

2025-10-29

DNR S2025/01126

s.remissvar@regeringskansliet.se

s.sl@regeringskansliet.se

Remissvar Ansvar för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62)

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är läkarkårens oberoende, vetenskapliga professionsorganisation, en ideell, partipolitiskt och fackligt obunden förening. Vårt syfte är att verka för förbättrad hälsa och sjukvård genom att främja vetenskap, utbildning, etik och kvalitet.

SLS tackar för möjligheten att lämna synpunkter på *Ansvar för hälso- och sjukvården*, betänkande av Vårdansvarskommittén (SOU 2025:62).

Inför beredningen av SLS svar har remissvar kommit in från SLS medlemsföreningar/sektioner: Svensk förening för diabetologi, Svensk kirurgisk förening, Svenska rättspsykiatriska föreningen, Svensk förening för allmänmedicin, Svenska infektionsläkarföreningen, Svensk reumatologisk förening. Svaren biläggs i sin helhet.

1. Hälso- och sjukvårdens huvudmannaskap

Kommittén har utifrån flera perspektiv 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 tillhandahållar-ansvar 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.

SLS instämmer i att det finns för- och nackdelar med ett helt statligt huvudmannansvar, och att en omfattande huvudmannaskapsförändring kan innebära både risker och möjligheter.

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. Kommittén avråder därför från ett delvis statligt huvudmannaskap med innebörden att dela tillhandahållaransvaret för hälso- och sjukvården mellan kommunerna, regionerna och staten.

SLS delar uppfattningen att olika delar av hälso- och sjukvården, exempelvis primärvård och sjukhusvård, i praktiken är ömsesidigt beroende. Detta gäller inte minst vården av den stora och växande populationen äldre med multisjuklighet och/eller skörhet. I ett hälso- och sjukvårdssystem med tre huvudmän kan förutses nya samverkansutmaningar och gränsdragningsproblem.

2. 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.

SLS delar utredningens uppfattning om att det finns omotiverade skillnader i hälso- och sjukvården.

SLS anser dock att för att skillnader mellan olika huvudmän avseende tillgång till diagnostik och behandling ska klassas som *omotiverade*, krävs att vetenskap och beprövad erfarenhet har åsidosatts. Åsidosättande av vetenskap och beprövad erfarenhet föreligger när bästa tillgängliga evidens inte integreras i beslutsfattandet på ett rationellt sätt. Inom betydande områden inom hälso- och sjukvården föreligger emellertid inte ett robust evidensläge beträffande kliniskt beslutsfattande, och i dessa fall behöver inte skillnader i handläggning nödvändigtvis vara omotiverade. Däremot behöver inom dessa områden mer kliniskt relevant forskning utföras, för att förbättra evidensläget. Först när evidensläget är tillräckligt robust, bör standardisering och konvergens i beslutsfattande eftersträvas.

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.

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.

SLS anser att detta resonemang är principiellt rimligt, samt att de nämnda områdena är väl lämpade för utökat statligt ansvarstagande med tillhörande förändringar avseende planering, styrning, finansiering och organisation.

3.4.3 Läkemedel

Kommitténs föreslår att en utredning bör tillsättas för att se över hur statens ansvar för läkemedel kan utökas och stärkas. Regeringen föreslås även på kort sikt vidta åtgärder för att säkerställa en jämlik tillgång till vissa läkemedelsbehandlingar.

I kunskapsunderlaget som kommittén tagit fram redovisas det geografiska skillnader där patienternas tillgång till läkemedel varierar utan att detta kan förklaras av det medicinska behovet. Om man kontrollerar för demografi och socioekonomiska faktorer, så ser inte kommittén att behovet av hälso- och sjukvård på gruppnivå skiljer sig mellan regionerna. Detta menar kommittén minskar utrymmet för acceptabla regionala variationer i användning av läkemedel.

SLS instämmer i behovet av en utredning med fördjupat uppdrag för att analysera statens roll i finansiering och styrning av läkemedel. **SLS vill dock särskilt framhålla** att läkemedel är en behandlingsform bland andra, och förslag till åtgärder kan inte tas fram isolerat från styrning och finansiering av övriga behandlingsåtgärder som kan vara såväl alternativ, substitut som komplettering till läkemedelsbehandling.

SLS instämmer i att det är ett problem att det finns geografiska skillnader i läkemedelsbehandling. SLS stödjer därför förslaget om en fördjupad utredning, vilken även

beaktar att skillnader i läkemedelsanvändning inte enkelt kan separeras från hur vården organiseras lokalt. Vidare behövs vid jämförelser mellan regioner att hänsyn tas till de stora skillnaderna i befolkning då små regioner på grund av slumpmässiga variationer har större sannolikhet att avvika från riksgenomsnittet.

I kommitténs betänkande framförs farhågor om långsam introduktion av nya läkemedel i Sverige jämfört med andra länder inom EU. **SLS vill lyfta** att detta motsägs av andra analyser än de som kommittén hänvisar till och anser att det är viktigt med en förutsättningslös genomlysning av data¹.

SLS vill särskilt lyfta att för tidig introduktion av en ny behandling så underlättas det av tidigare lokalt deltagande i kliniska prövningar av aktuellt läkemedel eller alternativ till detta. Det är också viktigt med möjligheten att följa upp behandlingen införande. Tillgång till vetenskaplig kompetens samt resurser för uppföljning är alltså viktiga faktorer för att främja tidig introduktion av för patienter och samhället viktiga nya behandlingar.

SLS anser att det finns starka skäl att genom en utredning utvärdera dagens frivilliga nationella processer för införande av läkemedel som rekvideras till vårdinrättningar, för att ta ställning till en eventuell nationell reglering. En viktig del i detta är att genomföra förslaget från Utredningen om hälsodataregister (S 2023:02) att förbättra uppföljningen ett nationellt hälsodataregister för dessa läkemedel.

3.4.2 Kompetensförsörjning, 3.4.4 Vaccinationer, 3.4.5 Screening, 3.4.6 Rättsspsykiatrisk vård, 3.4.7 Luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter

Kommittén bedömer att kompetensförsörjningen av både dagens och framtidens hälso- och sjukvård är en av de största hållbarhetsutmaningarna för hälso- och sjukvårdssystemet. I dag ansvarar varje region för att tillhandahålla utbildningsplatser 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. Kommittén anser att staten bör ta ett utökat ansvar för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Regeringen bör se över de närmare formerna för detta.

Kommittén föreslår att staten bör ta ett utökat ansvar för vaccinationer genom de nationella vaccinationsprogrammen men också ett utökat ansvar för screening. För screening föreslås att en utredning bör tillsättas med uppdrag att närmare utreda formerna för detta.

Kommittén föreslår att statens ansvar för den rättsspsykiatriska vården bör stärkas. Som ett första steg bör staten ta finansieringsansvaret för den rättsspsykiatriska vården genom att lämna ersättning till regionerna för de patienter som vårdas i den rättsspsykiatriska vården. Regeringen bör även tillsätta en utredning med uppgift att lämna förslag på hur statens systemansvar och befogenheter samt styrning av rättsspsykiatrisk vård framöver kan utvecklas i syfte att stärka vårdens kvalitet och innehåll.

Kommittén konstaterar att 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

¹ 2021 Tillgänglighet till nya läkemedel för patienter i Sverige – utgångspunkter från svensk hälso- och sjukvård https://vardgivare.regionorebrolan.se/siteassets/media/varldriktlinjer/lakemedelscentrum/kunskapsunderlag-nya-lakemedel/2021/kunskapsunderlag_tillganglighet-till-lakemedel-i-sverige_1.1.pdf

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. 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.

SLS instämmer i kommitténs förslag vad gäller kompetensförsörjning, vaccinationer, screening, rättspsykiatrisk vård, luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter.

3. Nyckelpunkter för effektivt ansvarstagande inom hälso- och sjukvården oberoende av huvudmannaskap

SLS identifierar även andra punkter som är grundläggande för att möjliggöra effektiva former för ansvarstagande. Detta i syfte att oberoende av huvudmannaskap tillhandahålla hälso- och sjukvård, som begreppet i dag definieras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

SLS vill särskilt framhålla följande avgörande fem punkter:

- **Eftersträva en gemensam prioriteringsetik inom och mellan regioner**

SLS anser att det idag finns grund för detta i form av den av riksdagen beslutade prioriteringsplattformen (den etiska plattformen), som är en del av gällande rätt. Vård efter behov är grundläggande. Begreppet tillgänglighet till vård (fysisk och/eller digital) bör definieras så att de individer som har de största vårdbehoven går först. Aktiviteter som vårdgarantier, insatser för att korta köer/väntetider samt standardiseringssatsningar medför en uppenbar risk för att prioriteringar mellan patientgrupper inte längre följer prioriteringsplattformen. Därför måste enskilda aktiviteter med syfte att förbättra tillgänglighet förhålla sig till och underordnas prioriteringsplattformens normsystem, såsom avsett.

Det är önskvärt med fortsatt nationell samordning av implementering av prioriteringsplattformen. Plattformen bör operationaliseras, exempelvis i nationella riktlinjer för prioriteringar. Det finns anledning att öka utbildningsinsatserna kring prioriteringsplattformens tillämpning till hälso- och sjukvårdspersonal samt aktörer på administrativ och politisk nivå.

- **Befrämja forskning och vetenskapligt förhållningssätt**

SLS anser att relevant forskning förhåller sig till grundläggande etiska värden, och den är avgörande för att uppnå hälso- och sjukvårdens mål. Utveckling och införande av nya moderna effektiva behandlingar i sjukvården är beroende av forskning och forskande läkare. Ett vetenskapligt förhållningssätt ska genomsyra hela sjukvården, och det behövs på klinisk (individer) nivå och på policy (grupp) nivå. Vetenskapliga meriter bör tillsammans med klinisk kompetens och erfarenhet väga tungt vid meritvärdering och tillsättning av chefstjänster. I en organisation som är specialiserad måste de med den specialiserade kunskapen vara med och bestämma. Detta gäller såväl i situationer med tillgång till relevant evidens som då osäkerhet kring evidensen för skilda alternativ är stor. I båda fallen krävs fördjupade kunskaper i att analysera och utvärdera aktuell kunskap och ställa detta mot konsekvenser av beslut för den dagliga hälso- och sjukvården.

Riktlinjer och vårdprogram ska vara evidensbaserade, dvs företrädesvis baseras på forskningsstudier, medicinska och hälsoekonomiska. Att integrera bästa tillgängliga evidens, klinisk erfarenhet och patientens önskemål i det kliniska beslutsfattandet (evidensbaserad medicin) har ett etiskt värde i sig. Det är särskilt väsentligt att med hjälp av forskning förbättra kunskapsläget för sjukvårdens vanligaste patient – den äldre individen med multisjuklighet/skörhet. SLS anser att universitetssjukhusen behöver ha struktur, styrning och finansiering som stödjer och utvecklar behandlingsforskning med kliniska studier så att svenska patienter tidigt får del av nya terapier, där forskande läkare driver och implementerar nya rön för snabb omsättning i daglig vård.

- **Prioritera kompetensförsörjning och vårdplatser**

SLS vill särskilt lyfta att då hälso- och sjukvården är en synnerligen kunskapsintensiv verksamhet så är ”det tredje benet” (vid sidan om klinik och forskning) – utbildning - fundamentalt. Detta gäller såväl grund-, vidare- och fortbildning. SLS förespråkar reglering av fortbildningen och att den är oberoende av sjukvårdens framtida huvudmannaskap och organisationsform, samt att den tydliggör vårdgivarens ansvar för fortbildning. Vidare behövs en markant ökad möjlighet till användning av förenade anställningar, för att integrera universiteten och sjukvården för att säkerställa att både vetenskaplig kompetens kring utvärdering av evidens och kunskap kring genomförande av kliniska prövningar finns tillgänglig i hälso- och sjukvården.

SLS anser att en kraftfull satsning på bemanning inom primärvården är nödvändig. Därtill behövs inom vissa områden satsningar på ett ökat antal sjukhus-vårdplatser, vilket förutsätter att platserna kan bemannas med adekvat kompetens.

- **Kvalitetsutveckling och -uppföljning**

Ett betydande antal nationella kvalitetsregister har startats och utvecklats av engagerade personer inom vården. Huvudsyftet med registren är att slå vakt om och utveckla vårdens kvalitet. En annan viktig uppgift är att göra data tillgängliga för forskning. Mycket talar för att de nationella kvalitetsregistren bidrar till att göra vården mer evidensbaserad, jämlik och kostnadseffektiv.

SLS anser att tillgång till vetenskaplig kompetens samt resurser för uppföljning är mycket viktiga faktorer för att främja tidig introduktion av för patienter och samhället viktiga nya behandlingar. Det är viktigt att införande av nya behandlingsmetoder, samt vilka effekter detta har på hälsa och vårdens resurser, följs upp systematiskt så att genererad kunskap kan komma till nytta inom hela vården.

SLS anser att robust finansiering av och professionellt inflytande över nationella kvalitetsregister är avgörande framgångsfaktorer. Även professionell granskning och klinisk revision av medicinska verksamheter är grundläggande för fortsatt effektiv kvalitetsuppföljning.

- **Digital infrastruktur/vårdinformationssystem**

SLS anser att digital vård och digitalisering måste utformas, så att gällande rätt efterlevs och att fragmentisering, diskontinuitet samt oegentliga prioriteringar motverkas. Utveckling av vårdinformationssystem och digitalisering måste ses som *medel* – för att bättre uppnå de grundläggande *målen* med sjukvård (inte tvärtom). Ur inte minst patientsäkerhetssynvinkel vore en ökad enhetlighet önskvärd vad gäller vårdinformationssystem, förutsatt att systemen

är effektiva. Digital sjukvårdsteknologi bör anpassas för att underlätta relationskontinuitet i primärvården samt vård av individer som över tid vårdas av olika vårdgivare inom sjukhusvård, primärvård och kommunal vård och omsorg.

SLS anser att det bör vara norm att införande och spridning av digitala verktyg sker ordnat och initialt i mindre skala, parallellt med forskning och utvärdering (Health Technology Assessment [HTA]) med vetenskaplig metod.

SLS konstaterar att det finns indikationer på att äldre individer med stora vårdbehov är kraftigt underrepresenterade vad gäller faktisk tillgång till digitala verktyg för att interagera med hälso- och sjukvården.

För Svenska Läkaresällskapet

Catharina Ihre Lundgren
Ordförande SLS

Niklas Ekerstad
Ordförande Kvalitetsdelegationen

Mikael Hoffmann
Kvalitetsdelegationen

Bilagor

Remissvar från SLS medlemsföreningar/sektioner:

- Svensk förening för diabetologi,
- Svensk kirurgisk förening,
- Svenska rättspsykiatriska föreningen,
- Svensk förening för allmänmedicin,
- Svenska infektionsläkarföreningen,
- Svensk reumatologisk förening.



Remissvar: Ansvar för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62) ur ett diabetesperspektiv

Vårdansvarskommittén föreslår en förstärkt statlig styrning men avråder från ett helt statligt övertagande av hälso- och sjukvården. Utredningen betonar behovet av jämlik tillgång, kontinuitet och långsiktig kompetensförsörjning. Vårdvalskommittén beskriver sjukvårdens styrkor och tillkortakommanden på ett adekvat sätt. Svensk förening för diabetologi (SFD) håller med om vårdvalskommitténs bedömning att ansvaret för primärvård och specialiserad vård inte bör ligga hos olika huvudmän.

Diabetesvård

Primärvården lyfts som den nivå där kontinuerlig uppföljning, egenvårdsstöd och prevention bör ske. I dag råder stora skillnader mellan regioner i tillgänglighet och vårdkvalitet. Utredningen konstaterar att bristen på fast läkarkontakt, samt en hög personalomsättning hotar kontinuiteten i kroniska vårdprocesser såsom diabetes, en bild SFD helt delar. SFD ser också bristen på utbildade diabetessjuksköterskor som ett stort problem, som hotar vårdkvaliteten inom svensk diabetesvård. För patienter innebär detta försämrade uppföljning av HbA1c, blodtryck, fotstatus och läkemedelsanvändning, med risk för akuta tillstånd och komplikationer som hade kunnat förebyggas. SFD ser också att upphandling av tekniska hjälpmedel så som pumpar och kontinuerliga glukosmätare, är ojämlig mellan olika regioner och skulle behöva ses över.

Utredningen betonar vidare att individer med diabetes som även har funktionsnedsättning får sämre preventiv vård, vilket är oroväckande ur ett komplikationsperspektiv.

Patientsäkerhet

Utredningen identifierar flera risker med dagens system vilka SFD håller med om:

- Ojämlig tillgång till primärvård och långa väntetider försämrar möjligheten till snabb handläggning vid försämrade glukoskontroll.
- Brist på samordnade journal- och dataflöden mellan regioner, kommunal vård och

specialistnivå minskar möjligheten till helhetsbedömning.

- Digitalt utanförskap hos äldre och personer med funktionsnedsättning kan leda till försämrad egenvård och ökad sårbarhet.

För en säker diabetesvård krävs enligt SOU:n proaktiv uppföljning, sammanhållen information, kontinuitet och stöd till egenvård, särskilt i övergången mellan vårdnivåer.

Slutsatser ur diabetesperspektiv

1. Stärk primärvårdens basuppdrag med resurser för kontinuerlig diabetesuppföljning.
2. Nationell samordning av vårdkvalitet, utbildning och digitala verktyg för att minska regionala skillnader.
3. Långsiktig kompetensförsörjning och bättre arbetsmiljö krävs för att säkra trygg och jämlik vård för individer med kronisk sjukdom.

SFD delar utredningens bedömning om att det inte vore gynnsamt för individer med kroniska sjukdomar, så som diabetes, att erhålla vård kopplad till två eller till och med tre olika huvudmän (kommun, region och stat).

För Svensk Förening för Diabetologi

Katarina Fagher , vetenskaplig sekreterare

2025-10-10



Svensk Kirurgisk Förening

Remissvar från Svensk Kirurgisk Förening gällande SOU 2025:62

Utredningen innehåller många delar, och inom Svensk Kirurgisk Förening finns ett stort spann av åsikter, varför vi avstår från att kommentera just frågan om helt eller delvis statligt huvudmannaskap. Vi kan dock konstatera att utredningen tämligen grundligt tittat på förutsättningar och risker. Kommitténs förslag om statsbidrag, normering och tillståndsplikt välkomnar vi.

Från Svensk Kirurgisk Förenings styrelse vill vi dock framföra för oss viktiga frågor, som endast berörts.

1) Organisation av vården, speciellt kirurgisk vård

I utredningen nämns möjligheterna till en statlig organisation där denna delas in i sex regioner med ett regionalt ansvar, för att ge praktiska förutsättningar att styra vården. Vi förstår att utredningen inte haft mandatet att utreda en annan regional indelning än idag, men tycker detta är olyckligt. Vi är förstås väl medvetna om den tidigare utredning om färre regioner som gjorts.

2) Konsekvenser av centralisering för kirurgisk vård och kompetensförsörjning

För kirurgin har vården förändrats mycket det senaste decenniet. En stor andel av vården har blivit regionalt centraliserad, en mindre del nationellt. Detta har lett till utmaningar för kompetensförsörjning, akutsjukvård och ekonomi. I praktiken bestämmer inte regionerna själva längre över vilken kirurgisk vård de kan tillhandahålla. Beslut om nivåstrukturering tas i supraregionala grupper (t ex via RCC och kunskapsstyrningsorganisationen), som regionerna ser sig nödgade att följa, även om de i teorin har självbestämmande. I praktiken följs dock besluten. Detta i sig är inte utmaningen, viss vård ska koncentreras, även om vissa beslut kan ifrågasättas.

Men en utmaning är att de mindre regioner som "blir av" med avancerad vård får hantera stora konsekvenser. Förlusten av avancerad kirurgi gör att det är svårare att upprätthålla kompetens och att utbilda nästa generation kirurger. I större utsträckning måste sidotjänstgöringar ske på större sjukhus, något som alltid sker på den mindre regionens bekostnad och förlust av tillgängliga resurser under den aktuella perioden. Det innebär också utmaningar att upprätthålla basal sjukvård av god kvalitet, då tjänsterna inom mindre regioner blir mindre attraktiva, och att underlaget för att upprätthålla en fungerande verksamhet utmanas. I teorin skulle detta kunna kompenseras av ett omvänt vårdflöde av mindre avancerad vård, men i praktiken sker detta mycket sällan. Avsaknad av samordning mellan regionerna gör också att mycket dubbelarbete sker.

Parallellt med centralisering av sällanvård behöver förutsättningar, modell och kravspecifikation för en likvärdig akutsjukvård, inte minst för kirurgiska åkommor, adresseras. Den frågan är brådskande såväl för svensk vardagssjukvård som i beredskapshänseende och förtjänar nationell uppmärksamhet.

3) Ekonomiska ersättningssystem och transregional centralisering De ekonomiska ersättningssystemen inte välfungerande. Utöver ökade kostnader för transport och boende från egen region som får sin vård i annan region är de mindre regionerna bundna till regionsjukhus där överenskommelsen är att regionsjukhuset ska få full kostnadstäckning för den vård som utförs. Å ena sidan är det rimligt, regionsjukhusen ska förstås inte förlora på att ge avancerad vård, men det finns då inga incitament till effektiv vård. Man har förenklat bundit sig till ett avtal med en säljare, och efterfrågar priset för varan i efterhand. Skillnaderna för vad priserna är inom de olika sjukvårdsregionerna för samma åtgärd skiljer sig också förvånansvärt mycket, där Stockholm och Västra Götaland med närmast överlappande regionalt och sjukvårdsregionalt ansvar verkar ligga lägre. Ansvar och befogenheter bör vara kopplat i så stor utsträckning som möjligt för högkvalitativ och effektiv vård, om vården inte är konkurrensutsatt. Idag saknas detta för en väsentlig del av den kirurgiska vården enligt ovanstående resonemang. Situationen kan ge ekonomiska incitament för vissa regioner som bidrar till ökade kostnader och sämre kvalitet för vården i landet som helhet.

4) Organisation bör följa vårdflöde En rimlig lösning för den kirurgiska vården, rimligen även för stora delar av övrig vård vore att sjukvårdsregionerna blev sjukvårdshuvudmän i stället för dagens regioner. Dagens sjukvårdsregioner är så stora att de har möjlighet att erbjuda nästan all typ av vård som efterfrågas i landet, den nationella högspecialiserade vården står för en liten del. De har också kapacitet att bygga strukturer för att möta kriser, bekosta avancerad vårdinfrastruktur som helikoptertillgänglighet med mera. Men bara enstaka av dagens regioner har kapacitet att göra detsamma. Inom en sjukvårdsregion skulle man då också behöva ta ansvar för att vården i geografiska områden som idag består av de mindre regionerna inte utarmas på kompetens, kvalitet och kapacitet när viss vård

koncentreras. Man skulle också minska de ekonomiska transaktionerna och prisdiskussionerna, vilket minskar en administrativ börda. Samordnad kompetensförsörjningsstrategi i en sjukvårdsregion skulle också ge bättre förutsättningar för framtidens vård.

5) Tydliggörande av politiskt ansvar för vård Avseende det demokratiska inflytande nämner utredningen sammanblandningen hos befolkningen om statens och regionernas ansvar om vård. Men möjligheten att stärka det demokratiska inflytandet genom att ha separata valdagar för riksdag och region (och kommun) lyfts inte. En sådan lösning skulle definitivt sätta ett helt annat fokus på sjukvården och regionernas roll, öka det demokratiska inflytande på vården och förtydliga var ansvaret för vården ligger. Det skulle troligen också vitalisera den politiska debatten generellt, då fler val som är relevanta för befolkningen ökar ett politiskt engagemang, oavsett om valdeltagandet skulle bli lägre i kommun och regionval (vilket det troligen skulle bli, då det är vanligt att det är så i länder med separata valdagar).

För Svensk Kirurgisk Förening

Linus Axelsson

Ordförande Svensk Kirurgisk Förening

**Remissvar från Svenska Rättspsykiatriska Föreningen gällande
Vårdansvarskommitténs betänkande Ansvar för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62)**

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen (SRPF) har tagit del av betänkandet och yttrar sig i frågan om att Vårdansvarskommittén ser behov av ett utökat statligt ansvar för rättspsykiatrisk vård. SRPF stöder i denna del kommitténs förslag. Frågan om utökat statligt ansvar är dock komplicerad och vi vill framföra följande synpunkter:

- SRPF vill starkt betona att rättspsykiatrisk vård är sjukvård och därför har sin naturliga hemvist i regionerna bland övrig sjukvård. En dom till rättspsykiatrisk vård innebär ett överlämnande till sjukvård reglerad av lagen om rättspsykiatrisk vård men även av hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen. Målet med rättspsykiatrisk vård är dels att ge god sjukvård, dels att tillhandahålla samhällsskydd. Sjukvård med diagnostik, behandling och rehabilitering tillbaka till samhället för patienten är dock hörnstenen i den rättspsykiatriska vården.
- Psykiatrisk och rättspsykiatrisk heldygnsvård har sitt ursprung i de tidigare mentalsjukhusen som var distanserade från övrig sjukvård. Ett omfattande reformarbete under lång tid har resulterat i att dagens psykiatri och rättspsykiatri är mer integrerade i övrig sjukvård. Detta har stora fördelar inte bara vad gäller samarbete med övrig sjukvård utan har en även stor betydelse för att minska stigmatiseringen och marginaliseringen av psykiatriska och rättspsykiatriska patienter. Vi vill inte ha en utveckling i motsatt riktning.
- Rättspsykiatrisk vård är i behov av starkt kvalitet och en jämlik vård över landet. Flera utredningar och översyner har påvisat detta. Ett större statligt systemansvar för rättspsykiatrisk vård välkomnas därför om syftet är att förbättra kvalitetsaspekter på vården och tillse att vården blir mer jämlik över landet.
- Rättspsykiatrisk vård är tvångsvård och patienten kan inte välja vårdinrättning. Det gör att det är av extra vikt att just den rättspsykiatriska vården erbjuder evidensbaserade metoder och att alla rättspsykiatriska enheter ger jämlik vård. Socialstyrelsens pågående arbete med att ta fram nationella riktlinjer för metoder i rättspsykiatrisk vård är ett exempel på hur regional vård kan få hjälp av statligt initiativ för att nå evidensbaserad och jämlik vård.
- Vi stöder kommitténs förslag att tillsätta en utredning med uppgift att lämna förslag på hur ett ökat statligt systemansvar bör genomföras. En sådan utredning bör genomföras i nära dialog med rättspsykiatriens aktörer. SRPF vill vara del av en sådan process.
- SRPF vill även framföra att det finns risker med att staten tar över finansiering av rättspsykiatrisk vård, att fenomen som vi anser oss se redan idag förstärks. Ett exempel är att en statlig finansiering riskerar att minska incitamentet för en regional

- vårdgivare att avsluta en patients rättspsykiatriska vård, eftersom patienten sannolikt kommer vara i behov av fortsatta psykiatriska vårdinsatser som då ska betalas av regionen. En evidensbaserad rehabilitering med adekvat och tidseffektiv vårdtid ska vara den rättspsykiatriska vårdens målsättning. Ett ytterligare exempel på risker med statlig finansiering av rättspsykiatrisk vård är att det kan minska incitamentet från olika aktörer att agera innan brott begås, eftersom ett överlämnande till rättspsykiatrisk vård skulle innebära både att patientens vård sannolikt ges mer resurser och att kostnaden inte belastar den regionfinansierade vården. En eventuell statlig finansiering måste därför utformas så att dessa aspekter tas i beaktande
- SRPF vill även i detta sammanhang lyfta fram den nedrustning av allmänpsykiatrin som vi anser sker, med färre inläggningar och kortare vårdtider vid akuta psykiatriska tillstånd som resultat. Vi anser att detta är en grund till att antalet patienter inom rättspsykiatrin ökar eftersom de i många fall inte fått den vård de var i behov av vid tiden innan de begick en brottslig gärning. Vi vill därför lyfta fram att en statlig finansiering av rättspsykiatrisk vård måste utformas så att regionerna inte tar ytterligare resurser från allmänpsykiatrin och på så sätt flyttar patienter och kostnader till rättspsykiatrin.

För Svenska Rättspsykiatriska Föreningen,

9 oktober 2025,

Peter Andiné, ordförande

Hedvig Krona, vice ordförande

Hanna Edberg, sekreterare

Fredrik Åberg, ledamot

Fia Klötz Logan, ledamot

Kristina Sygel, ledamot

Remissvar: Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62), betänkande från Vårdansvarskommittén

Styrs sjukvården i Sverige? Alltså den patientnära, första linjens sjukvård. Vem styr den i så fall? Vad menar vi med styrning av vården?

Frågorna kan tyckas naiva och/eller provocerande, men är avsedda att leda till reflexion: i vilken utsträckning är utvecklingen av sjukvården i Sverige ett resultat av engagerade sjukvårdsarbetsares verksamhetsnära långsiktiga utvecklingsarbete och hur mycket beror på styrsignaler och beslut i olika beslutsfattande instanser?

Sjukvården som helhet, betraktad uppifrån eller utifrån, ändras trögt och väldigt lite. Oavsett organisationsförändringar och inriktningsbeslut rör den sig likt en atlantångare på sin vårdocean. Lokalt kan små och stora initiativ skapa snabba och påtagliga förändringar men i stort påverkas riktningen mycket lite av centrala beslut, ju högre nivå desto mindre. Sambanden mellan politisk styrning och själva sjukvården är otydliga (vilket utredningen lyfter på sid 77, volym 1).

Att närma sig frågan om ansvaret för hälso- och sjukvården på ett opolitiskt sätt är en mycket svår uppgift. Ansvaret för vårdens styrning har alltid varit politiskt och föremål för skilda uppfattningar som i stort följt de politiska blockgränserna. Det är mot denna bakgrund SFAM betraktar Vårdansvarskommitténs arbete, och dess resultat.

SFAM bedömer att Vårdansvarskommitténs arbete är oantastligt välgjort, och tveklöst utfört av kompetenta experter inom sin respektive expertområden, men resultatet pekar inte tydligt i någon riktning.

De ”sex förbättringsmål för önskad förändring av hälso- och sjukvården” (vol 1, s 46) utredningen fastslår är mycket rimliga. I själva verket är de absoluta självklarheter vilket blir tydligt om man lägger in ett ”inte” i varje sats.

I betänkandet anges tänkbara för- och nackdelar med såväl nuvarande främst regionala huvudmannaskap som med ett helt statligt huvudmannaskap, och tänkbara risker och möjligheter med en huvudmannaskapsförändring. Utredningen gör egentligen ingen ansats att samlat ställa för- och nackdelar, risker och möjligheter mot varandra till en enad konsekvensbedömning eller ställningstagande utan nöjer sig med att konstatera att det råder parlamentarisk oenighet. SFAM beklagar detta.

I utredningen framkommer parallellt många betydelsefulla insikter. I betänkandet avråds från delat, delvis statligt, huvudmannaskap utifrån förväntade samverkans- och gränsdragningsproblem. Sådana finns dock i hög grad redan idag, mellan specialiserad vård (sekundär- och tertiärvård) och primärvård, mellan regional och kommunal primärvård, och mellan regional sjukvård och annan kommunal verksamhet. Med samma logik underkänner man alltså dagens förhållanden med delat kommunal och regional styrning och ansvar, utan att närmare gå in på denna för mer och mest sjuka äldre så centrala problematik, eftersom denna inte ingick i uppdraget.

Vad gäller de områden som i betänkandet lyfts som möjliga för staten att ta ett utökat ansvar inom tillstyrker SFAM först och främst området kompetensförsörjning, i andra hand områdena läkemedel, vaccinationer och screening. Förslagen kring rättspsykiatrisk vård och luftburen ambulanssjukvård lämnar SFAM utan kommentar.

Kommittén lägger ett antal förslag om nya utredningar men lämnar kommunerna utanför vilket SFAM finner anmärkningsvärt med tanke på att ojämlikheten i det vårdansvar våra 290 kommuner utövar är stort och att en positiv samverkan mellan kommun och övrig sjukvård, statlig eller regional, är helt central för vårdens största utmaning, de sjuka äldre.

SFAM sympatiserar med ambitionen om ”stärkt och förbättrad” statlig styrning men bedömer inte att förslaget, utan förändringar i huvudmannaskap, egentligen har potential att förbättra situationen för Sveriges invånare och patienter, eller för sjukvårdens medarbetare. SFAM bedömer att det inom nuvarande politiska paradigm generellt finns en övertro på vad som kan åstadkommas genom ekonomiska styrsignaler och (ökad) kontroll.

Utredningen slår slutligen fast att ansvaret för sjukvården delas av staten, regionerna och kommunerna men att staten är ytterst ansvarig. Mot denna bakgrund ser SFAM behov av en ännu icke föreslagen utredning med frågeställningen: ”Varför misslyckas staten med att i de demokratiska styr- och beslutssystemen via regioner och kommun utveckla Sveriges samlade sjukvård i önskvärd riktning?”.

SFAM respekterar till fullo svårigheterna att med säkerhet säga vad konsekvenserna skulle bli av ett helt eller delvis förstatligande av sjukvården. Vi vet dock, med säkerhet, vad som föreligger idag; ett över 21 regioner och 290 kommuner splittrat och fragmenterat sjukvårdssystem med oacceptabla skillnader i tillgänglighet, utbud, säkerhet, kvalitet och villkor för såväl patienter som vårdgivare, osaklig praxisvariation, och en myndighetsliknande förhandlingspart utan demokratisk insyn eller möjlighet till ansvarsutkrävande, i form av Statens Kommuner och Regioner.

Vårdansvarskommittén berör något lite om att föra ner ansvar i organisationen. SFAM vill betona detta som en oerhört central del i en framtida fungerande sjukvård. Många av de förbättringar som skett i vården historiskt har bottnat i lokala initiativ som kommit att spridas regionalt och nationellt genom medarbetarengagemang. Trots att denna insikt berörs hemfaller utredning främst åt rekommendationer kring central styrning. Man lämnar

inga tankar kring hur man kan ta sig an utmaningen att via ökat medansvar, ökad delaktighet och därmed höjd arbetsglädje hos vårdens arbetare skulle kunna mobilisera den kraft och det engagemang som den stora grupp människor, som gjort sitt yrkesval utifrån en önskan om att på ett positivt sätt kunna göra skillnad för andra människor, besitter.

Sammanfattningsvis anser SFAM att utredningen innehåller mycket allmän klokskap från många kloka sakkunniga. Detta leder till ett antal observationer och beskrivningar som skulle kunna ligga till grund för fortsatt positivt utvecklingsarbete på vårdgolvet med ett helt annat organisatoriskt stöd. I detta utvecklingsarbete måste man våga lämna tron på New Public Management och den kontinuerligt växande tjänstemannadiktaturen och återföra utvecklingsansvaret till vårdens sakkunniga vårdutbildade medarbetare. Denna delaktighet skapas inte genom ännu fler tjänstemän och administratörer.

Angela Merkel skriver i sina memoarer: "Statens uppgift är att ge individen goda förutsättningar att komma till sin rätt. Då får individer lust och förmåga att bidra till det gemensamma". I denna insikt ryms enligt SFAM lösningen för framtidens sjukvård, oavsett politiskt system. Detta understryks också av Vårdansvarskommitténs iakttagelser om Danmark och Norge, där större individuell frihet haft långt större betydelse än olika former av central styrning.

För styrelsen,

Svensk förening för allmänmedicin Andreas Stomby

ordförande SFAM

Svenska infektionsläkarföreningens synpunkter på betänkandet ”Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62)”

Svenska infektionsläkarföreningen (SILF) har genom sin särskilda programgrupp för vaccinationer tagit del av följande avsnitt av betänkandet: Kapitel 3.4.4 Vaccination.

SILF är positiva till kommitténs förslag om förstärkt nationell styrning på vaccinationsområdet. Vi ser vinster både vad gäller ekonomisk jämlikhet och enhetligare riktlinjer. Likartade villkor i landet bör stärka förtroendet för vaccinationsprogrammen. SILF är särskilt positiva till att även vaccination utanför det nationella programmet kan komma att omfattas av ett statligt ansvar. Vad gäller det nationella vaccinationsregistret ser vi en fördel med att data ska kunna extraheras på regional nivå (vaccinationsutförarna). Det är också önskvärt att dett register omfattar alla givna vacciner, inte enbart de som ges i det nationella programmet.

2025-10-08

För Svenska infektionsläkarföreningen

Per Åkesson, Vetenskaplig sekreterare.

Remissvar – SOU 2025:62 Vårdansvarskommitténs slutrapport

Styrelsen för Svensk Reumatologisk Förening (SRF) är positivt inställd till Kommitténs förslag om 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 med ett undantag;

SRF ser risker med Kommitténs förslag att staten bör ta ett utökat ansvar för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Frågan om kompetensförsörjningen är komplex och ett utökat statligt ansvar med strikt och jämn fördelning av tjänster över hela landet kan negativt påverka Universitetssjukhusens möjlighet avseende tillsättning av forskartjänster.

SRF föreslår att frågan om ändring av ansvaret för kompetensförsörjning bör utredas vidare med noggrann konsekvensanalys innan beslut fattas i frågan.

För Svensk Reumatologisk Förenings styrelse

Västerås 2025-09-29



Milad Rizk
Facklig sekreterare