten ser ut som den gör.

Stockholm i juni 2025

Anders Blanck

Ordförare

Stiftelsen Leading Health Care

Hans Winberg

Generalsekreterare

Stiftelsen Leading Health Care

INNEHÅLL

1. Bakgrund och upplägg	6
1.1 Den akademiska tankesmedjan som metod	8
1.2 Vårdansvarskommitténs uppdrag	10
2. Våra analytiska utgångspunkter	13
2.1 Våra analytiska utgångspunkter	13
2.2 För- och nackdelar med centralstyrning	17
2.3 Vad kan man åstadkomma, hur, och varför?	20
3. Tre fallområden för ökad centralstyrning	24
3.1 Fallet särskilt läkemedel	26
<i>Fokusområde och avgränsningar</i>	26
<i>Jämlikhetsproblem med koppling till huvudmannaskap</i>	27
<i>Nuvarande styrning och regionala förutsättningar som leder till</i>	
<i>ojämlighet</i>	27
<i>Pågående policyarbete och satsningar</i>	29
<i>Önskvärd statlig eller nationell styrning som kan förbättra</i>	
<i>jämlikheten – förslag från gruppen</i>	30
3.2 Fallet primärvård för psykisk ohälsa	32
<i>Fokusområde och avgränsningar</i>	32
<i>Jämlikhetsproblem med koppling till huvudmannaskap</i>	33
<i>Nuvarande styrning och regionala förutsättningar som leder till</i>	
<i>ojämlighet</i>	33
<i>Pågående policyarbete och satsningar</i>	35
<i>Önskvärd statlig eller nationell styrning som kan förbättra</i>	
<i>jämlikheten – förslag från gruppen</i>	36

3.3 Fallet hjälpmedel som vårdinsats	38
<i>Fokusområde och avgränsningar</i>	38
<i>Jämlikhetsproblem med koppling till huvudmannaskap</i>	39
<i>Nuvarande styrning och regionala förutsättningar som leder till</i> <i>ojämlikhet</i>	40
<i>Pågående policyarbete och satsningar</i>	42
<i>Önskvärd statlig eller nationell styrning som kan förbättra</i> <i>jämlikheten – förslag från gruppen</i>	43
3.4 Casematrix – jämförelse mellan jämlikhetsproblem och styrningslösningar	46
4. Diskussion – hur gör man en träffsäker centralisering?	48
Källförteckning	52
<i>Appendix: Deltagare i fokusgrupper</i>	55

1. BAKGRUND OCH UPPLÄGG

Till sommaren 2025 kommer Vårdansvarskommittén (S 2023:04) med sitt beslutsunderlag för införandet av ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Bakgrunden är en förhoppning om att ett mer effektivt sjukvårdssystem kan åstadkommas genom en centraliseringsreform. Direktivet adresserar en rad välkända problem såsom långa väntetider och vårdplatsbrist, dålig arbetsmiljö, utmaningar med kompetensförsörjning och bristande personcentrering.

Stiftelsen Leading Health Care (LHC) har parallellt med den parlamentariska utredningen drivit ett komplementärt analysarbete med ett liknande syfte – att definiera en ändamålsenlig förstärkning av den statliga styrningen som kan förbättra vården ur ett patientperspektiv. Vi har särskilt fokuserat på sådana problem som ökad centralstyrning har stor chans att komma åt – nämligen ojämlikheter som beror på att det idag finns fler än en huvudman.

I den här rapporten presenterar vi tre fallstudier – om läkemedel för sällsynta diagnoser, hantering av psykisk ohälsa i primärvården samt tillgång till personliga hjälpmedel. Områden som alla karaktäriseras av stora skillnader i tillgänglighet till och kostnader för vårdinsatser beroende på var man bor.

Vi har i de tre fallen tagit fram möjliga upplägg för en förstärkt statlig eller nationell styrning som kan avhjälpa ojämlikheterna. Lösningarna är utformade på olika sätt för att träffsäkert angripa de olika grundorsakerna till ojämlikhet och vara praktiskt genomförbara på kort sikt. Vi diskuterar för- och nackdelarna med ett helhetsgrepp på huvudmannaskapsfrågan respektive mer riktade centraliseringsinitiativ.

Rapporten är disponerad som följer:

1.

Bakgrund och upplägg

Vi beskriver först vårt arbetssätt som "akademisk tankesmedja"; hur upplägget med fokusgrupper sett ut, hur arbetet har bedrivits och hur resultaten tagits fram. Som bakgrund sammanfattas Vårdansvarskommitténs uppdrag och hur vi förhållit oss till detta.

2.

Våra analytiska utgångspunkter

Vi förtydligar också våra egna analytiska utgångspunkter i fråga om definitionen av huvudmannaskap samt möjliga syften, för- och nackdelar med ökad centralstyrning.

3.

Tre fallområden för ökad centralstyrning

Därefter presenteras de tre fallstudierna med problembeskrivning, analys och förslag på styrningsutveckling utifrån fokusgruppernas arbete. Vi jämför resultaten från de tre fallområdena med avseende på vilka styrmedel som ansetts ändamålsenliga att förstärka.

4.

Diskussion - hur gör man en träffsäker centralisering?

Den avslutande diskussionen berör genomförandaspekter och förväntade effekter av centraliseringsreformer av olika omfattning.

1.1 Den akademiska tankesmedjan som metod

Projektet har utgått från tankesmedjan som metod och facilitator av samhällsutveckling. Grundidén är att en viktig roll för forskningen är att formulera frågor kring väsentliga problem och ge förslag på hur problemen kan ses på nya sätt; men det är lika viktigt att forskningsperspektiv får sammanföras med aktuella frågeställningar och erfarenheter från dem som är verksamma i praktiken. Därigenom utmanas den etablerade föreställningen att det är svårt att kombinera praktisk och akademisk relevans.

Genom att erbjuda stöd till olika aktörer inom hälso- och sjukvårdssystemet kan vi, utöver att bidra till en mer välgrundad, långsiktig och engagerad sjukvårdsdebatt, även påverka policyutformningen av hälso- och sjukvården.

Fokusgruppernas sammansättning och upplägg

I det här projektet har vi arbetat med tre olika fokusgrupper kring vårdområdena sårlekemedel, psykisk ohälsa respektive hjälpmedel. Gruppdeltagarna har rekryterats från LHCs expertnätverk, och sammanlagt har drygt 20 representanter från vårdutförare, professionsförbund, patientföreningar, branschorgan och myndigheter deltagit i någon av fokusgrupperna (se Appendix). Grupperna har träffats under fyra tretimmarsmöten var under 2024 - våren 2025, under ledning och moderering av forskare från LHC.

Perspektiv snarare än konsensus

Samtalen som förts har nedtecknats av gruppledarna och sammanfattats skriftligt. En förutsättning för arbetet har varit att deltagarna inte förbundit sig att bli eniga med övriga deltagare eller formulera gemensamma slutsatser som publiceras utåt, utan gruppernas syfte har varit att generera nya insikter och frågeställningar samt bryta olika perspektiv mot varandra. Hur resultaten av gruppdiskussionerna framställs har varit forskarnas urval och ansvar. Gruppdeltagarna har dock fått möjlighet att återkoppla på och komplettera utkastversioner av falltexterna som återfinns i denna rapport. Urvalet av fallområden och arbetsgången i grupperna beskrivs närmare i det empiriska avsnittet om fallstudier.

En parallell analys till Vårdansvarskommittén

Förutom att leda och moderera fokusgruppernas samtal, så har en uppgift för forskarna varit att stämma av mot och relatera till annat pågående arbete kring huvudmannaskapsfrågorna, framför allt då Vårdansvarskommitténs utredning. Detta har påverkat våra val av ingångsfrågor, då syftet varit att erbjuda en parallell analys med utgångspunkt i direktiven, men utan dess begränsningar vad gäller föreslagna styrningslösningar. I och med arbetets gång både inom utredningen och i vårt projekt, så blev det allt tydligare att vi även kom att erbjuda ett kompletterande logik för hur man kan definiera ändamålsenliga mål och medel för ökat centralt inflytande inom vården. Det senare förklaras närmare nedan, där vi tydliggör dels Vårdansvarskommitténs uppdrag och angreppssätt, dels hur våra egna analytiska utgångspunkter vuxit fram på ett iterativt sätt.

1.2 Vårdansvarskommitténs uppdrag

Den 1 juni 2023 beslutade regeringen att tillsätta en parlamentarisk kommitté, den så kallade Vårdansvarskommittén, för att utreda ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården (dir. 2023:73). Vårdansvarskommittén har haft i uppdrag att ta fram ett beslutsunderlag som skall möjliggöra ett helt eller delvis överförande av huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården från de nuvarande tjugoen regionerna till staten. I uppdraget har ingått 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 sjukvården¹

Uppdraget till utredningen omfattar bara den regionalt finansierade hälso- och sjukvården och berör således inte kommunernas verksamhet med bland annat hemsjukvård och äldreomsorg. Uppdraget redovisas i juni 2025, ungefär samtidigt som denna rapport släpps. En analys av utredningens slutsatser ingår inte i den del av vårt arbete som redovisas här.

¹ <https://www.sou.gov.se/pagaende-utredningar/socialdepartementet/2023/05/s-202304-vardansvarskommitten/>

Motiven för utredningsuppdraget är enligt direktivet ett antal problem som framkommit med den nuvarande strukturen med ett regionalt huvudmannaskap för huvuddelen av hälso- och sjukvården. En sammanfattning av de problem som utpekats i regeringens direktiv är (jmf Rothstein, 2024):

- Betydande skillnader mellan regionerna både vad gäller tillgänglighet till vård och resultatet av sjukvårdens insatser.
- Stor variation mellan regionerna vad gäller väntetider och hur den så kallade vårdgarantin uppfylls.
- Brister i hur patienter bedömer delaktighet, information och samordning mellan olika vårdgivare.
- Frekvent förekommande vårdplatsbrist på sjukhusen, vilket resulterat i överbeläggningar och brister i patientsäkerheten.
- Utbredda arbetsmiljöproblem för personalen inom sjukvården.
- Svårigheter för staten att driva utvecklingen inom hälso- och sjukvården i önskvärd riktning.
- Oklarheter vad gäller den rättsliga ställningen för regionernas samarbetsorganisation (SKR) när det gäller ansvarsutkrävande och insyn.
- Brister i regionernas agerande under Coronapandemin och upplevda hinder för regeringen att leda landet i en nationell krissituation.

Utredningen har haft 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 olika problemkomplex i den svenska hälso- och sjukvården. Skrivningen om att förslagen ska "säkerställa ett mer effektivt hälso- och sjukvårdssystem" specificeras inte närmare, och kan tolkas som att vårdens sammantagna resultat bör öka i relation till kostnaderna, att den administrativa bördan bör minska, och/eller att vård i högre utsträckning bör ges på lägsta effektiva omhändertagandenivå.

Intressant nog definierar direktiven inte innebörden av begreppet huvudmannaskap närmare. Vilka funktioner och typer av ansvar som det gäller har alltså lämnats till utredningen att fastställa. Det innebär att vad som ska förstås som "helt eller delvis" i ett eventuellt överförande av huvudmannaskapet till den nationella nivån också blivit en utredningsfråga. Vi har i vårt arbete tagit oss an dessa grundläggande frågor parallellt med utredningen. Nedan beskrivs hur vi resonerat oss fram till våra analytiska utgångspunkter.

2. VÅRA ANALYTISKA UTGÅNGSPUNKTER

2.1 Vad är huvudmannaskap?

Enligt Nationalencyklopedin är huvudman ”inom förvaltningsrätten benämning på den som bär huvudansvaret för en viss verksamhet eller institution” (NE, 2023). I Kunskapsguiden, en webbplats som samlar kunskapsstödjande produkter från Socialstyrelsen och andra myndigheter, förtydligas att ”den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård benämns i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som huvudman”. Definitionen tydliggör vilka aktörer som berörs idag – notera att staten inte nämns bland dem² – men är inte specifik kring huvudmannaskapets exakta innebörd.

**Vad innebär det att ”erbjuda” hälso- och sjukvård?
Vad är det de facto som huvudmannen ansvarar för?**

Huvudmannaskapet som funktionell struktur

Forskare i statsvetenskap och förvaltning har påpekat att det offentliga åtagandet kan delas upp i olika funktioner, som var för sig kan organiseras

² Redan i dagsläget har staten huvudmannaskap för ett antal viktiga aktörer inom hälso- och sjukvårdsområdet. Bland dessa kan nämnas Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Läkemedels- och tandvårdsverket, Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt Myndigheten för vård och omsorgsanalys. Staten fördelar också riktade medel till hälso- och sjukvården genom överenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner. Staten är även huvudman för utbildningen av större delen av sjukvårdens personal.

och tillgodoses under olika ansvars- och ägandeskapsförhållanden. Rothstein (2010) exemplifierar detta genom att visa hur inte bara finansiering och produktion av välfärdstjänster, utan även andra aspekter av systemet såsom beställning och leverans av tjänsterna samt utveckling och återkoppling kring dess effekter, kan ske i såväl offentlig som privat drift. Samma resonemang och principiella uppdelning skulle kunna appliceras på dikotomin lokalt/centralt för att synliggöra olika möjliga varianter av regionalt vs. statligt huvudmannaskap (jmf Krohwinkel & Mannerheim, 2019).

FUNKTION	HUVUDANSVAR			
REGLERING	Offentligt		Privat	
FINANSIERING	Offentligt	Privat	Offentligt	Privat
PRODUKTION	Offentligt Privat	Offentligt Privat	Offentligt Privat	Offentligt Privat
BESTÄLLNING	Offentligt Privat	Offentligt Privat	Offentligt Privat	Offentligt Privat
LEVERANS	Offentligt Privat	Offentligt Privat	Offentligt Privat	Offentligt Privat
UTVECKLING	Offentligt Privat	Offentligt Privat	Offentligt Privat	Offentligt Privat
ÅTERKOPPLING	Offentligt Privat	Offentligt Privat	Offentligt Privat	Offentligt Privat

Figur 1: Funktions- och ansvarsuppdelning i offentligt erbjudna tjänster. Källa: Rothstein, 2010, egen bearbetning.

Fyra nivåer av ansvar i hälso- och sjukvården

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024, s 6) utgår ifrån en liknande uppdelning i sin analys av strukturreformer inom hälso- och sjukvården i de nordiska länderna. De skiljer mellan olika typer av ansvar som kan förflyttas inom ramen för en centralisering (eller decentralisering):

- **Finansieringsansvaret**, som handlar om att genom skatteintäkter och andra intäkter se till att det finns tillräckliga ekonomiska medel för den vård som tillhandahålls.
- **Tillhandahållaransvaret**, som är det yttersta ansvaret för att se till att hälso- och sjukvård erbjuds eller tillhandahålls inom ett geografiskt område.
- **Planeringsansvaret**, som omfattar den sammantagna planering som krävs för att säkerställa att vården kan tillhandahållas.
- **Utföraransvaret**, som avser olika vårdgivares ansvar för att utföra hälso- och sjukvårdsinsatserna, inklusive arbetsgivaransvar för offentligt anställd personal.

Huvudmannaskapsreformer i teori och praktik

I rapporten konstateras att en centralisering på hälso- och sjukvårdens område skett i alla de nordiska länderna. Dock har man valt olika vägar för hur det statliga respektive regionala ansvaret organiserats efter reformerna, och det varierar i vilken mån de olika funktionerna flyttats från regional till statlig nivå. Ett ”helt eller delvis statligt huvudmannaskap” (enligt vad som nämns i direktiven till den svenska Vårdansvarskommittén) skulle enligt denna ansats kunna innebära en

funktionell analys av vilka uppgifter och aktiviteter i form av finansiering, utförande, styrning mm som staten lämpligen borde ta över.

Vårdansvarskommittén förtydligade dock tidigt att utredningens utgångspunkt var att samtliga ovan nämnda funktioner behöver flyttas för att det ska vara fråga om en huvudmannaskapsreform. Ett ”helt eller delvis statligt huvudmannaskap” har huvudsakligen angripits med fokus på valda vårdområden som skulle kunna bli föremål för ett förstatligande, exempelvis högspecialiserad vård, vård inom sjukhus, eller primärvården (Vårdansvarskommitténs sekretariat, 2024). Ansatsen föranleder en bred analys av tänkbara konsekvenser och effekter som en total ansvarsförflyttning skulle kunna innebära inom varje vårdområde.

LHC:s angreppssätt: styrning som svar på specifika problem

Inom ramen för LHCs arbete så ledde de inledande diskussionerna inom fokusgrupperna till ett alternativt angreppssätt, där vi valde att koncentrera oss på frågan hur en ändamålsenlig förstärkning av centralt inflytande och ansvar skulle kunna utformas, med det specifika effektmålet att reducera problem som härstammar från dagens decentraliserade struktur. Det innebar att ”helt eller delvis” hos oss snarare kom att tolkas som möjligheten till urval av funktioner eller styrmedel som vore lämpliga att förstatliga eller på annat sätt reglera nationellt. Vidare ansågs att vad som är lämpligt eller ändamålsenligt i fråga om förändrad ansvarsfördelning behöver analyseras i relation till specifika problem som man vill försöka lösa. Innan vi valde vårdområden att studera så fördjupade vi oss därför i befintlig kunskap kring för- och nackdelarna med centralstyrning och kring kopplingen mellan mål och medel. De viktigaste poängerna från dessa diskussioner sammanfattas nedan.

2.2 För- och nackdelar med centralstyrning

Ett system med hög legitimitet

Sverige har historiskt kunnat stoltsera med en hälso- och sjukvård med högt anseende nationellt såväl som i internationell jämförelse. Det gäller både om man ser till de medicinska resultaten och i fråga om medborgarnas förtroende för systemet. Organisationsforskare menar att legitimiteten kan förklaras av en lyckad kombination av olika förvaltningslogiker: En ramlag med allmänt accepterade grundprinciper, ett lokalt förankrat huvudmannaskap i kombination med övergripande nationell styrning via respekterade myndigheter, decentraliserat utförande med viss individuell valfrihet, en stark ställning för vårdprofessionernas kunskaper, samt väletablerade patientorganisationer med representativitet i centrala policyprocesser (Krohinkel & Mannerheim, 2019).

Modellen har varit så framgångsrik att dess grundläggande struktur tidigare sällan ifrågasatts i policydebatten om hälso- och sjukvårdens utveckling. De flesta större nationella reformer som genomförts har haft fokus på förändrad styrning och organisering på verksamhetsnivån, exempelvis genom ökad valfrihet för patienter, koncentration av specialiserad vård, konkurrensutsättning av visst vårdutförande, samt utveckling av den nära vården för dem med komplexa behov. Här har staten haft inflytande genom utredningar, lagstiftningsprocessen och genom att allokera medel till utvecklingssatsningar i samverkan med SKR. Direktiven till Vårdansvarskommittén kan utläsas som att dessa medel för staten att påverka hälso- och sjukvården i önskvärd riktning upplevs som begränsade, och huvudmannaskapsfrågan är en i svensk kontext ”nytt grepp” för att pröva möjligheterna till ökad centralstyrning genom en strukturreform.

Central styrning: möjligheter och risker

Även om det är svårt att utvärdera nationella modeller, så är det relativt väl belagt att det finns både för- och nackdelar med ett centraliserat såväl som ett decentraliserat välfärdssystem. Fördelar med centralstyrning som ofta

nämns i statsvetenskaplig och organisationsteoretisk forskning är en större överblick och bättre möjligheter till jämförelser mellan områden/verksamheter. Styrningen kan då rikta in sig på att sätta en lägstanivå eller säkra likabehandling. Centralstyrning ger även möjlighet till prioritering mellan områden på övergripande nivå, vilket anses kunna leda till effektivisering i systemet som helhet. Att regler och rekommendationer är lika över hela landet anses ge stabilitet och förutsägbarhet för de verksamheter eller medborgare som styrningen avser. Slutligen anses centralstyrning ofta ge stordriftsfördelar i beslutsfattandet, samt möjligheter till bättre underbyggda beslut då utredningsresurserna i den centrala förvaltningen antas vara större (Entreprenörskapsforum/LHC/Fores 2016). För att centralstyrning ska få önskad effekt underlättar det om styrobjekten är någorlunda lika. Om utförarorganisationerna däremot är olika till sin karaktär, och de dessutom skiljer sig åt vad gäller mognadsgrad och mottaglighet för förändringar, kan i realiteten en variation i hur valda lösningar implementeras sällan undvikas. En annan risk med centralstyrning är att beslutsfattarna ersätter lokalkännedom med detaljerade regler och uppföljningar som hämmar situationsanpassade lösningar och innovation (Fernler 2012).

Den lokala styrningens styrkor och fallgropar

Fördelar med lokalt utformad styrning är att besluten kan anpassas till de lokala förutsättningarna avseende exempelvis befolkningsunderlag, geografi och utförarlandskap (inom vården även: typ av processer/patientbehov, jfr avsnittet om System och systemsyn). Ett vanligt argument för lokal styrning är att legitimiteten kan öka när besluten fattas av politiker och tjänstemän som är nära medborgarna, eller av chefer nära verksamheten. En annan viktig aspekt är att besluten och även återkopplingen ofta går snabbare på det lokala planet. Därmed kan det gå fortare att genomföra något, och även att rätta till mindre lyckade lösningar. Lokal styrning kan dock leda till stora skillnader inom systemet, exempelvis mellan olika delar av landet, vilket kan uppfattas som ojämlikhet. En annan nackdel som lyfts är att decentralisering ibland genomförs så att den lokala nivån ges inflytande utan att behöva ta ansvar, eller tvärtom, ges ansvar utan att kunna utöva inflytande (Rothstein 2010).

Det polycentriska systemet och vägen framåt

Liknande argument – åt båda håll – återfinns bakom den svenska ”polycentriska” systemet (Karlsson & Lundbäck 2021). I praktiken innebär det att styrning från olika avsändare som stat, myndigheter, regioner och kommuner, verksamhetsledning, bransch- och professionsföreningar mm finns samtidigt och parallellt. Här ingår det regionala huvudmannaskapet inom hälso- och sjukvården som ett av mellanleden. Den samverkan mellan kommuner och regioner som sker inom ramen för SKR och inom de sex sjukvårdsregionerna har som bärande tanke att dra nytta av den centrala överblicken, samtidigt som skillnader i hur olika huvudmän väljer att organisera sin verksamhet ska kunna leda till erfarenhetsutbyte och lärande. Under senare decennier har förstärkt nationell samordning kommit att föreslås som ett svar på allt fler frågor inom välfärdssektorerna, då det ses som en mellanväg för att reducera rörligheten i flernivåstyrningen och samtidigt behålla perspektivseende och lokal förankring (jfr. SOU 2011:65). Vi har i våra diskussioner valt att inkludera såväl statliga som nationella och regiongemensamma initiativ i paletten av möjliga alternativ för en förstärkt central styrning.

2.3 Vad kan man åstadkomma, hur, och varför?

Gemensamma mål bakom nordiska strukturreformer

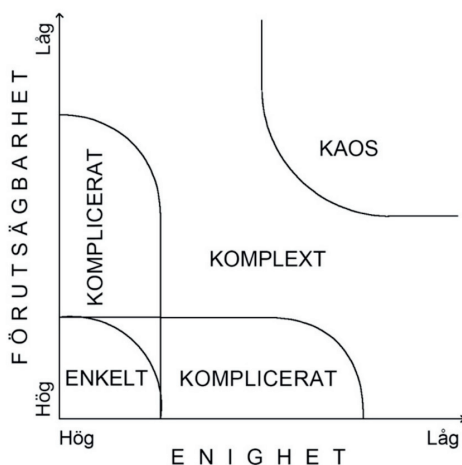
Som Vårdanalys (2024) beskriver i sin genomgång av strukturreformer i Norden, så är det vanligt att sådana har breda och mångfacetterade mål. Målen med de reformer som under de senaste två decennierna genomförts i de nordiska grannländerna har varit likartade: ökad tillgänglighet, jämlikhet och kvalitet för patienterna. Produktivitet också funnits med. I stora drag var det också liknande utmaningar som ledde till strukturreformerna: problem med väntetider, varierande resultat och geografiska olikheter. I samtliga fall ville man också få bättre kostnadskontroll och ett mer hanterligt och effektivt sjukvårdssystem. Uppdraget till den svenska Vårdansvarskommittén skiljer sig inte i dessa avseenden (jmf ovan).

Realistiska syften kontra politiska förväntningar

I våra gruppdiskussioner framkom synpunkten att eftersom de övergripande målen är så pass breda och ingen enskild åtgärd har en direkt kausalitet med dem, så ligger det närmare till hands att i en policyanalys utgå från intermediära syften eller effekter som man kan förvänta sig att uppnå genom ökad centralstyrning. Sådana syften kan vara exempelvis enhetlig reglering, gemensamt gällande beslut, standards och kompatibilitet, eller jämförbar och delbar information. Det är viktigt att skilja dessa "realistiska" effekter från sådana effektmål som mer har karaktären av önskemål eller politiska ambitioner. Exempel på det senare, som framkommit i samband med Vårdansvarskommitténs uppdrag, är exempelvis att ett statligt huvudmannaskap skulle innebära en större och/eller mer stabil budget för hälso- och sjukvårdsområdet, en bättre följsamhet till regler, eller minskad administration. Inget av detta är dock belagt i forskning, vilket även underlagsrapporter till utredningen visat (Castillo & Ivarsson Westerberg 2024; Hansson 2024, Rothstein 2024).

Vad avgör om en reform är genomförbar?

Ett praktiskt problem vad gäller den rika och varierade floran av ambitioner och förhoppningar som följer med stora reformförsök, är att reformerna i sig kan bli svårare att genomföra. Ett försök att analysera realistiska förutsättningar för förändringsförsök utifrån förväntningar hos de inblandade aktörerna har gjorts av Stacey (1996), som beskriver hur olika angreppssätt blir tillämpliga beroende på i vilken grad det råder förutsägbarhet respektive enighet kring problem och mål. När det finns stor enighet och hög förutsägbarhet anses uppdraget vara organisatoriskt enkelt. Inblandade aktörer är överens om vad som behöver göras och många uppgifter kan automatiseras. Om förutsägbarheten istället är hög medan enigheten är låg kring vilka resultat som är önskvärda behöver man i regel förhandla och kompromissa för att hitta en legitim process. Decentraliserat beslutsfattande kan vara en del av detta. Råder det hög enighet om målsättningarna men en osäkerhet kring hur målen ska uppnås, kan gemensamma visioner om vad uppdraget ytterst syftar till vara en väg framåt. I en välfärdspolitisk kontext kan det involvera gemensamma strategier, ramlagar, centralt allokerade medel och annat som förknippas med ett högre inslag av statlig/nationell styrning.



Figur 2: Förutsättningar för reformförsök beroende på aktörernas förväntningar. Källa: Anpassad från Stacey (1996).

Ett tydligt syfte för vår analys: minska regional ojämlikhet

En konsekvens av modellen är att det är viktigt att det finns enighet kring vad som ska styras centralt. Det brukar vara oomtvistat att någon form av likriktning eftersträvas – men är man överens om i vilket avseende? Om inte, så kommer det bli svårt att få gehör för reformen hos inblandade aktörer. Frågeställningen ledde till intensiva diskussioner inom våra fokusgrupper, där vi efter att ha gått igenom ett antal olika ändamål enades om att den minsta gemensamma nämnaren för att motivera en centralisering av styrning och ansvarstagande till en huvudman, borde vara önskan att minska sådana ojämlikheter som beror på att det idag finns många huvudmän. Vi bestämde därför att syftet med våra fallstudier skulle koncentreras till att hitta upplägg för en förstärkt statlig eller nationell styrning som kan minska regionala skillnader för patienter och vårdgivare när det gäller att få och ge hälso- och sjukvård.

Begränsningar i vad styrning kan lösa

Här är det värt att betona att grundläggande skillnader i förutsättningar och behov hos individer och verksamheter inte per automatik försvinner vid ett förstatligande. Utmaningar kommer att kvarstå med ojämlikheter på grund av geografiska avstånd, olika befolkningstäthet, mellan socioekonomiska grupper, i patienters individuella preferenser, vad gäller rekryteringsförutsättningar i olika delar av landet, mm. Behoven av samverkan mellan vårdgivare, verksamhetsutveckling och implementering av innovation kommer också att finnas kvar och behöva hanteras lokalt. Analysen och förslagen inom våra fallområden har därför börjat med en kartläggning av nuvarande styrning och påverkbara förutsättningar som vi ser har en direkt koppling till dagens regionala ojämlikheter – se vidare nästa avsnitt.



3. TRE FALLOMRÅDEN FÖR ÖKAD CENTRALSTYRNING

Syfte: Minska ojämlikhet genom förstärkt styrning

Fallstudierna som presenteras nedan bygger på en metodik där vi utgått från ojämlikheter för patienter och/eller verksamheter som kan härledas till att det idag finns fler än en huvudman för hälso- och sjukvården. Syftet har varit att identifiera lösningar i form av förstärkt statlig eller nationell styrning som förväntas kunna reducera ojämlikheterna.

Metod: Fokusgrupper inom tre vårdområden

Idématerialet har samlats in genom fokusgruppsarbete enligt tidigare beskriven ansats ("den akademiska tankesmedjan"). Utifrån initiala diskussioner i LHCs nätverk av partnerorganisationer så identifierades tre vårdområden som ansågs särskilt intressanta att analysera ur ett huvudmannaskaps/centraliseringsperspektiv:

- **Tillgång till särsläkemedel**
- **Omhändertagande av psykisk ohälsa inom primärvården**
- **Hjälpmiddel som vårdinsats**

Därefter formerades tre olika fokusgrupper med experter inom respektive område. Deltagare i fokusgrupperna återfinns i Appendix.

Ojämlikhet mellan regioner – ett jämförande perspektiv

Områdena utmärks alla av att det finns skillnader för individer i behov av vård beroende på vilken region man bor i. Ojämlikheterna består exempelvis i hur lätt det är att få tillgång till behandling och åtgärder, hur snabbt det går, vilken professionell kompetens och vilka produkter som erbjuds, och vilka egenavgifter som tas ut. Läkemedel, primärvård och

hjälpmedel styrs dock idag på delvis olika sätt, vilket också gör vårdområdena intressanta ur ett jämförande perspektiv med sikte på styrningsutveckling.

En gemensam struktur för analysen

Vi har för varje fall/inom varje fokusgrupp följt en diskussionstrappa i flera steg, med syfte att på ett strukturerat sätt beskriva dagens situation inom respektive vårdområde och identifiera förbättringsmöjligheter:

- **Definition av fokusområde/avgränsningar för valt vårdområde**
- **Beskrivning av jämlikhetsproblem inom området med koppling till huvudmannaskap**
- **Nuvarande styrning och regionala förutsättningar som leder till ojämlikhet**
- **Gruppens förslag på önskvärd statlig eller nationell styrning som kan förbättra jämlikheten över landet**

Redogörelsen nedan sammanfattar kortfattat och i punktform de jämlikhetsproblem och styrningslösningar som identifierats och diskuterats inom ramen för de tre fallområdena. Det är inte en allomfattande beskrivning eller analys av "allt som skulle kunna göras" inom respektive område. Ambitionen är dock att presentera en tydlig logik för möjlig och relevant styrningsutveckling som också är genomförbar på relativt kort sikt.

En konceptuell jämförelse mellan fallstudierna med nivåstrukturerad av jämlikhetsproblem och styrningslösningar presenteras i rapportens avslutande avsnitt, där vi också diskuterar genomförandenaspekter kopplat till de förslagna reformernas art och omfattning.

3.1 FALLET SÄRLÄKEMEDEL

Fokusområde och avgränsningar

Skillnader i införande och användning mellan regionerna finns för många typer av läkemedel. Vi har i det här arbetet valt att fokusera på sär läkemedel, det vill säga läkemedel som uppfyller kraven i EU:s regelverk om sär läkemedel (Förordning (EG) nr 141/2000 om sär läkemedel), vilket bland annat innebär att de ska vara avsedda för att behandla livshotande, svårt funktionsnedsättande eller allvarliga och kroniska tillstånd som förekommer hos högst 5 av 10 000 invånare i EU (jmf TLV 2023).

En anledning till att detta fokusområde valts är att ojämlikheter riskerar att uppstå i högre grad för läkemedel som är dyra och där det finns en ojämlik fördelning av patienter över landet. Konsekvenserna av ojämlikheterna blir också större för patienten då det handlar om mycket allvarliga tillstånd där det ofta saknas alternativa behandlingar.



Det uppskattas att ca fem procent av Sveriges befolkning lever med en sällsynt sjukdom enligt ovan (Riksförbundet Sällsynta Diagnoser, 2024). Fler och fler sjukdomar kan klassificeras som sällsynta i takt med att differentierad diagnostik och individualiserade behandlingsmöjligheter tas fram. Det är dock en utveckling som ligger utanför avgränsningarna för detta case.

Jämlikhetsproblem med koppling till huvudmannaskap

- Vissa patienter med samma sjukdom kan få en viss läkemedelsbehandling och andra inte, beroende på i vilken region de bor.
- Hur lång tid det tar att få tillgång till nya läkemedel skiljer sig också regionalt.
- Formerna för hur behandling kan genomföras, och därmed omfattningen på patienters egna läkemedelskostnader, kan också variera beroende på lokalt förankrade val.

Nuvarande styrning och regionala förutsättningar som leder till ojämlikhet

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) reglerar sjukvårdens ansvar för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador – där ingår även att erbjuda läkemedel till patienter i behov. Hälso- och sjukvårdslagen är dock inte en rättighetslag utan en ramlag, som fastställer sjukvårdens mål och ansvar. Vilka läkemedelsbehandlingar som faktiskt ska erbjudas till patienter påverkas av många olika aktörer, däribland myndigheter, vårdgivare, enskilda förskrivare, samt sjukvårdshuvudmännen.

Olika värderingar och prioriteringar

Regionerna utgår från samma godkännandebeslut av Läkemedelsverket, subventionsbeslut av TLV och rekommendationer kring användning från det regiongemensamma NT-rådet, men det görs olika värderingar och prioriteringar regionalt. Exempel på detta med särskild relevans för särlekemedel är: Olika kunskap om och

kring tillgängliggörande av läkemedel generellt,³ olika procedurer för introduktion av nya klinikläkemedel utanför förmånerna; olika hantering av läkemedel som patienten fått inom klinisk studie och/eller får med individuell undantagshantering; skillnader i när hälsoekonomiska värderingar görs, hur lång tid dessa tar och när och hur förhandlingar med läkemedelsbolag sker; samt olika ersättningsystem/kostnader för utomlänsremisser.

Olika faktiska förutsättningar

En orsak till skillnaderna är att regionerna har olika faktiska förutsättningar för hantering av sällsynta sjukdomar. Incidensen varierar över landet och i olika regioner. Olika förekomst medför olika stora kostnader regionalt, där framför allt små regioner med (förhållandevis) stora patientgrupper upplever finansieringsproblem. Andra grundförutsättningar som skiljer är att små expertgrupper är ojämnt distribuerade geografiskt, och regionerna har olika möjlighet till lokal bemanning med specialister beroende på var kunskapscentren för de specifika sjukdomarna är belägna.

Olika professionell praxis

Olika professionell praxis för diagnostik/läkemedelsanvändning/ behandling ger också upphov till regionala skillnader. Detta beror inte enbart på huvudmannaskapsgränserna, men kan få konsekvenser när deltagande i expertforum, exempelvis regionernas gemensamma kunskapsstyrning, baseras på regional representation. Skillnaderna blir särskilt tydliga när olika behandlingsalternativ inom samma diagnosområde kan hanteras genom olika system (som klinikläkemedel respektive på recept), och behandlare gör olika val enligt "lokal tradition".

³Region Västerbotten och Region Örebro län framhålls av gruppen som exempel på två regioner som har en välutvecklad strategi på läkemedelsområdet. De två regionerna har nyligen tagit fram ett gemensamt kunskapsunderlag med en fördjupad analys av tillgängliggörandet av särlekemedel: https://www.regionvasterbotten.se/VLL/Filer/Kunskapsunderlag%202024_La%CC%8Angsiktigt%20ha%CC%8Allbart%20la%CC%88kemedelssystem_FINAL20241218.pdf

Oklarheter och värdekonflikter

Ytterligare ett problem med koppling till jämlikhetsfrågan är de oklarheter och värdekonflikter som uppstår när myndighetsbeslut saknas eller omprövas. Det finns aktuella exempel på sär läkemedel som avslagits av TLV för inkludering i förmånssystemet, men där professionell praxis indikerar fortsatt behandling.⁴

Tillgängliggörandet av dessa läkemedel delegeras i praktiken till regional upphandling, vilket riskerar att leda till ojämlikheter beroende på ovan beskrivna faktorer, samt att den regionala upphandlingsproceduren baserar sig på kostnadsminimering lokalt, och har inte nationell jämlikhet i fokus på samma sätt som det allmänna förmånssystemet.

Pågående policyarbete och satsningar

Regeringen har uppdragit till Socialstyrelsen att ta fram en Nationell strategi inom området sällsynta hälsotillstånd, som ska stärka patienternas tillgång till jämlik vård.⁵ Strategin förväntas innehålla förslag om ett ökat statligt engagemang. I 2025 års överenskommelse om statsbidrag för läkemedel mellan regeringen och SKR så aviseras att en översyn ska ske av hur finansiellt utrymme och stärkt riskdelning mellan stat och regioner kan skapas för att förbättra tillgången till vissa läkemedel för sällsynta hälsotillstånd eller särskilt angelägna läkemedelsterapier. TLV och regionerna ska också samverka för att stärka förutsättningarna för förhandling och tecknandet av avtal med företagen.⁶

⁶ Statens bidrag till regionerna för kostnader för läkemedelsförmånerna m.m. 2025. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner: <https://skr.se/download/18.6d9fc7ea193deb44d4fa6dc2/1735822694692/Statens-bidrag-till-regionerna-for-kostnader-for-lakemedelsformanerna-m.m.-2025.pdf>

⁵ <https://www.regeringen.se/contentassets/d34dad6bd1ea4c67b459d5703d6b6a7a/uppdrag-att-ta-fram-ett-forslag-till-en-nationell-strategi-inom-området-sallsynta-halsotillstand.pdf>

⁴ I januari 2025 uteslöts alla läkemedel för Fabrys sjukdom nyligen utesluts ur högkostnadsskyddet efter omprövning av TLV: <https://www.tlv.se/press/nyheter/arkiv/2025-01-30-lakemedel-for-behandling-av-fabrys-sjukdom-utesluts-ur-hogkostnadsskyddet-efter-omprovning.html>

TLV har nyligen aviserat att nya värderingsmodeller ska införas som innebär att en högre kostnad kan accepteras för läkemedel för mycket svåra, sällsynta hälsotillstånd.⁷ Det råder dock oklarheter kring hur och när modellen kommer tillämpas i praktiken, vilket medför en osäkerhet för huvudmän och företag.

⁵ <https://www.regeringen.se/contentassets/d34dad6bd1ea4c67b459d5703d6b6a7a/uppdrag-att-ta-fram-ett-forslag-till-en-nationell-strategi-inom-området-sallsynta-halsotillstand.pdf>

⁶ Statens bidrag till regionerna för kostnader för läkemedelsförmånerna m.m. 2025. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner: <https://skr.se/download/18.6d9fc7ea193deb44d4fa6dc2/1735822694692/Statens-bidrag-till-regionerna-for-kostnader-for-lakemedelsformanerna-m.m.-2025.pdf>

⁷ Se TLV (2024), slutrapport från regeringsuppdrag om tillgången till läkemedel för sällsynta hälsotillstånd: https://www.tlv.se/download/18.6eef4347193defb9de261bd1/1738747395537/slutrapport%20-praktiska_forutsattningar_for_starkt_tillgang_till_lakemedel_vid_sallsynta_halsotillstand_00663-2024.pdf

FÖRSLAG FRÅN GRUPPEN:

Önskvärd statlig eller nationell styrning som kan förbättra jämlikheten

- Särskilt öronmärkt statsstöd i syfte att åstadkomma en utökad kostnadsdelning/utjämningsystem/solidarisk finansiering för läkemedel vid sällsynta tillstånd, med syfte att omfördela oförutsett höga kostnader för vissa läkemedel vid sjukdomar med geografiskt varierande incidens. Det föreslagna stödet skulle kunna budgeteras som en fast särskild post (jmf förslag i SOU 2018:89).
- Förtydligande av regionernas befintliga möjlighet att använda statsbidraget för läkemedelsförmånen för att subventionera enskilda patienter med sär läkemedel. Möjligheten finns, men understöds inte av TLV vilket skapar en otydlig situation.⁸
- Förtydligande av regionernas befintliga möjlighet att använda statsbidraget för läkemedelsförmånen för att subventionera enskilda patienter med sär läkemedel. Möjligheten finns, men understöds inte av TLV vilket skapar en otydlig situation.⁹
- Nationell bedömningsfunktion för förmånsärenden, motsvarande existerande behandlingsrådskommittéer för sällsynta sjukdomar. Harmonisering av de regionala regelverken kring klinikers möjlighet till förskrivning av läkemedel utanför läkemedelsförmånen.
- Samordnad nationell förhandlings- och/eller inköpsfunktion för sär läkemedel, motsvarande vad som inrättats i Norge och Danmark.
- Regiongemensamt överenskommet system för kostnadsneutralitet för utomlänsremisser.

⁸ Jmf LIFs diskussion av TLVs senaste rapport: <https://www.lif.se/nyheter/2025/1/forslag-for-att-astadkomma-battre-tillgang-till-sarlakemedel-skapar-nya-utmaningar/>

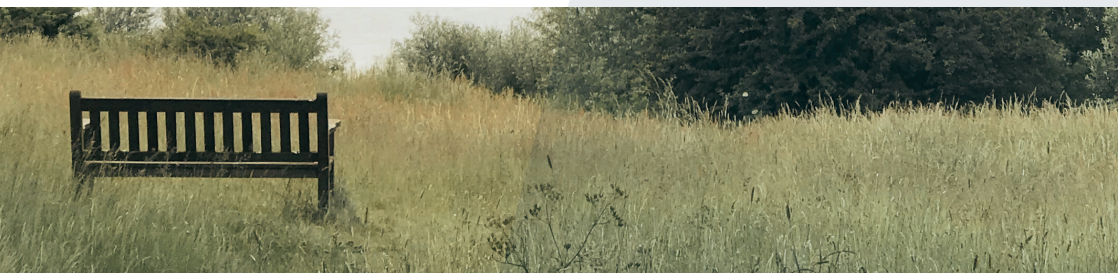
⁹ Jmf LIFs diskussion av TLVs senaste rapport: <https://www.lif.se/nyheter/2025/1/forslag-for-att-astadkomma-battre-tillgang-till-sarlakemedel-skapar-nya-utmaningar/>

3.2 FALLET PRIMÄRVÅRD FÖR PSYKISK OHÄLSA

Fokusområde och avgränsningar

Hjälp mot psykisk ohälsa är ett område som karakteriseras av stor mångfald, både vad gäller de olika professioner som är verksamma inom området samt olika driftsformer för verksamheterna. En del av vårdtjänsterna erbjuds i privat drift med privat patientfinansiering, och en del av tjänsterna är oreglerade. Det uppskattas att ca 25-30 % av de som söker sig till vården har någon komponent av psykisk ohälsa i problembilden (SOU 2021:6), och psykisk ohälsa står idag för över hälften av alla längre sjukskrivningar (Försäkringskassan, 2023).

Vi har i det här arbetet valt att diskutera de delar som rör primärvårdens uppdrag, särskilt vårdcentralernas verksamhet. En anledning till att detta fokusområde valts är att medborgaren har särskilda skäl att förvänta sig regional jämlikhet inom första linjens offentligfinansierade hälso- och sjukvård, och att styrningsinsatser för att garantera jämlikheten är enklare att motivera där.



Jämlik tillgång på psykiatrisk specialistvård samt jämlik sjukskrivning vid psykisk ohälsa är två områden som också behöver ses över, men det faller utanför avgränsningarna för detta case. Ojämlikheter som beror individers olika betalningsförmåga för privata tjänster kommer inte heller att beröras här.

Jämlikhetsproblem med koppling till huvudmannaskap

- Det skiljer sig mellan regioner vilka kompetenser inom psykisk ohälsa som finns tillgängliga på vårdcentral, och hur snabbt man som vårdsökande kan få tillgång till dessa.
- Det varierar vilka leveransformer som erbjuds för rekommenderad vård.
- Det varierar om det erbjuds psykosociala team, vilka kompetenser som ingår i teamen, och hur samverkan mellan psykologisk och somatisk vård fungerar.
- Skillnaderna finns mellan regioner, men ibland också mellan olika vårdgivare. Det kan resultera i ytterligare ojämlikheter inom en och samma region.

Nuvarande styrning och regionala förutsättningar som leder till ojämlikhet

Olika tolkningar

Omhändertagande av psykisk ohälsa ingår i primärvårdens grunduppdrag inom ramen för tillhandahållande av ”de hälso- och sjukvårdstjänster som behövs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov” (HSL, kap 13). Sedan 2024 är primärvårdens grunduppdrag förtydligat vad gäller ”rehabiliterande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar”. Psykisk ohälsa skiljs dock inte ut som särskilt område i primärvårdens nationella uppdrag. Det öppnar för olika tolkningar regionalt av uppdragets omfattning, ambition och bemanning.

Skillnader i beskrivningar och specifikationer

Olika regioners förfrågningsunderlag för vårdval primärvård präglas av stora skillnader i beskrivningar och specifikationer av vilken kompetens som efterfrågas när det gäller uppdraget psykisk ohälsa (jmf Praktikertjänst, 2023). Förfrågningsunderlagen varierar också i kraven på om det ska erbjudas teambaserat arbete, och om det är tillåtet för vårdcentralen att anlita underleverantörer eller inte. Då uppdragsbeskrivningarna är på en övergripande nivå blir det upp till den enskilda verksamheten att besluta om vilka yrkesgrupper som ska finnas, exempelvis psykolog och/eller psykoterapeut och/eller kurator, och vilka arbetssätt som ska användas.

Olika faktiska förutsättningar

En annan orsak till skillnaderna är att regionerna har olika faktiska förutsättningar för rekrytering och bemanning med olika kompetenser. Framför allt varierar tillgången på primärvårdpsykologer stort över landet.

Olika professionell praxis

Olika professionell praxis, organisering och erfarenheter lokalt ger också upphov till skillnader. Kunskapsläget kring vad olika socialpsykologiska kompetenser innebär och kan erbjuda varierar stort. Psykolog, kurator, psykoterapeut och psykiatrisjuksköterska är exempel på yrken med olika utbildningsbakgrunder och kompetenser, men som kan bemanna samma funktion inom olika verksamheter. Det varierar i vilken mån psykosociala professioner är involverade i primärvårdens ledning och rekrytering. Detta får konsekvenser för bemanning, arbetssätt och användning av kunskapsstöd i praktiken.

Pågående policyarbete och satsningar

Socialstyrelsen har nyligen tagit fram en målbild för vårdcentralernas omhändertagande av psykisk ohälsa. Där ingår att vårdcentraler ska ha tillgång till legitimerad psykolog, och att omhändertagandet ska organiseras i tvärprofessionella team. Målbilden är del av ett regeringsuppdrag som handlar om att förbättra primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa inom ramen för omställningen till god och nära vård. Uppdraget slutredovisas i mars 2025.¹⁰

Regeringen har också gett i uppdrag till Socialstyrelsen att fördela närmare en halv miljard kronor till regionerna under 2025 för att stärka den regionala primärvårdens arbete med psykisk ohälsa.¹¹ Motsvarande medel fördelades tidigare genom en överenskommelse mellan Socialdepartementet och SKR.

I mars 2024 beslutade regeringen att inrätta en nationell hjälplinje för psykisk ohälsa och suicidprevention. En sådan bedrevs av SKR fram till 2019 då den lades ned. Detta kan betraktas som ett förstatligande av en liten del av psykiatrivården.

¹⁰ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-10-9251.pdf>

¹¹ https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2025/02/regeringen-satsar-en-halv-miljard-kronor-pa-ett-forbattrat-omhandertagande-i-primarvarden-vid-psykisk-ohalsa/?fbclid=IwY2xjawltZZlleHRuA2FlbQlxMAABHSAIqJqBnPFnyb1xXfTQK322Lwyee6-XG4wE_ngFodgKy80BYtwpsh87cg_aem_GcvUX1VceVCMpW4gx6Yb3Q

FÖRSLAG FRÅN GRUPPEN:

Önskvärd statlig eller nationell styrning som kan förbättra jämlikheten

Statliga komponenter

- Primärvårdens grunduppdrag bör förtydligas kring omhändertagandet av psykisk ohälsa, i enlighet med tidigare förslag i nära-vård-utredningen.¹² Det bör ställas krav på vilka kompetenser som ska finnas tillgängliga och att medlemmar i ett psykosocialt team ska ha ett legitimationsyrke. Jmf hur elevhälsan regleras i Skollagen där det specificeras att "för medicinska, psykologiska och psykosociala insatser ska det finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator." (SFS 2010:800, §25).
- Tydligare kravställning på samma typ av vårdgaranti för psykisk vård som för somatisk vård. Bedömning vid psykisk ohälsa (av andra än läkare) ingår idag i vårdgarantin inom ramen för "annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården" (HSL 2017:90 9 kap). Ett förtydligande om vilka kompetenser/professioner som avses vore önskvärt.¹³

Nationella komponenter

(via myndigheter eller i regionsamverkan)

- Ge en nationell myndighet i uppdrag att ta fram riktvärden för dimensioneringen av antalet psykologer och andra psykosociala kompetenser som behövs per invånare för att möta behoven. Detta skulle tjäna som planeringshjälp i regionernas kompetensförsörjning. Det skulle också kräva en kartläggning av vad som erbjuds inom

¹² SOU 2021:6 föreslog att psykisk ohälsa skulle förtydligas som område för primärvårdens grunduppdrag i HSL, vilket dock aldrig genomfördes.

¹³ En särskild utredare har nyligen fått i uppdrag att analysera och föreslå en ny och stärkt vårdgaranti (Dir 2024:50), som bl.a. 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. Direktiven innehåller dock inga instruktioner om den bredare tillgängligheten inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa.

primärvården och i övrigt i olika regioner idag, och förbättra möjligheterna till uppföljning.¹⁴

- Förbättra möjligheterna för professionella inom psykisk ohälsa att vara anställda hos fler än en arbetsgivare samtidigt, vilket skulle förenkla rekrytering och bemanning vid mindre vårdenheter och vårdenheter i glesbygd.¹⁵
- Utred möjligheten att införa psykologiskt ledningsansvar motsvarande och parallellt med dagens krav på medicinskt ledningsansvarig läkare i varje verksamhet. I uppdraget om PAL skulle ingå frågor kring rutiner, patientsäkerhet och ansvar för avvikelshantering specifikt inom det psykiska vårdområdet.
- Avskaffa specialregler för PTP (psykologisk praktiktjänstgöring) som inte gäller för AT, exempelvis att varje vårdenhet enskilt måste söka tillstånd vart femte år till Socialstyrelsen.
- Samordna information, råd och stöd till invånarna om vård för psykisk ohälsa nationellt, så att det blir tydligare utåt vilket uppdrag primärvården har. Synliggör utbudet av kompetenser och tillgänglighetskraven i primärvården enligt ovan. Idag varierar innehållet på 1177 Vårdguiden regionalt i onödigt hög utsträckning.

¹⁴ Jfr de kompetensmål för fast läkarkontakt i primärvården som Socialstyrelsen tagit fram och följer upp. Vi förordar dock inte att "fast personkontakt" ska utökas som modell till fler professionsområden.

¹⁵ Nationella vårdkompetensrådet har nyligen föreslagit att förenade anställningar ska underlättas inom alla legitimationsyrken. Dock avses här enbart förening mellan forskningsanställning och klinisk verksamhet. Förening mellan anställning hos olika leverantörer behöver också möjliggöras.

3.3 FALLET HJÄLPMEDEL SOM VÅRDINSATS

Fokusområde och avgränsningar

Hjälpmedelsområdet karakteriseras av stor mångfald, både vad gäller typen av produkter som omfattas, deras användningsområden, och vilka regelverk som gäller. Hjälpmedel som faller inom hälso- och sjukvårdslagen omfattar medicintekniska produkter som behövs för vård och behandling, men även en bred uppsättning hjälpmedel som tillgodoser dagliga behov som att äta och klä på sig, förflytta sig, kommunicera med omvärlden och sköta sitt vardags- och fritidsliv. Uppemot en miljon personer i Sverige har behov av ett eller flera förskrivna hjälpmedel i sin vardag (Socialstyrelsen, 2024).

Vi har i vårt arbete valt att fokusera på hjälpmedel som tillhandahålls med utgångspunkt från individuell behovsbedömning enligt HSL och som förskrivs av legitimerad personal. Exempel på yrkesgrupper som förskriver hjälpmedel är arbetsterapeuter, fysioterapeuter, audionomer, logopedier, synpedagoger och sjuksköterskor. Förskrivaren kan vara anställd vid en region eller kommun eller i enskild verksamhet som bedrivs på uppdrag av huvudmannen. Förskrivningen sker huvudsakligen med utgångspunkt i ett regionalt upphandlat sortiment, även om vissa möjligheter till avsteg finns om förskrivaren bedömer att det är befogat. Så kallade förbrukningsvaror faller inom den nationella läkemedelsförmånen, i övrigt tas egenavgifter ut på regional basis.

Hjälpmedel som underlättar skolgång och arbete skiljs ibland ut som en egen kategori, eftersom de hanteras av aktörer utanför hälso- och sjukvården såsom skolan, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Utöver detta finns en stor konsumentmarknad för hjälpmedel som är i princip oreglerad utöver grundläggande säkerhetskrav. Dessa typer av hjälpmedel faller utanför avgränsningarna för detta case.

Jämlikhetsproblem med koppling till huvudmannaskap

- Det skiljer sig mellan regioner vilket sortiment av förskrivna hjälpmedel som den enskilde kan få tillgång till utifrån liknande behov. Statistik visar också att samma typ av hjälpmedel förskrivs i olika omfattning över landet.¹⁶
- Tillgången till förskrivarkompetens varierar, vilket påverkar hur snabbt man kan få sitt behov bedömt, men även hur möjligheterna till individuella anpassningar/avsteg ser ut.
- Hjälpmedel distribueras på olika sätt, via hjälpmedelscentraler i regionernas regi, via vårdmottagningar och via apoteken. Även detta medför lokala skillnader i utbud och tillgänglighet.
- De avgifter den enskilde betalar för hjälpmedel varierar stort mellan olika regioner. Det gäller både nivån på avgifterna – oftast i form av hyra – och hur avgiftssystemen ser ut – exempelvis om det finns högkostnadsskydd och/eller checkar för fritt val av hjälpmedel, och med vilka belopp.
- Informationen om och tillgången till vissa kategorier av hjälpmedel varierar särskilt mycket mellan regioner. Fritidshjälpmedel är ett sådant område där det finns stora oklarheter och brister.¹⁷
- Ett ytterligare jämlikhetsproblem, som faller utanför hälso- och sjukvårdens ansvarsområde men har regional koppling, är att det finns

¹⁶ Socialstyrelsen, Statistik om hjälpmedel <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/hjalpmedel/>

¹⁷ Jmf Neuroförbundet, Neurorapporten 2022: Hjälpmedel för ett värdigt liv.

olika lokala regler kring tillgänglighet med hjälpmedel i kollektivtrafiken, inom färdtjänsten, och mellan olika utförare/transportföretag. Detta medför ojämlikheter i den praktiska hjälpmedelsanvändningen beroende på var i landet man bor och kan innebära tillkommande problem om man flyttar över regiongränser.

Nuvarande styrning och regionala förutsättningar som leder till ojämlikhet

Olika tolkningar

Enligt den svenska hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30) är ansvaret för att erbjuda habilitering och rehabilitering samt hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning delat mellan regionerna och kommunerna (8 kap. 7 § respektive 12 kap. 5 § HSL). Vilken typ av hjälpmedel som ska erbjudas är inte närmare reglerat i författning, och vilken huvudman som ska svara för olika hjälpmedelsområden är heller inte reglerat i lag. Det öppnar upp för olika tolkningar mellan regionerna och kommunerna av vad som ska betraktas som hjälpmedel och vad som ska erbjudas.

Kommunala självstyret

Vissa hjälpmedel för vård och behandling (sk förbrukningsartiklar) ingår i det individuella högkostnadsskyddet för läkemedel. TLV fattar beslut om dessa och fastställer deras försäljningspris. Vilka egenavgifter som får tas ut för merparten av hjälpmedel regleras dock inte nationellt, utan har ansetts falla inom det kommunala självstyret (jmf SOU 2017:34).¹⁸

¹⁸ Det s.k. Riksavtalet för utomlänsvård – en rekommendation för regioner från SKR:s styrelse – omfattar dock bestämmelser om att en hemregion ska ersätta en annan vårdregion som förskriver och utlämnar hjälpmedel (med vissa undantag för bostadsanpassning och mycket dyra hjälpmedel, som enbart kan förskrivas av hemregionen).

Flera myndigheter är på olika sätt involverade i regleringen på hjälpmedelsområdet. Socialstyrelsen har tagit fram föreskrifter kring användningen av medicintekniska produkter (HSLF-FS 2021:52), vilket omfattar många hjälpmedel. Föreskrifterna fokuserar framför allt på patientsäkerhetsaspekter. Det regiongemensamma MTP-rådet ger rekommendationer om ordnat införande och användning av medicintekniska produkter. De har framförallt fokuserat på bedömning av kostnadseffektiviteten hos hjälpmedel som anses kunna bli dyra för huvudmännen.

Olika sätt att prioritera

Den övergripande karaktären på de tvingande regelverken, i kombination med selektiva rekommendationer som är mer eller mindre frivilliga att följa, har öppnat upp för att hjälpmedelspolicyn i olika regioner skiljer sig åt med avseende på budget och ambition. Det förekommer olika sätt att prioritera mellan kraven på evidens, kostnader, patientsäkerhetsaspekter, behovet av individanpassning etc. vilket leder till att olika sortiment upphandlas och erbjuds lokalt med olika avgiftsstrukturer för den enskilde. Det varierar också i vilken mån kopplingar till det bredare arbetet med habilitering och rehabilitering görs.

Olika faktiska förutsättningar

En annan orsak till skillnaderna är att regionerna har olika faktiska förutsättningar för rekrytering och bemanning med olika förskrivarkompetenser. Framför allt varierar tillgången på arbetsterapeuter över landet. Det finns också skillnader i bemanning som inte kan motiveras demografiskt utan beror på hur regionerna prioriterar.¹⁹

¹⁹ Utifrån Socialstyrelsens nationella planeringsstöd framgår att det i regionerna Stockholm och Uppsala finns ca 70 arbetsterapeuter på 100 000 invånare, medan det i regionerna Örebro och Östergötland finns ca 145 arbetsterapeuter att tillgå per 100 000 invånare.

Olika professionell praxis

Enligt Patientlagen (2014:821) och Patientsäkerhetslagen (2010:659) ska personer med funktionsnedsättning ges möjlighet att välja det hjälpmedel som han eller hon föredrar, om det med hänsyn till kunskapsläget, det individuella behovet och kostnaderna för hjälpmedlet framstår som befogat (7. kap 2 § PL samt 6 kap. 7 § PSL). Förskrivare har ett personligt professionsansvar att följa PL och PSL samt även den generella prioriteringsordningen i 2 § HSL. Det innebär att flera olika aspekter ska vägas in när man rekommenderar ett hjälpmedel, inklusive kostnadseffektivitet. Olika professionell praxis, organisering och erfarenheter lokalt ger dock upphov till skillnader. Forskning fattas kring hur olika hjälpmedel fungerar, och kunskapsläget varierar stort mellan verksamheter kring produkters effekt/nytta. Hur uppdaterade förskrivare är kring produktutveckling skiljer sig också.

Pågående policyarbete och satsningar

- Socialstyrelsen har nyligen fått i uppdrag att ta fram förslag till en nationell strategi och tillhörande handlingsplan i syfte att säkerställa en effektiv och jämlik rehabilitering, habilitering och användning av åtgärden hjälpmedel i hela landet. Arbetet ska slutredovisas våren 2026.²⁰

²⁰ <https://www.regeringen.se/contentassets/fdc1a4dff9048fbb788746cdef1ae66/uppdrag-till-socialstyrelsen-att-ta-fram-forslag-till-en-nationell-strategi-och-handlingsplan-for-rehabilitering-och-habilitering.pdf>

FÖRSLAG FRÅN GRUPPEN:

Önskvärd statlig eller nationell styrning som kan förbättra jämlikheten

Statliga komponenter

- Ett tydligare nationellt uppdrag kring hjälpmedelsförsörjning där tillgång till hjälpmedel tydligare beskrivs som en insats inom vårdområdet habilitering/rehabilitering, och det förtydligas att hjälpmedel ska förskrivas i kopplat till professionell hjälp och stöd med utprovning, anpassning och daglig användning.²¹
- Tydligare specificering av vilka kategorier av hjälpmedel som inbegrips och inte inbegrips i HSL. Jmf Hjälpmedelsutredningen från 2017, som föreslog att lagens kapitel med definitioner skulle förtydligas på denna punkt.²²
- Tydliggörande av ansvarsfördelningen för olika hjälpmedelsområden mellan regioner och kommuner, samt även i relation till andra huvudmän som är involverade i hjälpmedelsförskrivning. Jmf Socialstyrelsens förslag till utformning av överenskommelse mellan sjukvårds- och skolhuvudmän för samordning av hjälpmedel till barn och elever med funktionsnedsättning (2020).

²¹ Jmf En jämlik och hållbar hjälpmedelsförsörjning – Ett ställningstagande antaget av Sveriges Arbetsterapeuters förbundsstyrelse 2024-09-06.
<https://www.arbetsterapeuterna.se/media/1kmfvr1q/hjalpmedelsforsorjning-2024-09-06.pdf>

²² Lagtexten i förslagets 2 kap. 8 § hälso- och sjukvårdslagen lyder: Med hjälpmedel avses dels hjälpmedel för vård och behandling, dels hjälpmedel för den dagliga livsföringen, vilka fordras för att den enskilde själv eller med hjälp av någon annan ska kunna 1. tillgodose personliga behov såsom att klä sig, äta, sköta sin hygien, 2. förflytta sig, 3. kommunicera med omvärlden, 4. fungera i hemmet och i närmiljön, 5. orientera sig, 6. sköta vardagslivets rutiner i hemmet, 7. gå i skolan, samt 8. delta i sysselsättning och vardagliga fritidssysselsättningar som utförs i hemmet och närmiljön. Utanför begreppet hjälpmedel för den dagliga livsföringen faller arbetstekniska hjälpmedel, hjälpmedel som kan behövas för att genomgå yrkesinriktad rehabilitering, särskilda pedagogiska hjälpmedel inom skola, förskola, fritidshem och annan pedagogisk verksamhet samt förbrukningsartiklar (SOU 2017:43 s. X).

- Tydligare kravställning på samma typ av vårdgaranti för hjälpmedelsförskrivning som för annan somatisk vård. Bedömning av hjälpmedelsbehov (av andra än läkare) ingår idag i vårdgarantin inom ramen för insats av ”annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården” (HSL 2017:90 9 kap). Ett förtydligande om att förskrivarkompetenser inbegrips vore önskvärt.
- Gemensamma nationella kriterier för förskrivning av konsumentprodukter som hjälpmedel, så att detta sker jämnt över landet. Detta sammanfaller med rekommendationer från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020)²³ samt en nyare rapport från MFD (2024).²⁴ MFD noterar en generell efterfrågan på tydligare nationell styrning och rekommenderar att ett nationellt kunskapscenter för hjälpmedel ska inrättas.

Nationella komponenter

(via myndigheter eller i regionsamverkan)

- Ge en nationell myndighet i uppdrag att göra en konceptuell översyn för vad som bör ingå i ett regionalt upphandlat sortiment. En sådan översyn bör göras utifrån flera bedömningsgrunder och med ett utvecklingsperspektiv (se vidare under Genomförande, komplicerande faktorer). Översynen skulle också kunna tjäna som planeringshjälp i regionernas försörjning av förskrivarkompetens.
- Utred ett nationellt eller regiongemensamt överenskommet högkostnadsskydd för hjälpmedel, samt en nationell taxa/referenspriser för ett standardsortiment. En modell med nationella taxor/referenspriser kommer innebära att egenavgifterna

²³ Myndigheten för vårdanalys (2020), Med varierande funktion – Förskrivning av konsumentprodukter som hjälpmedel vid funktionsnedsättning. Rapport 2020:6.

²⁴ Myndigheten för delaktighet (2024), Att få det stöd man behöver. En rapport om hjälpmedel och delaktighet ur ett användarperspektiv. MFD noterar en generell efterfrågan på tydligare nationell styrning och samlad kunskap för hjälpmedelsområdet, och föreslår att ett nationellt kunskapscentrum på området ska inrättas.

för vissa hjälpmedel blir högre än idag i en del regioner/kommuner. För att hantera detta kan det föreslagna högkostnadsskyddet utformas som ett maxbelopp, motsvarande högkostnadsskyddsbeloppen för öppen och slutenvård där regionerna har möjlighet att enskilt besluta om att lägre belopp ska gälla.

- Förtydliga den nationella styrningen av klinisk praxis med förskrivning och anpassning av läkemedel. Möjligheterna för förskrivande personal att initiera ett s.k. enskilt ärende om det ordinarie sortimentet inte passar, bör förtydligas. Detta befäster de professionella befogenheterna inklusive det lagstadgade ansvaret för förskrivare att väga flera in flera olika aspekter, inklusive kostnadseffektivitet, i behovsbedömningen.
- Initiera en bättre uppföljning av behandlingsresultat med olika slags hjälpmedel. Olika instanser (Socialstyrelsen, Nationellt System för kunskapsstyrning, kvalitetsregistren) kan ta olika roller i detta. En utvecklad uppföljning kräver dock att statistiken om hjälpmedelsanvändningen i olika kategorier förbättras (kopplat till tidigare förslag om arbete med definitioner/kategorisering).
- Förenkla hjälpmedelsanvändningen för patienter som flyttar till ny region genom ett tillägg i Riksavtalet för utomlänsvård, som tydliggör att man får behålla sina tidigare förskrivna hjälpmedel vid flytt.

3.4 Casematrix – jämförelse mellan jämlikhetsproblem och styrningslösningar

Tabellen nedan sammanfattar fokusgruppernas analys och förslag till styrningsutveckling inom de tre områdena särsläkemedel, psykisk ohälsa inom primärvården, samt hjälpmedel som vårdinsats. En nivåstrukturering av problem och lösningar visar att beskrivningarna av ojämlikheter är relativt likartade inom de tre vårdområdena: det handlar om olika tillgänglighet till vården, olika erbjudanden i form av behandlingar/insatser, varierande grad av professionellt stöd, och olika kostnader för den enskilde beroende på vilken region man bor i.

	SÄRLÄKEMEDEL	PSYKISK OHÄLSA	HJÄLPMEDEL
OJÄMLIKHETS- PROBLEM	Skilnader i tillgängliga behandlingar, väntetider, former för behandling, egenavgifter	Skilnader i tillgänglighet, behandlande kompetenser, leveransformer	Skilnader i sortiment, förskrivarkompetens, distributionssätt, egenavgifter
STYRNINGS- SITUATION IDAG	Nationella beslut finns – olika tolkningar och prioriteringar görs på regionnivå	Det nationella uppdraget är ospecifikt – olika strategier och förfrågningsunderlag formuleras på regionnivå	Fragmenterad nationell styrning med kommunalt självstyre – separata upphandlingar på regionnivå
VAR MANIFESTERAS SKILLNADERNA?	På regionnivå: olika sjukdomsförekomst, kostnader och kompetensfördelning i regionerna	På verksamhetsnivå: olika uppdrag, bemanning och ersättning för vårdinsatserna	På individnivå: olika tillgång till och kostnader för produkterna för den enskilde
FÖRSLAG PÅ FÖRSTÄRKT STATLIG/ NATIONELL STYRNING	Nationellt gemensamma förhandlings- och bedömningsfunktioner; ekonomisk utjämning på regionnivå	Tydligare kompetenskrav i det lagstadgade grunduppdraget; likställda förutsättningar för att bedriva psykisk och somatisk vård	Nationellt högkostnadsskydd; gemensam kategorisering av innehåll i utbudet; förtydligade professionella befogenheter

Tabell 1. Jämförelse mellan jämlikhetsproblem och styrningslösningar inom tre vårdområden.

Däremot visar jämförelsen mellan fallen att dagens styrning inom de olika områdena ser olika ut – det är alltså skilda ”styrningssituationer” som ger upphov till ojämlikhet. Man kan säga att förutsättningar och styrning manifesterar sig i skillnader som befinner sig på olika aggregationsnivåer i systemet: för läkemedel finns grundorsakerna på regionnivå, för psykisk ohälsa på verksamhetsnivå, och för hjälpmedel på individnivå. Därmed tror vi att också styrningslösningarna måste rikta sig mot olika nivåer/aktörer för att få bukt med jämlikhetsproblemen.

En intressant observation är att en övergripande huvudmannaskapsflytt inte framstod som ett önskvärt eller rimligt förslag inom något av de valda fallområdena.

Trots att en sådan strukturförändring antagligen skulle uppfattas som mer omfattande, så trodde våra fokusgruppdeltagare inte att det skulle vara tillräckligt.

Nedan diskuterar vi varför.

4. DISKUSSION – HUR GÖR MAN EN TRÄFFSÄKER CENTRALISERING?

Huvudmannaskapet har seglat upp som en av vårdens viktigaste reformfrågor i och med den parlamentariska kommitté som nyligen haft i uppdrag att utreda ett möjligt statligt övertagande. Men vilka slags problem kan centralisering egentligen lösa, och hur hittar vi ändamålsenliga former för statlig eller nationell styrning som tar hänsyn till förutsättningarna inom olika vårdområden? I den här rapporten har vi presenterat tre fallstudier – om läkemedel för sällsynta diagnoser, hantering av psykisk ohälsa i primärvården samt tillgång till personliga hjälpmedel – där vi med hjälp av fokusgrupper av experter tagit fram möjliga mål och upplägg för en förstärkt statlig eller nationell styrning.

**Vad som på ytan framstår som liknande
ojämlighetsproblem har olika orsaker inom de olika
vårdområdena.**

Tre områden - olika orsaker till ojämlikhet

Gruppernas analys synliggör att vad som på ytan framstår som liknande slags ojämlikhetsproblem för patienter, har olika orsaker inom de olika vårdområdena på grund av skillnader i förutsättningar och styrning. De förslag som grupperna kommit fram till för att förbättra jämlikheten har därmed olika utformning inom de tre områdena. I inget av fallen har man föreslagit en renodlad huvudmannaskapsflytt. Detta aktualiserar frågan om för- och nackdelar med ett helhetsgrepp på huvudmannaskapsfrågan respektive den typ av mer riktade centraliseringsinitiativ som framkommit i vårt arbete.

Radikal eller inkrementell förändring?

Valet mellan radikal vs. inkrementell förändring av policy är något som diskuterats inom statsvetenskapen och organisationsteorin sedan mitten av förra seklet och har rötter längre bak än så, genom hela den moderna politiska historien om man så vill. Det är väl belagt genom forskning och erfarenhet att stora reformer, speciellt de som tar strukturella grepp, får en stor synlighet och signalerar handlingskraft; ett "övertagande" kan ge intrycket av att de styrande tar problemen på allvar och gör något "konkret" för att bryta gamla mönster. Radikal förändring är samtidigt mer riskfylld och kan möta kraftigt motstånd från de som har investerat i eller är vana vid det gamla systemet, särskilt om den inte är ordentligt förberedd.

Just bristande förankring gav upphov till en omfattande kritik mot den norska sjukhusreformen 2002, där staten tog över huvudmannaskapet för specialistvården från fylkena. Invändningarna handlade i hög grad om att den snabba genomförandeprocessen inte stod i proportion till det systemskifte som föreslogs (SKR 2024).

Risker med generella reformer i komplexa system

Utmaningarna med att "få med alla" i en reformprocess ökar naturligtvis med komplexiteten i den verksamhet som berörs. En gemensam konsekvensanalys kommer få begränsad relevans, då det snarare blir att förvänta sig olika effekter på olika delområden. Effekterna kommer också bli olika avseende olika mål, som i sig kan prioriteras olika av inbegripna aktörer. En stor gemensam förändring kan därför paradoxalt nog uppfattas som mer oräddvis, ju mer komplext systemet är som man har att göra med.

Just svåra planeringsförutsättningar och behovet av kontext- och situationsanpassning är sådant som tidigt lyfts av forskare för att plädera för fördelarna med mer inkrementell policyförändring. Enligt "Science of muddling through", ett begrepp som myntades av den amerikanske statsvetaren Charles E. Lindblom 1959, är det svårt för beslutsfattare att få all information som behövs för att designa perfekta, storskaliga modeller.

Därför är det bättre att nöja sig med att hitta "tillräckligt bra", gradvisa mindre förbättringar som kan hanteras i realtid baserat på varierande kontexter och föränderliga omständigheter. Det innebär att man utformar policy på en områdesvis basis med kontinuerlig utvärdering av effekterna, vilket i sig blir enklare när det är färre verksamheter och aktörer som berörs direkt.

Strukturella förändringar kräver mer än struktur

Ytterligare ett argument för mer riktad styrningsutveckling i relation till övergripande strukturgrepp som blev tydligt i våra gruppdiskussioner är att en övergripande huvudmannaskapsflytt troligen inte kommer att räcka för att få bukt med de problem som finns inom den svenska hälso- och sjukvården. Som SKR (2024) konstaterar i sin genomgång av den norska sjukhusreformen, så är staten inte en aktör, det vill säga: även om staten skulle ta på sig huvudmannaskapet så måste man ändå ändra i mycket annan styrning från myndigheter, kunskapsstyrning mm, för att få till de önskade effekterna.

Just på målvärdet jämlikhet mellan regioner så har man i Norge inte funnit tydliga belägg för att reformen minskat regionala skillnader i vårdutbud, behandlingsmetoder eller vårdutnyttjande. Även om statligt huvudmannaskap i teorin borde kunna minska ojämlikheter eftersom utbudet inte längre styrs av lokala preferenser, så har detta inte blivit fallet då reglering, kravställning och uppföljning av vårdinsatser, behandlingskapacitet och kliniska riktlinjer inte dragit åt samma håll. Även i analyser av den danska hälso- och sjukvårdsreformen från 2007, då antalet regioner minskades kraftigt, konstateras att strukturella grepp behöver åtföljas av ändamålsenliga förändringar i verksamhetsnära styrinstrument för att få önskvärd effekt (Vrangbaek 2024).

Sammanfattningsvis: I våra nordiska grannländer gav huvudmannaskapsreformer alltså inte de effekter på regional jämlikhet som man förväntat sig, delvis på grund av att man inte justerat i annan styrning.

Hade den önskade utvecklingen mot mer jämlik vård nationellt kunnat komma till om man nöjt sig med att utveckla annan styrning och lämnat huvudmannaskapet oförändrat? Skiljer sig just jämlikhetsmålet i detta avseende från andra möjliga mål?

Mer forskning och utredning behövs för att svara på de frågorna. Beroende på utfallet från Vårdansvarskommittén och hur regeringen väljer att agera på det, så kommer svenska erfarenheter att bli en bra empirisk grund för fortsatt arbete med frågorna inom LHC.

KÄLLFÖRTECKNING

Castillo, Daniel och Ivarsson Westerberg, Anders (2024). Administration i hälso- och sjukvården – några organisationsteoretiska iakttagelser. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén.

Dir. 2023:73. Ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Kommittédirektiv från Regeringen.

Dir. 2024:50. Bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet. Kommittédirektiv av Socialdepartementet.

Entreprenörsskapsforum/Fores/LHC (2016). Välfärden är värd en bättre debatt! Slutrapport från Uppdrag Välfärd.

Fernler, Karin (2012). Perspektiv på implementering: Vad är "god" implementering och kan det stödjas? LHC Report nr 8:2012. Stockholm: Stiftelsen Leading Health Care.

Hansson, Åsa (2024). Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén.

Krohinkel, Anna och Mannerheim, Unni (2019). Moderna Policies: Inspel för en framtidsinriktad hälso- och sjukvårdsdebatt. LHC Report 2019:3. Stockholm: Stiftelsen Leading Health Care.

Lindblom, Charles E (1959). "The Science of Muddling Through". Public Administration Review, Vol. 19, No. 2, pp. 79-88.

Myndigheten för delaktighet (2024), Att få det stöd man behöver. En rapport om hjälpmedel och delaktighet ur ett användarperspektiv.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020). Med varierande funktion – Förskrivning av konsumentprodukter som hjälpmedel vid funktionsnedsättning. Rapport 2020:6.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024). Strukture reformer i Norden. Analys av hälso- och sjukvårdssystemen i Norge, Danmark och Finland. Rapport 2024:4.

Neuroförbundet (2022). Neurorapporten 2022: Hjälpmedel för ett värdigt liv.

Region Västerbotten och Region Örebro län (2024). Kunskapsunderlag: Långsiktigt hållbart tillgängliggörande av läkemedel i Sverige. Centrala förutsättningar i ett läkemedelssystem som främjar långsiktig hållbar hälso- och sjukvård.

Rothstein, Bo (2010). Vad bör staten göra? Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik. Falun: SNS förlag.

Rothstein, Bo (2024). En förstärkt hälso- och sjukvård? Konsekvenser avseende demokrati, legitimitet och ansvarsutkrävande. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén.

S2023/03244 S2024/00038 (delvis). Uppdrag att ta fram ett förslag till en nationell strategi inom området sällsynta hälsotillstånd. Regeringsbeslut av Socialdepartementet.

S2025/00109 (delvis). Uppdrag till Socialstyrelsen att ta fram förslag till en nationell strategi och handlingsplan för rehabilitering och habilitering. Regeringsbeslut av Socialdepartementet.

Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Regioner (2025). Statens bidrag till regionerna för kostnader för läkemedelsförmåner m.m. 2025. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

Socialstyrelsen (2024). God och nära vård vid psykisk ohälsa Nationell målbild för vårdcentralers omhändertagande av psykisk ohälsa för att ge befolkningen en god och nära vård.

SOU 2011:65. Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem – en kartläggning.

Delbetänkande av Statens vård- och omsorgsutredning.

SOU 2017:43. På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen. Betänkande av Hjälpmedelsutredningen.

SOU 2021:6. God och nära vård - Rätt stöd till psykisk hälsa. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

Sveriges Arbetsterapeuter (2024). En jämlik och hållbar hjälpmedelsförsörjning – Ett ställningstagande antaget av Sveriges Arbetsterapeuters förbundsstyrelse 2024-09-06.

<https://www.arbetsterapeuterna.se/media/1kmfvr1q/hjalpmedelsforsorjning-2024-09-06.pdf>

Sveriges Kommuner och Regioner (2025). Utblick Norge. En belysning av den norska sjukhusreformen 2002.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2024). Praktiska förutsättningar för stärkt tillgång till läkemedel vid sällsynta hälsotillstånd. Rapport från regeringsuppdrag.

Vrangbaek, Carsten (2024). Danish health care reforms and possible lessons for Sweden. Keynote presentation in Stockholm 2024-12-09.

Vårdansvarskommitténs sekretariat (2024). Underlag för expertdialog 2 september.

Appendix: Deltagare i fokusgrupper

Anders Blanck, Leading Health Care
Anna Krohwinkel, Leading Health Care
Birgitta Termänder, Riksförbundet Sällsynta diagnoser
Björn Södergård, Sveriges farmaceuter
Elisabeth Lagerkrans, Socialstyrelsen
Erik Kjellin, Lif
Erika Johansson, Sveriges arbetsterapeuter
Hans Winberg, Leading Health Care
Ida Kåhlin, Sveriges arbetsterapeuter
Jonas Vallgård, Vårdförbundet
Karolina Antonov, Lif
Kata Hansson, Praktikertjänst
Kristina Söderlund, Diabetes Stockholm
Kristina Taylor, Psykologförbundet
Martin Östberg, Sveriges Farmaceuter
Niklas Hedberg, TLV
Oskar Ahlberg, Riksförbundet Sällsynta diagnoser
Per Johansson, Psykologförbundet
Peter Leander, Lif
Sara Banegas, Praktikertjänst
Sofie Alverlind, TLV
Thomas Magnusson, Diabetes Sverige

Leading Health Care (LHC) är en akademisk tankesmedja för fördjupad dialog om framtidens hälso- och sjukvård.

LHC främjar forskning och kunskapsutveckling som är relevant för organisering, styrning och ledning av verksamheter inom hälsa, vård och omsorg, samt sprider information om detta. LHC arbetar dels med ett brett akademiskt nätverk, dels med ett partnernätverk som för närvarande består av ca 30 organisationer från olika delar av sektorn. Sedan 2009 är LHC en oberoende och icke vinstdrivande stiftelse. Vi finansieras huvudsakligen genom vår uppdragsforskning samt årliga bidrag från partnerorganisationerna.

Läs mer om oss och ladda ner våra publikationer gratis på www.leadinghealthcare.se



ISBN: 978-91-987690-1-2

Utgiven av Stiftelsen Leading Health Care, 2025