

# SJUKVÅRDSPOLITISK PROPOSITION

BESLUTAD AV RIKSTINGET 2021

K  
D  
—

Hur hälso- och sjukvården organiseras är centralt för att ge patienterna den vård de behöver. Kristdemokraterna anser sedan tidigare att staten ska överta ansvaret och finansieringen av den hälso- och sjukvård som regionerna har ansvar för. Denna proposition beskriver motiven för Kristdemokraternas förslag om Århundredets Vårdreform och innehåller förslag som beslutats av Kristdemokraternas riksting hösten 2021.

## Kristdemokraternas förslag

1. En utredning tillsätts i syfte att förbereda och på lämpligt sätt genomföra förändringen. Reformen ska beredas och genomföras i nära samverkan med företrädare för patienter, professionerna och akademien i syfte att åstadkomma en hälso- och sjukvård som ges bättre förutsättningar än idag att erbjuda en god och jämlik vård som bygger på behovsprincipen.
2. En särskild utredning tillsätts för att bestämma hur ansvar och finansiering av det regionala utvecklingsansvaret tillsammans med ansvaret för kultur och kollektivtrafik bäst hanteras efter genomförandet av sjukvårdsreformen.
3. Patientens ställning behöver tydliggöras och förstärkas. En utredning tillsätts för att se över hur Patientlagen kan stärkas och på vilka andra sätt patientens inflytande kan utvecklas.
4. I väntan på sjukvårdsreformen:
  - a. inrätta en nationell värdförmedling där ledig kapacitet redovisas och möjliggör för patienter, som fått en medicinsk bedömning och väntar på vård, att välja att få behandlingen eller operationen utförd på annat håll i landet om man så vill.
  - b. gemensamma standards och tekniska specifikationer tas fram för all digital vårdinformation i syfte att stärka patientsäkerheten, underlätta information och kommunikation mellan olika delar av hälso- och sjukvården samt stärka förutsättningarna för innovationer. En personcentrerad och samordnad vård för patienten kräver att den digitala vårdinformationen är tillgänglig för alla berörda, oavsett huvudman eller var man befinner sig i landet.
  - c. primärvården ska ges en stark utbyggnad under en 10-årsperiod i syfte att en större andel av hälso- och sjukvården utgörs av primärvård. Det uppnås genom fler allmänspecialister, distriktssköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter m.fl. Rätten till en fast läkarkontakt lagfästs och möjligheten att sätta tak för hur många patienter man har ansvar för regleras.
  - d. nationella principer för ersättning och avgifter tas fram. Dessa ska bygga på behovsprincipen och att en medicinsk bedömning görs så att patienten kommer till rätt del av vården.
  - e. en ekonomisk satsning görs för att på ett ändamålsenligt sätt öka antalet vårdplatser. Det sker genom att regionerna/sjukhusen erhåller en extra ersättning när man klarar att ha maximalt 85% i genomsnitt under en månad. Genom dessa nya pengar kan sjukhusen hitta former för hur vårdplatserna kan utökas och det görs efter lokala förutsättningar.
  - f. en kartläggning och åtgärdsplan görs i varje verksamhet för att komma tillrätta med vårdpersonalens administrativa börda och dess påverkan på arbetsmiljön.

## INNEHÅLL

1. NÖDVÄNDIG REFORM.....	4
2. KRISTDEMOKRATISK GRUNDHÅLLNING .....	4
3. ÅRHUNDRADETS SJUKVÅRDSREFORM .....	5
3.1 Självstyre med ökad statlig styrning är en dålig idé.....	7
3.2 En befolkning – inte 21.....	8
3.3 Regionerna för små för modern sjukvård .....	12
3.4 Demokrati och förankring.....	13
3.5 Hur andra länder organiserar sin sjukvård .....	14
3.6 Grundlagen .....	15
4. VILKEN VÅRDMODELL ÄR BÄST UTIFRÅN SVENSKA FÖRHÅLLANDEN? .....	16
4.1 Underlag för utredning om ny vårdorganisation.....	17
4.2 Åtgärder i närtid .....	21
5. REGIONERNA – MER ÄN SJUKVÅRD. HUR GÖR VI MED REGIONAL UTVECKLING, KOLLEKTIVTRAFIK OCH KULTUR? .....	25

# 1. NÖDVÄNDIG REFORM

Sveriges hälso- och sjukvård befinner sig i en mycket besvärlig situation. Pandemin till följd av coronaviruset medför konsekvenser som kommer påverka patienter och personal under lång tid. Belastningen på hälso- och sjukvården har varit enorm och konsekvenserna för patienterna och vårdens medarbetare går ännu inte att överblicka. Samtidigt måste det understrykas att de brister i tillgänglighet vi ser nu också fanns tidigare. Alltsedan hösten 2014 har köerna inom hälso- och sjukvården, mätt genom vårdgarantin, ökat kraftigt.

Hur hälso- och sjukvården organiseras är centralt för att ge patienterna den vård de behöver. Samtidigt bör påpekas att alla brister eller utmaningar inte löses genom en organisatorisk förändring. Men det är inte försvarligt att fortsätta med dagens organisation om vi ska klara av att ge patienterna en jämlik och god vård. Den uppfattningen hade Kristdemokraterna före pandemin och den har inte förändrats av den stora påfrestning landets sjukvård genomgått.

Kristdemokraterna anser sedan tidigare att staten ska överta ansvaret och finansieringen av den hälso- och sjukvård som regionerna har ansvar för. Uppdelningen i 21 regioner fungerar dåligt. Förutom ett statligt huvudansvar måste reformen för en god nära vård genomföras sammanhållet och långsiktigt. Först då får vi en patientsäker och effektiv hälso- och sjukvård. Denna proposition beskriver motiven för Kristdemokraternas förslag om Århundredets Vårdreform och de förslag som beslutades av rikstinget hösten 2021.

## 2. KRISTDEMOKRATISK GRUNDHÅLLNING

Kristdemokraternas politik utgår från att varje människa är unik och att alla personer har samma absoluta och okränkbara värde. Den solidariskt finansierade hälso- och sjukvården är välfärdens kärna och den som har störst behov ska ges företräde i vården. Hälso- och sjukvården ska kännetecknas av värdighet, kvalitet, tillgänglighet och jämlikhet.

En grundläggande del i utvecklingen av vård och omsorg är självbestämmande och valfrihet. Självbestämmande stärker kvaliteten inom vården och skapar en mer värdig omsorg. Personcentrerad och samordnad vård och omsorg är därför nödvändigt. Såväl enskilda patienter/brukare som patient- och intresseorganisationer kan bidra till att vi hittar de bästa metoderna för personcentrerad vård och omsorg. Därför behöver det fortsatta arbetet mer påtagligt inkludera patienter och brukare. Mycket har gjorts de senaste åren för att utforma vården och omsorgen utifrån den enskilda människans behov. Men mer behöver göras. Patientens ställning behöver stärkas. Därför föreslår vi att Patientlagen ses över och att de ändringar som behövs görs i relevant lagstiftning. De funktioner som idag finns för klagomål och anmälningar av missförhållanden bör i sammanhanget också ses över.

Patienternas behov ser olika ut. En del har behov av en slags funktion. De söker utifrån en mer specifik åkomma eller besvär. De efterfrågar en funktion som möter deras behov just då. Andras behov handlar mer om relation. Deras behov av hälso- och sjukvård innebär att en relation med vården över tid är nödvändig, kanske därför att man lever med en kronisk sjukdom eller har flera sjukdomar och är vad som ofta kallas multisjuk. Eller så kanske man just inlett en behandling som kommer pågå lång tid. En behandling som kommer kräva många olika insatser och som ska samordnas mellan olika vårdinstanser.

Vi behöver en organisation som klarar både funktion och relation för patienten. En hälso- och sjukvård som i grunden bygger på relation därför att de mest vårdbehövande behöver upprepad vård över tid. Då är en fast läkarkontakt och en god kontinuitet nödvändigt. Men en effektiv och ändamålsenlig vårdorganisation måste också klara av att möta behovet hos de patienter som enbart söker en funktion vid det enstaka tillfället.

Det är i det perspektivet nya lösningar växt fram de senaste åren. Det är den goda nära vården. Det är digitala lösningar. Det är samverkan kring svårt sjuka personer. Inte minst har samverkan satts på prov och stärkts under coronapandemin.

Att den vårdsökande först möter någon form av bedömning är rimligt eftersom vården är behovsstyrd. Det innebär att jag som vårdsökande inte har direkt tillgång till vilken vård som helst. Ett system som bygger på vård efter behov på lika villkor och till hela befolkningen kräver att en behovsbedömning görs. Dels därför att resurserna är begränsade och dels därför att behovsstyrning kräver någon slags bedömning.

För att patienten ska förstå vilken vårdnivå som är den bästa behövs mer tid då patient och vårdpersonal hinner samtala om patientens behov. En alltför snäv tidsbokning gör att missförstånd kan uppstå och risken finns att patienten söker vård igen inom kort. Ska vården bli effektiv måste det finnas tid att fråga: Är det något mer du vill ta upp? Och läkaren eller sjuksköterskan måste ha tid att vänta på patientens svar.

En vård som bygger på både funktion och relation kräver också ersättnings- och avgiftssystem som hänger ihop. Systemen måste stödja en behovsstyrd vård. Ersättnings- och avgiftssystem måste också klara patienternas förändrade sökmönster, utvecklingen inom den goda nära vården liksom såväl fysiska som digitala vårdmöten.

### **3. ÅRHUNDRADETS SJUKVÅRDSREFORM**

Dagens sjukvårdsorganisation dras med en lång rad problem. Det mest grundläggande problemet är att en modern, högkvalitativ och jämlik sjukvård är oändligt mycket mer komplex och kostsam att åstadkomma än den sjukvård som historiskt har bedrivits av regionerna (tidigare landstingen). För att bedriva dagens avancerade sjukvård rationellt och med hög kvalitet krävs ett betydligt större befolkningsunderlag än det som finns i enskilda svenska regioner. Den medicinska och tekniska utvecklingen har helt enkelt

sprungit ifrån dagens organisationsmodell där 21 självstyrande regioner beslutar om, finansierar och utför sjukvården.

Som kristdemokrater är vi förankrade i idén om subsidiaritet – att beslut ska fattas på lägsta möjliga ändamålsenliga nivå. Det kan därför tyckas förvånande att Kristdemokraterna samtidigt är de starkaste förespråkarna för ett centraliserat beslutsfattande rörande hälso- och sjukvården. Men det står helt klart för oss att dagens sjukvårdsorganisation inte är ändamålsenlig. Alltför många av de problem som sjukvården står inför är redan nu alltför stora för enskilda regioner att hantera – ännu mer så i framtiden. Detta skapar en situation där patienterna i slutändan inte får en så god vård som annars hade varit möjligt och där den vård som erbjuds därtill är ojämnt fördelad mellan invånarna.

Vad som kan anses vara en ”god vård” är inte närmare preciserat i de lagar som styr sjukvårdshuvudmännen. Begreppet lämnar ett mycket stort tolkningsutrymme. Det är visserligen tydligt att vården ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Men kan det anses vara ”god vård” när patienten får vänta åtta månader på en dokumenterat nödvändig operation på grund av långa vårdköer? Är det ”god vård” när patienter förskrivs läkemedel med dokumenterat sämre effekt men lägre pris, trots att bättre alternativ finns tillgängliga? Är det ”god vård” när vårdgivare vägrar att utföra flera moment vid ett och samma besök och istället ber patienten komma tillbaka vid ett senare tillfälle eftersom vårdgivaren då får mer ersättning?

Återkommande visar det sig även att vården inte är jämlik. Såväl kvalitet som tillgänglighet varierar kraftigt över landet. Detta är inte förvånande med tanke på att vården idag utförs av 21 olika huvudmän med sinsemellan väldigt olika förutsättningar, någon som inte minst Coronakommissionen har understrukt. Inom cancervården påverkar till exempel bostadsort vården och antal dagar mellan remiss och behandlingsstart skiljer sig åt i olika regioner. Dessutom skiljer sig Sveriges regioner åt vad det gäller tillgång till olika cancerbehandlingar<sup>1</sup>. Alla vårdgivare och huvudmän bär ansvar för att ge en god vård. Men ingen har något utpekat och samlat ansvar för att vården också ska vara jämlik.

Hälso- och sjukvårdslagens målsättning är god vård på lika villkor för hela befolkningen. Den svenska sjukvården står inför mycket betydande utmaningar. Befolkningen har vuxit snabbt samtidigt som andelen äldre i behov av vård ökar. Dessutom innebär den medicinska utvecklingen att utbudet av vård – möjligheten att behandla, bota och lindra ständigt förbättras. Diagnoser som för något årtionde sedan innebar en säker död kan i många fall framgångsrikt behandlas tack vare nya forskningsgenombrott, avancerade läkemedelsterapier och modern medicinsk teknik. Sjukvården blir alltmer kunskapsintensiv, specialiserad och tekniskt avancerad.

För att kunna bedriva denna komplexa och specialiserade verksamhet på ett ändamålsenligt sätt krävs stora patientunderlag, stora ekonomiska resurser och stark

---

<sup>1</sup> [https://static-files.cancerfonden.se/Cancerfondsrapporten2018\\_webb\\_\(2\)\\_1521607903.pdf](https://static-files.cancerfonden.se/Cancerfondsrapporten2018_webb_(2)_1521607903.pdf)

förmåga att attrahera högt efterfrågad kvalificerad kompetens. Detta innebär i sin tur att mindre regioner, med svagare skattekraft, mindre befolkningsunderlag och lägre attraktionskraft, får allt svårare att upprätthålla god kvalitet och acceptabel tillgänglighet i vården.

Trots regionernas beskattningsrätt och trots det kommunala utjämningsystemet krävs i allt högre grad statliga insatser för att säkerställa att regionerna har förutsättningar att leva upp till lagens krav. Den decentraliserade sjukvårdsorganisationens finansiella och medicinska resultat upprätthålls redan idag i hög grad genom statliga stöd.

Befolkningsprognoser från bland annat Statistiska Centralbyrån<sup>2</sup> och Arbetsförmedlingen pekar på att denna utveckling snarare kommer att accelerera än avmattas. Fram till år 2030 kommer försörjningsbördan öka i landet som helhet. Färre ska försörja fler. Detta är bekymmersamt i sig. Men utvecklingen av skattekraften är därtill mycket ojämnt fördelat över landet. I storstadsregionerna, som redan ligger i topp avseende andel invånare i arbetsför ålder, kommer andelen enligt prognoserna att öka ytterligare medan andelen arbetsföra väntas minska i nära nog samtliga glesbefolkade regioner.

Vidare innebär befolkningsprognoserna att antalet personer som förväntas behöva vård kraftigt ökar samtidigt som utbudet av arbetskraft till sjukvården minskar i förhållande till vårdbehoven.

Sammantaget står sjukvården inför en situation där vare sig tillgången på ekonomiska resurser eller kompetent personal kommer att vara tillräcklig utan radikalt förändrade arbets sätt och ett mer effektivt nyttjande av de samlade sjukvårdsresurserna. För att klara den nödvändiga omställningen krävs en organisation med stark utvecklingskraft och brett mandat att genomföra nödvändiga strukturella förändringar. I en sådan organisation är det vår uppfattning att staten, inte regionerna, ska utgöra grunden för sjukvården.

### **3.1 Självstyre med ökad statlig styrning är en dålig idé**

Flera partier anser idag att hälso- och sjukvården behöver mer av statlig styrning inom olika områden men vill bibehålla dagens ordning med 21 självstyrande regioner med beskattningsrätt. Det är en dålig kombination. De uppgifter som ges till kommuner och regioner ska vara kopplade till ett stort mått av handlingsutrymme och beskattningsrätten som huvudsaklig finansiering.

Behovet av att samordna vården och ge förutsättningar för en mer jämlik vård har ökat. För att försöka lösa detta har regionernas ansvar för hälso- och sjukvården blivit rejält beskuret under en lång tid. Sedan lång tid tillbaka har Socialstyrelsen i uppdrag att ta

---

<sup>2</sup> Statistiska centralbyrån, Sveriges framtida befolkning 2020-2030 – Län och kommungrupper

fram nationella riktlinjer för hälso- och sjukvården. Det senaste decenniet har fler nationella styrformer tillkommit. Den nationella cancerstrategin har medfört en starkare och mer sammanhållen utveckling av cancervården. Den högspecialiserade vården prövas i en gemensam nämnd i syfte att få den bästa vården för patienterna. Sveriges Kommuner och Regioner genomför ett brett arbete med att ta fram nationella program för olika delar av hälso- och sjukvården. Inom de flesta av vårdens professionsföreningar finns dessutom ett mångårigt och kunnigt arbete för att stärka vårdens kvalitet.

Inte minst under pandemin har den statliga styrningen ökat. Men det har skett genom den sämsta metoden: bibehållet formellt självstyre och en mängd statlig styrning i form av uppdrag till myndigheter och styrning genom destinerade statsbidrag. Resultatet är en svår genomtränglig massa av styrning på flera nivåer. Det försvårar för professionen och det ger allt mindre utrymme till regionpolitikerna samtidigt som regeringen knappast kan styra vården.

Såväl före som under pandemin har den statliga styrningen ökat därför att det är nödvändigt för att få en mer jämlik vård. Detta sker samtidigt som det regionala självstyret och beskattningsrätten ligger kvar hos de 21 regionerna.

Detta är ett mischmasch som måste bort. Lösningen är inte att återgå till fullt regionalt självstyre. Istället bör den regionala beskattningsnivån och den direktvalda regionala styrningen av vården tas bort för att forma en ny och mer ändamålsenlig organisation.

## 3.2 En befolkning - inte 21

Dagens sjukvårdsmodell leder till suboptimering. Sjukvårdsresurserna fördelas inom respektive region utifrån behoven i den egna regionen – inte utifrån behovet i befolkningen som helhet. Medborgarna får därmed ut mindre sjukvård för varje satsad skattekrona. Det finns exempelvis ingen eller mycket svag samordning mellan regionerna avseende stora investeringar i exempelvis nya sjukhus, trots att det ofta rör sig om investeringar i miljardklassen och trots att planering- och dimensionering av den specialiserade sjukhusvården ofta påverkar omkringliggande regioner. På samma sätt saknas en samordnad planering av investeringar i kostsam medicinsk teknik såsom operationsrobotar, avancerad röntgenutrustning etc. Resultatet av detta är att kapaciteten totalt sett är feldimensionerad i förhållande till behoven, med stora kostnader som följd. En statlig utredning<sup>3</sup> har nyligen lämnat förslag som berör vårdens investeringar som syftar till att säkerställa att nationella intressen beaktas i beslut om investeringar i vårdinfrastruktur, så som vårdbyggnader och digital infrastruktur. Det finns skäl att samordna investeringar i vården. Däremot är det inte säkert att statligt ägande av lokaler i sig leder till bättre förutsättningar. Detta är också en fråga som måste klargöras i en kommande utredning.

---

<sup>3</sup> (SOU 2021:71) "Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur"



Modern och avancerad sjukvård är kostsam att bedriva. Med ett större befolkningsunderlag kan vården struktureras mer rationellt och kvalitet och effektivitet upprätthållas i verksamheterna. Regionernas förutsättningar avseende befolkningsunderlag är dock mycket skiftande. Region Stockholm, Västra Götalandsregionen och Region Skåne har tillsammans 53 procent av det totala befolkningsunderlaget i Sverige. Resterande 47 procent av befolkningen finns alltså fördelade på 18 olika regioner.

Brister i samordningen av resurserna i sjukvårdssystemet är också en viktig förklaring till långa vårdköer. Sverige har, totalt sett, goda förutsättningar att ha en effektiv vård utan långa väntetider:

- Många läkare per capita<sup>4</sup>
- Relativt många sjuksköterskor per capita<sup>5</sup>
- Moderna sjukhus och god tillgång till avancerad medicinsk teknik
- God tillgång till effektiva läkemedel
- Stora ekonomiska resurser till sjukvårdens förfogande

Trots detta har Sverige mycket låg tillgänglighet. Bristande samordning tillsammans med en icke ändamålsenlig administrativ börda för vårdpersonalen är två viktiga skäl till att den medicinskt utbildade personalens kompetens inte tas tillvara på bästa sätt. I många europeiska länder, några med sämre förutsättningar än Sverige, vore det otänkbart att en patient skulle tvingas vänta i månader på att få träffa en specialist. I Sverige är det mer regel än undantag. Men även väntetider varierar kraftigt över landet. Inte sällan varierar väntetiderna också kraftigt mellan olika vårdgivare inom en och samma region. Slutsatsen av detta är att vården måste öka ansträngningarna för att samordna vården och minska den administrativa bördan för vårdpersonalen. Genomförs det kan produktiviteten öka och väntetiderna kortas.

Det saknas idag en nationell bild över vilka kompetenser som finns i hälso- och sjukvården. Det ny tillsatta nationella kompetensrådet försöker hitta vägar för att för första gången i modern tid få en bild över exempelvis hur många specialistsjuksköterskor som arbetar inom hälso- och sjukvården och vilken specialisering de har. Det saknas likaså säkra uppgifter om hur många geriatriker som arbetar inom vården, om de är dubbelspecialister eller om de arbetar heltid. Denna brist gör att vi dels inte kan bedöma utbildningsbehovet på ett adekvat sätt och dels att kompetensbrist upptäcks för sent.

Ett annat exempel på bristande samordning rör regionernas investeringar i IT och e-hälsa. Den snabba tekniska utvecklingen skapar nya möjligheter att göra vården mer tillgänglig och effektiv samtidigt som patienter får verktyg för att bli mer delaktiga i sin egen vård. Men trots att behoven är identiska i hela landet – och trots att Sverige har ambitionen att vara bäst i världen på e-hälsa – görs bara en mycket liten andel av

---

<sup>4</sup> OECD, Health at a glance Europe, 2020

<sup>5</sup> OECD, Health at a glance Europe, 2020

investeringar och utvecklingsarbete gemensamt. Jämfört med IT-utvecklingen i andra delar av samhället har regionernas utveckling varit mycket långsam.

En övervägande del av befolkningen förväntar sig att hälso- och sjukvården har digitala system som fungerar oavsett var jag söker vård. Men det är fortfarande långt ifrån självklart att en region kan skicka en digital patientjournal till en vårdgivare i en annan region. Ibland kan journalinformation inte ens utbytas digitalt inom en och samma region. Även ur ett patientperspektiv är frågan viktig. Då det ser olika ut i olika regioner hur journaler visas via 1177.

Bristande samverkan mellan regionerna och staten har gett oss ett lapptäcke av infrastruktur och tjänster som bidrar till ineffektivitet. Bristande samordning mellan regioner och myndigheter innebär att olika system byggs upp i olika delar av landet till högre kostnader än nödvändigt. Det saknas i många fall en gemensam infrastruktur som kan bidra till en smartare välfärd, exempelvis en säker digital kommunikation mellan myndigheterna och regionerna. Det saknas fortfarande en nationell e-legitimation. Kraven på regionerna att lämna uppgifter till statliga myndigheter ökar ständigt och saknar samordning. Vi har fortfarande en lagstiftning som hindrar utveckling och samverkan. Det drabbar patientsäkerheten, rättssäkerheten, arbetsmiljön och effektiviteten

Den svaga samordningen kring e-hälsa och de sekretessbarriärer som den fragmenterade region- och myndighetsstrukturen innebär gör att hälso- och sjukvården missar möjligheten att tillvarata kraften i digitaliseringen på ett ändamålsenligt sätt. Den innebär också att Sverige missar möjligheter att bli en än mer framstående forskningsnation. Sverige tillhör de länder i världens som har bäst hälsodata över patienter, men att samla och använda data för forskning är komplicerat i ett system med 21 olika ägare av data.

Regionerna har stora svårigheter att dimensionera sjukvården rationellt. Under flera decennier har det varit uppenbart att primärvården måste stärkas. En större andel av landets läkare och sjuksköterskor behöver möta patienter på våra vårdcentraler (hälsocentraler). I dagsläget är den svenska vården alldeles för sjukhustung, vilket drar ner effektiviteten och bidrar till försämrad tillgänglighet.

Men trots höga ambitioner och mycket lång tid har regionerna inte förmått att genomföra denna nödvändiga förändring. Det arbete som för närvarande pågår inom ramen för God och nära vård, är i stora stycken lovtärligt, men kommer svårligen att räcka om det inte genomförs samlat och resurssätts rätt. En utbyggd primärvård är nödvändig om vi ska få en effektiv och samordnad vård för patienterna.

I takt med att vården blir allt mer avancerad och möjligheterna att behandla allvarliga tillstånd större ökar också behovet av specialisering. För att upprätthålla och utveckla spetskunskap krävs tillräckligt stora patientunderlag för att sjukvårdspersonalen ska få den träning och erfarenhet som är nödvändig för att hålla en hög kvalitet. Då måste vården nivåstruktureras på ett sådant sätt att patienter med ett visst tillstånd behandlas på ett mindre antal specialiserade kliniker. En sådan utveckling har också skett i Sverige men inte i tillräcklig utsträckning.

Ett annat problem med dagens system är att patienter ibland bollas mellan olika vårdnivåer och insatser i syfte att minska respektive vårdnivås kostnader. Detta sker oftast inte medvetet men blir en konsekvens av underliggande incitament. Det kan handla om att patienter skrivs ut för tidigt från sjukhus och skickas tillbaka till den kommunala äldreomsorgen trots att den rätta medicinska kompetensen saknas på äldreboendet, inte sällan med återinläggning på sjukhus som följd. Det kan också handla om att insatser som skulle kunna förebygga att en patient måste läggas in på sjukhus underprioriteras, eftersom en sjukhusinläggning inte får några negativa ekonomiska konsekvenser för den kommunala äldreomsorgen. Ersättningsystemen spelar här en icke oväsentlig roll. Gränssnittet mellan sjukvården och äldreomsorgen behöver därför förbättras.

Den nationella styrning som finns i dag blir lätt otydlig. Exempelvis läggs nu ofta det viktiga arbetet med kunskapsstyrning ovanpå all annan styrning och medarbetarna har, istället för att få ett bättre kunskapsstöd i sitt arbete, fått ännu ett direktiv där det inte klarläggs vad som försvinner när det nya kommer. Den statliga utredningen Kunskapsbaserad och jämlik vård<sup>6</sup>, visade exempelvis att vården konstant måste förhålla sig till flera tusen olika dokument som syftar till att göra vården mer kunskapsbaserad och jämlik. Utredningen konstaterade vidare att trots stora ekonomiska satsningar och mängder av myndighetsdokument misslyckas regionerna med att uppnå en jämlik vård för befolkningen.

De 21 regionerna har, liksom övrig offentlig förvaltning, sedan länge en långtgående decentralisering som innebär fullt budgetansvar för varje enhet, ända ned på kliniknivå. Det har goda fördelar i syfte att hålla budget och ha nära kunskap om hur pengarna används på bästa sätt. Det har också nackdelar. Samordning ur ett patientperspektiv brukar sällan kunna göras inom varje budgetenhet utan kräver insatser från många olika delar av hälso- och sjukvården som var och en har budgetansvar. Målet om en god nära och samordnad vård för patienterna möter därför ofta motstånd i det ekonomiska styrsystemet som inte tar sikte på samordning och helhet för patienten utan resultatansvaret för enheten.

På liknande sätt är det för de insatser patienterna behöver som går utanför den egna regionens verksamheter. Det blir en budgetpost som drar resurser från enheten istället för en insats som är en del i en samordnad vårdkedja för patienten. Digitala lösningar utvecklas på bred front men har hittills mest kännetecknats av att vara solitära istället för att ingå i en samordnad process för patienten. Dessa brister gör vården ineffektiv och är sällan till gagn för patienten eller samhällsekonomin.

Dessa uppenbara problem löses dock inte med att ta bort budgetansvar eller låta verksamheter arbeta på löpande räkning. Istället krävs förmodligen en kombination av åtgärder som leder till att vården kan samordnas ur patientens perspektiv och i

---

<sup>6</sup> Statens Offentliga utredningar, SOU 2017:48

ekonomiska termer bli effektiv, så att varje krona används på bästa sätt och att patienten och hennes behov sätts i första rummet – inte systemet.

Sjukförsäkringen har genomgått stora förändringar i och med regeringens krav på i genomsnitt 9,0 dagars sjukskrivning per år. Ökningen av antalet utförsäkrade är synnerligen kraftig dock utan tydlig korrelation till bättre hälsa och arbetsförmåga utan snarare som resultat av regeringens krav till Försäkringskassan. En del av problemet ligger i vårdens långa köer och bristande tillgänglighet. Men också bristen på samordning ur patientens perspektiv.

Ansvarsutkrävandet uteblir när ingen har mandat att ta ansvar för helheten. Styrningen av offentliga verksamheter måste ge möjlighet till ansvarsutkrävande och en god möjlighet för medarbetaren att forma verksamheten utifrån den kompetens och kunskap man har, inte minst i en kunskapsintensiv verksamhet som hälso- och sjukvården.

### **3.3 Regionerna för små för modern sjukvård**

Landstingen fick ansvaret för sjukvården genom en kommunreform år 1862. Indelningen i landsting baserades i sin tur på Axel Oxenstiernas länsindelning från 1600-talet. Grundidén var att varje landsting skulle ansvara för all sjukvård för den egna befolkningen. Denna tanke har både i praktiken och teorin blivit alltmer obsolet. Även om det finns betydligt mer att göra har så kallad nivåstrukturering lett till att patienter med ovanliga men allvarliga tillstånd i ökande omfattning skickas till andra delar av landet dit specialistkompetensen koncentrerats. Det är alltså inte möjligt för någon region, allra minst de små, att hålla sig med den kompetens som krävs för att bedriva den mest avancerade vården för alla patientgrupper. Vid sidan om denna utveckling har också lagstiftningen förändrats så att patienter i högre grad fått rätt att själva välja vård utanför den egna regionen. Dessa rättigheter definieras i Patientlagen och gäller för all sjukvård som inte kräver inläggning på sjukhus över natt.

Att dagens sjukvårdsstruktur med 21 självstyrande regioner är otidsenlig och dåligt anpassad för att möta morgondagens komplexa utmaningar är ingen ny insikt. En rad statliga utredningar, alltsedan 1950-talet, har dragit slutsatsen att länen som administrativ enhet spelat ut sin roll. Bland annat den parlamentariska Ansvarskommittén – som arbetade under flera år på 00-talet – har också specifikt konstaterat att dagens regioner är för små och för olika för att på ett rationellt och effektivt sätt bedriva modern sjukvård.

Det kan vidare konstateras att samtliga statliga myndigheter som tidigare haft en regional struktur baserad på länen successivt frångått detta och istället indelat verksamheten in i större regioner – vanligen mellan fem och åtta till antalet. Det enda kvarvarande undantaget är de 21 länsstyrelserna som per definition måste finnas kvar så länge dagens länsindelning består.

Även sjukvården är sedan 1990-talet indelad i sex större sjukvårdsregioner. Sjukvårdsregionernas geografiska indelning är utformad så att varje region har (minst) ett universitetssjukhus där den allra mest högspecialiserade vården bedrivs i

kombination med forskning och utbildning. Antalet invånare varierar visserligen relativt kraftigt mellan den största och den minsta regionen. Norra sjukvårdsregionens invånarantal utgör drygt 36 procent av invånarantalet i Stockholms sjukvårdsregion.

Skillnaderna är dock än större i jämförelsen mellan dagens 21 länsbaserade regioner där invånarantalet i Region Jämtland-Härjedalen utgör drygt fem procent av invånarantalet i Region Stockholm. I jämförelse med Region Gotland har Region Stockholm 39 gånger fler invånare.

I den nuvarande regionindelningen, med 21 regioner, har storstadsregionerna alltså en betydande befolkningmässig fördel. Region Stockholm, Västra Götalandsregionen och Region Skåne täcker tillsammans mer än halva den svenska befolkningen, nära 53 procent. Resterande 47 procent av befolkningen fördelas dessutom ojämnt mellan övriga 18 regioner. Eftersom större invånarantal och därmed större patientunderlag blir en allt större konkurrensfördel i takt med kunskapsutvecklingen i sjukvården, missgynnas mindre regioner också i detta avseende.

Sjukvårdsregionerna samarbetar i viss grad kring exempelvis viss högspecialiserad vård och i viss mån även kring forskning och utbildning men formerna för- och graden av samarbete varierar över landet. Sjukvårdsregionerna agerar inte som huvudmän för sjukvården och har i det flesta fall inte ens ett eget organisationsnummer. Sammantaget är samarbetet inom sjukvårdsregionerna mycket begränsat.

### **3.4 Demokrati och förankring**

Ett vanligt argument mot att staten övertar ansvaret för sjukvården från dagens regioner är att besluten då flyttar längre från medborgarna och att den regionala demokratin därmed försvagas.

Detta resonemang förutsätter dock att väljarna är medvetna om hur regionernas styrs, vilka beslut som fattas regionalt samt vilka som fattar dessa beslut. Utan denna kunskap saknar väljarna förutsättningar för ansvarsutkrävande på rätt politisk nivå.

Forskning visar emellertid att bara en bråkdel av medborgarna har kännedom om vilka politiker som styr regionerna. Som exempel kan nämnas SOM-institutets forskningsprojekt "Slutna rum och öppna landskap", där forskarna löpande undersökte medborgarnas kännedom om de ledande politikerna i Region Skåne mellan år 2004–2015. Undersökningen visar att de ledande politikerna i genomsnitt var kända av 17 procent av väljarna. Fyra av fem medborgare var alltså obekanta med de politiker som återfanns i regionens yttersta ledning.

Resultaten ovan ska inte tolkas som ett underbetyg åt regionpolitikernas ambitioner och arbetsinsatser. Däremot kan den ses som ett kvitto på att väljarnas engagemang för och förståelse av den regionala politikens funktion och betydelse generellt sett är mycket begränsad.

Vad gäller regional demokrati och möjligheten till politiskt ansvarsutkrävande bör nämnas att en stor del av det arbete regionerna utför påverkas av processer som hanteras och kanaliseras genom Sveriges Kommuner och Regioner, SKR. Det gäller

exempelvis arbetet inom ramen för en lång rad ekonomiska överenskommelser med regeringen omfattande många miljarder, arbetet med kunskapsstyrning och vissa frågor om ersättningsystemens nivå och utformning. SKR är därmed en mycket central aktör med omfattande påverkan på den regionala realpolitiken och regionernas ekonomiska ramar. SKR är en nationell medlems- och arbetsgivarorganisation för kommuner och regioner som styrs av indirekt valda politiker. Insynen i SKR begränsas i formell mening också av det faktum att offentlighetsprincipen inte gäller ideella föreningar även om man är transparent i sin verksamhet. Allt detta sammantaget innebär uppenbara svårigheter för den genomsnittliga väljaren att överblicka den regionala politiken och att utkräva politiskt ansvar på rätt nivå. Dessutom finns en risk att de nationella satsningarna inte kommer att genomföras på ett jämlikt sätt i alla 21 regionerna.

Att väljarna tillskriver den nationella politiska nivån ett betydande inflytande över utvecklingen i sjukvården är tydligt, såväl i den politiska debatten som i resultaten från opinionsmätningar. I SOM-institutets väljarundersökning 2021 redovisas att 53% anser att staten ska ta över ansvaret för sjukvården.<sup>7</sup> Regering och riksdag har dock, med dagens organisationsmodell och bortsett från direkt lagstiftning som riskerar att inkräkta på den kommunala självstyrelsen, tämligen trubbiga verktyg för att förändra sjukvårdens funktionssätt. De uppdrag som statliga myndigheter har idag är beslutade med utgångspunkt i strukturen med självstyrande regioner. Det gör att de insatser som exempelvis statliga myndigheter gjort under pandemin för att samla och leda sjukvården knappast kan tas till intäkt för hur en nationell ledning i en reformerad organisation skulle fungera.

### **3.5 Hur andra länder organiserar sin sjukvård**

De västeuropeiska sjukvårdsmodellerna kan delas in i två huvudkategorier: försäkringsbaserade och skattefinansierade. I de försäkringsbaserade sjukvårdssystemen i Västeuropa omfattas numera i stort sett alla medborgare. Till länder med försäkringsbaserade sjukvårdssystem hör bland andra Tyskland, Nederländerna, Frankrike, Österrike och Schweiz. De skattefinansierade sjukvårdsmodellerna finns förutom i Sverige i de övriga nordiska länderna, Storbritannien, Irland, Italien, Portugal och Spanien.

I realiteten är skillnaderna mellan försäkringsbaserade och skattefinansierade modeller små när det kommer till solidarisk finansiering. Försäkringspremier baseras på inkomst vilket innebär samma typ av progressivitet som i skattefinansierade modeller.

Den starkt decentraliserade ansvarsfördelningen för sjukvården i Sverige är däremot i stort sett unik i Europa. De flesta av de länder som tidigare haft en liknande struktur har övergivit den.

Det gäller bland annat våra nordiska grannländer Norge och Danmark.

---

<sup>7</sup> SOM-institutet 2021 "Svenska trender 1998-2020" sid 44

I de flesta europeiska länderna, oavsett sjukvårdsmodell, har patienterna normalt sett en fast läkarkontakt och det finns fler vårdplatser per capita än i Sverige. Vidare är väntetiderna betydligt kortare men det är svårt att koppla tillgängligheten till val av sjukvårdssystem. Flera länder har problem med fragmentiserade system och ökande kostnader.

Norge och Danmark har genomfört sjukvårdsreformer under 2000-talet och det finns viktiga lärdomar från båda länderna avseende fast läkarkontakt, en bättre utbyggd primärvård och fungerande tillgänglighet till specialistvården.

### 3.6 Grundlagen

Det kommunala självstyret har ofta använts som argument mot en starkare statlig styrning av vården. I debatten framställs det ofta som om regeringen är förhindrad att överta uppgifter från regionerna – även om grundläggande krav i hälso- och sjukvårdslagen om en god vård på lika villkor inte uppfylls.

Istället för att överta uppgifter från regionerna eller kräva mer samarbete har staten försökt styra genom tillskott av pengar, framförallt kanaliserade via överenskommelser med Sveriges kommuner- och regioner, SKR.

Några av dessa överenskommelser har haft god effekt under en viss tid, framförallt kömiljarden. Men överenskommelser med en ideell organisation vars medlemmar inte har någon skyldighet att följa det som överenskommit har betydande nackdelar. Dels är genomförandet alltid avhängigt de 21 regionerna vilja och förmåga att genomföra nödvändiga förändringar, dels innebär vägen via SKR och de självstyrande regionerna betydande administrativa kostnader.

På senare år har dock denna doktrin börjat ifrågasättas alltmer. Bland annat den omfattande statliga utredningen "Effektiv vård" har konstaterat att statens möjligheter att ta ett fastare grepp om styrningen av sjukvården snarare begränsas av politik och praxis än av juridiken.

Den kommunala självstyrelsen är förvisso grundlagsfäst. Av Regeringsformen framgår att det "i riket finns primärkommuner och landstingskommuner" och att kommunerna får ta ut skatt för fullgörandet av sina uppgifter. Vilka dessa uppgifter är preciseras inte i grundlagen.

I förarbetena till regeringsformen (prop. 1973:90) framgår tvärtom att grundlagen inte bör precisera kommunernas uppgifter närmare utan att arbets- och befogenhetsfördelningen mellan staten och kommuner måste kunna förändras i takt med samhällsutvecklingen. Större inskränkningar i den kommunala självstyrelsen måste dock anses vara proportionerliga. Staten får alltså inte utan vidare överta uppgifter som kommunerna har goda förutsättningar att genomföra på ett adekvat sätt.

Slutsatsen av detta är att staten, utan att ändra grundlagen, kan överta hela eller betydande delar av ansvaret för sjukvården om staten finner det befogat. Det kan exempelvis ske genom förändringar av hälso- och sjukvårdslagen.

## 4. VILKEN VÅRDMODELL ÄR BÄST UTIFRÅN SVENSKA FÖRHÅLLANDEN?

Styrningen av vården betecknas enklast som överstyrt och samtidigt fragmentiserat. Vi har för många lager av styrning som medverkar till bristande effektivitet och samordning vilket drabbar patienterna. Vi behöver en nationell styrning som tar sikte på vad som ska uppnås och som sedan följer upp det på ett ändamålsenligt sätt. Dessa delar är den politiska nivåns ansvar och Patientlagen behöver förtydligas och skärpas.

Det exakta genomförandet behöver ges lösare ramar och mindre nationell styrning så att hänsyn tas till lokala förutsättningar. Det direkta mötet mellan patient och vårdgivare är centralt för att vården ska bli personcentrerad och samordnad för patientens bästa. Det kan konstateras att valet mellan ett försäkringsbaserat sjukvårdssystem och ett skattefinansierat dito framstår mer dramatiskt i debatten än det är i verkligheten. Moderna försäkringsbaserade sjukvårdssystem i Västeuropa har i stort sett lika god täckningsgrad i befolkningen som de skandinaviska skattefinansierade modellerna. Båda modellerna finansieras också solidariskt via progressiva skatter eller progressiva försäkringspremier.

Det finns dock några grundläggande skillnader som talar för att Sverige även framgent bör ha ett skattefinansierat sjukvårdssystem. Den främsta är att den specialiserade vården av historiska skäl domineras av offentliga utförare och att den naturliga konkurrensen mellan relativt jämbördiga aktörer, som är en bärande komponent i försäkringsbaserade system, är extremt omogen och därmed svår att uppnå. Det finns också en risk att konkurrensen mellan försäkringsgivare blir suboptimal avseende samverkan kring patienter i de fall där olika betalningsflöden är aktuella.

Ytterligare ett argument emot försäkringsbaserade system är att det är svårare att förklara och att många medborgare förknippar begreppet ”privat sjukvårdsförsäkring” med länder där försäkringar inte omfattar samtliga medborgare. Det finns heller ingen data som talar för att försäkringsbaserade system generellt presterar bättre - vare sig vad gäller medicinska utfall, kostnad eller tillgänglighet. Steget att gå från dagens system till ett system baserat på privata sjukvårdsförsäkringar saknar därmed relevans och är därför inte aktuellt.

Strukturreformerna i Norge (år 2001–2002) och den stora regionreformen i Danmark (år 2007) har bidragit till stora förbättringar av sjukvården. Modellerna skiljer sig åt på marginalen men grunddragen är mycket lika: Starkt statligt inflytande över beslutsfattandet, en tydligare ansvarsstruktur och väsentligt större administrativa enheter med större utvecklingskraft.

Givet att de norska och danska välfärdssystemen också på många andra sätt liknar det svenska systemet finns starka skäl att hämta inspiration från dessa länder när vi utformar principerna för en förändrad styrning av sjukvården i Sverige.



I såväl Norge som Danmark pågår dock en ständig diskussion om att regionerna alltjämt är för små. Båda länderna har också diskuterat att helt avskaffa den regionala nivån (i den norska fallet Hälsoföretagen).

Likafullt finns mycket starka argument för att det bör finnas en regional nivå i den svenska sjukvårdsförvaltningen även framgent, dock med väsentligt färre regioner än i dag. Att samla allt beslutsfattande och all drift av sjukvården till Stockholm vore varken praktiskt eller symboliskt klokt.

Det är sannolikt mest rationellt att bygga vidare utifrån de sex sjukvårdsområden som Sverige redan har. Det ger dels varje sjukvårdsområde ett eget universitetssjukhus, dels ett befolkningsunderlag som tillåter att vården bedrivs kvalitativt och effektivt.

## **4.1 Underlag för utredning om ny vårdorganisation**

En bättre styrning av hälso- och sjukvården bör ta utgångspunkt i att staten styr där det är ändamålsenligt och att verksamheterna därefter har ett bredare utrymme än idag att forma verksamheten i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen. Det är en reform med såväl centralisering som decentralisering. För att detta ska vara möjligt bör ansvaret för sjukvården överflyttas från regionerna till staten. Dock behövs fortsatt en regional organisation för planering och huvudmannaskap för offentligt driven sjukvård i respektive region samt upphandling och avtal med fristående utförare av sjukvård. De sex sjukvårdsområdena ska utgöra geografisk struktur för de nya, statligt organiserade sjukvårdsområdena. Den politiska mellannivån av direktvalda politiker tas bort och de nya sjukvårdsområdena leds av professionella styrelser.

Utredningens huvudsakliga uppdrag är därför att analysera och lämna förslag på hur en övergång till en sjukvårdsorganisation med statligt huvudmannaskap, statlig finansiering och regionala utförarorganisationer geografiskt baserade på dagens sex sjukvårdsområden kan genomföras utan onödigt dröjsmål. Den nya organisationen ska ge förutsättningar för en samordnad och personcentrerad hälso- och sjukvård till hela befolkningen. I uppdraget ingår även att utreda den framtida organisationen av den tandvård som idag bedrivs av regionerna i enlighet med Tandvårdslagen. Utredningen ska med detta som utgångspunkt analysera och föreslå en finansieringsmodell där staten tar över finansieringen av sjukvården, konsekvenser och därav nödvändiga förändringar i utjämningsystemet samt konsekvenserna av att staten tar över det arbetsgivaransvar som idag åvilar de offentliga huvudmännen i sjukvården. Utredningen ska även analysera och lägga förslag som tydliggör ansvaret för de fastigheter och den vårdinfrastruktur som regionerna äger idag.

### **4.1.1 Primärvårdens förutsättningar och organisatoriska hemvist**

Hälso- och sjukvårdsdebatten har präglats starkt av ambitionen att primärvården ska utgöra basen i verksamheten. Samtidigt har det mesta av all utveckling gått i rakt motsatt riktning: investeringar och direkta åtgärder har i stor utsträckning gått till sjukhusen och specialistvården. Belastningen på primärvården har inte stått i proportion till resurserna och tilliten till primärvården påverkas. Det måste ändras.

En välfungerande primärvård utgör basen för ett effektivt hälso- och sjukvårdssystem. Det visar forskning och internationella erfarenheter<sup>8</sup>. Genom att patienter har en fast namngiven läkarkontakt ges förutsättningar för en god relation som främjar patientsäkerhet, samordning och personcentrering. Enkelt uttryckt så fungerar hela vårdkedjan bättre när allmänläkare och patienter känner varandra. Men Sverige har en underdimensionerad primärvård jämfört med andra jämförbara länder om man ser till antalet allmänläkare per invånare, men även uttryckt i antal allmänläkare i förhållande till det totala antalet praktiserande läkare. Uppgifter i övrigt saknas men det finns anledning att tro att detsamma gäller för övriga yrkesgrupper. En tredjedel av patienterna uppger att de har en fast läkarkontakt men tillgången till en fast läkarkontakt ökar inte trots att patienter efterfrågar detta<sup>9</sup>.

Primärvården är en grundsten i den goda nära vården och måste alltså vara föremål för en långsiktig reform om den ska kunna fylla den platsen. Den goda nära vården omfattar dock många fler aktörer än regionernas primärvård och den kommunala hälso- och sjukvården behöver särskilt nämnas. Idag utgör kommunerna ca 25–30 procent av den totala hälso- och sjukvården<sup>10</sup>. De når många människor som behöver såväl kvalificerade som enklare insatser. Vården och omsorgen om de mest sjuka äldre och personer med omfattande funktionsnedsättningar är och kommer fortsatt vara en viktig del i verksamheten för såväl kommuner som regioner. Vidare utvecklas kontinuerligt den mobila vården med väldigt gott resultat.

För att komma tillrätta med detta behövs ett antal nationella beslut. Ersättningssystemen behöver vara likvärdiga, bygga på behovsstyrd vård och styra mot en samordnad personcentrerad vård. Avgiftssystemet likaså. En utbyggd primärvård styrs också genom nationella beslut om patientens rätt till en fast, namngiven, läkarkontakt och rätt att sätta tak för hur många patienter man kan ha. Då ges såväl distriktsläkare som distriktsköterskor en arbetsmiljö som är mer attraktiv och hållbar än idag. Vidare bör primärvårdens uppdrag och målsättningar regleras nationellt och resurssättas utifrån det. På så sätt kan primärvården utvecklas efter de lokala och regionala förutsättningar som råder utan detaljstyrning av hur det ska ske. Resurserna ges från den nationella nivån till de sex sjukvårdsområdena för primärvård, tandvård, mobil vård och slutenvård. Sjukvårdsområdena beslutar sen om fördelning av resurser inom sitt område.

Personer med kroniska sjukdomar uppskattas stå för 80–85 procent av sjukvårdens samlade kostnader. Omkring halva befolkningen har minst en kronisk sjukdom och cirka 25 procent har fler än en sjukdom. En stor andel av dessa patienter är äldre.

---

<sup>8</sup> Betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) liksom den statliga utredningen "Samordnad utveckling för god och nära vård" (Dir. 2017:24) beskriver skälen för att primärvården bör vara basen i sjukvårdssystemet.

<sup>9</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2021: Fast kontakt i primärvården

<sup>10</sup> SOU 2020:19 God och nära vård, sid 66

Ett framtida svenskt sjukvårdssystem måste utformas så att vården och samordningen av insatserna för personer med kroniska sjukdomar förbättras. För detta krävs en kombination av åtgärder. En av dessa handlar om att samarbetet mellan kommuner och sjukvårdsområden måste stärkas rörande patienter som får kommunala vårdinsatser, främst inom äldreomsorgen. I många jämförbara länder, däribland det så kallade fastläkarsystemet i Norge, organiseras primärvården av kommunerna vilket ger förutsättningar för ett sömlöst och smidigt arbete runt patienten.

För kroniskt sjuka och äldre med återkommande medicinska behov kan detta vara en fördel då omsorgsgivare och bassjukvården har samma huvudman. Ändå överväger nackdelarna med att överflytta ansvaret för primärvården till kommunerna. Dels för att många kommuner är små, dels för att en kommunalisering kan antas göra tjänsterna mindre attraktiva för läkare. Risker finns att detta skulle förvärra, snarare än lösa, de problem som redan finns inom primärvården. Med beaktande av detta ska utredningen lämna förslag på hur primärvården kan stärkas permanent inom ramen för en ny organisering av sjukvården.

Vi Kristdemokrater drar därför slutsatsen att framväxten av en god nära vård måste vara långsiktig, ha ett brett politiskt stöd, omfatta all hälso- och sjukvård, inklusive tandvård och kommer kräva fler medarbetare. Den nationella styrningen är nödvändig för att alla delar av vården i samtliga regioner ska färdas åt samma håll. Den nationella styrningen ska innehålla de beslut som är nödvändiga på statlig nivå och avstå från det som bättre styrs regionalt och lokalt. Beslut har tagits om primärvårdens uppdrag men det saknas beslut om fast läkarkontakt, rätt att sätta tak för hur många patienter en läkare kan ha och resurser så fler distriktsläkare och distriktsköterskor kan anställas i den omfattning som krävs. De överenskommelser som regeringen gjort med SKR är försiktiga och ger inte den styrning eller de resurser som krävs för att basen i den goda nära vården ska fungera.

Kristdemokraterna anser att en viktig utgångspunkt för en svensk primärvårdsreform måste vara att verksamhet ska förtjäna sitt förtroende. Det räcker inte med att säga att primärvården ska vara medborgarnas naturliga val av vårdinstans, eller via ramlagstiftning uteslutande definiera åtagande och ansvar. Det måste finnas en reell beredskap och kapacitet att ompröva både uppdraget, men också resurser, professionella normer och kostnadsansvar. Samtidigt som nationellt grundåtagande preciseras måste det finnas möjlighet till ett delvis annat ökat åtagande för exempelvis landsbygdens behov. Utgångspunkten ska vara att säkerställa att befolkningen i hela landet, så långt det är möjligt, ges tillgång till en jämlik, nära och patientsäker vård.

Det är viktigt att det nationella åtagandet möjliggör en uppgiftsväxling i primärvården, så att besök hos annan vårdpersonal – som exempelvis sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, kuratorer och psykologer – kan ersätta läkarbesök där så är lämpligt. Slutligen krävs ett ordnat och effektivt utnyttjande av digitala besök i primärvården. Nationella beslut om ersättningssystem och avgifter som bygger på behovsprincipen och möjliggör för digitala aktörer att vara en del i en god nära vård. Hälso- och sjukvården

ska bygga på behovsprincipen men rapporter visar att den styrningen är svag och måste stärkas<sup>11</sup>.

#### 4.1.2 Digitalisering

Digitaliseringen innebär sannolikt den enskilt största möjligheten när det gäller att effektivisera välfärden. Men även om mycket har hänt inom detta område så har utvecklingen varit fragmenterad och – i jämförelse med många andra delar av samhället – inte tillnärmelsevis lika snabb. Regionerna har inte prioriterat att samordna arbetet kring vare sig digitala vårdtjänster, journalsystem (vårdinformationssystem) eller strategiskt datadrivet utvecklingsarbete. Bristande samarbete i upphandling av nya journalsystem, oförmågan att hitta gemensamma regler för digitala vårdgivare och den skiftande tillgängligheten hos 1177 mellan olika regioner är några exempel på detta. Många lovande initiativ, såväl offentligt drivna som privata, visar att digitala verktyg kan förbättra livskvalitén för patienter och samtidigt sänka kostnader för sjukvårdshuvudmännen. Särskilt intressant är utvecklingen av digitala stöd för personer med kroniska sjukdomar som dels gör patienterna mer delaktiga i sin vård, dels ökar tryggheten för patienterna och samtidigt hjälper patienter att undvika komplikationer som skulle inneburi både mänskligt lidande och kostnader för sjukvården. Sverige har en målsättning om att vara bäst i världen på e-hälsa år 2025. Det är en bra målsättning, även om det verkliga värdet snarare bör mätas i den nytta som produkter och tjänster skapar för patienter och skattebetalare. Utvecklingsarbetet inom e-hälsa behöver ges nationell prioritet och arbetet behöver ske samordnat.

Utredningen ska mot den bakgrunden analysera och lämna förslag på hur den svenska sjukvården kan realisera digitaliseringens potential. Standarder och tekniska specifikationer för digital vårdinformation bör snarast tas fram av staten för att öka patientsäkerheten och möjliggöra ändamålsenlig hantering av hälsodata.

#### 4.1.3 Forskning, utveckling och utbildning

Sverige har i kraft av högkvalitativ sjukvård, god infrastruktur och sällsynt god tillgång till patient- och hälsodata, mycket goda förutsättningar att vara en framstående forskningsnation inom Life Science. Under senare år har Sverige dock förlorat mark i internationella jämförelser. Med en sammanhållen struktur för sjukvården, med statligt huvudmannaskap och större sjukvårdsområden, bör också förutsättningarna förbättras för att bedriva medicinsk forskning. Underlättad tillgång till forskningsdata och större patientpopulationer för kliniska studier är exempel på sådant som ytterligare bör stärka Sveriges konkurrenskraft på området.

Utredningen ska mot bakgrund av detta analysera och vid behov lämna förslag på åtgärder som kan stärka Sveriges som forskningsnation inom Life Science. Det arbete som redan pågår inom den statliga satsningen Life Science tas tillvara och riktas framförallt på genomförande.

---

<sup>11</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys Rapport 2020:7 Styra mot horisonten

Utbildningen av vårdpersonal är en kritisk faktor för ett välfungerande sjukvårdssystem. Idag är ansvaret delat mellan staten och regionerna. Staten, genom universitet och högskolor, svarar för utbildningsplatser i grundutbildningarna medan regionerna svarar för exempelvis läkares bastjänstgöring (tidigare AT) och tjänster för blivande specialistläkare (ST). Samordningen mellan regionerna kring dessa tjänster är svag och ingen har nationellt ansvar för kompetensförsörjningen inom enskilda specialiteter.

När legitimationen har erhållits så saknas det idag reglering för hur man tillförsäkrar den legitimerade yrkespersonen kontinuerlig fortbildning. Vi anser att det är nödvändigt med lagstadgad rätt till fortbildning av god kvalitet. Möjligheten till vidareutbildning bör också finnas med. Det kan handla om möjligheten att forska inom sitt område eller att lägga till en specialistfunktion inom yrket.

Utredningen ska analysera och vid behov lämna förslag på hur den nationella kompetensförsörjningen till sjukvården kan stärkas med hänsyn till behoven. Utredningen ska särskilt beakta behovet av kompetensförstärkning i primärvården, specialiteter där det råder stor brist, samt behovet av fler sjuksköterskor med specialistkompetens.

Kristdemokraterna har sedan tidigare tagit ställning för att, i samband med en övergång till statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården, samordna resurserna mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring så att resurserna kan användas mer förebyggande och effektivt.

## **4.2 Åtgärder i närtid**

### **4.2.1 Öka antalet vårdplatser**

Vi har en brist på vårdplatser. Sverige ligger i botten i hur man jämför med andra europeiska länder: 2018 hade Sverige 2 vårdplatser per 1 000 invånare. Det är lägst antal vårdplatser i hela EU. Vi har få vårdplatser och det påverkar givetvis tillgängligheten och ytterst vårdkvaliteten. Det är inget mål i sig att ha många vårdplatser. När dagkirurgi är ett bättre alternativ än inläggning ska det givetvis användas. Men ständig brist på vårdplatser leder till att patienterna inte får den vård de behöver och patientsäkerheten äventyras.

Under många år har många av Sveriges sjukhus haft närmast konstanta överbeläggningar vilket innebär att patienter vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på fysisk utformning, utrustning och bemanning. Det kan handla om att patienter vårdas i korridorer eller utlokalisering på en avdelning som saknar rätt medicinsk kompetens. Överbeläggningar och utlokaliseringar påverkar patientsäkerheten, men sätter även vårdpersonalen inför svåra etiska problem när de ska välja ut vilka patienter som ska placeras var. Den situation runt överbeläggningar som tidigare ansågs vara en sommarkris har blivit ett slags normaltillstånd vilket gjorde att utgångsläget var tufft när pandemin slog till med kraft.

Effekterna av pandemin visar att personalen snabbt kan ställa om och skapa de vårdplatser som är nödvändiga. Den kraften bör användas även tiden efter pandemin. Kristdemokraterna föreslår därför att regionerna får en prestationsbaserad ersättning när de klarar målet om maximalt 85 procent beläggning i genomsnitt varje månad under året. Genom en prestationsbaserad ersättning kan varje region/sjukhus på ett ändamålsenligt sätt göra de förändringar som är nödvändiga och ersättningen betalas ut när målen nås. Oftast är det fler sjuksköterskor som behövs för att kunna öppna fler vårdplatser. Det innebär att ersättningen för tillräckligt antal vårdplatser i stor utsträckning behöver användas för att minska kompetensbristen och bli en attraktiv arbetsgivare. En modell som vi anser bör prövas på några sjukhus i landet genom en försöksverksamhet. När vårdplatserna efter en tid byggts ut så kan den prestationsbaserade ersättningen överföras till generellt stöd.

Mitt i allt detta finns ledig kapacitet eller outnyttjad möjlighet att bygga ut kapacitet. Det är både privata och offentliga utförare som har möjlighet att göra mer. Tyvärr stoppas merparten av dessa på grund av att regionerna inte sluter avtal med dem och patienterna vet inte om den möjlighet som finns att söka öppenvård i hela landet. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har uppmärksammat bristen på information till patienterna.

Möjligheterna till sjukvård i hemmet bör också tas tillvara. Idag är det möjligt att bedriva avancerad sjukvård i hemmet för den som så önskar. ASIH är en frivillig vårdform som innebär att du kan få samma sjukvård hemma som du kan få på sjukhus. ASIH vänder sig till personer i alla åldrar. För många patienter med kronisk sjukdom kan detta vara det bästa alternativet. Även palliativ vård kan utföras i hemmet.

#### **4.2.2 Inrätta en nationell vårdförmedling**

Kristdemokraternas uppfattning är att staten inte kan acceptera en situation där vården kostar allt mer för skattebetalarna och där väntetiderna blir allt längre och därtill är extremt ojämlika över landet. Därför måste all tillgänglig vårdkapacitet frigöras för patienterna. Detta kan ske genom att patientens möjligheter att få vård hos andra vårdgivare – som har ledig kapacitet – kraftigt förstärks.

Patienter ska ges rätt att söka vård där ledig kapacitet finns. En nationell vårdförmedling ska upprättas tillfälligt för att använda tillgänglig kapacitet till de patienter som väntat olagligt länge. Staten ska sända ut förfrågan om ledig kapacitet. En sammanställning över tillgänglig vård ska upprättas. Den som väntat mer än 90 dagar på operation eller mer än 90 dagar på specialistvård ska ges möjlighet att använda denna kapacitet.

Kristdemokraterna föreslår att staten ska avsätta särskilda medel för att finansiera detta. Samverkansavtal ska skrivas med landets regioner och en eller flera regioner ska sluta avtal med den utförare (privata och offentliga) som meddelar att de har ledig kapacitet. Staten ska finansiera den vård som ges genom den nationella vårdförmedlingen.

Staten ska ta ansvar för en bred informationskampanj där patienterna ska informeras om rätten att söka vård i hela landet. Vidare ska staten ta ansvar för att tillsammans med

SKR upprätta en databas för den nationella vårdförmedlingen där tillgänglig kapacitet ska synliggöras för patienterna.

Redan idag finns tack vare Patientlagen, möjlighet för patienter att själva söka vård utanför sin egen hemregion eller hos andra vårdgivare inom regionen. Patientlagen, som utarbetades av alliansregeringen och trädde i kraft 2015, ger i teorin patienter rätt att söka vård hos alla vårdgivare som har avtal med någon region. Lagen gäller så kallad öppen specialiserad vård. Med öppen specialiserad vård menas sådan specialistvård som bedrivs i öppenvård, det vill säga utan att patienten behöver stanna över natten. Det finns dock flera allvarliga hinder. Dels får patienterna inte den information de har rätt till, dels begränsas utbudet av vård av att regionerna tecknar avtal som begränsar vårdgivarnas möjlighet att ta emot patienter.

Kristdemokraterna anser att vårdgarantin på längre sikt bör skärpas kraftigt genom att väntetiden till specialistbesök kortas till 30 dagar och väntetiden för operation eller behandling även den kortas till högst 30 dagar från medicinskt beslut. Den totala maximala väntetiden inom vårdgarantin skulle därmed nästan halveras, från dagens 183 dagar till 63 dagar. Vidare måste vårdgarantin utvecklas så att hela förloppet för patienten omfattas. Det räcker inte med en vårdgaranti för första besöket utan vårdgarantin måste förändras så att hela förloppet synliggörs.

Staten bör ta ansvar för att stärka patienternas kunskap om sina rättigheter samt för att upprätta en permanent nationell, huvudsakligen digital, vårdförmedling. Vårdförmedlingen kan hanteras av lämplig myndighet och ska sammanställa ledig vårdkapacitet samt hjälpa patienter att hitta den vård de behöver med kortas möjliga väntetid.

#### **4.2.3 Kartlägg vårdens administrativa börda**

Byråkratiseringen av hälso- och sjukvården har på goda grunder lett till stor irritation hos vårdens medarbetare. Samtidigt har detaljregleringen från statliga myndigheter – i stort och smått – påverkat snart sagt alla moment i exempelvis en läkares arbete. Det gäller allt från diagnosättning till dokumentation och val av behandling. Styrningen av hälso- och sjukvården måste vara tydlig och bygga på begripliga incitament, samtidigt som läkarnas och all annan vårdpersonals ”kliniska autonomi” bibehålls och utvecklas. Som styrningen har sett ut under en lång följd av år, är bilden den motsatta. Mer detaljstyrning och mindre möjligheter att påverka sitt arbete är ingen framgångsstrategi. Det visar inte minst tillväxten av hyrpersonal, där många valt ett friare arbetsliv.

Kartläggningar inom ramen för utredningen Effektiv vård (SOU 2016:2) visar att omfattningen av administrativa krav är betydande och att antalet administrativa krav har ökat under den senaste tioårsperioden. Utredaren pekar på att ingen har ett samlat ansvar för att bedöma om de administrativa uppgifterna är rimliga och väl avvägda när det gäller arbetsinsats kontra nytta. Det är en intressant iakttagelse som dock inte resulterar i något konkret förslag (utredningen har dock flera detaljförslag). Regeringen bör därför skyndsamt ge ett sådant uppdrag till myndigheterna.

Uppdraget bör ta sin utgångspunkt i det faktum att den samlade effekten av styrsignaler och krav sannolikt är överväldigande. Regionledningar, regeringen, Socialstyrelsen, Försäkringskassan, Inspektionen för vård och omsorg, Arbetsmiljöverket, Läkemedelsverket och SKR, för att nämna några intressenter, bidrar med en ökad detaljreglering. Var och en av dessa ser till sitt – och kan motivera beslut och krav – men i slutändan sitter läkarna och vänder papper istället för att träffa patienter.

Vi förordar en kartläggning och åtgärdsplan i varje verksamhet för att komma tillrätta med vårdpersonalens administrativa börda och dess påverkan på arbetsmiljön. Erfarenheterna från pandemin då vissa rutiner och redovisningar togs bort utan att vården och patientsäkerheten påverkades bör tas tillvara. Fler tjänstepersoner har anställts inom regionerna samtidigt som vi har brist på vårdpersonal. Varje verksamhet måste medverka till att det främst är vårdpersonal och vårdnära medarbetare som exempelvis medicinska sekreterare som anställs. Det är inom dessa områden en ökning måste ske.

#### **4.2.4 Hälsofrämjande verksamhet**

Kristdemokraterna vill förstärka det hälsofrämjande arbetet liksom rehabiliteringen. Det handlar för primärvårdens del om att ge stöd till bättre egenvård, förebygga beroendeproblematik av skilda slag och stödja ett friskare liv genom att peka på friskfaktorer i samband med primärvårdens reguljära möte med patienten. Det handlar också om att tidigt upptäcka besvär som kan leda till sjukdomar men kan förbyggas genom tidig behandling. Ett sådant exempel är förmaksflimmer där primärvården och hela den nära vården kan bidra till tidiga insatser. Andra exempel är diabetesvård och KOL där tidiga insatser och preventiva åtgärder har god effekt.

Teambaserade rehabiliteringsinsatser som sker strukturerat kan påtagligt medverka till välbefinnande för många patienter. Rehabiliterande insatser kan också verka hälsofrämjande och förebyggande. Samhällsekonomiskt torde rehabiliterande insatser vara mycket lönsamma. Även om kostnaderna för exempelvis sjukskrivning finns under annat konto i statsbudgeten, måste det offentliga klara en helhetssyn för den enskilde och bistå med rehabilitering på ett bättre sätt idag. En sådan helhetssyn ger en positiv samhällsekonomisk effekt.

Såväl regioner som kommuner behöver förbättra rehabiliteringsinsatserna. Förutom hemtagningsteamens viktiga roll för att rehabiliteringsinsatser ska komma igång efter en sjukhusvistelse vill vi att det säkerställs att det finns medicinskt ansvariga rehabiliterare, (MAR) i alla kommuner. Genom MAR bör varje kommun ta fram en handlingsplan för vad som ska göras, vem som ansvarar för vad och hur det följs upp.

Vi anser även att apoteken och dess kompetenta personal kan bidra i det förebyggande arbetet för hälsan genom att förstärka dess roll i vårdkedjan. Men det krävs att dessa uppdrag resurssätts rätt.

Egenvård har en stor potential för att få en helhet i hälso- och sjukvården. Men det kommer inte av sig själv utan kräver planerade och strukturerade insatser från samhället i stort och ifrån hälso- och sjukvården. Ohälsosamma matvanor tillsammans med



otillräcklig fysisk aktivitet är två av de största riskfaktorerna för ohälsa och för tidig död i Sverige och de relaterade folksjukdomarna är vanligare i grupper med lägre utbildning och inkomst.

Vi menar att det dels behövs förändring i samhället som främjar rörelse och motion på ett hållbart sätt för alla. Dels behövs en möjlighet till personliga hälsosamtal där vi får individuell rådgivande som utgår från våra förutsättningar. Hälsosamtal och andra hälsofrämjande insatser inom primärvården behöver utvecklas för hela befolkningen. Hälsofrämjande insatser ska bygga på forskning och ha evidens. Det kan möjliggöras genom ökade resurser och därmed fler medarbetare inom primärvården. Men också tillsammans med det civila samhället som är viktiga aktörer också i detta sammanhang.

## **5. REGIONERNA – MER ÄN SJUKVÅRD. HUR GÖR VI MED REGIONAL UTVECKLING, KOLLEKTIVTRAFIK OCH KULTUR?**

Av regionernas verksamhet är den största delen sjukvården. De icke sjukvårdsrelaterade områdena är framförallt kollektivtrafik och regional utveckling vars kostnader uppgick till drygt 13 procent av alla kostnader år 2019. 87 procent av kostnaderna var sjukvårdsrelaterade. Eftersom regionernas återstående uppgifter utgör en relativt liten andel av nuvarande regioners verksamhet och ansvar måste ansvaret och finansieringen för dessa utredas särskilt. Det är dock inte nödvändigt att en grundlagsförändring sker vid tidpunkten för statens övertagande av ansvaret för sjukvården.

Det regionala utvecklingsansvaret, kulturen och kollektivtrafiken kan organiseras och finansieras på fyra olika sätt. Kommunerna kan helt överta ansvaret, detsamma gäller staten. Vidare kan en regionalpolitisk nivå behållas med ansvar för dessa delar. Slutligen kan ansvaret flyttas till ett indirekt valt organ. Finansieringen bör då åligga staten som fördelar de ekonomiska resurserna till de nya kommunalförbunden. Dessa kan geografiskt organiseras utifrån samma indelning som de organisatoriska sjukvårdsområdena eller likt NUTS-II-områden inom EU:s hierarkiska regionindelning.

Det är lämpligt att en parlamentarisk utredning får i uppdrag att utreda hur ansvar och finansiering av regional utveckling, kollektivtrafik och kultur ska hanteras när sjukvården reformeras. Det innebär att partiet inte nu tar ställning till vilket alternativ som är mest ändamålsenligt.

I sammanhanget bör också statens ansvar för regional utveckling vid sidan av regionernas ansvar prövas. Är indelningen och uppgiftsfördelningen för de 21 länsstyrelserna optimal?

De nordiska grannländerna har organiserat det regionala utvecklingsansvaret vid en första anblick som relativt lika. Dock finns betydande skillnader vad gäller kommunsystemens uppbyggnad och kommuners ekonomi och uppgifter.

De nordiska kommunernas grunduppgifter är desamma: uppgifter relaterade till det kommunala planmonopolet, barnomsorg, grundskola, äldreomsorg och uppgifter inom det sociala området. Framförallt i Finland men även i Norge har behovet av reformer inom hälso- och sjukvården påverkat debatten om förändring av kommunstrukturen. Gymnasieskolan är ett annat område där ansvaret i Sverige ligger på kommunerna medan det i Danmark ligger på staten, i Norge på den regionala nivån och i Finland på kommunerna och på kommunalförbund. I Danmark är arbetsförmedling kommunernas ansvar, medan det i Norge, Sverige och Finland är ett statligt ansvar<sup>12</sup>.

I motsats till de svenska kommunerna har kommunerna i de övriga nordiska länderna helt eller delvis ansvar för hälso- och sjukvården<sup>13</sup>. I Danmark är ansvaret för hälso- och sjukvården uppdelat mellan kommuner och regioner så att kommunerna har ansvaret för förebyggande och rehabiliterande vård, medan regionerna ansvarar för specialistvården men med stark statlig styrning. I Finland är primär- och specialistvården kommunalt, men specialistvården förverkligas genom obligatoriska kommunalförbund.

Finland särskiljer sig genom att sakna en direktvald regional nivå, vilket gör att de istället har ett större inslag av mellankommunal samverkan än övriga nordiska länder<sup>14</sup>. I Finland är det staten som utformar den regionala policyn och fastställer nationella prioriteringar för regional utveckling.

Kulturpolitiken hanteras olika i de nordiska länderna. I Danmark ligger kulturpolitiken huvudsakligen på statlig och kommunal nivå<sup>15</sup>. Det finns också en regional nivå där kommuner samarbetar med staten om kulturpolitiken. I Finland är kulturpolitiken både starkt centraliserad och decentraliserad. Staten och kommunerna delar på ansvaret för kulturen medan i Norge finns kulturen både på statlig, regional och kommunal nivå. Här har en utredning föreslagit att en rad uppgifter ska övergå till regioner (fylken).

Kollektivtrafiken i Danmark är reglerad, där den nationella tågtrafiken i huvudsak drivs i statlig regi medan övrig kollektivtrafik hanteras under de regionala kollektivtrafikmyndigheterna<sup>16</sup>. I Norge å andra sidan har tågtrafiken traditionellt körts av det statliga järnvägsbolaget NSB. Sedan 2018 har staten delat upp landet i sex geografiska koncessioner där man tillåter konkurrens om spåren men inte på spåren<sup>17</sup>. Den finska kollektivtrafikmarknaden är reglerad för all tågtrafik. Helsingfors är den enda

---

<sup>12</sup> [http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2020/02/SOU\\_2020\\_8\\_web2.pdf](http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2020/02/SOU_2020_8_web2.pdf)

<sup>13</sup> <http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2017/05/Nordiska-kommunreformer-2000-2018-slutrapport-2018-06-27.pdf>

<sup>14</sup> [http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2020/02/SOU\\_2020\\_8\\_web2.pdf](http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2020/02/SOU_2020_8_web2.pdf)

<sup>15</sup> [https://kulturanalys.se/wp-content/uploads/2020/09/kulturpolitisk-styrning\\_webb.pdf](https://kulturanalys.se/wp-content/uploads/2020/09/kulturpolitisk-styrning_webb.pdf)

<sup>16</sup> [http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2020/04/SOU-2020\\_25-WEBB.pdf](http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2020/04/SOU-2020_25-WEBB.pdf)

<sup>17</sup> [http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2020/04/SOU-2020\\_25-WEBB.pdf](http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2020/04/SOU-2020_25-WEBB.pdf)

staden med regional tågtrafik i Finland. Övrig kollektivtrafik hanteras av respektive kommun<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> [http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2020/04/SOU-2020\\_25-WEBB.pdf](http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2020/04/SOU-2020_25-WEBB.pdf)