



Svenska  
Läkaresällskapet

2026-01-29

Diarienummer Fi2025/01857

Finansdepartementet

[fi.remissvar@regeringskansliet.se](mailto:fi.remissvar@regeringskansliet.se);

[alice.hallman@regeringskansliet.se](mailto:alice.hallman@regeringskansliet.se)

## Remissvar: Goda möjligheter till ökat välbefinnande (SOU 2024:29) och Fler möjligheter till ökat välbefinnande (SOU 2025:96)

*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 har valt att lämna synpunkter på utredningen.*

SLS har fått återkoppling från följande av SLS medlemsföreningar: Svensk kirurgisk förening, Svensk förening för allmänmedicin, Föreningen för arbets- och miljömedicin, Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa samt SLS delegation för forskning och SLS eHälsokommitté. Då dessa svar innehåller ytterligare viktiga synpunkter ur ett något snävare professionsperspektiv än det sammanlagda svaret nedan bifogas de SLS svar.

Delegationen för medicinsk etik (DME) har berett SLS sammanhållna svar som fokuserar främst på de bedömningar och förslag som berör hälso- och sjukvården (kapitel 17), men också en del som berör forskning (kapitel 3), och lämnar kommentarer på utredningen nedan.

### Inledning och allmänna kommentarer

SLS har med stort intresse läst denna intressanta och välskrivna utredning, och håller i stort med om de olika problemformuleringar som utredningen lyfter.

Ökad produktivitet är inte ett mål i sig, utan eftersträvansvärt i förhållande till det goda det kan föra med sig för människor och samhället. Ökad produktivitet som ensamt mål kan konkurrera med andra viktiga mål som till exempel kvalitet - till exempel kan ökad produktivitet i princip uppnås genom sänkt kvalitet, vilket inte är eftersträvansvärt när det gäller det offentliga åtagandet. Detta noterar utredningen, när man skriver "Det anses generellt vara svårare att öka produktiviteten för tjänstebaserad verksamhet än inom till exempel tillverkningsindustrin", vilket sannolikt hänger samman med att "för tjänster präglade av direktkontakt mellan mottagare och utförare finns ofta ett samband mellan kvalitet och personalintensitet som delvis gör effektiviseringar svårare". Vi vill därför poängtera att tillit till sjukvårdens professioner måste vara styrande när hälso- och sjukvårdens utvecklas med den etiska plattformen som grund. Med ett alltför ensidigt affärs- och produktionsfokus finns en risk att utredningens förslag kan leda oss längre bort från en jämlik vård med patienten i centrum.

Kommissionen uppmärksammar dessutom "risken för perspektivträngsel, dvs. att verksamheter inom offentlig sektor blir splittrade när man förväntas lösa alltför många olika typer av utmaningar och uppgifter parallellt, vid sidan av huvuduppgiften. Kommissionen ser ett starkt behov av att åter fokusera på kärnverksamheten", vilket är något SLS håller med om, liksom hur detta har lett till en alltmer ökande administrativ börda, vilket är uppenbart i sjukvården. Vi håller med om utredningens slutsats att "för att

vända utvecklingen föreslår Produktivitetskommissionen att externa mål och krav på offentliga organisationer ska minska samt att rapporteringskraven ska begränsas." SLS håller också med kommissionens bedömning "att samverkan i olika former inte alltid är en effektiv styrform och därför huvudsakligen bör begränsas till när ett tydligt skäl för detta identifierats." Samtidigt vill SLS påpeka att analysen av perspektivträngsel är något grund och en smula odefinierad. Precis vad ingår (eller bör ingå) i vårdens "kärnverksamhet"? Hälso- och sjukvård är i sig en komplex verksamhet med många perspektiv som ska samsas - det individuella kontra det kollektiva, patienternas hälsa och välmående, vårdpersonalens arbetsmiljö, patientsäkerhet, utveckling, forskning, undervisning, uppföljning, kostnadsmedvetenhet... Vi ser det därför som viktigt att man hittar rätt perspektivträngsel att åtgärda.

Utanför kapitlen om sjukvård och forskning noterar SLS att utredningen föreslår att en högre produktivitetstillväxt kan uppnås genom ett mer effektivt utnyttjande av exempelvis naturresurser. Produktivitetskommissionen anser att det är ett problem att det inte i högre grad görs en samlad samhällsekonomisk analys i vilken olika intressen vägs mot varandra. SLS är oroad om man med detta menar att samhällsekonomisk nytta därmed ska väga tyngre i förhållande till miljöhänsyn och i förlängningen försämrade folkhälsa.

---

Kommentarer på specifika förslag för sjukvården

### 17.3.1 Stärkt primärvård med tillräcklig resurstilldelning

*Bedömning: Primärvårdens roll bör stärkas och dess resursandel öka genom omfördelning inom vårdsystemet. Patienter bör styras mot primärvård som första vårdnivå.*

*Förslag: Omställningen till en stärkt primärvård ska följas genom de mått som föreslås av utredningen om Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2018:39), bland annat andelen utfärdade specialistbevis i allmänmedicin samt primärvårdens andel av de totala sjukvårdskostnaderna.*

SLS håller helt med, och har länge drivit frågan om en utbyggnad av primärvården som i dagsläget är underdimensionerad. SLS ser, liksom utredningen, många fördelar med en utbyggd och välfungerande primärvård.

Dock reser frågan om hur omställningen och resursförflyttningen ska gå till en del frågor, som utredningen hänskjuter till regionerna som de mest lämpade att besluta om. Vi ser dock att omställningen övergående kan behöva extra resurstillskott. Svensk förening för allmänmedicin menar att resurserna måste omfördelas *innan* primärvårdens uppdrag utökas. Erfarenheten visar att uppdraget ofta utökas som steg ett, med följden att kvalitet inte kan upprätthållas.

### 17.3.2 Kravet på regionerna att tillämpa LOV tas bort

SLS tillstyrker detta förslag. Vi ser en risk för osakliga variationer i tillämpning av Lagen om valfrihetssystem (LOV) i regionerna om frivillig möjlighet att använda lagen kvarstår. Oavsett om en återreglering av etableringsfriheten för primärvårdsverksamheter sker genom att obligatorisk tillämpning av LOV tas bort eller att LOV omarbetas kraftigt så är förändringen nödvändig för att hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om jämlik vård ska kunna uppfyllas.

### 17.3.3 Ersättningssystem och beskrivningssystem

*Förslag: Socialstyrelsen ska rikta stöd till vårdens huvudmän när de utformar sina ersättningssystem. Syftet är att skapa en större enhetlighet, främja kontinuitet, motverka förekomsten av oönskade incitament, minska detaljregleringen och fasa ut s.k. lågvärdevård.*

SLS håller med om utredningens problembeskrivning och ambition att minska detaljreglering och oönskade incitament. Detta bör ske transparent och oberoende, så hellre via en myndighet som Socialstyrelsen än SKR. Stödet bör såklart utformas så att det inte innebär ytterligare reglering på ytterligare en nivå.

*Förslag: Socialstyrelsen ska se över hälso- och sjukvårdens beskrivningssystem och förändra dessa för att stimulera en överföring av vård till öppnare vårdformer på lägsta effektiva omhändertagandenivå.*

SLS delar uppfattningen att beskrivningssystemen bör följa utvecklingen och inte skapa onödiga negativa incitament för en utveckling mot mer öppenvård. Samtidigt ska vi naturligtvis vara försiktiga så att utvecklingen mot öppen vård inte blir ett självändamål som drivs alltför långt.

Lägsta effektiva omhändertagandenivå (LEON) är ett uttryck som gjorde intåg i sjukvården i och med New Public Management. Fokus är kostnadseffektivitet genom att vårdbehov tillgodoses på ”lägst” vårdnivå. Ordet insinuerar en felaktigt fokus på konstruerade hierarki mellan vårdnivåer. Det sätt det har använts på har varit ineffektivt ur ett patient- och systemperspektiv då vården fragmentiserats på flera vårdnivåer, vilket tidvis även varit kostnadsdrivande och försvårat en sammanhängande vårdkedja med helhetssyn. Man bör därför övergå till att prata om BEON-principen i stället, med fokus på *bästa* effektiva omhändertagandenivå som ser till hela vårdprocessen.

#### **17.3.4 Remisskrav för akutvård på sjukhus**

*Förslag: Primärvården ges ansvar för brådskande hälso- och sjukvård som inte kräver vård på akutsjukhus. För akuta besök på sjukhus införs remisskrav om inte särskilda skäl föreligger.*

SLS var försiktigt positiva till de förslag som lyftes i SOU 2016:2 och SOU 2018:39, som utredningen utgår ifrån utan att verka utveckla dem vidare. SLS lyfte då vissa ottydligheter vad avser precis vad det är primärvården ska göra mer av, och hur detta ska regleras.

En ökning av primärvårdens ansvar för brådskande hälso- och sjukvård utanför primärvårdens ordinarie arbetstider kan leda till effektivare vård, men sannolikt också dyrare, då primärvården behöver inrätta nya jourlinjer, utan att akutsjukhusen med säkerhet kan minska sina jourlinjer. Förslaget kan också medföra sämre tillgänglighet för kroniska besvär under dagtid när en större andel allmänläkare ska arbeta jourtid. Då brist på allmänläkare är den centralt begränsande faktorn för omställningen till god och nära vård, riskerar detta förslag att motverka en sådan omställning och skapa en målkonflikt. Det är också viktigt att särskilja vad som är akuta behov jourtid, och vad som är ökad servicegrad mot individer med icke-akuta besvär som önskar handläggning på kvälls- och helgtid. Sannolikt minskar problemet med att för många patienter söker akutsjukvård per automatik när primärvården är mer utbyggd och tillgänglig med ökad kontinuitet till fast läkare.

#### **17.3.5 Strategiskt ansvar för kompetensförsörjning och vårdinfrastruktur**

*Förslag: Staten ska ta ett tydligare strategiskt ansvar för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.*

SLS delar utredningens problembeskrivning, och tillstyrker förslaget. SLS vill dock samtidigt lyfta den problematik som finns med en relativt stor andel privat vård som inte bidrar till vidare- och fortbildning av läkare, framför allt i regioner och specialiteter med en stor andel vårdval. Denna problematik behöver analyseras och hanteras – SLS har ett pågående arbete om detta.

#### **17.3.6 Skyldigheten att ersätta digital utomlänsvård enligt utomlänstaxan tas bort**

SLS tillstyrker förslaget att kravet på regioner att ersätta digitala vårdbesök genom utomlänsersättningen tas bort, och att digitala vårdkontakter därefter bör tillhandahållas som en integrerad del av den ordinarie vården. Det är mycket tveksamt om renodlat digitala vårdgivare är förenligt med god medicinsk praxis.

#### **17.3.7 Bättre kontroll över den utförda hälso- och sjukvården**

*Förslag: Systemet med privatpraktiserande läkare och fysioterapeuter verksamma genom den nationella taxan avslutas genom att LOL och LOF upphävs.*

SLS tillstyrker detta förslag. Systemet med lagen om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen om ersättning vid fysioterapi (LOF) är föråldrat och ger orättvisa villkor och förutsättningar för att bedriva vård med hög

medicinsk kvalitet. Att ersätta systemet med upphandlingar minskar möjligheten att arbeta med kontinuitet över tid och är därmed inget bra alternativ.

### 17.3.8 Finansiering av förskrivningsläkemedel

*Bedömning: Statens bidrag för läkemedelsförmåner bör inte inordnas i det generella statsbidraget till kommunsektorn. Det särskilda statsbidraget för läkemedelsförmåner bör kvarstå.*

SLS tillstyrker förslaget om att det särskilda statsbidraget för läkemedelsförmåner bör kvarstå.

SLS delar däremot inte fullt ut den optimistiska och okritiska synen vi uppfattar att utredningen har på värdet av införande av nya, ofta mycket dyra, läkemedel: ”En ansträngd finansiering av läkemedel, eller förväntningar bland läkemedelsföretag om en framtida ansträngd finansiering, kan också innebära att Sverige går miste om möjligheten att tillgodogöra sig de senaste och mest kostnadseffektiva behandlingarna, särskilt när den medicinska och medicintekniska utvecklingen går snabbt framåt”. Det är inte bara den medicinska utvecklingen som går snabbt framåt, utan också kostnadsutvecklingen, som reser svåra prioriteringsöverväganden vad gäller alternativkostnaden för dessa nya dyra läkemedel, kanske främst sällsynta läkemedlen som en starkt ökande marknadsnisch. När produktivitetskommissionen skriver ”Om vinsterna i andra sektorer inte beaktas i beslutsfattandet kan det leda till att läkemedel inte används på ett samhällsekonomiskt effektivt sätt” behöver man samtidigt påminna sig att en jämlik vård även gäller de som kanske inte kan bidra själva till en effektiv samhällsekonomi - äldre, funktionsnedsatta, multisjuka etc - grupper som kan riskera att bära en oproportionerlig del av bördan av alternativkostnaden för dessa läkemedel. Nya, dyra läkemedel verkar totalt sett kunna leda till en förlust av kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) på samhällsnivå (Naci, H. *et al. Lancet* 405, 50–60 (2025)). ”Vinsterna i andra sektorer” kan förstås också röra svensk life-science sektor. Det finns samhällsekonomiska skäl för att ha en stark sådan sektor, men det kan inte vara sjukvårdens uppgift att upprätthålla eller bära en sådan. Sjukvårdens uppgift är medborgarnas hälsa.

### 17.3.9 Hälso- och sjukvårdens digitalisering

*Bedömning: Staten bör ta ett större ansvar för och tydligare styra centrala delar av vårdens digitalisering.*

*Bedömning: Välfungerande digitala systemlösningar har potential att minska den tid och de resurser som i dag går till administration.*

SLS delar utredningens analys och bedömning av för- och nackdelar avseende digitalt stöd, inklusive AI, i den offentliga verksamheten i allmänhet och inom vården i synnerhet.

SLS har länge efterlyst dels mer användarvänliga interoperabla system, dels tillräcklig utbildning inom klinisk informatik (digital medicin, ehälsa).

SLS instämmer i utredningens farhågor om *ineffektiva digitala system* som innebär att även om digitaliseringen kan minska viss administrativ börda (ofta på patientens sida) kan den samtidigt öka med nya digitala verktyg (på personalsidan), dvs en paradox.

SLS instämmer också i att digitala interventioner måste vara *prövade* innan de skalas upp. 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, och att professionen ges möjlighet att krävställa och vara delaktig i processen

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.

Utredningen berör den viktiga frågan om den *decentraliserade strukturen med huvudmännens bristande ansvar för enhetlighet versus flexibilitet*. Idag utformar den enskilda regionen sitt vårdinformationssystem på sitt eget sätt även om leverantören är samma som i andra regioner. För att uppnå hög effekt av

digitaliseringen anser vi att regionerna måste ha huvudsakligen gemensamma gränssnitt (användarvänliga) så att personal känner igen sig mellan olika kliniker.

*Bedömning: Hälso- och sjukvårdens data bör i högre utsträckning kunna nyttjas för primär- och sekundäranvändning.*

En infrastruktur som underlättar en enklare och mer heltäckande *primäranvändning* av hälso- och sjukvårdens data inom Sverige bedöms kunna leda till mer patientsäker vård, och minska digital frustration i vården.

*Sekundäranvändning* av hälso- och sjukvårdens data är en mycket mer komplicerad fråga. I vissa situationer och i viss kontext kan nyttan vara stor, men att därifrån generalisera till att "hälso- och sjukvårdens data ska användas mer för sekundäranvändning" kortsluter den viktiga etiska diskussionen kring användningen som enligt vår mening lyser med sin frånvaro i denna och andra utredningar som behandlar ämnet. Utredningen differentierar till exempel inte mellan olika *ändamål* för sekundäranvändning av hälso- och sjukvårdens data. Det är viktigt att särskilja sekundäranvändning för forskning från till exempel direkt kommersialisering eller övervakning - två ändamål som är klart riskfyllda ur både individ- och samhällsperspektiv. Dessa ämnen behöver en mycket utförligare beskrivning med ordentliga risk- och säkerhetsanalyser.

Utredningen för ett klokt resonemang om hur inflytande från särintressen kan påverka systemet: "... till exempel när patientföreningar, lobbyister eller dominerande företag får en oproportionerligt stor inverkan på politiska beslut och därigenom kan främja sina egna intressen framför det samhällsekonomiskt optimala. Hälso- och sjukvårdens verksamhetsområden omsätter stora summor pengar, och det är känt att det politiska beslutsfattandet i dessa delar är utsatt för påverkan av särintressen" (s 546–547). När det gäller utvecklingen av AI och sekundäranvändande av hälso- och sjukvårdens data finns det såklart starka särintressen involverade, som vill driva utvecklingen snabbt framåt. I avsaknad av evidens för att detta faktiskt leder till ökad effektivitet (och kvalitet?) i vården bör man förhålla sig sunt skeptisk till alltför högt ställda förväntningar.

### 17.3.10 Vikten av prevention

*Bedömning: Preventionsinsatser bör stärkas och prioriteras.*

*Förslag: Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen ges ett gemensamt uppdrag att utforma ett nationellt reformprogram för stärkt egenvård samt beskriva vilken avlastning det skulle kunna innebära för hälso- och sjukvården.*

SLS delar utredningens åsikt att det är bättre att förebygga sjukdom än att behandla den när den väl blivit manifest. SLS noterar även att utredningen förstår den prioriteringsproblematik detta reser - att vårdens resurser (i första hand, om den inte räcker till allt) ska läggas på den som är sjuk, och inte på den som är frisk. SLS delar utredningens syn på att primärprevention bör främjas brett i samhället och inte enbart genom primärvården. Vi vill samtidigt understryka att prevention är ett gemensamt samhällsansvar som kräver insatser från flera aktörer, inklusive hälso- och sjukvården, kommuner, civilsamhället och andra relevanta sektorer.

### 17.3.11 Fasa ut lågvärdevård

*Förslag: Vårdinsatser som är onödiga eller ineffektiva, s.k. lågvärdevård, fasis ut genom bättre följsamheten av de nationella riktlinjerna. Arbetet med Kloka Kliniska Val intensifieras.*

SLS verkar för att Kloka Kliniska Val (KKV) ska bli en integrerad del av hälso- och sjukvården. SLS föreningar arbetar med att ta fram evidensbaserade rekommendationer för åtgärder som saknar patientnytta och därmed bör fasis ut. Detta är avgörande för att frigöra resurser som i stället kan användas till insatser med högre medicinsk relevans och värde för patienterna. SLS tillstyrker detta förslag, men vill poängtera att lågvärdevård inte automatiskt försvinner genom hög följsamhet till olika vårdprogram eller standardiserade vårdförlopp. I många fall kan en okritisk tillämpning av riktlinjer ha rakt motsatt effekt. Det är viktigt att den professionella logiken och medicinska kvaliteten är drivande i Kloka Kliniska Val, och inte ekonomiska incitament. För att kunna intensifiera arbetet med Kloka Kliniska Val ser SLS att det krävs en tydligare nationell satsning som samtidigt kopplas till regionala kraftsamlingar. Detta bör hållas ihop organisatoriskt och finansieras av staten, med krav på delfinansiering av regionerna vad gäller den regionala strukturen. Det

är även viktigt att fler professioner än läkarkåren initierar arbeten i linje med Kloka Kliniska Val och att professionerna gör detta tillsammans.

---

Kommentarer till vissa specifika förslag för forskning (kapitel 3)

### 3.5.3 Större institutionell mångfald

*Förslag: Etablera på försök ett antal mindre forskningsinstitut inom teknik, naturvetenskap eller medicin. Efter utvärdering bör dessa utökas eller läggas ned. På sikt kan ytterligare institut övervägas. Forskningsfinansierande myndigheter bör få i uppdrag att identifiera lämpliga forskningsinriktningar för instituten.*

SLS delar utredningens ambition att stärka det svenska forskningssystemet och att pröva organisatoriska former som kan komplettera universitetens och högskolornas forskning. SLS instämmer i bedömningen att mångfald i arbetssätt och långsiktiga, fokuserade forskningsmiljöer kan vara värdefulla, och noterar att det internationellt finns goda exempel där fristående forskningsinstitut har bidragit till vetenskapliga genombrott, även inom medicinsk forskning.

Samtidigt vill SLS framhålla att Sverige har erfarenhet av att etablera forskningsinstitut inom medicin och arbetsliv, där flera senare har avvecklats eller integrerats i universitetssystemet. Dessa erfarenheter visar att institutformen i sig inte är en garanti för kvalitet, relevans eller långsiktig hållbarhet. De internationella exempel som ofta lyfts fram (till exempel Max Planck-Instituten eller Francis Crick Institute) bygger på särskilda förutsättningar såsom långsiktig basfinansiering, tydliga och smala uppdrag, stark vetenskaplig autonomi samt tydliga mekanismer för omprövning och nedläggning. Det är troligen snarare dessa förutsättningar, än fristående forskningsinstitut som organisationsform i sig, som möjliggör dessa resultat.

SLS vill särskilt betona att medicinsk forskning i hög grad är beroende av forskningskunniga kliniker, verksamma inom hälso- och sjukvården. Många av de mest angelägna forskningsfrågorna – exempelvis kring diagnostik, behandling, jämlik vård och samverkan – uppstår i klinisk vardag och kan inte genereras eller bedrivas isolerat från patientnära verksamhet, vilket också framhålls i SLS hälsopolitiska program.

Vidare vill SLS peka på att flera av vårdens mest brännande utmaningar, såsom förflyttning mot en nära vård, deimplementering av lågvärdevård, samverkan och minskad ojämlikhet i hälsa, ofta är långsiktiga, komplexa och tvärspektoriella. Dessa områden riskerar att marginaliseras om forskningsinstitut utformas med alltför snäva eller kortsiktigt attraktiva vetenskapliga kriterier.

Mot denna bakgrund ser SLS att tonvikten bör ligga på att stärka universitetens basanslag och autonomi och minska den administrativa bördan för forskare. En modell med utlyst säkrad tid för 5–10 år för de mest konkurrenskraftiga idéer och med mål om genombrott bör gå att genomföra även inom ramen för nuvarande modell, vilket de senaste centrumutlysningarna från VR och Forte, med universiteten som hemvist, är exempel på.

SLS stödjer därför *inte* förslaget om fristående forskningsinstitut

### Ny forskningsfinansiär för banbrytande forskning

*Förslag: Etablera på försök en ny forskningsfinansierande myndighet baserat på den brittiska myndigheten Advanced Research and Invention Agency i syfte att finansiera forskning av banbrytande karaktär.*

SLS stödjer förslaget; det kan finnas behov av finansiärer för högrisk/nisch projekt vilket det finns exempel på inom ARIAs portfölj inom neuromodulation/implantatteknik.

*Förslag: Arbeta mer med andra anställningsformer vid lärosätena, såsom kombinationstjänster och den s.k. professor of the practice.*

SLS välkomnar förslag som syftar till att stärka kvalitet, relevans och professionsanknytning inom den medicinska utbildningen. I SLS hälso- och sjukvårdspolitiska program betonas vikten av en sammanhållen utbildningskedja, där grundutbildning, specialistutbildning och fortbildning vilar på vetenskaplig grund och samtidigt är nära förankrade i hälso- och sjukvårdens kliniska verklighet.

Mot denna bakgrund ser SLS positivt på förslaget att införa anställningsformen *Professor of the Practice* som ett komplement inom medicinsk utbildning. En sådan roll kan möjliggöra att mycket erfarna kliniker och professionella ledare, med lång och dokumenterad erfarenhet av patientnära arbete, medicinskt ansvar och verksamhetsutveckling, knyts närmare universitet och läkarutbildningar.

## Synpunkter på Kapitel 3.3. Forskning

SOU 2025:96 – Teknisk utveckling, forskning och innovation

### 3.5.3 Större institutionell mångfald

#### Försöksverksamhet med fristående forskningsinstitut

Förslag: Etablera på försök ett antal mindre forskningsinstitut inom teknik, naturvetenskap eller medicin. Efter utvärdering bör dessa utökas eller läggas ned. På sikt kan ytterligare institut övervägas. Forskningsfinansierande myndigheter bör få i uppdrag att identifiera lämpliga forskningsinriktningar för instituten.

Svenska Läkaresällskapets Delegation för Forskning delar utredningens ambition att stärka det svenska forskningssystemet. Vi instämmer i bedömningen att mångfald i arbetssätt och långsiktiga, fokuserade forskningsmiljöer kan vara värdefulla, och noterar att det internationellt finns goda exempel där fristående forskningsinstitut har bidragit till vetenskapliga genombrott, även inom medicinsk forskning.

Samtidigt vill Delegation för Forskning framhålla att Sverige har erfarenhet av att etablera forskningsinstitut inom medicin och arbetsliv, där flera senare har avvecklats eller integrerats i universitetssystemet. Dessa erfarenheter visar att institutformen i sig inte är en garanti för kvalitet, relevans eller långsiktig hållbarhet. De internationella exempel som ofta lyfts fram (t.ex. Max Planck-Instituten eller Francis Crick Institute) bygger på särskilda förutsättningar, såsom långsiktig basfinansiering, tydliga och smala uppdrag, stark vetenskaplig autonomi samt tydliga mekanismer för omprövning och nedläggning. Det är troligen snarare dessa förutsättningar, än fristående forskningsinstitut som organisationsform i sig, som möjliggör dessa resultat.

Delegation för Forskning vill särskilt betona att medicinsk forskning i hög grad är beroende av forskningskunniga kliniker, verksamma inom hälso- och sjukvården. Många av de mest angelägna forskningsfrågorna – exempelvis kring diagnostik, behandling, jämlik vård och samverkan – uppstår i klinisk vardag och kan inte genereras eller bedrivas isolerat från patientnära verksamhet, vilket också framhålls i SLS hälsopolitiska program.

Vidare vill Delegation för Forskning peka på att flera av vårdens mest brännande utmaningar, såsom förflyttning mot en nära vård, desimplementering av lågvärdevård, samverkan och minskad ojämlikhet i hälsa, ofta är långsiktiga, komplexa och tvärsektoriella. Dessa områden riskerar att marginaliseras om forskningsinstitut utformas med alltför snäva eller kortsiktigt attraktiva vetenskapliga kriterier.

Mot denna bakgrund ser Delegation för Forskning att tonvikten bör ligga på att stärka universitetens basanslag och autonomi och minska den administrativa bördan för forskare. En modell med utlyst säkrad tid för 5-10 år för de mest konkurrenskraftiga idéer och med mål om genombrott bör gå att genomföra även inom ramen för nuvarande modell, vilket de senaste centrumutlysningarna från VR och Forte, med universiteten som hemvist, är exempel på.

Delegation för Forskning stödjer därför inte förslaget om fristående forskningsinstitut.

### *Ny forskningsfinansiär för banbrytande forskning*

Förslag: Etablera på försök en ny forskningsfinansierande myndighet baserat på den brittiska myndigheten Advanced Research and Invention Agency i syfte att finansiera forskning av banbrytande karaktär.

Delegation för Forskning stödjer förslaget; det kan finnas behov av finansiärer för högrisk/nisch projekt vilket det finns exempel på inom ARIAs portfölj inom neuromodulation/implantatteknik.

### *3.5.4 Starkare koppling mellan akademi och näringsliv*

Förslag (som kommenteras):  
– Arbeta mer med andra anställningsformer vid lärosätena, såsom kombinationstjänster och den s.k. professor of the practice.

Delegation för Forskning välkomnar förslag som syftar till att stärka kvalitet, relevans och professionsanknytning inom den medicinska utbildningen. I Sällskapets hälsopolitiska program betonas vikten av en sammanhållen utbildningskedja, där grundutbildning, specialistutbildning och fortbildning vilar på vetenskaplig grund och samtidigt är nära förankrade i hälso- och sjukvårdens kliniska verklighet.

Mot denna bakgrund ser Delegation för Forskning positivt på förslaget att införa anställningsformen *Professor of the Practice* som ett komplement inom medicinsk utbildning. En sådan roll kan möjliggöra att mycket erfarna kliniker och professionella ledare, med lång och dokumenterad erfarenhet av patientnära arbete, medicinskt ansvar och verksamhetsutveckling, knyts närmare universitet och läkarutbildningar.

Delegation för Forskning vill särskilt framhålla att behovet av professionsnära kompetens inte enbart gäller grundutbildningen av läkare, utan i hög grad även specialistutbildningen (ST).Handledning, utbildning och kompetensbedömning av ST-läkare är centrala uppgifter för hälso- och sjukvården och avgörande för framtidens medicinska kvalitet. En Professor of the Practice kan här spela en viktig roll genom att bidra med strukturerad handledning, pedagogisk utveckling, förebilder i kliniskt beslutsfattande samt stöd i frågor som rör patientsäkerhet, etik, prioriteringar och ledarskap i vården. En Professor of the Practice med tydligt uppdrag inom utbildning och handledning och med tydliga krav på dokumenterad yrkesskicklighet, pedagogisk förmåga och professionell integritet, kan bidra till att dessa perspektiv integreras i både läkarutbildning och specialistutbildning.

Sammanfattningsvis anser Delegation för Forskning att förslaget om Professor of the Practice är väl förenligt med Sällskapets hälsopolitiska program och kan utgöra ett värdefullt tillskott för att stärka kopplingen mellan medicinsk utbildning, specialistutbildning och hälso- och sjukvårdens behov.

Anna Sarkadi, ordförande Delegation för Forskning, Svenska Läkaresällskapet

REMISSVAR  
2026-01-09

Svenska Läkaresällskapet  
Box 738  
101 35 Stockholm

maria.berg@sls.se

## Remissvar *Fler möjligheter till ökat välbefinnande (SOU 2025:96)*

Detta remissvar från Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) omfattar skrivningarna gällande hälso- och sjukvård i SOU 2025:96. Vi delar flera av grundprinciperna som presenteras för att skapa en bättre hälso- och sjukvård. Vi vill dock poängtera att tillit till sjukvårdens professioner måste vara styrande när hälso- och sjukvårdens utvecklas med den etiska plattformen som grund. Med ett alltför ensidigt affärs- och produktionsfokus riskerar utredningens förslag leda oss längre bort från en jämlik vård med patienten i centrum.

Det är bra att utredningen sätter effektivitet framför produktivitet. När svensk sjukvård jämförs med den i andra länder förekommer ofta påståenden om att svenska läkare träffar färre (fysiska) patienter per tidsenhet och att vi har färre vårdplatser på sjukhus. Det finns dock så stora skillnader i bemanningsstruktur och arbetssätt mellan olika länder att den typen av enkla jämförande struktur- och processmått blir missvisande, särskilt när sjukvården ska utvecklas mot ökad effektivitet i hela systemet.

### **Kontinuitet och generalism är centrala i ett effektivt system**

Kontinuitet i vårdkontaktarna är en viktig grundförutsättning för ökad effektivitet. Informationskontinuitet kan inte ersätta relationskontinuitet, som ger bättre möjlighet till patientcentrering och ökad trygghet vilket i sin tur kan ge minskat vårdbehov och effektivare arbete utifrån både patient- och vårdgivarperspektiv. Eftersom kontinuitet är komplext att mäta måste denna aspekt premieras när vården utvecklas i samråd med patienter och vårdgivare.

Primärvårdens generalistkompetens, med specialister i allmänmedicin och distriktssköterskor, ger goda förutsättningar för effektiva arbetssätt. Patientens

sjukdomar kan omhändertas med helhetsperspektiv och kontinuitet till samma vårdgivare.

## **Primärvårdens underfinansiering kan inte kompenseras med alternativa arbetssätt**

Sverige har en kraftigt underfinansierad primärvård som utgör endast 18% av sjukvårdsbudgeten. I många fall ser vi att systemet försöker kompensera denna underfinansiering med alternativa arbetssätt vilket leder oss bort från en effektiv, sammanhållen sjukvård med kontinuitet.

Nischade specialmottagningar för specifika patientgrupper t.ex. ”klimakteriemottagning”, ”hjärtsviktsmottagning”, ”diabetesmottagning” blir allt vanligare. Eftersom majoriteten av den äldre befolkningen har mer än en kronisk sjukdom minskar effektiviteten för både patient och vårdgivare.

Uppgiftsväxling där sjuksköterskor tar över typiska läkaruppgifter så som differentialdiagnostiska bedömningar i telefon, läkare som utför mer administration så som dokumentation i journal och register, och farmaceuter på apotek som gör medicinska bedömningar. Detta leder sannolikt till minskad effektivitet på systemnivå, eftersom det snarast går emot rätt använd kompetens.

## **Marknadisering ger ojämlik och ineffektiv vård**

Vi delar utredningens slutsatser om att primärvårdens marknadisering skapar ojämlika förutsättningar att få tillgång till bra primärvård. Lagen om valfrihet leder till skev etablering av verksamheter i geografiska områden med stark socioekonomi och litet vårdbehov. Marknadisering där individen själv ska välja vårdgivare och orientera sig i sjukvårdssystemet ger sämre förutsättningar för de med låg hälsolitteracitet, vilket är starkt kopplat till socioekonomi. Cream skimming är vanligt förekommande, inte minst i den digitala utomlänsvården. Ofta marknadsförs digital utomlänsvård som högproduktiv, men eftersom majoriteten av kontakterna inte är kvalificerade och/eller medför behov av ytterligare fysiska sjukvårdskontakter minskar effektiviteten på systemnivå. Detta dränerar vårdgivare som erbjuder helhetsvård, med möjlighet till både digitala och fysiska bedömningar, på resurser. Det är centralt att både LOV, åtminstone i sin nuvarande form med helt fri etableringsrätt, och den helt oreglerade möjligheten till digital utomlänsersättning försvinner. Målsättningen måste vara att varje vårdgivare har möjlighet att hjälpa patienten oavsett digitalt eller fysiskt behov där patienten befinner sig.

## Kommentarer på utredningens bedömningar och förslag

***Primärvårdens roll bör stärkas och dess resursandel öka genom omfördelning inom vårdssystemet. Patienter bör styras mot primärvård som första vårdnivå.***

En mycket bra ansats, men det finns flera viktiga aspekter att ta i beaktande. För det första måste resurserna omfördelas innan primärvårdens uppdrag utökas. Erfarenheten är att uppdraget ofta utökas som steg ett, med följden att kvalitet inte kan upprätthållas. Detta ger ostrukturerad prioritering vilket i sin tur leder till undanträngning och ökad ojämlikhet som följd. Varje expansion av uppdraget ska dels villkoras med att resurser och kompetens finns på plats först, dels ske i samverkan där primärvården som mottagande part har veto att säga nej om bedömningen är att expansionen inte är genomförbar.

Ett skarpt mål för resursandel skulle kunna vara 25% av sjukvårdens totala budget, men resursandelen skulle kunna vara både högre och lägre; beslut bör i första hand utgå från beräkningar, inte gissningar, kring vad det faktiskt skulle kosta att driva den primärvård vi vill ha. Ett exempel på en sådan utgångspunkt är lönekostnaden för en specialist i allmänmedicin per 1100 invånare. Motsvarande beräkningar kan och bör göras för andra professioner, liksom uppskattade kostnadsberäkningar för den diagnostik och behandling vi vill erbjuda i primärvården.

Man bör även ta hänsyn till de stora regionala variationerna i vilka kostnader som inräknas i primärvårdens andel av sjukvårdens totala kostnader, till exempel när det gäller läkemedelskostnader och medicinsk diagnostik. Jämförelse av procentsatser mellan regioner blir annars missvisande.

***Kravet på regionerna att tillämpa lagen (2008:962) om valfrihetssystem som upphandlingsform för primärvård tas bort.***

Vi tillstyrker i huvudsak detta förslag. Vi ser en risk för osakliga variationer i tillämpning av LOV i regionerna om frivillig möjlighet att använda lagen kvarstår. Oavsett om en återreglering av etableringsfriheten för primärvårdsverksamheter sker genom att obligatorisk tillämpning av LOV tas bort eller att LOV omarbetas kraftigt så är förändringen nödvändig för att hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf ska kunna uppfyllas.

***Socialstyrelsen ska rikta stöd till vårdens huvudmän när de utformar sina ersättningssystem. Syftet är att skapa en större enhetlighet, främja kontinuitet,***

***motverka förekomsten av oönskade incitament, minska detaljregleringen och fasa ut s.k. lågvårdevård.***

Det är en bra ambition att främja kontinuitet och enhetlighet samt få bort oönskade incitament men vi bedömer att strategin med Socialstyrelsens stöd till regionerna är olämplig. Minskad detaljreglering är välment – men kan SoS hjälpa regionerna utan reglering på ytterligare en nivå? Har SoS den kompetens som krävs för att stötta regionerna i dessa frågor? Professionens drivkraft att arbeta kvalitetsdrivet bör snarare tas till vara genom ökad tillitsbaserad styrning. Kvalitet uppstår främst med professionslogik, som kan främjas genom att minska eller helst eliminera felaktiga incitament som lätt uppstår i dagens detaljerade styrsystem.

***Socialstyrelsen ska se över hälso- och sjukvårdens beskrivningssystem och förändra dessa för att stimulera en över föring av vård till öppnare vårdformer på lägsta effektiva omhändertagandenivå.***

Fokus ska vara **bästa** effektiva omhändertagandenivå och inte **lägsta** effektiva omhändertagandenivå. Det sistnämnda paradigmet utgör redan idag ett problem där sekundärvård endast vill ta hand om ett mycket snävt område, medan andra närliggande problem och sjukdomar istället ska tas om hand i primärvården. Det kan handla om patienten med njursjukdom, där njurspecialisten väljer att hantera njursjukdomen men inte det höga blodtrycket. Eller när patienten med ADHD ska behandlas med centralstimulerande läkemedel av psykiatriska kliniken, men primärvården förväntas behandla den samtidiga depressionen. Det minskar effektiviteten för både patient och sjukvårdssystem.

***Primärvården ges ansvar för brådskande hälso- och sjukvård som inte kräver vård på akutsjukhus. För akuta besök på sjukhus införs remisskrav om inte särskilda skäl föreligger.***

En grundförutsättning för att detta förslag ska kunna genomföras är att primärvården har nått sin fulla bemanning med 1 specialist i allmänmedicin per 1100 invånare i genomsnitt. Förslaget kommer sannolikt medföra sämre tillgänglighet för kroniska besvär dagtid när en större andel allmänläkare ska arbeta jourtid. Det är också viktigt att särskilja vad som är akuta behov jourtid, och vad som är ökad servicegrad mot individer med icke-akuta besvär som önskar handläggning på kvälls- och helgtid. Sannolikt minskar problemet med att för många patienter söker akutsjukvård kraftigt per automatik när primärvården är mer utbyggd och tillgänglig med ökad kontinuitet till fast läkare.

***Staten ska ta ett tydligare strategiskt ansvar för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.***

Vi tillstyrker detta förslag och ser ett stort behov för en mer strategisk och ändamålsenlig kompetensförsörjning som bygger på samhällets behov.

***Regionernas skyldighet att ersätta digital utomlänsvård enligt utomlänstaxan tas bort.***

Vi tillstyrker detta förslag och vill poängtera vikten av att det inte ersätts av annat system med samma inbyggda brister. Vi behöver ett system där vårdgivare i primärvården erbjuder både digital och fysisk vård med kontinuitet till sina patienter.

***Systemet med privatpraktiserande läkare och fysioterapeuter verksamma genom den nationella taxan avslutas genom att LOL och LOF upphävs.***

Vi tillstyrker detta förslag. Systemet är föråldrat och ger orättvisa villkor och förutsättningar för att bedriva vård med hög medicinsk kvalitet. Att ersätta systemet med upphandlingar minskar möjligheten att arbeta med kontinuitet över tid och är därmed inget bra alternativ.

***Statens bidrag för läkemedelsförmåner bör inte inordnas i det generella statsbidraget till kommunsektorn. Det särskilda statsbidraget för läkemedelsförmåner bör kvarstå.***

Hälso- och sjukvården står sannolikt inför kraftigt ökande kostnader för läkemedel. För stora delar av befolkningen rekommenderas allt mer och dyrare preventiv behandling. Därutöver tillkommer mycket dyra spetsbehandlingar till små patientgrupper. Idag skiljer det sig hur kostnadsansvaret ser ut i primärvården. I vissa regioner ligger det på enskild vårdcentral, i andra centralt. Denna del är viktig att arbeta vidare med, inte minst i relation till första förslaget om utökade resurser i primärvården – annars blir siffrorna missvisande. Det finns indikationer från vetenskapliga publikationer att värdet av nya läkemedel kan vara mindre än uppskattat, när hänsyn tas till alternativkostnaden – dvs. vad kostnaden hade kunnat generera för andra insatser i sjukvården. Detta perspektiv måste finnas med i processen när läkemedelskostnader diskuteras i relation till effektivitet.

***Staten bör ta ett större ansvar för och tydligare styra centrala delar av vårdens digitalisering. Välfungerande digitala systemlösningar har potential att minska den***

***tid och de resurser som i dag går till administration. Hälso- och sjukvårdens data bör i högre utsträckning kunna nyttjas för primär- och sekundäranvändning.***

I första hand måste vårdinformationssystemen fokusera på grunduppdraget – att ge vård. Sekundäranvändningen kommer i andra hand och det är upp till den som designar systemet att se till att data kan användas för annat bruk, inte att vårdpersonalen anpassar sitt arbetssätt med sämre effektivitet som följd. Millennium är ett konkret exempel på konsekvenserna av att prioritera fel perspektiv.

Kommersiell sekundäranvändning är mycket kontroversiellt och bör kringgärdas av kraftiga restriktioner. Den personliga integriteten ska inte kompromissas med. Fokus för sekundäranvändning ska vara akademisk forskning och kvalitetsutveckling i den egna verksamheten.

***Preventionsinsatser bör stärkas och prioriteras. Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen ges ett gemensamt uppdrag att utforma ett nationellt reformprogram för stärkt egenvård samt beskriva vilken avlastning det skulle kunna innebära för hälso- och sjukvården.***

Vi tillstyrker förslaget och delar uppfattningen att fokus ska vara egenvård och samhällets insatser, snarare än ett utökat uppdrag för hälso- och sjukvården. Det är sannolikt mycket ineffektivt att samhället främjar ohälsosamma vanor som sjukvården sedan ska motverka genom individinriktade preventiva insatser.

***Vårdinsatser som är onödiga eller ineffektiva, s.k. låg värdevård, fasas ut genom bättre följsamheten av de nationella riktlinjerna. Arbetet med Kloka Kliniska Val intensifieras.***

Vi tillstyrker detta förslag, men vill poängtera att lågvärdevård inte automatiskt försvinner genom hög följsamhet till nationella riktlinjer. I många fall kan en okritisk tillämpning av riktlinjer ha rakt motsatt effekt. Det är viktigt att den professionella logiken och medicinska kvalitén är drivande i Kloka Kliniska Val så att det inte blir ekonomiska incitament som är drivande.

**För styrelsen, Svensk Förening för Allmänmedicin**

Andreas Stomby  
ordförande SFAM



# Svenska Läkaresällskapet

Kommittén för eHälsa

2026-01-15

**Till:** Regeringskansliet

[fi.remissvar@regeringskansliet.se](mailto:fi.remissvar@regeringskansliet.se)

**Från:** Svenska Läkaresällskapetets eHälsokommitté, Göran Petersson, ordförande

**Ang:** SOU 2025:96 Fler möjligheter till ökat välbefinnande

Svenska Läkaresällskapetets (SLS) kommitté för eHälsa ber att få lämna synpunkter på produktivitetstudierens förslag (SOU 2025:96) om digitalisering och AI.

eHälsokommittén har inrättats av SLS för att vara rådgivande till nämnden avseende digitala lösningar i hälso- och sjukvården (<https://www.sls.se/halsa-sjukvard/ehalsa>).

## Yttrande:

Vi anser att utredningen överlag gör en relevant genomgång av bakgrund och nuvarande situation med för- och nackdelar av digitalt stöd inkl AI i den offentliga verksamheten men i synnerhet inom vården.

Vi instämmer i stort i utredningens förslag om Hälso- och sjukvårdens digitalisering (17.3.9):

- Bedömning: Staten bör ta ett större ansvar för och tydligare styra centrala delar av vårdens digitalisering.
- Bedömning: Välfungerande digitala systemlösningar har potential att minska den tid och de resurser som i dag går till administration.
- Bedömning: Hälso- och sjukvårdens data bör i högre utsträckning kunna nyttjas för primär- och sekundäranvändning.

SLS har länge efterlyst dels mer användarvänliga interoperabla system, dels tillräcklig utbildning inom klinisk informatik (digital medicin, ehälsa).

Vi instämmer i utredningens farhågor om *ineffektiva digitala system* som innebär att även om digitaliseringen kan minska viss administrativ börda (ofta på patientens sida) kan den samtidigt öka med nya digitala verktyg (på personalsidan), dvs en paradox och målkonflikt. (s 556)

Vi instämmer också i att digitala interventioner måste vara *prövade* innan de skalas upp.

Utredningen berör den viktiga frågan om den *decentraliserade strukturen med huvudmännens bristande ansvar för enhetlighet versus flexibilitet*. Idag utformar den enskilda regionen sitt vårdinformationssystem på sitt eget sätt även om leverantören är

samma som i andra regioner. För att uppnå hög effekt av digitaliseringen anser vi att regionerna till övervägande delen måste ha gemensamma gränssnitt (användarvänliga) så att personal känner igen sig mellan olika kliniker. Härigenom minskar tiden att förstå variationer i systemen men också risken för missförstånd. Idag har allt för stor variation tillåtit. Användarvänliga och gemensamma gränssnitt löses inte med den gemensamma infrastrukturen, som handlar om kodning av data, dvs det som vårdpersonalen inte ser men som är viktigt för uppföljning, utveckling och forskning.

Detta har påpekats av SLS i replik (2025-09-29) på socialministerns yttrande i Altinget (2025-09-25) om att minska it-krånglet. (<https://www.sls.se/sls/aktuellt/nyheter/replik-ge-oss-ratt-verktyg-for-att-minska-it-krangel-i-varden?q=it-kr%C3%A5nglet>)

SLS skrev under rubriken ***”Digitaliseringen måste lösa rätt problem:***

*”Att ”patienter tvingas upprepa sin historia” kan många gånger bero på bristen på överblick och logik i nuvarande vårdinformationssystem men också på bristande kontinuitet i vården, vilket i sin tur orsakas av vårdens fragmentering – till exempel genom den stora floran av digitala vårdgivare.*

*Vi behöver infrastruktur som främjar helhetsperspektiv och kontinuitet. Digitalisering blir inte så sällan ett hinder vid komplexa patientfall där standardiserade journalmallar inte täcker hela den kliniska variationen. För att vara ändamålsenlig måste den digitala infrastrukturen utgå från vårdens komplexitet – inte från teknikens möjligheter.*

*Vi välkomnar investeringar, men de måste adressera det IT-krångel vårdpersonalen faktiskt möter i vardagen. Vi instämmer i att ”vårdpersonal tvingas gå på gång mata in uppgifter i olika system”. Det gäller framför allt när man ska använda sin tid att överföra information från vårdinformationssystem till kvalitetsregister, som är en viktig källa till förbättringar i vården.*

#### ***Förbättra användarvänligheten***

*Läkare anger att det som är mest frustrerande är att dokumentationen av mallar och läkemedelsordinationer innehåller många knapptryckningar och att inloggningar tar för lång tid. Statens och EU:s satsningar på infrastruktur löser knappast detta. Det behövs större krav på leverantörer av gränssnitt och framför allt större lyhördhet för vårdprofessionens behov så att vi får system med bättre användarvänlighet som motverkar kognitiv belastning. Kan staten ställa sådana krav?*

*För att vara ändamålsenlig måste den digitala infrastrukturen utgå från vårdens komplexitet – inte från teknikens möjligheter.*

*Oavsett vilka nya satsningar som införs avseende vårdens digitalisering måste de utgå från de reella behov som såväl patienter som profession upplever. Vilka satsningar gör nytta? Alla digitala interventioner måste utvärderas i liten skala innan de skalas upp, så som inte har skett med till*

exempel 1177direkt. Vad är evidensen för att ett nytt system är bra? Är vi tillsammans på rätt spår?

*För att minska IT-krånglet behövs även utbildning i att hantera digitala verktyg i vården, det som kallas klinisk informatik. I dag är det få regioner som anger kompetens inom digitalisering som en merit. Genom adekvat utbildning av såväl läkarstudenter som ST-läkare skulle vi bli bättre på att använda men också påverka IT-systemen, det vill säga minska IT-krånglet.*

### **Satsa på professionens behov**

*Utbildning ska dock inte kompensera för användarovänliga system. Verktygslådan har föga värde om de som fyller lådan saknar djup kunskap om vilket verktyg som gör nytta för vilken uppgift. Därtill har verktygslådan föga värde om enskilda verktyg är så komplicerade att de i praktiken inte går att använda utan orimligt lång utbildning/träning.*

*Vi hoppas att socialministerns omfattande satsning ska innehålla åtgärder som möter professionens egentliga behov och krav på forskningsbaserad utvärdering och utbildning i digitala verktyg så att vi kan bidra till patientsäker vård. Det är först med sådana åtgärder som vård och forskning kan dra nytta av kodade hälsodata. Vi bidrar gärna med förslag på sådana åtgärder.”*

Produktivitetskommitténs utredning tar förtjänstfullt upp just behovet av kompetens inom vårdens digitalisering för att tillgodogöra sig digitaliseringens fördelar. Tyvärr släpar utbildning på detta område efter då det inte anses tillräckligt prioriterat av lärosätena. Här anser vi att utbudet och kraven på grundläggande utbildning bör skärpas.

SLS har påpekat behovet av såväl grund- som vidareutbildning att hantera digitala verktyg (klinisk informatik) i sitt remissvar på SOU 2023:76 där vi under rubriken *Om kompetens och infrastruktur* skrev:

....

*I nuläget riskerar vi en teknikerstyrd vård där mycket av digitaliseringens fördelar inte kommer till sin medicinska rätt och kliniska användning. Läkarprofessionen behöver fördjupad utbildning i klinisk informatik så som har skett i bland annat USA och UK där man till och med har en tilläggsspecialitet. Dessa kliniker kommer att utgöra en viktig länk mellan IT-professionen och den kliniska verkligheten. SLS medverkar för närvarande i sådana utbildningar men på grund av bland annat lärarbrist behöver de utvidgas. SLS föreslår att relevant utbildning i informationsstruktur, ”klinisk informatik”, ska ingå i läkarnas såväl grund- som vidare- och fortbildning.*

I SOU 2024:33 föreslog utredaren Annemieke Ålenius att Socialstyrelsen stärker informatikfrågorna för läkare och nämner särskilt initiativen från SLS tillsammans med vissa lärosäten (s 253-257)

(<https://www.regeringen.se/contentassets/f6d51bcad8bc4f6dbc6bb6fc1cecd56d/sou-2024-33.pdf>) Denna utredning är ännu inte ute på remiss.

SLS har återkommande tagit upp *behovet av utbildning* i vårdens digitalisering senast på eHälsodagen 2025-11-25 (<https://www.sls.se/sls/aktuellt/nyheter/rapport-fran-ehalsodagen-2025>).

Då hävdade Socialstyrelsens generaldirektör Björn Eriksson, tillika ordförande för Nationella vårdkompetensrådet, bl a ”att det pågår ett arbete inom Nationella vårdkompetensrådet för att stärka professionernas kunskap i klinisk informatik”.

*I den efterföljande paneldiskussionen lyftes stora regionala skillnader i arbetssätt och förutsättningar, och betonades att ett tydligt strategiskt ledarskap måste komma först för att digitala satsningar ska ge verklig nytta. Ökad utbildning inom klinisk informatik, dvs att hantera digitala verktyg i vården, på alla nivåer med start i läkarnas grundutbildning sågs som en förutsättning, liksom att skapa tillit och god kommunikation mellan profession, ledning och tekniska funktioner. Panelen återkom också till vikten av att utgå från vårdens faktiska behov och bygga broar till teknikens möjligheter. En viktig distinktion gjordes mellan att bara göra information digital och att arbeta med verklig digitalisering – det vill säga att skapa interaktiva, integrerade och verksamhetsnära lösningar som stärker både patientarbete och professionens arbetsflöden.*

Vid SLS eHälsodag 2025 diskuterades även *AI inom vården*.

Markus Lingman hävdade ”att professionen måste ta en aktiv roll – sätta behov, bidra med klinisk kunskap och vara med och kvalitetssäkra hur AI används. Då blir tekniken ett stöd i både vardag, beslut och forskning, istället för en okontrollerad kraft vid sidan av vården.” På samma sätt hävdade Gabriel Westman ”att AI...kräver noggrann kvalitetssäkring och tydliga ansvarsstrukturer.”

## Remissvar

Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa (SFSF) tackar för möjligheten att lämna synpunkter på slutbetänkandet Fler möjligheter till ökat välbefinnande (SOU 2025:96).

Föreningen ställer sig delvis positiv till utredningens förslag i kapitel 17 om hälso- och sjukvård. Utredningen är genomgående välskriven med nyanserade och välgrundade underlag. Vi instämmer med såväl grundläggande ansatser som med huvuddelen av givna förslag. Däremot har vi allvarlig kritik gäller framför allt skrivningarna om prevention.

Vi instämmer med den grundläggande ansatsen att målet för hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagen är en god vård och hälsa för hela befolkningen (1 §). Detta har dels implikationen som beskrivs: att målsättningen är effektivitet, att produktivitet och effektivitet inte är synonyma och att enbart fokusera på produktion av patientbesök kan minska effektiviteten om det sker på bekostnad av kvaliteten.

Målparagrafen har därtill implikation på hälsouppdraget, som innefattar att förebygga sjukdom dvs. prevention. Denna del i hälso- och sjukvårdens uppdrag uttrycks explicit i 2 §: ”Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.” Detta kan inte överlämnas till andra aktörer, se kommentar nedan under 17.3.10.

### Sammanfattning av våra synpunkter:

#### 17.3.1 Stärkt primärvård med tillräcklig resurstilldelning

Vi instämmer helt i vikten av att stärka primärvårdens resurser men har kompletterande förslag kring socialmedicinsk kompetens

#### 17.3.2 Kravet på regionerna att tillämpa LOV tas bort

Instämmer helt

#### 17.3.3 Ersättningssystem och beskrivningssystem

Instämmer helt

#### 17.3.4 Remisskrav för akutvård på sjukhus

Vi är tveksamma till detta, och menar att detta måste utformas med omsorg eftersom det annars riskerar drabba de mest utsatta individerna; ”akutmottagningen är den fattiges vårdcentral”. Därtill förutsätter förslaget att primärvården rustas för detta ökade uppdrag.

#### 17.3.5 Strategiskt ansvar för kompetensförsörjning och vårdinfrastruktur

Instämmer helt

#### 17.3.6 Skyldigheten att ersätta digital utomlänsvård enligt utomlänstaxan tas bort

Instämmer helt

#### 17.3.7 Bättre kontroll över den utförda hälso- och sjukvården

Instämmer helt

#### 17.3.8 Finansiering av förskrivningsläkemedel

Ingen synpunkt

#### 17.3.9 Hälso- och sjukvårdens digitalisering

Vi instämmer och vill särskilt betona behovet av fungerande systemlösningar som möjliggör uppföljning av vårdens resultat ur patientens perspektiv, genom patientrapporterade resultatmått (PROM).

#### 17.3.10 Vikten av prevention

Vi har avvikande syn på utredarens beskrivning av hälso- och sjukvårdens uppdrag. Vi instämmer i att egenvård är viktigt men vill understryka att detta inte kan ersätta prevention.

#### 17.3.11 Fasa ut lågvärdevård

Instämmer helt

---

### Fördjupade kommentarer till utredningens förslag:

#### 17.3.1 Stärkt primärvård med tillräcklig resurstilldelning

**Förslag:** Omställningen till en stärkt primärvård ska följas genom de mått som föreslås av utredningen om Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2018:39), bl.a. andelen utfärdade specialistbevis i allmänmedicin samt primärvårdens andel av de totala sjukvårdskostnaderna.

**Kommentar SFSF:** Vi instämmer helt i vikten av att stärka primärvårdens resurser men har kompletterande förslag kring socialmedicinsk kompetens. En viktig del av omställningen till en god och nära vård är att stärka det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Primärvården beskrivs ha en särskilt viktig roll i detta genom sin närhet till människors vardag. Sedan 2021 finns en reglering om primärvårdens grunduppdrag i hälso- och sjukvårdslagen: "att tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar". Vi menar att detta utvidgade uppdrag kräver kompetens kring behovsanalys liksom om metoder för förebyggande arbete på befolkningsnivå. Det kräver en breddning av primärvårdens kompetens med professioner särskilt utbildande för detta, dvs. folkhälsovetare samt läkare med specialistbevis i socialmedicin.

#### 17.3.2 Kravet på regionerna att tillämpa LOV tas bort

**Förslag:** Kravet på regionerna att tillämpa lagen (2008:962) om valfrihetssystem som upphandlingsform för primärvård tas bort.

**Kommentar SFSF:** Vi instämmer helt. Kravet på att tillämpa lagen om valfrihetssystem har motverkat vård på lika villkor efter behov. Lagen har inte bidragit till förbättrad tillgång till vård i glesbygd och har lett till privata etableringar främst där lönsamheten bedömts vara störst. Reformen har dessutom möjliggjort en snabb expansion av nätläkare.

#### 17.3.3 Ersättningssystem och beskrivningssystem

**Förslag:** Socialstyrelsen ska rikta stöd till vårdens huvudmän när de utformar sina ersättningssystem. Syftet är att skapa en större enhetlighet, främja kontinuitet, motverka

förekomsten av oönskade incitament, minska detaljregleringen och fasa ut s.k. lågvärdevård. Instämmer helt.

**Kommentar SFSF:** Syftet bör inkludera en vård med incitament att förbättra hälsan i befolkningen, genom såväl förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser. En särskild ersättning bör utgå för mer intensifierad samverkan med relevanta verksamheter i lokalsamhället såsom socialtjänst, skola, arbetsförmedling och frivilligorganisationer.

#### 17.3.4 Remisskrav för akutvård på sjukhus

**Förslag:** Primärvården ges ansvar för brådskande hälso- och sjukvård som inte kräver vård på akutsjukhus. För akuta besök på sjukhus införs remisskrav om inte särskilda skäl föreligger. vårdinsatser, och att remiss-krav ska införas för akutvård vid sjukhus. Remisskravet ska enligt utredningens förslag inte innebära någon särskilda formalia, utan handla om att patienten ska ha bedömts behöva sjukhusens akutvård av primärvårdsjour, telefonrådgivning, eller annan aktör med bedömandekompetens.

**Kommentar SFSF:** Vi är mycket tveksamma till detta och menar att en sådan reform måste utformas med omsorg eftersom den annars riskerar att drabba de mest utsatta individerna där många saknar BankID eller telefon. Akutmottagningen beskrivs ofta som "den fattiges vårdcentral". Förslaget förutsätter också att primärvården rustas för detta ökade uppdrag.

#### 17.3.5 Strategiskt ansvar för kompetensförsörjning och vårdinfrastruktur

**Förslag:** Staten ska ta ett tydligare strategiskt ansvar för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning av läkare. Det är centralt för såväl omställningen till en stärkt primärvård som för kompetensförsörjningen och arbetsmiljön i stort att bl.a. fler allmänläkare kan anställas i primärvården.

**Kommentar SFSF:** Vi instämmer helt i att primärvården behöver stärkas, men analogt 17.3.1 menar vi att utvecklingen av en god och nära vård kräver en breddning av kompetensen och vi förslår att man även ska anställa socialmedicinska läkare i primärvården.

#### 17.3.9 Hälso- och sjukvårdens digitalisering

**Bedömning:** -Staten bör ta ett större ansvar för och tydligare styra centrala delar av vårdens digitalisering. -Välfungerande digitala systemlösningar har potential att minska den tid och de resurser som i dag går till administration. -Hälsodata bör i högre utsträckning kunna nyttjas för primär- och sekundäranvändning.

**Kommentar SFSF:** Vi instämmer helt i detta. SFSF vill särskilt betona behovet av fungerande systemlösningar som möjliggör uppföljning av vårdens resultat ur patientens perspektiv genom användning av patientrapporterade resultatmått (PROM). PROM fångar patientens egen upplevelse av sin hälsosituation och utgör ett viktigt komplement till medicinska mått. De kan bidra till den helhetssyn på patientens hälsa, före, under och efter genomgången vård och behandling. Sådan information är nödvändig för att utveckla en personcentrerad och samskapande hälso- och sjukvård samt för att bedöma vårdens kvalitet och effektivitet, det vill säga i vilken utsträckning vården skapar värde, hälsa och livskvalitet för patienten. PROM ger därför möjlighet att följa upp utveckla vården utifrån dess effekter på vunnen hälsa. Den ger också huvudmannen möjlighet att få kunskap om vårdens kvalitet och effektivitet och som

viktigt komplement till dagens fokus på produktivitet vilket vi vet kan ske på bekostnad av kvaliteten.

Det finns i dag många validerade PROM, och sedan 2024 finns ett nationellt bibliotek av kvalitetssäkrade digitala PROM inom ramen för 1177 Formulärhantering (Nationell formulärsamling, NAFS), utvecklat i samverkan mellan SKR, Inera, Nationell kunskapsstyrning och ämnesexperter. Trots detta används PROM fortfarande i begränsad utsträckning i klinisk vardag. En viktig orsak är kvarstående brister i IT-stöd, informationsförsörjning och interoperabilitet mellan journalsystem och huvudmän.

Professionen har påbörjat ett utvecklingsarbete kring PROM, bland annat genom initiativ inom Svenska Läkaresällskapet i samverkan med Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa. För att denna utveckling ska få genomslag krävs dock ett tydligt statligt ansvarstagande. Valfungerande digitala systemlösningar har potential att minska den tid och de resurser som i dag går till administration. SFSF instämmer därför i utredningens bedömning att staten bör ta ett större ansvar för vårdens digitalisering och att hälsodata i högre grad bör kunna nyttjas för både primär- och sekundäranvändning, inte minst när det gäller PROM och nationella kvalitetsregister.

### **17.3.10 Vikten av prevention**

**Förslag:** Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen ges ett gemensamt uppdrag att utforma ett nationellt reformprogram för stärkt egenvård samt beskriva vilken avlastning det skulle kunna innebära för hälso- och sjukvården.

**Kommentar SFSF:** Vi instämmer i grundansatsen att preventionsinsatser bör stärkas och välkomnar utredningens tydliga beskrivning av preventionens betydelse. Vi är dock kritiska till att prevention i förslaget i huvudsak översätts till egenvård. Egenvård är viktig, men kan inte ersätta ett strukturerat och professionellt preventionsarbete.

Vi delar inte utredningens beskrivning av hälso- och sjukvårdens roll i prevention. Hälso- och sjukvården har inte hela ansvaret för preventionsarbetet, men är en central aktör tillsammans med kommuner, civilsamhälle och nationell nivå, i enlighet med de nationella folkhälsomålen. Trots detta fortsätter hälsoklyftorna att öka, vilket visar att ytterligare insatser krävs.

Hälso- och sjukvården har en oumbärlig roll i såväl primär- som sekundärprevention. Primärprevention syftar till att förebygga att sjukdom uppstår, genom insatser på individ-, befolknings- och strukturnivå, medan sekundärprevention avser tidig upptäckt av sjukdom samt åtgärder för att förhindra återinsjuknande och komplikationer. Båda dessa former av prevention är integrerade delar av hälso- och sjukvårdens uppdrag och kan inte ersättas av egenvård eller andra aktörer.

Ett stärkt preventionsarbete förutsätter därför tillräckliga resurser och relevant kompetens inom vården. SFSF vill särskilt betona att ett utökat befolkningsinriktat preventionsuppdrag inte innebär att kliniskt verksamma läkare ska lämna patientarbetet. I stället krävs en breddning av primärvårdens kompetens genom professioner med särskild utbildning i prevention, såsom folkhälsovetare och läkare med specialistkompetens i socialmedicin, i samverkan med regionernas folkhälsofunktioner och andra samhällsaktörer.

Vi delar utredningens bedömning att ett stärkt preventionsarbete kan bidra till minskade vårdbehov och förbättrad folkhälsa, och vill understryka att hälso- och sjukvården har en central roll i att förverkliga detta.

Slutligen uppskattar vi utredningens resonemang om hälsolitteracitet, men är samtidigt bekymrade över en ansats som i praktiken riskerar att lägga ett alltför stort ansvar på individen. Vi saknar en tydlig analys av hur förslagen tar hänsyn till personer som saknar förutsättningar eller kapacitet att förebygga ohälsa på egen hand, och ser en risk för att ett ensidigt fokus på egenvård kan förstärka befintliga hälsoklyftor.



Till: Svenska Läkaresällskapet

## **Remissvar från Svensk Kirurgisk Förening gällande Produktivitetskommissionens betänkanden Fler möjligheter kring ökat välbefinnande (SOU 2025:96)**

---

SKF har fokuserat på kapitel 17, hälso- och sjukvård.

SKF stöder samtliga de förslag som betänkandet föreslår, som vi tycker är både väl motiverade och balanserade.

Förslaget om statligt stöd för samordning av infrastrukturplanering bedömer vi dock som vagt, och där behövs betydligt mer analys och konkretisering.

Vi saknar dock analys och förslag till privat vårds deltagande i ut- och fortbildning. Det borde begrundas både vad gäller kompetensförsörjning och stöd för utformning av ersättningssystem. Idag bedrivs en stor del av den privata vården utan att samtidig utbildning ges, och den privata vården är som nämns en stor del av svensk sjukvård. Dessutom är en stor del av den vården som bedrivs privat särskilt lämplig för upplärning av nästa generations läkare. Med nuvarande situation riskera nästa generation patienter få en vård av sämre kvalitet än dagens. Inte heller belyses privat vårds deltagande i klinisk forskning.

Vidare nämner man exempel på länder med bättre fungerande primärvård än Sverige, men föreslår inte att man ska ta del av och överväga att förändra det svenska systemet i linje med de länder där det fungerar bättre, vilket förvånar oss. Svensk primärvård har inte fungerat väl på många år, trots försök till resurstillskott. I praktiken förskjuts då vården till slutenvården, som kan ge vården som efterfrågas, men drar då onödigt mycket resurser. Att minska resurserna till sjukhusvården kommer inte i sig att stärka primärvården, däremot minska patienternas tillgänglighet till vård. Först när incitament- och vårdstrukturer förändras kommer primärvården att kunna möta upp patienternas behov på rätt vårdnivå, och då kommer man att kunna minska resurserna till sjukhusvården. Vi stödjer alltså tanken att mer resurser ska ges till primärvård (från slutenvård), och att mer vård ska utföras där, men tror inte att ännu ett försök att stärka primärvården med pengar utan att göra några väsentliga systemförändringar kommer att bli framgångsrikt.

För Svensk Kirurgisk Förening

Linus Axelsson

Ordförande Svensk Kirurgisk Förening

Medlemsföreningen ARM, genom ordföranden, har läst de båda utredningarna: *Fler möjligheter till ökat välbefinnande* (SOU 2025:96) och *Goda möjligheter till ökat välbefinnande* (SOU 2024:29). Vi har på styrelsemötet den 14 januari 2026 diskuterat utredningarna och gett mig i uppdrag att skriva ned ARM:s synpunkter på de båda utredningarna. Svenska läkaresällskapet kan förhoppningsvis använda dessa tankar i sitt remissvar.

Produktivitetskommissionen har goda intentioner att vi genom ökad produktivitet ska kunna bibehålla välbefinnandet, men ser samtidigt med oro ifall det kommer att gå ut över ansvaret för en hållbar utveckling och därmed riskera de av riksdagen fastställda miljö kvalitetsmålen.

En av utredningarna påpekar att en högre produktivitetstillväxt kan uppnås genom ett mer effektivt utnyttjande av exempelvis naturresurser (SOU 2025:96, sid 21). På sidan 25 (SOU 2024:29) skriver produktivitetskommissionen att det är ett problem att det inte i högre grad görs en samlad samhällsekonomisk analys i vilken olika intressen vägs mot varandra. Olika samhällsintressen tenderar att genom sin rätt till inflytande göra tillståndprocesser långsamma vilket produktivitetskommissionen anser är ogynnsamt. Produktivitetskommissionen ger därför förslag som de anser förbättrar vissa typer av tillståndprocesser genom att göra dem snabbare. Utredningen anser att kommunernas vetorätt också utgör ett hinder i miljöprövningsprocesserna. ARM är därför oroad över om den ökade statliga styrningen med överordnade samhällsekonomiska intressen leder till försämrade miljöhänsyn och i förlängningen försämring av folkhälsan.

ARM anser därmed att miljöprövningen vid etablering av miljöskadlig verksamhet även fortsättningsvis ska prövas enligt miljöbalken och överklagas i miljödomstolar i stället för att beslutas på politisk nivå. Det finns en risk att olika investeringar är förenade med negativa externaliteter som t.ex. miljöförstöring. Därför anser ARM att miljöprövningen, syftande till säkerställande av god hälsa för befolkningen, inte får försvagas. Vi är därför negativa till förslaget om att införa en så kallad ventil i miljöbalken som ger en samlad samhällsekonomisk bedömning en mer framträdande roll (SOU 2024:29, sid 43).

Ett förslag i utredningen som ARM ser som positivt är förslaget om höjd bensin- och dieselskatt om det kan leda till minskad användning av fossila bränslen som är bra både utifrån det globala klimatet och ur hälsosynpunkt framför allt i våra städer (SOU 2025:96, sid 53).

Martin Tondel, ordförande medlemsföreningen ARM