Riksintressen i hälso- och sjukvården

– stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur

BETÄNKANDE AV
UTREDNINGEN OM
ÖKADE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR HÅLLBARA
INVESTERINGSPROJEKT I FRAMTIDENS
HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2021:71

Riksintressen i hälso- och sjukvården

– stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur

Betänkande av Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård

Stockholm 2021

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2021:71

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2021

ISBN 978-91-525-0196-2 (tryck)
ISBN 978-91-525-0197-9 (pdf)
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Lena Hallengren

Regeringen beslutade den 17 oktober 2019 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att genom kartläggning och analys utreda hur pågående och planerade investeringsprojekt i sjukhus förhåller sig till den pågående utvecklingen av hälso- och sjukvården på nationell nivå. Syftet är att bidra till ökade förutsättningar för hälso- och sjukvårdens huvudmän och regeringen att fatta strategiska beslut om hälso- och sjukvård som svarar mot behoven ur ett nationellt perspektiv (dir. 2019:69). Regeringen beslutade den 5 november 2020 om tilläggsdirektiv genom vilket uppdraget vidgades till analys av eventuella behov av samverkan för att bidra till den nationella utvecklingen av hälso- och sjukvården, samt överväga om någon statlig aktör bör ha ett samordnande uppdrag i syfte att öka förutsättningarna för regionerna att beakta det nationella perspektivet i samband med större sjukhusinvesteringar i hälso- och sjukvården (dir. 2020:116).

Till särskild utredare förordnades den 18 november 2019 generaldirektören Sofia Wallström.

Som experter i utredningen förordnades den 14 maj 2020 direktören Ulf Bengtsson, kanslirådet Helena Cantù, projektdirektören Nils Janlöv, arkitekten och forskaren Jesper Meijling, läkaren och professorn Mef Nilbert, chefsekonomen Annika Wallenskog, departementssekreteraren Jessika Yin och biträdande enhetschefen Per-Henrik Zingmark. Den 5 november 2020 entledigades kanslirådet Helena Cantù och samma dag förordnades departementssekreteraren Carl Hogstedt som expert i utredningen. Den 12 november 2020 förordnades som experter i utredningen hälso- och sjukvårdsdirektören Martin Engström, ekonomidirektören Lars-Åke Rudin och fastighetsstrategen Hans Sandqvist. Den 15 juni 2021 entledigades departementssekreteraren Carl Hogstedt och departementssekreteraren Jessika Yin. Samma dag förordnades departementssekreteraren Carl Nilsson som expert i utredningen.

Som huvudsekreterare i utredningen förordnades den 3 december 2019 avdelningschefen Fredrik Andersson. Som sekreterare i utredningen förordnades under perioden den 9 mars till och med den 30 juni 2020 utvecklingsstrategen Tove Gemzell. Som sekreterare i utredningen förordnades den 12 mars 2020 forskningsledaren Unni Mannerheim och den 1 juli 2020 juris doktor Lars Karlander. Den 14 januari 2021 entledigades Unni Mannerheim och den 15 januari 2021 entledigades Lars Karlander. Som sekreterare i utredningen förordnades den 18 januari 2021 sakkunnige Björn Axelsson. Under perioden den 1 mars till och med 15 maj 2021 förordnades forskaren Jesper Meijling. Som sekreterare förordnades den 1 april 2021 juristen och doktoranden Tim Holappa.

Sofia Wallström svarar ensam för innehållet i betänkandet. I och med detta betänkande är uppdraget avslutat.

Stockholm i augusti 2021

Sofia Wallström

/Fredrik Andersson
Björn Axelsson
Tim Holappa

Innehåll

Sammanfattning **15**

1 Författningsförslag **27**

1.1 Förslag till lag (2023:xx) om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet 27

1.2 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 31

2 Om utredningen **33**

2.1 Utredningens direktiv 33

2.2 Utredningens arbete 34

2.3 Patientperspektivet som utgångspunkt 36

2.4 Fokus på vårdinfrastruktur som en del av hälso- och sjukvårdssystemet 37

3 Gällande rätt **39**

3.1 Ansvaret för hälso- och sjukvården 39

3.2 Regeringsformen 40

3.3 Kommunallagen 43

3.4 Hälso- och sjukvårdslagstiftningen 45

3.4.1 Hälso- och sjukvårdslagen 46

3.4.2 Organisation, planering och samverkan 46

3.4.3 Övrig lagstiftning som berör hälso- och sjukvården 48

4 Svensk hälso- och sjukvård – en lägesbeskrivning 51

4.1 Resultat och utfall inom olika områden 51
4.1.1 Medicinska resultat 51
4.1.2 Delaktighet, kontinuitet och samordning 52
4.1.3 Förtroende, tillgänglighet och väntetider 54
4.1.4 Ett ineffektivt omhändertagande av vissa patientbehov 55
4.1.5 Ett sjukhuscentrerat system 57

4.2 Pågående reformer på hälso- och sjukvårdsområdet 58
4.2.1 God och nära vård 58
4.2.2 Nationell högspecialiserad vård 62
4.2.3 Ökat patientfokus 63
4.2.4 Processperspektivet i vården allt viktigare 66

4.3 Reformarbetet i praktiken 66

5 Styrning och organisering av hälso- och sjukvården 69

5.1 Framväxten av ett nationellt hälso- och sjukvårdssystem 69

5.2 Hälso- och sjukvårdsreformer under efterkrigstiden 71
5.2.1 Den moderna hälso- och sjukvårdslagstiftningen 72
5.2.2 Nya hälso- och sjukvårdslagen 74

5.3 Dagens organisering av hälso- och sjukvårdssystemet 75

5.4 Staten, regionerna och kommunerna har ansvar 77
5.4.1 Staten 78
5.4.2 Regioner 79
5.4.3 Samverkansregioner 82
5.4.4 Kommuner 84

5.5 Styrningen av hälso- och sjukvårdspolitiken i ett större sammanhang 84
5.5.1 Planering som dominerande idé 85
5.5.2 Decentralisering som motreaktion 85
5.5.3 Marknadisering och företagisering 86
5.5.4 Samverkan och samordning 86

5.5.5 En skiftande balans mellan olika styrningslogiker 87

5.6 Mot systemsyn på hälso- och sjukvårdsområdet 90
5.6.1 Behovet av systemsyn på hälso- och sjukvårdsområdet har uppmärksammats förut 91

5.7 Tidigare stöd och styrning av investeringar 95
5.7.1 Centrala sjukvårdsberedningen 96
5.7.2 Nämnden för sjukvårds- och socialvårdsbyggnader 97
5.7.3 Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) 98
5.7.4 Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande 98
5.7.5 Övriga statliga aktörer för stöd och styrning av investeringar 99
5.7.6 Behovet av samverkan kvarstod 100

5.8 Nuvarande samarbetsstrukturer för investeringar i vårdbyggnader 101
5.8.1 Aktörer och nätverk inom fastighetsområdet 102

6 Statlig styrning inom andra sektorer 105

6.1 Riksintressen avseende hushållning med mark- och vattenområden 105
6.1.1 Mark- och vattenområden som är betydelsefulla för olika ändamål kan betraktas som riksintressen 106
6.1.2 Statliga myndigheter pekar ut och samordnar riksintressen 107
6.1.3 Kommuner redovisar samtliga riksintressen i översiktsplanen 108
6.1.4 Riksintressen ska beaktas i framtagandet av detaljplaner och områdesbestämmelser 109
6.1.5 Länsstyrelsen utövar tillsyn över kommunens beslut om detaljplaner och områdesbestämmelser 111
6.1.6 Ersättning till kommuner i vissa fall 113
6.1.7 Riksintressena har utvärderats 113

6.2 Former för att ge medborgare inflytande 115

6.3 Statens fastigheter..... 117
6.3.1 Regleringen på fastighetsområdet har förändrats över tid 117
6.3.2 Akademiska Hus AB 118
6.3.3 Specialfastigheter Sverige AB 120

7 Utmaningar för framtidens investeringar i vårdinfrastruktur 123

7.1 Den medicinska, medicintekniska och digitala utvecklingen..... 123

7.2 Kostnader och vårdtillfällen..... 127

7.3 Demografi 132

7.4 Kompetensförsörjning 134

7.5 Behovet av forskning och utbildning påverkar investeringar i vårdinfrastruktur..... 141

7.6 Vårdinfrastruktur är viktig ur ett beredskapsperspektiv.... 142

7.7 Ekonomisk lägesbild 145
7.7.1 Resultat..... 145
7.7.2 Investeringar och finansiellt sparande 147

7.8 Moderna vårdbyggnader är komplexa..... 149

8 Regionernas investeringar 153

8.1 Pågående och planerade större investeringar..... 153
8.1.1 Investeringsnivåer över tid 154
8.1.2 Investeringar i akutsjukhusen 158
8.1.3 Översikt av investeringsläget i respektive region 159
8.1.4 Investeringarnas koppling till nationella vårdreformer..... 164

8.2 Regionernas planeringsprocesser..... 167

8.3 Utmaningar med investeringar i vårdbyggnader 169

8.3.1 Utmaning 1: Svårt att veta vilka behov investeringarna ska svara mot lokalt, regionalt och nationellt ... 170
8.3.2 Utmaning 2: Brist på stöd i planerings- och genomförandeprocessen ... 176

9 Internationell utblick ... 181

9.1 Om de studerade länderna ... 181

9.2 Utmaningar med investeringar i vårdbyggnader har sedan länge adresserats på europeisk nivå ... 182
9.2.1 Europeiskt nätverk för kapitalinvesteringar i hälso- och sjukvårdstillgångar ... 184
9.2.2 Kunskapssammanställning och fallstudier om kapitalinvesteringar ... 185

9.3 Norge ... 186
9.3.1 Oberoende kvalitetsgranskning i stora investeringsprojekt ... 187

9.4 Finland ... 189
9.4.1 Investeringar i sjukhusbyggnader i Finland regleras och begränsas av en särskild lag ... 190
9.4.2 Den finska regleringen skapar förutsättningar för överblick ... 192

9.5 Danmark ... 193
9.5.1 Strukturreformen förändrade hälso- och sjukvårdssystemet i Danmark ... 193
9.5.2 Flera nya sjukhus finansieras av regionerna och staten ... 194
9.5.3 Gemensam modell för styrning av byggprojekt ... 196

9.6 England ... 198
9.6.1 England har en strategisk plan för investeringar i hälso- och sjukvårdens infrastruktur ... 198
9.6.2 En strategisk kapitalinvesteringsplan för sjukhusinvesteringar ... 199

9.7 Nederländerna 201
9.7.1 Från centralstyrning till marknadsstyrning av investeringsprojekt 202

9.8 Sammanfattande iakttagelser 202
9.8.1 Sedan länge identifierat problem i många länder 202
9.8.2 Behov av nationell överblick och planering 203
9.8.3 Förekomst av funktioner för stöd och extern granskning vid start samt monitorering under projektets gång 203

10 Analys och överväganden 205

10.1 Hälso- och sjukvård – ett nationellt intresse 205

10.2 Representanter för patienter och professioner efterfrågar tydligare nationell styrning 207

10.3 Det behövs tydligare reglering för hur regioner och kommuner ska beakta nationella intressen vid investeringar i vårdinfrastruktur 208

10.4 Investeringar i vårdinfrastruktur 212
10.4.1 Kostnaderna för vården ökar 212
10.4.2 Investeringar i vårdinfrastruktur har stor systempåverkande effekt under lång tidsperiod 213
10.4.3 Infrastrukturens betydelse för hälso- och sjukvårdens resultat 215
10.4.4 Behov av förbättrade planeringsförutsättningar och stöd i planerings- och genomförandeprocessen 216

10.5 Hamnar pengarna rätt? 219
10.5.1 Stuprör motverkar en samhällsekonomiskt effektiv resursallokering 219
10.5.2 Investeringar i vårdbyggnader och planering av hälso- och sjukvårdsverksamhet går inte i takt 220

10.5.3 Områden där det finns nationella intressen som behöver beaktas av regioner och kommuner ... 221
10.5.4 Det samhällsekonomiska perspektivet är inte tydligt ... 228
10.5.5 Samhällskostnaden för bristande helhetsperspektiv är potentiellt stor ... 230
10.5.6 Det finns intressen som behöver beaktas vid investeringar i infrastruktur för hälso- och sjukvården ... 231

10.6 Hållbara investeringar för framtidens hälso- och sjukvård ... 233
10.6.1 Allmänna överväganden ... 233
10.6.2 Statens styrning inom hälso- och sjukvårdsområdet behöver stärkas ... 238
10.6.3 Samverkan och samordning är viktigt men inte tillräckligt ... 239
10.6.4 Att utöka samverkansregionernas uppgifter är inte ändamålsenligt ... 241
10.6.5 Samrådsplikt mellan stat och region är ineffektivt ... 243
10.6.6 En nationell investeringsstrategi har begränsade effekter ... 245
10.6.7 Statligt stöd för investeringar i vårdinfrastruktur löser inte de identifierade problemen ... 246

11 Förslag ... 249

11.1 Fyra förslag för en nationell vårdinfrastruktur ... 249

11.2 En reglering om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet ... 250
11.2.1 En lag om riksintressen i hälso- och sjukvården för genomslag i kommunala och regionala beslut ... 250
11.2.2 Riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet bestäms och preciseras av regeringen och statliga myndigheter ... 253

11.2.3 Socialstyrelsen ska samordna riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet 257
11.2.4 Företrädare för patienter och professioner ska involveras..... 258
11.2.5 Kommuner och regioner behåller beslutanderätten men reglerna om riksintressen är tvingande..... 260
11.2.6 En statlig myndighet utövar tillsyn över riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet... 261
11.2.7 En genomförandekommitté tillsätts med uppdrag att precisera och genomföra uppdrag till myndigheterna..... 265
11.2.8 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser 266

11.3 Utveckla gemensamma definitioner och standarder för vårdbyggnadsområdet 267

11.4 Ett statligt fastighetsbolag för hälso- och sjukvården stärker det nationella perspektivet ytterligare 271

11.5 Stärk förutsättningarna för kunskapsuppbyggnad inom området vårdinfrastruktur 274

12 Konsekvenser av utredningens förslag 277

12.1 En reglering av riksintressen..... 277
12.1.1 Förslaget i korthet..... 277
12.1.2 Konsekvenser för ansvarsfördelningen mellan stat, region och kommun..... 278
12.1.3 Ekonomiska konsekvenser..... 279
12.1.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen..... 284

12.2 Utveckla gemensamma definitioner och standarder på vårdbyggnadsområdet 285
12.2.1 Förslaget i korthet..... 285
12.2.2 Konsekvenser för ansvarsfördelningen mellan stat, region och kommun..... 286
12.2.3 Ekonomiska konsekvenser..... 286
12.2.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen..... 288

12.3 Ett fastighetsbolag för hälso- och sjukvården 289
12.3.1 Förslaget i korthet 289
12.3.2 Konsekvenser för ansvarsfördelningen mellan stat, region och kommun 289
12.3.3 Ekonomiska konsekvenser 290
12.3.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen 291

12.4 Stärk förutsättningarna för forskningen inom området vårdinfrastruktur 291
12.4.1 Förslaget i korthet 291
12.4.2 Konsekvenser för ansvarsfördelningen mellan stat, region och kommun 291
12.4.3 Ekonomiska konsekvenser 291
12.4.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen 293

12.5 Övriga konsekvenser (samtliga förslag) 293

13 Författningskommentar 295

13.1 Förslaget till lag om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet 295

13.2 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 302

Referenser 303

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2019:69 321

Bilaga 2 Kommittédirektiv 2020:116 327

Bilaga 3 Hur samordnas strukturomvandlingen av hälso- och sjukvården med behov av investeringar i vårdbyggnader? 331

Bilaga 4 Sjukhusbyggandets beståndsdelar: brister och möjligheter 367

Sammanfattning

Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård har i uppdrag att genom kartläggning och analys utreda hur pågående och planerade investeringsprojekt i sjukhus förhåller sig till den pågående utvecklingen av hälso- och sjukvården på nationell nivå. Syftet är att bidra till ökade förutsättningar för hälso- och sjukvårdens huvudmän och regeringen att fatta strategiska beslut om hälso- och sjukvården som svarar mot behoven ur ett nationellt perspektiv. Utredningen ska även analysera samverkan och vid behov lämna förslag på kostnadseffektiv och ändamålsenlig samverkan för nationell utveckling. Syftet är att öka förutsättningarna för att de större sjukhusinvesteringar som genomförs regionalt bidrar till den nationella utvecklingen av hälso- och sjukvården och till ökad ändamålsenlighet och samhällsekonomisk effektivitet. Utredningen ska vidare överväga om någon statlig aktör bör ha ett samordnande uppdrag och lämna förslag på hur ett sådant uppdrag kan utformas.

Investeringar på en historiskt hög nivå förknippade med stora utmaningar

Regionerna har under de senaste åren investerat i storleksordningen 15 till 20 miljarder kronor årligen i fastigheter, varav huvuddelen utgörs av sjukhusfastigheter. Den totala summan för regionernas nu pågående och beslutade investeringar i akutsjukhusen uppgår enligt utredningens beräkningar till drygt 100 miljarder kronor.

Bakgrunden till att det i dag genomförs stora investeringar i regionerna är att en stor del av beståndet av vårdfastigheter, framförallt sjukhusen, är uppförda under 1960- och 70-talen. Byggnader vars tekniska livslängd nu kräver ersättningsinvesteringar. Dessa historiskt stora

investeringar genomförs samtidigt som det pågår en omställning av hälso- och sjukvården med ökad koncentration av högspecialiserad vård och utveckling av den nära vården.

Utredningens direktiv anger att utredningen ska kartlägga och analysera större sjukhusinvesteringar. Utredningens kartläggning och analys av investeringarna har lett fram till ett ställningstagande om att i den fortsatta analysen se sjukhus som en av flera vårdbyggnader. Därtill kommer att det i dag saknas en gemensam definition av sjukhus och olika typer av sjukhus. Begreppet akutsjukhus kan till exempel ha olika betydelse såväl inom som mellan regioner. Den medicinska och medicintekniska utvecklingen påverkar även behoven av olika vårdbyggnader över tid. Reformer av typen god och nära vård samt en ökad koncentration av högspecialiserad vård är andra exempel på skeenden som påverkar och som bedöms påverka framtida lokalbehov. Mot denna bakgrund menar utredningen att fokus behöver vidgas från sjukhusen till det vidare begreppet vårdbyggnader. En byggnad kräver teknik och utrustning som svarar mot verksamhetens behov för att det ska vara en vårdbyggnad. Tillsammans med den systemsyn som utredningen menar är nödvändig pekar detta på vikten av att analysera vårdinfrastrukturen som en helhet. Det vill säga den infrastruktur som utgörs av olika typer av vårdbyggnader tillsammans med teknik och utrustning.

Utredningens bedömning är sammanfattningsvis att analysen måste riktas mot vårdinfrastrukturen i stort och hur enskilda investeringar i såväl olika typer av vårdbyggnader som teknik och olika val av tekniska lösningar bidrar till en sammanhållen vårdinfrastruktur. En nationellt sammanhållen vårdinfrastruktur är en förutsättning för ett effektivt hälso- och sjukvårdssystem som har förmåga att svara mot befolkningens behov och förväntningar, såväl under normala förhållanden som i krissituationer.

Vad ska investeringarna svara mot?

Utredningen har identifierat flera utmaningar vid beslut, planering och genomförande av investeringar i hälso- och sjukvården. Den största utmaningen, huvudfrågan, är vad en tänkt investering ska svara mot för behov. Utöver att svara mot behovet av hälso- och sjukvård inom regionen måste investeringar som genomförs i regionerna svara

mot den nationella utvecklingen av hälso- och sjukvården och bidra till ökad ändamålsenlighet och samhällsekonomisk effektivitet. Det förutsätter att enskilda investeringar svarar mot nationella målsättningar och reformer. Det gäller dels målet i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, dels behov som behöver uppfyllas för att säkerställa en långsiktig hållbar utveckling av hälso- och sjukvården. Exempel på det är hälso- och sjukvårdens beredskap, kompetensförsörjning, forskning och utbildning, samt digital kommunikation. En förutsättning för att det som genomförs i regionerna svarar mot nationella behov är att regionala planer och strategier för lokaler och fastigheter svarar mot nationella mål och reformer. Utredningen konstaterar att förekomsten av sådana regionala strategier och planer varierar. Resultatet är att kopplingen till den nationella nivån är alltför svag och i flera fall obefintlig.

Utredningen kan vidare konstatera att det i dag saknas nationell överblick över vilka investeringar som genomförs, vad de avser och hur de bidrar till att nå målen för hälso- och sjukvården. Regionernas samverkan om investeringar varierar över landet och när samverkan förekommer rör det sig främst om informationsutbyte om investeringsplaner. Utredningen har inte funnit några beskrivningar om att det sker en systematisk gemensam planering och prioritering mellan regioner, till exempel inom samverkansregionerna.

Vårdinfrastrukturen är systempåverkande för lång tid framöver. Byggnader, inklusive digital utrustning, är dimensionerande för kapaciteten och utvecklingen av hälso- och sjukvården. Pågående strukturomvandling, såsom utveckling av nära vård samt ökad koncentration av högspecialiserad vård påverkar lokalbehoven. Trots detta har lokalfrågorna kommit i skymundan. I dagsläget finns inget svar på frågan om hur pågående sjukhusinvesteringar stödjer omställningen till nära vård och koncentrationen av högspecialiserad vård.

Utredningens kartläggning och analys, samt de fördjupande studier som utredningen låtit göra, visar att det saknas tydliga kopplingar mellan beslutade investeringar i vårdinfrastruktur och den pågående omställningen av vården. En bidragande förklaring är de långa planeringshorisonterna i fastighetsprojekt. Flera projekt började planeras långt innan staten initierade omställningen till nära vård. Å andra sidan är behovet av ökat fokus på primärvården inte något nytt. Hälso- och sjukvården beskrivs dessutom ofta som organisk där den medicinska utvecklingen medför ständiga förändringar av var i vårdsystemet olika

insatser genomförs. Utredningen konstaterar att kopplingen mellan den långsiktiga fastighets- och lokalplaneringen och vårdverksamheten är alltför svag.

Utredningen bedömer att det på övergripande nivå finns en tydlighet från statens sida kring inriktningen av nationella reformer, vilket ger vissa förutsättningar för regionernas planering. Däremot saknas tydlighet från staten gällande genomförandet och gemensamma utgångspunkter för lokalanvändning, vilket medför att det finns en osäkerhet i regionerna om effekter på lokalbehoven, samt att regionerna arbetar parallellt med frågan. Osäkerheten hanteras av regionerna på olika sätt. Utredningen har mött två dominerande metoder. Dels att i möjlig mån skjuta vissa investeringar framåt i tiden, dels att bygga generellt och flexibelt. Att bygga flexibelt är emellertid en ambition som i uppföljningar visat sig utmanande att realisera i tillräcklig grad.

Genomförande av investeringar

Stora investeringsprojekt medför utmaningar för regionerna. Sjukhusbyggen är som regel mycket stora och komplicerade projekt som medför utmaningar för alla regioner, så kallade megaprojekt. Inom forskningen används uttrycket megaprojektens järnlag ”over budget, over time, over and over again” för att illustrera komplexiteten. Ett exempel som belysts från flera håll under senare år är Nya Karolinska Solna (NKS). Ett projekt av sådan omfattning att Region Stockholm, trots sin storlek och kapacitet, valde att genomförda det genom OPS (offentlig-privat samverkan) för att hantera de risker detta megaprojekt bedömdes medföra. Även mindre investeringsprojekt är komplexa sällanhändelser, och därmed utmanande.

Staten avvecklade under slutet av 1900-talet det tidigare mycket starka statliga engagemanget och styrningen av investeringar i vårdbyggnader. Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande (NUU) och Nämnden för socialvårdens och sjukvårdens byggnader (NSB) avvecklades och lagstiftning om byggnadstillstånd slopades. Det fanns goda skäl att genomföra förändringar på området och utredningen föreslår inte att dessa organisationer ska återupprättas. Inte desto mindre innebar avvecklingen att det uppstod en lucka när dessa statliga kunskapsorganisationer avvecklades.

Regionerna samverkar på flera olika sätt och inom olika organisationer som till exempel Fastighetsrådet som är regionernas FoU-fond för fastighetsfrågor samt nätverket Forum vårdbyggnad. På regionalt initiativ har även Centrum för vårdens arkitektur (CVA) bildats vid Chalmers i huvudsak finansierat genom regionala medel. Samarbete sker även inom ramen för Program för Teknisk Standard (PTS) och PTS-forum.

Utredningens kartläggning visar emellertid att detta inte svarar mot behoven i regionerna. Avsaknad av gemensamma projektmodeller medför att regionerna tenderar att göra olika. Avsaknad av enhetlig terminologi försvårar kommunikation mellan projekt och därmed gemensam erfarenhetsuppbyggnad. Det finns i dag inte någon ordnad erfarenhetsåterföring mellan genomförda projekt. Det saknas vidare en gemensam kunskapsuppbyggnad och kunskapsbank. Detta resulterar i att i den mån det finns en erfarenhetsåterföring mellan projekt sker det på ad hoc-basis och det är till exempel arkitekter, byggkonsulter och entreprenörer som bidrar med denna. En relativt utbredd uppfattning i regionerna, som utredningen mött, är att det gemensamma arbete som sker inom PTS inte resulterar i produkter, till exempel typrumsbeskrivningar, som är tillräckliga för att appliceras i det egna projektet. Detta innebär att PTS-dokument i stället för att fungera som standardlösningar i regionerna används som utgångspunkt för ett eget standardiseringsarbete i regionen. Resultatet blir att regionerna tenderar att upprepa samma arbete gång på gång i varje nytt projekt.

Vårdinfrastrukturen behöver svara mot befolkningens behov av och förväntningar på framtidens hälso- och sjukvård

I det korta perspektivet är vårdinfrastrukturen i det närmaste statisk och sätter ramar för vårdverksamheten och dess utveckling. I ett längre perspektiv krävs därmed utveckling av vårdinfrastrukturen för att svara mot aktuella behov i befolkningen och ge förutsättningar för utveckling. Vid sidan av den medicinska utvecklingen står hälso- och sjukvården inför en rad utmaningar vilka förutsätter stöd av vårdinfrastrukturen för att kunna mötas.

Befolkningsutveckling

Befolkningsutvecklingen medför förändrade behov såväl genom tillväxt som genom förändrad åldersstruktur. Befolkningen som helhet växer vilket medför att vårdverksamheter behöver expandera. Samtidigt finns exempel på områden där befolkningsunderlaget minskar. Gruppen äldre ökar vilket ger ökat vårdbehov. Äldre ökar även som andel av befolkningen vilket leder till stigande försörjningskvot det vill säga att relativt sett färre kommer att behöva producera och finansiera hälso- och sjukvård till flera.

Beredskap

Covid-19-pandemin har tydligt visat på behovet av ett aktuellt beredskapsperspektiv och hur den befintliga vårdinfrastrukturen begränsar förutsättningarna för vårdverksamheten. Det ligger inte i denna utredning uppdrag att utreda hälso- och sjukvårdens beredskap. Utredningen kan dock konstatera att sjukhus och andra vårdlokaler tillsammans med övriga delar i vårdinfrastrukturen skapar förutsättningar för vårdverksamheten såväl under normala förhållanden som i kris.

Tidigare och pågående utredningar på beredskapsområdet bekräftar denna bild och pekar samtidigt på att det saknas sammanhållen beredskapsplanering som omfattar planering av förmågor gällande såväl medicinska kriser som till exempel covid-19-pandemin som för en krigssituation. Den beredskap som byggs upp i regionerna bygger på den egna regionens bedömningar av vilka förmågor som krävs. Detta resulterar i att förmågorna varierar över landet.

Kompetensförsörjning

Befolkningsutvecklingen kommer att ytterligare bidra till utmaningen med bemanning och kompetensförsörjning som hälso- och sjukvården upplever i dag. Det råder för närvarande brist på personal inom flera vårdyrken och bristen förväntas öka för flera av dessa yrken under de kommande åren. Prognoser från SCB och Universitetskanslersämbetet (UKÄ) visar att antalet utbildade behöver öka kraftigt för att klara kompetensförsörjningen under de kommande 15 åren. UKÄ har meddelat att sjukvårdshuvudmännen bör förbereda sig på

en situation där de inte kommer att ha tillgång till högskoleutbildad personal som krävs enligt nuvarande prognoser. Den framtida vårdinfrastrukturen behöver vara anpassad till en sådan situation, annars riskerar en del av de moderna vårdplatser regionerna nu investerar i att stå tomma av patientsäkerhetsskäl.

Nationella reformer

Behovet av vårdinfrastruktur påverkas av nationella reformer, såsom nära vård och koncentration av högspecialiserad vård. Utvecklingen med en större geografisk rörlighet för patienter, inklusive mer vård i patientens hem, kräver en sammanhängande vårdinfrastruktur, fysisk och digital, som stödjer hela vårdförloppet. Utredningens kartläggning och analys, tillsammans med de fördjupade studier som utredningen låtit göra, visar ett svagt eller obefintligt helhetsperspektiv mellan nationella reformer och investeringar i vårdinfrastrukturen.

Regeringens ambitioner på life science-området är också ett uttryck för reformbehov som kräver nationell styrning och samordning gällande vårdinfrastruktur. Genomförandet av precisionsmedicin förutsätter ett sammanhållet och personcentrerat system, hela vägen från den mest avancerade vården till den nära vården, oberoende av geografiska och administrativa gränser. Nya behandlingsmetoder förutsätter nationellt definierade processer med lokal och enhetlig implementering och tillsyn, till exempel komplicerad diagnostik som helgenomsekvensering eller beslutsstödda AI-modeller.

Forskning och utbildning

En hämmande faktor för möjligheterna att öka antalet utbildad personal är tillgången till platser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU). Det råder i dag brist på VFU-platser och lärosätena anger att denna brist hämmar ökning av vissa vårdutbildningar där det finns studentunderlag. En ökning av antalet VFU-platser kräver tillgång till såväl handledarresurser inom vården som till lokaler anpassade för utbildning inom vården.

Traditionellt är forskningen beroende av vårdverksamheten som studiemiljö. En hälso- och sjukvård i framkant förutsätter nära relation med forskningen. De senaste årens utveckling av individuellt

utformade behandlingar är ett tydligt exempel då vårdverksamheten utvecklats genom tillgång till såväl kompetens som utrustning och datorkraft i forskningsmiljöer. För att få ut maximalt ur detta symbiotiska förhållande krävs dock att vårdinfrastrukturen utformas med hänsyn till forskningens behov vad gäller till exempel tillgång till lokaler och digital kapacitet.

Digital infrastruktur

Digitaliseringen är viktig ur ett vårdinfrastrukturperspektiv. Digitala lösningar förväntas få effekter på behovet av vård i fysiska lokaler. Utvecklingen av digitala verktyg som stödjer vårdinsatser måste därför beaktas vid planering av framtidens vårdinfrastruktur.

Dagens fragmentiserade digitala struktur skapar hinder för vårdens utveckling. Bristen på gemensamma standarder för de digitala strukturer som byggts upp i regionerna medför hinder för effektiv digital kommunikation. Ett aktuellt exempel från covid-19-pandemin är fördröjningar i insamling av testdata från laboratorier. Data som annars skulle kunna samlas in i realtid. Hälsodata och sammanhållna journaler bedöms ha en stor potential att bidra till en bättre och säkrare vård, ökad tillgänglighet och stärkt patientautonomi. Behandling av stora mängder hälsodata från individer är viktigt för metodutveckling och kvalitetssäkring av vården. Det skapar även möjligheter för mer individbaserad vård.

Systemperspektiv i hälso- och sjukvården

Sjukhusinvesteringar är systempåverkande för hälso- och sjukvården och behöver tillsammans med övrig vårdinfrastruktur betraktas och behandlas ur ett helhetsperspektiv. Nationella intressen som har betydelse för vårdinfrastrukturens förmåga att svara mot befolkningens behov av och förväntningar på hälso- och sjukvård behöver beaktas i beslut som påverkar vårdinfrastruktur, tillsammans med lokala och regionala intressen.

Det måste stå klart vad och hur en enskild investering bidrar till vårdinfrastrukturen och hälso- och sjukvårdens förmågor i såväl normala tider som i kris så att god vård på lika villkor för hela befolkningen kan upprätthållas. I sammanhanget kan nämnas att Sverige i ett

internationellt perspektiv förefaller avvika i att denna typ av beslut om vårdinfrastruktur är helt regionala. I våra nordiska grannländer har staten någon form av roll i beslut eller kontroll i frågor som gäller investeringar i infrastruktur för hälso- och sjukvården.

Den samhällsekonomiska kostnaden av bristande vårdinfrastruktur är potentiellt mycket hög. Ett vanligt argument i sammanhanget är det kommunala självstyret. Att stärkt statlig styrning är olämplig eller omöjlig, och att det enda alternativet skulle vara förstatligande. Denna utredning lämnar förslag som innebär ett nytt alternativ för hälso- och sjukvården, i form av reglering som används inom andra samhällsområden för att säkerställa nationella intressen i kommunala beslut. Det är utredningens bedömning att långsiktigt hållbara regler som träffar kommunala och regionala beslut, med en fungerande nationell kontrollmekanism, är en nödvändig åtgärd för att lösa de problem som utredningen redovisar.

Utredningens förslag

Mot bakgrund av den redovisade problembilden lämnar utredningen fyra förslag som syftar till att säkerställa att nationella intressen beaktas i beslut om investeringar i vårdinfrastruktur. Förslagen behandlar ökad helhetssyn, ökad effektivitet genom gemensamma definitioner och standarder, systematisk erfarenhetsuppbyggnad, samt stärkt kunskapsuppbyggnad. Utredningen föreslår:

- Stärkt statlig styrning genom definierade riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet som ska beaktas vid regionala och kommunala beslut som påverkar vårdinfrastruktur.
- Reglering av interregional samverkan i utveckling av standarder på vårdbyggnadsområdet.
- Systematisk erfarenhetsuppbyggnad och en sammanhållen fastighetsstruktur genom ett statligt ägt bolag för vårdfastigheter, eventuellt med regionalt delägande.
- Ökat statligt stöd till forskning inom området vårdinfrastruktur.

Stärkt statlig styrning genom definierade riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet

En lag om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet införs. Regioner och kommuner ska vid beslut som påverkar hälso- och sjukvårdens infrastruktur beakta riksintressena. Regeringen bemyndigas att besluta om på vilka områden det finns riksintressen. Ett antal statliga myndigheter utses med uppdrag att precisera riksintressena, bland annat avseende beredskap, kompetensförsörjning, nationella reformer, forskning och utbildning, samt digital infrastruktur. Representanter för patienter och professioner ska involveras.

Socialstyrelsen ges ett samordnande ansvar för riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet. En tillsynsmyndighet granskar att riksintressena beaktas av regionerna och kommunerna. Om riksintressena inte beaktas i tillräcklig grad ska tillsynsmyndigheten upphäva det regionala eller kommunala beslutet eller förelägga regionen eller kommunen att vidta lämpliga åtgärder.

Lagen föreslås träda i kraft den 1 juli 2023.

En genomförandekommitté tillsätts med uppdrag att precisera de förslag och åtgärder som behövs för att regleringen ska kunna genomföras.

Utveckla gemensamma definitioner och standarder för vårdbyggnadsområdet

I hälso- och sjukvårdslagen införs en bestämmelse om att regioner ska samverka med andra regioner i frågor om planering och utveckling av vårdens lokaler. Syftet med samverkan är att bidra med kunskapsöverföring mellan regioner. Samverkan ska särskilt ta sikte på att producera standardiserade definitioner och modeller för planering och utveckling av vårdens lokaler. Genom bestämmelsen förtydligas regionernas befintliga samverkansansvar genom att det i lagen anges att i frågor om planering av vårdens lokaler ska regioner samverka sinsemellan. Förändringen ska träda i kraft den 1 juli 2022. Arbetet ska med syfte att säkerställa öppenhet, transparens och att alla relevanta intressen beaktas bedrivas i enlighet med regelverken för befintliga standardiseringsorganisationer.

Ett statligt fastighetsbolag för hälso- och sjukvården stärker det nationella perspektivet ytterligare

En organisationskommitté tillsätts för att detaljera och i erforderlig utsträckning genomföra de praktiska förutsättningarna för att överföra ägandet av befintliga lokaler för hälso- och sjukvården helt eller delvis från regionerna till ett statligt ägt bolag som uppdras att ansvara för att hälso- och sjukvårdsverksamheten bedrivs i ändamålsenliga lokaler. Ett regionalt delägande kan övervägas.

Genom ett sammanhållet ägande av vårdfastigheter skapas förutsättningar för att jämna ut villkoren mellan regionerna och möjliggöra för regionerna att fullt ut fokusera på vårdverksamheten. De finansiella riskerna förknippade med investeringar i vårdinfrastruktur kommer inte att belasta regionerna. I kraft av sin storlek kommer bolaget att ha en stark ställning när det gäller att attrahera finansiering. Dagens situation med svag eller obefintlig kunskapsöverföring mellan olika investeringsprojekt skulle ersättas med ett bolag där infrastruktursatsningar på hälso- och sjukvårdsområdet inte är sällanhändelser. Regionerna kommer i stället från dagens situation hyra vårdinfrastruktur av bolaget, eller (som i dag) från privata fastighetsbolag.

Ökat statligt stöd till forskning inom området vårdinfrastruktur

Staten stärker området vårdinfrastruktur genom ytterligare forskningsmedel, samt övertar ansvaret för finansiering av Centrum för vårdens arkitektur (CVA) vid Chalmers tekniska högskola. Förstärkningen är en del i en helhet som omfattar utredningens övriga förslag gällande nationell normering genom riksintressen, utveckling av standarder i vårdbyggnadsinvesteringar samt ökad samordning mellan investeringsprojekt i ett statligt bolag.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag (2023:xx) om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet

Härigenom föreskrivs följande.

1 kap. Lagens innehåll och syfte

1 § Denna lag innehåller bestämmelser om hur riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet bestäms och samordnas av staten, om kommuners och regioners skyldighet att beakta riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet och om tillsyn.

2 § Riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet är intressen av nationell betydelse för att uppnå målet i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

2 kap. Riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet och statliga myndigheters samordning

1 § Regeringen får meddela föreskrifter om på vilka områden det finns riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet. Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet i övrigt.

2 § Socialstyrelsen ska samordna riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet och verka för att de beaktas i beslutsfattandet hos kommuner och regioner.

Socialstyrelsen ska ställa samman och till kommuner och regioner tillhandahålla de utredningar, nationella behovsöversikter och annat planeringsunderlag som har betydelse för riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet.

Socialstyrelsen ska på begäran från en kommun eller region skriftligen lämna vägledning om hur riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet bör beaktas i ett beslut.

3 § Företrädare för patienter och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska ges möjlighet att delta i myndigheternas arbete enligt detta kapitel. Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter om formerna för deltagandet och om deltagandet i övrigt.

3 kap. När riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet ska beaktas

1 § Riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet ska beaktas av kommuner och regioner vid beslut som påverkar hälso- och sjukvårdsinfrastruktur.

Med hälso- och sjukvårdsinfrastruktur avses fastigheter, byggnader och anläggningar för hälso- och sjukvård, medicinteknisk utrustning samt digital infrastruktur.

4 kap. Tillsyn

1 § Tillsyn enligt detta kapitel utövas av den myndighet som regeringen bestämmer.

2 § När en kommun eller region fattat ett beslut enligt 3 kap. 1 § som har en påtaglig systempåverkande effekt på hälso- och sjukvården eller på ett eller flera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet, ska kommunen eller regionen skicka ett meddelande om detta till tillsynsmyndigheten.

Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter om vilka beslut som omfattas av första stycket.

3 § Ett meddelande enligt 2 § ska innehålla ett protokollsutdrag med beslutet samt underlag som visar hur riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet beaktats i beslutet.

Meddelandet ska skickas senast dagen efter att det protokoll som innehåller beslutet justerats.

4 § Tillsynsmyndigheten ska besluta att överpröva kommunens eller regionens beslut enligt 2 § om beslutet kan antas innebära att ett eller flera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet inte beaktats i tillräcklig utsträckning.

Tillsynsmyndigheten ska inom fem veckor från att ha fått meddelande enligt 2 § besluta om tillsynsmyndigheten ska överpröva kommunens eller regionens beslut.

5 § Tillsynsmyndigheten ska upphäva kommunens eller regionens beslut enligt 2 § om kommunen eller regionen inte beaktat ett eller flera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet i tillräcklig utsträckning. Tillsynsmyndigheten ska beakta alla relevanta omständigheter i sitt beslut, i förekommande fall även innehållet i sådan vägledning som lämnats av Socialstyrelsen enligt 2 kap. 2 § tredje stycket.

Beslut enligt första stycket ska fattas inom två månader efter tillsynsmyndigheten beslutat att överpröva ett beslut enligt 4 § om inte längre tid är nödvändig med hänsyn till ärendets omfattning eller andra särskilda omständigheter.

6 § Tillsynsmyndigheten ska följa utvecklingen av riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet. Om tillsynsmyndigheten får kännedom om en omständighet som kan antas innebära att ett riksintresse på hälso- och sjukvårdsområdet inte beaktas i tillräcklig utsträckning av en kommun eller region får tillsynsmyndigheten inleda en utredning.

7 § Om tillsynsmyndigheten i en sådan utredning som avses i 6 § finner att ett eller flera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet inte beaktas i tillräcklig utsträckning av en kommun eller region, ska tillsynsmyndigheten förelägga kommunen eller regionen att vidta de åtgärder som krävs för att riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet ska beaktas i tillräcklig utsträckning om det inte är uppenbart obehövligt.

Ett föreläggande enligt första stycket får förenas med vite.

8 § Kommuner och regioner är skyldiga att på tillsynsmyndighetens begäran lämna över handlingar och annat material samt lämna de upplysningar som tillsynsmyndigheten behöver för sin tillsyn enligt detta kapitel.

Tillsynsmyndigheten får förelägga kommunen eller regionen att lämna vad som begärs. Ett föreläggande får förenas med vite.

9 § Beslut enligt 5 § och förelägganden enligt 7 och 8 §§ får överklagas av kommunen eller regionen till allmän förvaltningsdomstol.

Beslut enligt 4 § och beslut om att inleda en utredning enligt 6 § får inte överklagas.

10 § Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter om formerna för tillsynen enligt denna lag.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2023.

1.2 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Härigenom föreskrivs att 7 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
7 kap.	
7 §	
I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.	
	I frågor om planering och utveckling av vårdens lokaler ska regioner samverka med varandra. Samverkan ska särskilt inriktas mot att ta fram standardiserade definitioner och modeller för planering och utveckling av vårdens lokaler.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2022.

2 Om utredningen

2.1 Utredningens direktiv

Utredningens direktiv (dir. 2019:69) beslutades vid regeringssammanträdet den 17 oktober 2019. Enligt direktiven ska den särskilde utredaren genom kartläggning och analys utreda hur pågående och planerade investeringsprojekt i sjukhus förhåller sig till den pågående utvecklingen av hälso- och sjukvården på nationell nivå. Syftet är att bidra till ökade förutsättningar för hälso- och sjukvårdens huvudmän och regeringen att fatta strategiska beslut om hälso- och sjukvård som svarar mot behoven ur ett nationellt perspektiv.

Utredaren ska

- kartlägga de större investeringsprojekt i sjukhus som pågår och som planeras inom landstingen,
- analysera hur dessa investeringsprojekt förhåller sig till den pågående utvecklingen av hälso- och sjukvården på nationell nivå, och
- analysera samverkan samt hur denna kan bidra till den nationella utvecklingen av hälso- och sjukvården och till ökad samhällsekonomisk effektivitet.

Den 5 oktober 2020 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv (dir. 2020:116). I och med tilläggsdirektivet utvidgades uppdraget och utredningstiden förlängdes. Enligt direktivet ska utredaren även

- analysera större sjukhusinvesteringars beståndsdelar och komplexitet och eventuella behov av samverkan för att bidra till den nationella utvecklingen av hälso- och sjukvården,
- analysera för- och nackdelar med, inklusive konsekvenserna av, olika former av samverkan, till exempel mellan stat och regioner liksom mellan regioner, och vid behov lämna förslag på ändamåls-

enlig och kostnadseffektiv samverkan för nationell utveckling. Syftet är att öka förutsättningarna för att de större sjukhusinvesteringar som genomförs regionalt bidrar till den nationella utvecklingen av hälso- och sjukvården och till ökad ändamålsenlighet och samhällsekonomisk effektivitet. Utredaren ska särskilt beakta behovet av att hålla de administrativa kostnaderna vid samverkan på låg nivå, och

- överväga om någon statlig aktör, och i så fall vilken, bör ha ett samordnande uppdrag och vid behov lämna förslag på hur ett sådant uppdrag kan utformas, i syfte att öka förutsättningarna för regionerna att beakta det nationella perspektivet i samband med större sjukhusinvesteringar i hälso- och sjukvården.

2.2 Utredningens arbete

Utredningen startade i praktiken under våren 2020 samtidigt som smittspridningen av covid-19 utvecklades till en pandemi. Utredningens kontakter med huvudmän och andra aktörer har därför skett i den utsträckning som varit möjlig givet regionernas pressade situation under pandemin. Regeringen utsåg under maj 2020 en expertgrupp att bistå utredningen.

Utredningen knöt utöver expertgruppen till sig en referensgrupp bestående av regionföreträdare och tjänstemän från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), nominerad av regionerna och SKR.[1] Dialog i referensgruppen har förts såväl bilateralt som i grupp. I samband med att utredningen fick tilläggsdirektiv utökades expertgruppen med tre regionföreträdare från referensgruppen. Därefter har arbetet i referensgruppen avtagit.

Expertgruppens arbete har framför allt organiserats genom inledande bilaterala diskussioner följt av fem expertgruppsmöten. På grund av covid-19-pandemin har dessa möten med expertgruppen genomförts digitalt.

Utredningen har även haft dialog med en rad andra aktörer såsom statliga myndigheter, statliga utredningar, olika nätverk och andra organisationer som har en roll eller kompetens i utredningens frågor. Utredningens dialoger omfattar Boverket, Socialstyrelsen, Myndigheten

[1] Referensgruppen utgjordes av en regiondirektör, en hälso- och sjukvårdsdirektör, en ekonomidirektör, en fastighetsstrateg samt två tjänstemän från SKR.

för samhällsskydd och beredskap (MSB), Karolinska Institutet, Uppsala universitet, Chalmers Tekniska Högskola, Akademiska hus och Specialfastigheter.

Vidare har dialog förts med representanter för professionerna från följande organisationer, Fysioterapeuterna, Kommunal, Sveriges läkarförbund, Vision, och Vårdförbundet.

Dialoger med representanter för patienter har förts med följande organisationer, Forum Spetspatient, Funktionsrätt Sverige, Nätverket för psykisk hälsa, Nätverket mot cancer, Pensionärernas riksorganisation (PRO), Riksförbundet HjärtLung och Svenska ödemförbundet. Utredningen har även haft dialoger med utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09), Coronakommissionen (S 2020:09) och Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S 2020:12).

Utredningen har fört dialog med regionerna i olika fora bland annat inom ramen för olika nätverk på fastighetsområdet där regionerna är aktiva till exempel vid Aktörsnätverkets möten och vid Nationella Fastighetsrådet. Dialog har även förts med Biobank Sverige och Genomic Medicine Sweden. Dialoger med SKR har bland annat förts med styrelsens arbetsutskott, ledningsgruppen, Sjukvårdsdelegationen, Fastighetsrådets styrelse och Regiondirektörsnätverket. Därutöver har utredningen fört dialog med enskilda regioner till exempel Beredningen för strategiska sjukvårdsinvesteringar i Region Skåne.

Utredningen har mottagit skriftliga yttranden som inspel till utredningens analys från följande organisationer: Forum spetspatienter och Nätverket mot cancer, Sjukhusläkarna, Fysioterapeuterna, Vision, Sveriges läkarförbund, medicinska fakulteten vid Uppsala universitet, Karolinska institutet samt ett gemensamt yttrande från de medicinska fakulteterna undertecknat av dekanus eller motsvarande vid Göteborgs universitet, Karolinska Institutet, Linköpings universitet, Lunds universitet, Umeå universitet, Uppsala universitet och Örebro universitet.

En enkät till regionerna angående pågående och planerade investeringar har utgjort ett viktigt underlag för den kartläggning som utredningen haft i uppdrag att genomföra. Enkäten har genomförts tillsammans med SKR och Centrum för vårdens arkitektur (CVA) vid Chalmers. En enkät ligger även till grund för den internationella utblick som presenteras i kapitel 9. Utredningen har vidare låtit genomföra två externa studier som redovisas i sin helhet i bilaga till

detta betänkande. Experten i utredningen, arkitekten och fil. dr. Jesper Meijling har genomfört fördjupade studier av fyra större investeringsprojekt i sjukhus (Meijling, 2021). En forskargrupp vid Uppsala universitet, ledd av professor Ulrika Winblad har genomfört en studie av hur omställningen av hälso- och sjukvården samordnas med investeringar i vårdbyggnader (Winblad m.fl., 2021).

2.3 Patientperspektivet som utgångspunkt

Målet för hälso- och sjukvården är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad, tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet. Vården ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig (prop. 2015/16:1, utg. omr. 9, s. 32, bet. 2015/16:SoU1, rskr. 2015/16:102). Därtill är syftet med patientlagen (2014:821) att stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och integritet inom hälso- och sjukvårdsverksamhet. Patientens ställning på hälso- och sjukvårdsområdet är således väl etablerad i lagstiftningen. Det är därför naturligt att denna utredning, som i huvudsak handlar om sjukhusinvesteringar, och hur sådana investeringar förhåller sig till utvecklingen av hälso- och sjukvården på nationell nivå samt möjligheterna till samverkan om sådana investeringar, också tar sin utgångspunkt i patienternas behov.

I utredningens arbete ska patientperspektivet brytas mot andra perspektiv som har betydelse för vilken vård patienten kan erbjudas, till exempel offentligrättsliga principer om samverkan mellan olika nivåer från det allmännas sida, kommunal självstyrelse och regionalpolitisk hänsyn.

Den pågående strukturomvandlingen och reformeringen som ger en fingervisning om framtidens hälso- och sjukvård, syftar i mångt och mycket till att förbättra hälso- och sjukvården ur ett patientperspektiv. En viktig målsättning med omställningen till god och nära vård (prop. 2019/20:164, bet. 2020/21:SoU2, rskr. 2020/21:61) är att den ska bli mer anpassad till individens behov. En viktig drivkraft för ökad koncentration och nivåstrukturering är förbättrad kvalitet och en mer jämlik vård för invånarna oavsett var i landet man bor (prop. 2017/18:40, bet. 2017/18:SoU18, rskr. 2017/18:176). I utvecklingen av hälso- och sjukvården är patienten och individen allt oftare utgångspunkt, vilket till exempel rörelsen mot en personcen-

trerad vård och etableringen av begreppet spetspatienter visar. Styrningen och organiseringen av hälso- och sjukvården behöver stödja denna utveckling, så även de investeringar som görs. För att hälso- och sjukvården ska kunna utvecklas i en riktning som förbättrar för patienter, behöver investeringarna skapa goda förutsättningar för det och inte tvärtom låsa in verksamheten i föråldrade eller ineffektiva strukturer.

Inom forskningsfältet vårdarkitektur är patientperspektivet en drivande kraft. Det finns numera mycket forskning som visar på arkitekturens betydelse för hälsan, både ur ett patientperspektiv och ur arbetsmiljöhänseende. I den initiala planeringen av projekt är patientperspektivet också ett av flera perspektiv som beställaren har att utgå ifrån. Investeringar är dock föremål för en lång och komplicerad process som involverar många aktörer och discipliner och som kräver väl utvecklade samverkansformer och en ändamålsenlig styrning för att resultatet ska bli bra.

2.4 Fokus på vårdinfrastruktur som en del av hälso- och sjukvårdssystemet

Utredningen har valt att anlägga ett systemperspektiv på utredningsuppdraget, vilket innebär att såväl resonemang som förslag huvudsakligen berör hälso- och sjukvårdssystemet och styrningen av investeringar som en del av systemet. Detta till skillnad från hur enskilda investeringsprojekt eller enskilda sjukhus bör utformas eller styras. Utredningens fokus rör vårdinfrastruktur som en del av hela hälso- och sjukvårdssystemet.

Systemsynsättet sätter fokus på hur de olika delarna i ett system interagerar. Deming (1993) framhåller att det är sambandet mellan delarna som bygger upp ett värdeskapande system och att alltför stor uppmärksamhet på de enskilda delarna gör systemet dysfunktionellt. Av detta följer att vitaliteten i systemet som helhet beror på hur väl delarna samverkar. Om till exempel återkopplingen från en resurs till en annan begränsas kommer systemet som helhet att begränsas. En viktig insikt som följer av synsättet är att det sällan är de svagt presterande resurserna som utgör problemet, utan problemet handlar oftare om systemfel och hur systemet låter resurser interagera (Fransson m.fl., 2019).

Applicerat på investeringar blir således frågan om samverkan mellan olika nivåer och mellan huvudmän av stor betydelse. Detsamma gäller förhållningssättet till byggnaden. Utredningens direktiv anger att utredningen ska kartlägga och analysera större sjukhusinvesteringar. Utredningens kartläggning och analys av dessa investeringar, som redovisas i betänkandet, har bekräftat vikten av att se sjukhus som en av flera vårdbyggnader, samt vårdinfrastrukturen som en del av hela hälso- och sjukvårdssystemet.

Det saknas i dag en gemensam definition av sjukhus och olika typer av sjukhus. Akutsjukhus kan till exempel ha olika betydelse såväl inom som mellan regioner. Den medicinska och medicintekniska utvecklingen påverkar även behoven av vårdbyggnader över tid. Reformer av typen god och nära vård samt en ökad koncentration av högspecialiserad vård är exempel på skeenden som påverkar och som bedöms påverka framtida lokalbehov.

Mot denna bakgrund menar utredningen att fokus behöver vidgas från sjukhusen till det vidare begreppet vårdbyggnader. En byggnad kräver teknik och utrustning som svarar mot verksamhetens behov för att det ska vara en vårdbyggnad. Tillsammans med den systemsyn som utredningen menar är nödvändig pekar detta på vikten av att analysera vårdinfrastrukturen som en helhet. Det vill säga den infrastruktur som utgörs av olika typer av vårdbyggnader tillsammans med teknik och utrustning.

Utredningens bedömning är att detta innebär att analysen måste riktas mot vårdinfrastrukturen och hur enskilda investeringar i såväl olika typer av vårdbyggnader som teknik och olika val av tekniska lösningar bidrar till en sammanhållen vårdinfrastruktur. Regionerna och kommunerna är huvudmän för hälso- och sjukvården och har genom detta ett ansvar att tillsammans uppfylla målen för hälso- och sjukvården i hälso- och sjukvårdslagen om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vårdinfrastrukturen ger förutsättningarna för vårdverksamheten. Den skapar möjligheter men också begränsningar för vilken vård som kan beredas befolkningen. Detta har inte minst blivit uppenbart under covid-19-pandemin som medfört stora påfrestningar på hälso- och sjukvårdssystemet. Det är utredningens bedömning att en nationellt sammanhållen vårdinfrastruktur är en förutsättning för ett effektivt hälso- och sjukvårdssystem som har förmåga att svara mot befolkningens behov under såväl normala förhållanden som i kris.

3 Gällande rätt

I det här kapitlet beskrivs det regelverk som är relevant för regioners och kommuners investeringar i vårdinfrastruktur och utredningens uppdrag i övrigt. Inledningsvis beskrivs kort hur ansvaret för hälso- och sjukvården är fördelat mellan stat, region och kommun. Därefter beskrivs grundlagsreglerade frågor avseende den kommunala självstyrelsen och på vilka sätt lagstiftaren kan besluta om kommunala befogenheter och åligganden. Därefter behandlas frågor om kommunal organisation, samverkan och beslutsfattande innan regelverket som gäller kommuners och regioners ansvar för hälso- och sjukvården redogörs för. Fokus ligger på regeringsformen (1974:152), RF, kommunallagen (2017:725), KL, och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, men även andra lagar som har betydelse för hälso- och sjukvården behandlas.

3.1 Ansvaret för hälso- och sjukvården

Den rättsliga regleringen av hälso- och sjukvården består av ett stort antal lagar, förordningar och föreskrifter som tillsammans bildar det regelverk som hälso- och sjukvården behöver förhålla sig till. Regleringen på området behandlar en rad olika frågor såsom ansvarsfördelning mellan olika aktörer, hälso- och sjukvårdens organisation, planering och utförande, patienters ställning och patientsäkerhet. Staten har ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvården som kommer till uttryck genom en rad åtaganden, främst i form av normgivning, tillsyn och finansiering. Ansvaret för utförandet av hälso- och sjukvården ligger enligt gällande regelverk framför allt hos regioner, men även kommuner ansvarar för viss hälso- och sjukvård.

Regioner och kommuner bedriver enligt RF alla sina angelägenheter, inklusive hälso- och sjukvården, på den kommunala självsty-

relsens grund. Det innebär dock inte att regioner och kommuner är helt fria att bestämma i frågor om hälso- och sjukvård. I stället agerar regioner och kommuner inom ramen för det rättsliga regelverk som lagstiftaren beslutat om. Gränserna för det regionala och kommunala självbestämmandet bestäms således genom att lagstiftaren reglerar befogenheter och åligganden för regioner och kommuner, något som kan förändras över tid.

3.2 Regeringsformen

Det allmänna ska enligt 1 kap. 2 § andra stycket RF verka för goda förutsättningar för hälsa. Vilka offentliga organ som ansvarar för hälso- och sjukvården är dock inte grundlagsreglerat utan framgår primärt av vanliga lagar. Ansvaret för utförandet av hälso- och sjukvården ligger hos regioner och kommuner, som behandlas vidare nedan. Att regioner och kommuner finns och är centrala i det svenska statsskicket framgår av RF. Den kommunala självstyrelsen har en central ställning i Sverige och utgör en viktig del i det demokratiska systemet. Av 1 kap. 1 § andra stycket RF framgår att den svenska folkstyrelsen vid sidan av ett representativt och parlamentariskt statsskick förverkligas genom kommunal självstyrelse. Sverige har även ratificerat Europakonventionen om kommunal självstyrelse. Konventionen är inte svensk lag, men konventionens innehåll motsvaras främst av regleringen i RF om den kommunala självstyrelsen och av bestämmelser i KL (Lundin och Madell, 2021).

Att Sverige är indelat i kommuner på lokal och regional nivå framgår av 1 kap. 7 § RF. Kommuner på regional nivå benämns i övrig lagstiftning som regioner. Utöver dessa bestämmelser är det framför allt regelverket om normgivningsmakten i 8 kap. RF samt regelverket om kommunerna i 14 kap. RF som reglerar grunderna för den kommunala självstyrelsen och hur kommunernas och regionernas verksamhet ska regleras.

Grunderna för landets indelning i kommuner och regioner och den kommunala självstyrelsen är således grundlagsreglerad i RF. Däremot är varken regionindelningen eller detaljer kring ansvarsfördelningen mellan staten och kommuner och regioner reglerad i grundlag. I förarbetena till RF anfördes att det varken är lämpligt eller möjligt att precisera en kommunal självstyrelsesektor i grundlagen då förhål-

landet mellan staten och kommuner och regioner präglas av en helhetssyn där dessa aktörer samverkar på olika områden för att nå gemensamma samhälleliga mål. I takt med att samhället förändras måste också ansvarsfördelningen mellan stat och kommun kunna ändras (prop. 1973:90, KU 1973:26, rskr. 1973:265, KU 1974:8, rskr. 1974:19). Detta innebär att riksdagen kan lägga till, ändra, och ta bort åligganden och befogenheter för kommuner och regioner utan att ändra RF. Hur sådana förändringar ska göras finns det bestämmelser om i 8 och 14 kap. RF.

Av 8 kap. 2 § 3 RF framgår att föreskrifter som gäller grunderna för kommunernas (inklusive regionernas) organisation och verksamhetsformer, för den kommunala beskattningen, kommunernas befogenheter i övrigt samt deras åligganden ska meddelas genom lag. Enligt 8 kap. 3 § RF får dock riksdagen i lag bemyndiga regeringen att meddela föreskrifter på detta område, med vissa undantag, exempelvis föreskrifter om skatt. Om riksdagen bemyndigat regeringen att meddela föreskrifter på ett visst område, kan riksdagen enligt 8 kap. 10 § RF också medge att regeringen i sin tur bemyndigar en statlig myndighet att meddela föreskrifter. Vid bemyndiganden till regeringen bör de hänsyn som den kommunala självstyrelsen kräver beaktas, bemyndiganden bör därför ske med försiktighet och inte göras vidare än nödvändigt (prop. 2009/10:80). Enligt 12 kap. 4 § RF får vidare förvaltningsuppgifter överlämnas till kommuner.

Ytterligare reglering om kommunerna finns i 14 kap. RF. Kapitlet innehåller övergripande bestämmelser om grunderna för kommunernas verksamhet samt viss precisering om den kommunala självstyrelsen. I 14 kap. 1 § RF fastslås att den kommunala beslutanderätten utövas av valda församlingar. Av 14 kap. 2 § RF följer att kommunerna sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse samt övriga angelägenheter som bestäms i lag på den kommunala självstyrelsens grund. Av bestämmelsen framgår alltså att kommuner och regioner bland annat sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse. Detta tar sikte på sådana angelägenheter som kommuner och regioner själva kan ta initiativ till och som tar sin utgångpunkt i det lokala eller regionala allmänintresset och som preciseras i KL. Denna initiativrätt kan också sägas vara kärnan i den kommunala självstyrelsen (prop. 1973:90). Därtill sköter kommuner och regioner även sina övriga angelägenheter som bestäms i lag på den kommunala självstyrelsens grund. Det innebär att all kommunal verksamhet

som är särskilt reglerad i olika lagar sköts på den kommunala självstyrelsens grund (prop. 2009/10:80). Det tar framför allt sikte på sådana åligganden som staten ålagt kommunerna.

Inom detta område ryms många olika verksamheter som är specialreglerade i lag, vilket hälso- och sjukvården är ett exempel på. Att kommuner och regioner sköter sådan verksamhet på den kommunala självstyrelsens grund innebär inte att kommuner och regioner är helt fria i dessa verksamhetsgrenar. Lagar och andra föreskrifter anger såväl skyldigheter för kommuner och regioner som övriga ramar för verksamheten. Utrymmet för kommunalt och regionalt självbestämmande är således mindre inom dessa specialreglerade områden än på det område som grundar sig på det lokala eller regionala allmänintresset. Hur detaljerade reglerna är och hur stort utrymmet för lokala och regionala skillnader är varierar mellan de olika verksamheterna. Regelverkens innehåll och därmed det reella utrymmet för kommunalt och regionalt självbestämmande är också möjligt att förändra över tid, vilket också är avsikten med dagens reglering i RF.

Av 14 kap. 3 § RF följer vidare att inskränkningar i den kommunala självstyrelsen ska vara proportionerliga. Det innebär att inskränkningar i den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett inskränkningen. Om flera alternativ finns för att nå samma mål bör det alternativ som lägger minst band på kommunerna väljas (prop. 2009/10:80). Kort efter att bestämmelsen infördes utformade Statskontoret på uppdrag av regeringen underlag för hur proportionalitetsprincipen kan tillämpas (Statskontoret, 2011a). Enligt Statskontoret består proportionalitetsbedömningen av två grundläggande komponenter. Det ena är en analys av vilka konsekvenser förslag till ny lagstiftning får för den kommunala självstyrelsen. Det andra är en avvägning mellan de kommunala självstyrelseintressena och de nationella intressen som förslaget ska tillgodose.

Utformningen i RF är således tänkt att säkerställa att den kommunala självstyrelsen beaktas vid beslut som innebär inskränkningar i den kommunala självstyrelsen. Den slutliga bedömningen av hur en proportionalitetsbedömning faller ut görs dock av riksdagen i samband med att den tar ställning till förslaget. Riksdagen har då att ta ställning till om förslaget är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett inskränkningen av den kommunala självstyrelsen. Innan riksdagen fattar beslut som innebär åligganden för kommuner ska

Lagrådet enligt 8 kap. 21 § 5 RF höras. Lagrådets bedömning utgör en del av underlaget när riksdagen tar ställning till ett förslag.

Den kommunala självstyrelsen är alltså en för statsskicket viktig princip och grunderna för den kommunala självstyrelsen är reglerade i RF. De exakta gränserna för ansvarsfördelningen mellan stat och kommun och region och det reella utrymmet för kommunalt självbestämmande är dock inte grundlagsreglerade. I stället ställer en lång rad lagar och föreskrifter upp åligganden och andra skyldigheter för kommuner och regioner. Innehållet i och omfattningen av dessa åligganden och skyldigheter kan variera över tid, något som regleringen i RF också medger.

3.3 Kommunallagen

Den rättsliga regleringen avseende kommuners och regioners angelägenheter, organisation och verksamhet i övrigt återfinns i olika lagar. I kommunallagen (KL) regleras grunderna för kommunernas och regionernas organisation, beslutsfattande, befogenheter och angelägenheter med mera. I 1 kap. 2 § KL anges att kommuner och regioner på demokratins och den kommunala självstyrelsens grund ska sköta de uppgifter som stadgas i KL eller annan författning.

Av 2 kap. KL framgår ett antal bestämmelser som ringar in kommuners och regioners angelägenheter. I kapitlet regleras kommuners och regioners allmänna kompetens, vilken innebär att kommuner och regioner får ta hand angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller regionens område eller medlemmar. Av 2 kap. KL framgår vidare ett antal principer som ringar in kommunernas och regionernas allmänna kompetens. Kommunernas och regionernas befogenheter utökas även med stöd av annan lagstiftning eller annan författning. Det kallas ofta den specialreglerade kompetensen. Exempel på ett område där det finns sådan specialreglering är hälso- och sjukvården.

Kommun- respektive regionfullmäktige har som utgångspunkt enligt 14 kap. 1 § RF beslutanderätten i kommuner respektive regioner. Av 3 kap. KL framgår att fullmäktige har möjlighet att besluta om hur kommunen ska organiseras i nämnder och andra organ. KL stadgar att kommunen respektive regionen ska tillsätta en styrelse

samt de nämnder som behövs för att fullgöra kommunens eller regionens uppgifter enligt lag eller annan författning.

Enligt 5 kap. 1 § KL ska kommun- eller regionfullmäktige besluta i ärenden av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt för regionen, däribland mål och riktlinjer för verksamheten samt budget, skatt och andra viktiga frågor. Det är således fullmäktige som fattar grundläggande beslut om större investeringar i nya eller befintliga sjukhus medan det ofta är nämnder och förvaltning som sedan genomför dem. Innan ett ärende avgörs av fullmäktige ska det enligt 5 kap. 26–38 §§ KL beredas. Beroende på vad ärendet gäller ställer KL upp olika krav på beredning. Beslutanderätten får, beroende på vad det rör, delegeras till nämnder och i vissa fall anställda, något som regleras i 5–7 kap. KL. Regioner och kommuner får också lämna över skötseln av kommunala angelägenheter till privaträttsliga aktörer, 10 kap. KL.

KL innehåller därutöver bestämmelser om samverkan mellan kommuner och regioner. Tre typer av samverkan regleras i 9 kap. KL. Det rör sig om kommunalförbund, gemensamma nämnder samt avtalssamverkan. Ett kommunalförbund bildas genom att de ingående kommunerna eller regionernas fullmäktige beslutar om en förbundsordning, 9 kap. 1 § KL. Ett kommunalförbund är en egen juridisk person dit kommunerna överlämnar skötseln av de kommunala eller regionala angelägenheter de ingående kommunerna väljer.

En gemensam nämnd bildas genom att fullmäktige beslutar om det, 9 kap. 19 § KL. Genom en gemensam nämnd får två eller fler kommuner och regioner fullgöra sådana uppgifter som kommunala och regionala nämnder annars ansvarar för. Till skillnad från ett kommunalförbund som är en juridisk person är en gemensam nämnd en del av de ingående kommunernas organisation, 9 kap. 20 § KL.

Bestämmelser om avtalssamverkan finns i 9 kap. 37–38 §§ KL. Avtalssamverkan innebär att en kommun eller region genom att ingå ett avtal bestämmer att en kommunal uppgift helt eller delvis ska utföras av en annan kommun eller en annan region.

Enligt 11 kap. 1 § KL ska regioner ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet. Ett liknande krav ställs upp i 4 kap. 1 § HSL där det stadgas att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.

3.4 Hälso- och sjukvårdslagstiftningen

Staten har ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvårdssystemet. Staten ställer genom lagstiftning upp krav på vilken vård som ska ges och ramarna för dess organisation. Statliga förvaltningsmyndigheter har även ansvar för att utfärda bindande[1] och vägledande[2] normer, att utöva tillsyn[3] samt att koordinera och samordna[4]. Staten beslutar också om vilken vård som ska vara den nationellt högspecialiserade vården (7 kap. 5 § HSL samt 2 kap. hälso- och sjukvårdsförordningen [2017:80]). Staten har även det primära ansvaret för forskning och utbildning på vårdområdet genom de statliga universiteten. Staten har ansvar på krisberedskapsområdet där bland annat Socialstyrelsen och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har uppdrag. Slutligen bidrar staten med betydande finansiering på vårdområdet genom generella[5] och specialdestinerade[6] statsbidrag.

Utförandet av hälso- och sjukvård ansvarar dock genom 8 och 12 kap. HSL regioner och kommuner för. Att regioner och kommuner enligt HSL är skyldiga att erbjuda hälso- och sjukvård innebär alltså att det är en av staten ålagd obligatorisk uppgift för kommuner och regioner. Utöver HSL finns en rad andra lagar och föreskrifter på hälso- och sjukvårdsområdet som kommuner och regioner behöver beakta. Detta innebär att staten genom lagstiftning och andra beslut har åtaganden och intressen i samt ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvårdssystemet medan kommuner och regioner ansvarar för utförandet.

[1] Se till exempel 8 kap. hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) om Socialstyrelsens föreskriftsmakt.
[2] Se till exempel förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.
[3] Se till exempel 7 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659) om Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn.
[4] Se till exempel 7a § och 9 § 3 förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.
[5] Generella statsbidrag delas ut utifrån lagen (2004:773) om kommunalekonomisk utjämning. År 2018 bidrog staten med knappt 30 miljarder kronor till regionerna och drygt 70 miljarder kronor till kommunerna. Prop. 2019/20:1 utg.omr. 25 avsnitt 2.4.4.
[6] Som exempel kan nämnas läkemedelsförmånerna som 2018 uppgick till 27 miljarder kronor. Prop. 2019/20:1 utg.omr. 25 avsnitt 2.4.3. Se även till exempel förordning (2020:193) om statsbidrag till regioner och kommuner för att ekonomiskt stödja verksamheter inom hälso- och sjukvård respektive socialtjänst till följd av sjukdomen covid-19.

3.4.1 Hälso- och sjukvårdslagen

Den rättsliga regleringen för hälso- och sjukvården har varierat över tid. Dagens lagstiftning är resultatet av ett antal olika reformer. Regelverket karaktäriseras av decentralisering där lagstiftningen pekar ut över övergripande mål och sätter ramarna för verksamheten. Av 3 kap. 1 § HSL framgår att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. I HSL regleras också att kommuner och regioner som huvudmän för hälso- och sjukvården är skyldiga att erbjuda hälso- och sjukvård (8 och 12 kap. HSL).

Som lag beskrivs HSL beskrivs ofta som en ramlag (prop. 2016/17:43). Det betyder att HSL ger regioner och kommuner frihet att organisera vården efter lokala och regionala förhållanden med beaktande av gällande lagar och andra föreskrifter. Regleringen för hälso- och sjukvården, även i HSL, innehåller dock en hel del regler som är mer detaljerade. Avseende planering av hälso- och sjukvården innehåller lagen få skrivningar om den statliga styrningen medan exempelvis bestämmelserna om avgifter i 17 kap. HSL är på en mycket detaljerad nivå. Utrymmet för kommunalt och regionalt självbestämmande är således olika stort avseende olika delar i regleringen. Därtill kommer att det finns bestämmelser i en rad lagar och föreskrifter som på olika sätt påverkar hälso- och sjukvården och dess infrastruktur. Utrymmet för kommunalt självbestämmande på hälso- och sjukvårdsområdet varierar alltså såväl över tid som gällande olika frågor.

3.4.2 Organisation, planering och samverkan

Genom HSL har regioner och kommuner ålagts det primära ansvaret för hälso- och sjukvårdens utförande. 7 kap. HSL ställer upp vissa krav på organisation, planering och samverkan i den hälso- och sjukvård som regionerna bedriver. Motsvarande bestämmelser för den hälso- och sjukvård som kommunerna bedriver finns i 11 kap. HSL. Det finns inga detaljerade bestämmelser i HSL som direkt berör investeringar i vårdinfrastruktur. Av 5 kap. 2 § HSL framgår att där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Av 7 kap. 4 § HSL framgår vidare att det för sådan hälso- och sjukvård som kräver intagning vid vårdinrättning ska det finnas sjukhus. Vad som avses med sjukhus, eller vilka hänsyn som ska tas vid inrät-

tande av nya sjukhus, eller ändringar och nedläggningar av befintliga sjukhus, regleras inte i HSL. I stället är det upp till regionerna att med beaktande av framför allt vårdbehovet hos de som omfattas av regionens ansvar precisera detta (jfr 7 kap. 2 § HSL).

Därutöver är det framför allt det i 7 kap. 2 § HSL utpekade ansvaret för regionerna att planera hälso- och sjukvården som är relevant för investeringar. Motsvarande bestämmelse för den vård som kommunerna bedriver finns i 11 kap. 2 § HSL. Regioner och kommuner ska planera hälso- och sjukvården utifrån vårdbehovet hos dem som omfattas av regionernas respektive kommunernas ansvar med beaktande av den vård som erbjuds av andra vårdgivare. Regionerna ska därtill planera hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls.

Enligt 7 kap. 2 a § HSL ska vården organiseras så att den kan ges nära befolkningen, men den får koncentreras om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl. I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regioner och kommuner enligt 7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § HSL därtill samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. I frågor om hälso- och sjukvård som berör flera regioner ska regionerna samverka enligt 7 kap. 8 § HSL. Exempel på sådan vård är regional högspecialiserad vård (prop. 1981/82:97Hur samverkan enligt bestämmelserna ska gå till är inte reglerat. Det står varje region och kommun fritt att välja hur och i vilka frågor som samverkan ska ske. Detta är en följd av den kommunala självstyrelsen och utformningen av bestämmelserna i KL om samverkan som redogörs för ovan. För hälso- och sjukvård som berör fler regioner finns också samverkansregioner. Nationell högspecialiserad vård får enligt 7 kap. 5 a § HSL och 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen endast bedrivas efter tillstånd från Socialstyrelsen.

Av 6 kap. 1 § 1 HSL följer att regeringen får meddela föreskrifter om att landet ska delas in i samverkansregioner för den hälso- och sjukvård som berör flera regioner. Regeringen har i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen beslutat denna indelning i sex samverkansregioner. Grunderna för samverkansregionernas verksamhet återfinns i 7 kap. 8 § HSL där det framgår att regionerna ska samverka i frågor som berör flera regioner. Samverkansregionerna är skapade för att vara tillräckligt stora för att kunna hantera alla typer av vård förutom nationell högspecialiserad vård (jfr SOU 2015:98). Inom varje samverkansregion finns ett universitetssjukhus, förutom i Uppsala/Örebroregionen där

det finns två. Ansvaret för att bedriva hälso- och sjukvård åligger primärt regionerna. Vilka uppgifter som ligger på samverkansregionerna är inte rättsligt reglerat. I rättslig mening är det alltså upp till varje region att bestämma i vilka frågor samverkan ska ske inom samverkansregionerna.

Inte heller är formerna för samverkan inom samverkansregionerna reglerade. Regionerna som ingår i respektive samverkansregion får tillsammans bestämma hur samverkan ska formaliseras. De alternativ som står till buds är framför allt kommunalförbund och gemensamma nämnder, men också avtalssamverkan, som alla regleras i KL (och som beskrivs ovan).

Det är alltså, baserat på regleringen i HSL och KL, upp till landets regioner att besluta dels om vad samverkan inom samverkansregioner ska innehålla, dels om hur samverkan ska formaliseras. Eftersom ansvaret för hälso- och sjukvården primärt ligger hos regionerna krävs att regionerna i enlighet med bestämmelser i KL lämnar över skötseln av en regional angelägenhet till kommunalförbundet eller den gemensamma nämnden (3 kap. 8 och 9 §§ samt 9 kap. 21 § KL). Som beskrivs vidare i kapitel 5 varierar i dag formerna för samverkansregionerna.

3.4.3 Övrig lagstiftning som berör hälso- och sjukvården

Utöver de lagar och föreskrifter som nu presenterats omgärdas hälso- och sjukvården av en rad andra lagar och föreskrifter. Till de lagar som diskuteras ovan finns såväl förordningar som myndighetsföreskrifter. Därtill kommer ett antal övriga lagar som på olika sätt berör hälso- och sjukvården.

Patientlagen (2014:821) och patientsäkerhetslagen (2010:659) innehåller ytterligare bestämmelser om patienters ställning, patientsäkerhet och innebär skyldigheter för vårdgivare. Syftet med patientlagen är enligt 1 kap. 1 § att stärka och tydliggöra patientens ställning och att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Patientlagen innehåller bland annat bestämmelser om att hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig, om patienters rätt till information, patientens självbestämmanderätt och krav på samtycke samt patientens delaktighet i vården. Därutöver innehåller patientlagen rätt till fast vårdkontakt om patienten begär det (bland annat att välja en fast

läkarkontakt inom primärvården) samt bestämmelser om individuell planering av vården. Patientlagen reglerar också hur val av behandlingsalternativ ska göras samt att en patient i vissa allvarliga fall ska få möjlighet att inom eller utom den egna regionen få en ny medicinsk bedömning. Slutligen innehåller patientlagen bestämmelser om patientens möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård, hur personuppgifter och intyg ska hanteras samt bestämmelser om hur synpunkter, klagomål och patientens delaktighet i patientsäkerhetsarbetet ska hanteras.

Patientsäkerhetslagen syftar å sin sida till att främja en hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och tandvården. I patientsäkerhetslagen definieras flera begrepp som vårdgivare, hälso- och sjukvårdspersonal, patientsäkerhet, vårdskada och allvarlig vårdskada. Vidare regleras vårdgivares skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Patientsäkerhetslagen innehåller också bestämmelser om Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) tillsyn över hälso- och sjukvården och dessa personal, 7 kap. 1 §. Tillsynen enligt lagen innebär enligt 7 kap. 3 § granskning av att den hälso- och sjukvårdsverksamhet och personal uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter. Tillsynen ska, enligt 7 kap. 3 § andra stycket, främst inriktas på granskning av att vårdgivare fullgör sina skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Patientsäkerhetslagen innehåller också bestämmelser om Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Nämnden är en domstolsliknande myndighet som beslutar i behörighetsfrågor om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Ett exempel är på lagstiftning som inte i direkt mening berör hälso- och sjukvården men som påverkar kommuner och regioners verksamhet är lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, LEH. LEH syftar till att kommuner och regioner ska minska sårbarheten i sin verksamhet och ha en god förmåga att hantera krissituationer i fred. Kommuner och regioner ska enligt 2 kap. 1 § LEH analysera vilka extraordinära händelser i fredstid som kan inträffa i kommunen respektive regionen och hur sådana händelser kan påverka den egna verksamheten. Därtill ska kommunen eller regionen bland annat planera för hur extraordinära händelser ska hanteras. Lagen gäller inte specifikt för hälso-och sjukvården, men eftersom hälso-

och sjukvård är kommunal och regional verksamhet påverkar lagen även hur hälso- och sjukvården bör planeras.

4 Svensk hälso- och sjukvård – en lägesbeskrivning

Sverige har höga ambitioner för hälso- och sjukvården. Målet är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet, som är jämlik, jämställd och tillgänglig (prop. 2015/16:1, utg.omr. 9, bet. 2015/16:SoU1, rskr. 2015/16:102). Svensk hälso- och sjukvård uppvisar också goda resultat inom flera viktiga områden, samtidigt som det finns en rad utmaningar. Det gäller inte minst omhändertagandet av patienter med mer komplexa behov där kontinuitet och samordning är av stor vikt. Den pågående covid-19-pandemin förstärker utmaningarna, bland annat gällande vårdköer och kompetensförsörjning.

4.1 Resultat och utfall inom olika områden

4.1.1 Medicinska resultat

Svensk hälso- och sjukvård står sig väl i internationella jämförelser avseende medicinska resultat, särskilt inom specialistvården. Sverige har till exempel låg åtgärdbar dödlighet jämfört med andra OECD-länder, vilket enligt OECD tyder på att hälso- och sjukvårdssystemet överlag är effektivt (OECD, 2019b). De relativt goda resultaten på hälso- och sjukvårdsområdet beror sannolikt också på att vi har gynnsamma grundförutsättningar i form av en god folkhälsa, relativt sunda levnadsvanor och ett universellt hälso- och sjukvårdssystem med god tillgång till vård för befolkningen. I många avseenden är utvecklingen också positiv, till exempel för ett antal stora folksjukdomar.

Inom ett antal områden visar dock resultaten på en ojämlik vård. Regeringen har redovisat att det finns omotiverade könsskillnader,

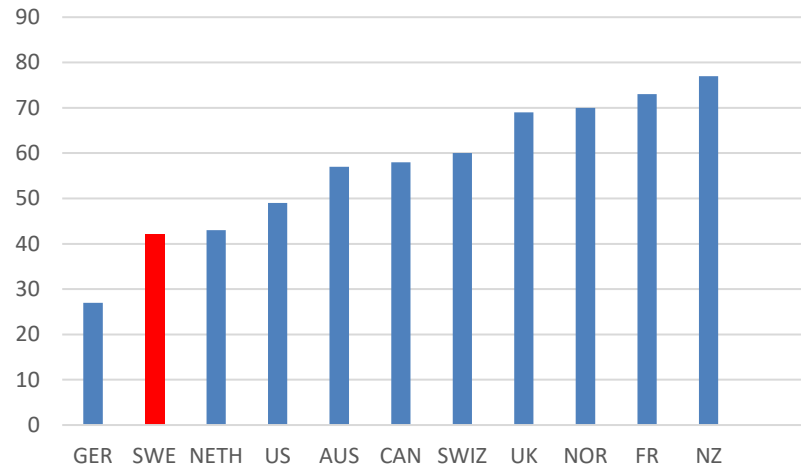
regionala skillnader och ojämlikheter förknippade med socioekonomiska faktorer, till exempel utbildningsnivå (prop. 2019/20:1 utg.omr. 9). En uppföljning från SKR visar att endast hälften av invånarna anser att vården ges på lika villkor. Med ”lika villkor” avses att behovet av vård avgör vårdinsatsen, inte ålder, kön, födelseland eller dylikt (SKR, 2020a). OECD:s mätningar av så kallad horisontell jämlikhet visar också på högre vårdutnyttjande inom den öppna specialistvården för höginkomsttagare än för låginkomsttagare. För slutenvården är vårdkonsumtionen emellertid jämnare fördelad mellan grupperna (OECD, 2019c).

4.1.2 Delaktighet, kontinuitet och samordning

Sverige har utmaningar när det gäller patienters delaktighet i vården och när det handlar om att säkerställa kontinuitet och samordning för att möta mer komplexa behov. Regeringen har framhållit internationella studier som visar att patienter i Sverige diskuterar målsättningar, prioriteringar och olika behandlingsalternativ i kontakt med hälso- och sjukvården i relativt liten grad jämfört med i andra länder (prop. 2019/20:1, utg.omr. 9). Delaktighet är samtidigt den kvalitetsaspekt som rankas högst när svenska primärvårdspatienter får vikta delaktighet, fast vårdkontakt, kort väntetid och samordning (Vårdanalys, 2020). När svenska patienter tillfrågats inom ramen för den nationella patientenkäten har andelen patienter som upplever sig vara involverade och delaktiga ökat på senare år (Nationell patientenkät, 2016; 2018 och 2020).

För personer med kronisk sjukdom där behoven av samordning mellan olika vårdgivare är betydande har Sverige genomgående svaga resultat i förhållande till andra länder. Sverige är betydligt sämre på att koordinera kontakter mellan olika delar av vården och att samordna information efter utskrivning från sjukhus. Endast 42 procent av svenska patienters ordinarie läkare uppger till exempel att de får information från specialistvården om förändringar i behandlingsplan eller läkemedelslista, jämfört med 70 procent i Norge (Doty m.fl., 2019). I Norge sker informationsöverföringen digitalt med hjälp av ett nationellt utvecklat nätverk (Norsk Helsenett).

Figur 4.1 Andel primärvårdsläkare som får information från specialistvården om förändringar i patientens behandlingsplan eller läkemedelslista



Källa: Doty m.fl. (2019).

I dag behandlas många patienter med kroniska tillstånd även inom den kommunala hälso- och sjukvården. Sådan vård ställer krav på samordning och kontinuitet med den regionala hälso- och sjukvården. Under 2019 presenterades för första gången öppna jämförelser av den hälso- och sjukvård som tillhandahålls av svenska kommuner. Jämförelserna omfattar vård och omsorg vid demenssjukdom, diabetes, stroke och blåsdysfunktion. Resultaten visar bland annat att knappt hälften av Sveriges kommuner kan erbjuda en sammanhållen vård och omsorg till personer med demenssjukdom. Utvecklingen är dock positiv; drygt hälften, 54 procent, erbjuder multiprofessionella demensteam vilket är en ökning med 13 procent jämfört med 2018. Vidare visar jämförelserna att en fjärdedel av kommunerna erbjuder en sammanhållen vård och omsorg till personer med diabetes. Mot bakgrund av jämförelserna bedömer Socialstyrelsen att den kommunala hälso- och sjukvården behöver utvecklas för att svara mot behoven av vårdinsatser på lokal nivå (Socialstyrelsen, 2020). För närvarande diskuteras även den kommunala hälso- och sjukvården i spåren av covid-19-pandemin som drabbat äldre hårt i Sverige. Diskussionen kretsar särskilt kring vården inom äldreomsorgen. I skrivande stund är det för tidigt att säga vad utvärderingarna kommer att visa.

För en första genomlysning se Coronakommissionens delbetänkande (SOU 2020:80).

4.1.3 Förtroende, tillgänglighet och väntetider

Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården har varit och är relativt högt i jämförelse med både andra länder och andra offentliga verksamheter. I 2020 års hälso- och sjukvårdsbarometer svarade 69 procent att de har ett stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin egen region. Resultaten varierar dock mellan olika grupper och regioner. Vårdanalys (2018) har tidigare analyserat dessa skillnader och konstaterat att brister i tillgänglighet, kontinuitet och relationella faktorer såsom att bli lyssnad på är vanliga skäl till att förtroendet är lägre i vissa grupper, exempelvis bland de som har en låg självskattad hälsa. Enligt tidigare mätningar var förtroendet större för sjukhusen än för vårdcentraler och betydligt lägre för digitala vårdbesök (SKR, 2020a och SKL, 2018a). Mätningen 2020 visar fortsatt högre förtroende för sjukhus än för vårdcentraler (SKR, 2021). Frågan om digitala vårdbesök har omformulerats och nu mäts inställning till vård, konsultation och behandling med hjälp av digital teknik. I den senaste mätningen är en betydligt större andel positivt inställda till vård med digital teknik än dem som i tidigare mätningar uppgivit högt förtroende för digitala vårdbesök. Hur detta ska tolkas är svårt att avgöra då frågorna omformulerats. Det kan dock konstateras att såväl utbudet av digitala tjänster som användningen av digital teknik har ökat under covid-19-pandemin.

Tillgången till hälso- och sjukvård i Sverige är hög i ett internationellt perspektiv och den svenska befolkningen upplever överlag att man har tillgång till den vård man behöver (OECD, 2019a och SKR, 2020a). Andelen som upplever att man har tillräcklig tillgång minskade dock något från 84 procent 2016 till 81 procent 2018.

Bristande tillgänglighet i form av väntetider har samtidigt konstaterats som ett stort problem under lång tid och därmed också varit föremål för olika satsningar. Trots att antalet besök vid akutmottagningar minskat ökade väntetiderna till läkarbedömning vid akutbesök mellan 2017 och 2018. Möjliga orsaker är enligt Socialstyrelsen faktorer som arbetsorganisation, bemanning och vårdplatssituationen på sjukhusen (Socialstyrelsen, 2020). Väntetiderna till barn- och ung-

domspsykiatrin (BUP) är fortsatt mycket långa. För väntetiderna till ett första besök inom den specialiserade vården syns dock en positiv trend i majoriteten av regionerna mellan 2019 och 2020 (SKR väntetidsstatistik)[1].

När det gäller tid till operationer inom elektiv vård har det under flera års tid gjorts ett antal insatser för att minska väntetiderna, men utvecklingen har varit negativ de senaste åren. I en jämförelse med 16 andra OECD-länder år 2017 hade Sverige trots det bland de kortaste tiderna till operation. För exempelvis starroperationer redovisade endast två andra OECD-länder kortare väntetider och för höftleds- respektive knäledsoperationer hamnar Sverige på en fjärde respektive femte plats (OECD, 2019a). Den här typen av jämförelser ska dock tolkas med försiktighet eftersom väntetider registreras på olika sätt i olika länder (ESO, 2019).

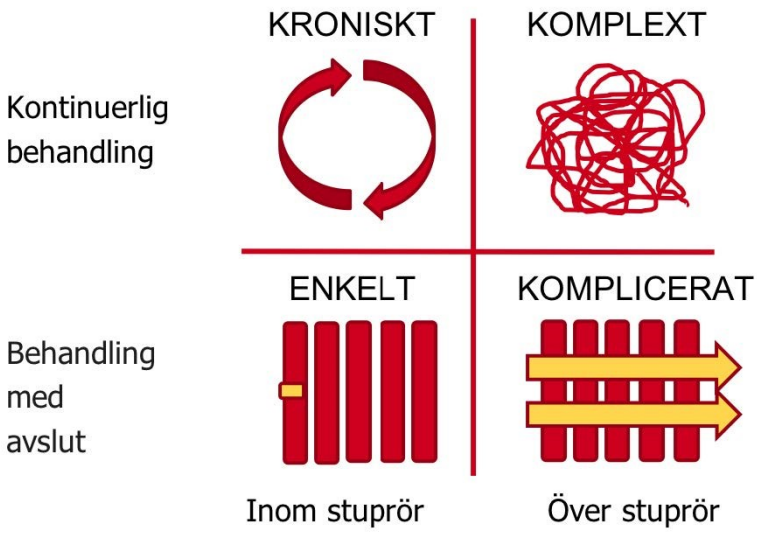
Slutligen kan noteras att den pågående covid-19-pandemin orsakat en så kallad vårdskuld där många planerade operationer och behandlingar ställts in, vilket ökar väntetiderna ytterligare. Det gäller Sverige såväl som i andra länder.

4.1.4 Ett ineffektivt omhändertagande av vissa patientbehov

Befolkningens behov av hälso- och sjukvård har förändrats till följd av den medicinska och medicintekniska utvecklingen. Till skillnad från den sjukvård som fanns att tillgå fram till 1900-talets början och de behov som dominerade då, är det inte längre akuta skador och infektioner som huvudsakligen upptar vårdens resurser. Numera omhändertas allt fler tillstånd av kronisk och långvarig karaktär, där koordinering mellan vårdgivare, kontinuitet och individanpassade lösningar är nödvändiga för att nå goda resultat. Vårdens organisation och funktionssätt har dock inte genomgått motsvarande förändring. Detta förhållande har identifierats i flera tidigare statliga utredningar[2] och kan illustreras med hjälp av följande figur som visar olika patientgrupper med sinsemellan olika behov:

[1] https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik.54405.html.
[2] Se SOU 2016:2, SOU 2018:39, SOU 2019:42.

Figur 4.2 Vårdens organisation utifrån patientgruppers behov



Källa: Leading Health Care (2016).

Figuren ovan illustrerar vårdbehov och aspekter på vårdens organisation ur ett patientperspektiv, genom att beskriva patientgrupper utifrån två grundläggande dimensioner. Bilden är en förenkling som tydliggör det delvis ändrade vårdbehovet hos befolkningen. I praktiken är uppdelningen inte lika tydlig, det är vanligt att patienter med komplexa och kroniska tillstånd också behöver behandlingar med avslut till följd av sitt ordinarie tillstånd. Den vertikala dimensionen gör skillnad på situationer där patienten har ett tillstånd som kan botas och situationer där patienter har ett kroniskt tillstånd och därför behöver vård över lång tid, kanske hela livet. Den horisontella dimensionen gör skillnad på om vårdbehovet kan hanteras inom en specialitet, eller om flera olika vårddiscipliner behöver involveras för att behandla patienten.

Historiskt sett har sjukvårdssystemet haft kapacitet för att ta om hand relativt enkla vårdbehov med hjälp av avgränsade insatser (nedre vänstra rutan). Patienter med sådana behov kan i regel tas om hand inom en primärvårds- eller specialistvårdsenhet och är därefter färdigbehandlade. Hälso- och sjukvårdens traditionella uppdelning i vårdnivåer och diagnosområden är anpassad för att möta sådana behov. Här är tillgänglighet snarare än kontinuitet av vikt.

Nästa patientgrupp i figuren har mer komplicerade tillstånd som kräver insatser från flera specialiteter eller enheter inom vården, men är av ett sådant slag att de är möjliga att bota (nedre högra rutan). Till exempel gäller det patientgrupper inom elektiv vård. Här har omfattande förbättringsarbeten bedrivits under de senaste decennierna för att minska problem med långa väntetider och brister i samordning mellan olika enheter som är involverade i vårdprocessen. Olika koncept för processutveckling har använts för att effektivisera patientens väg genom vården, såsom Lean, Total Quality Management och Värdebaserad vård. Även här är tillgänglighet ofta viktigare än kontinuitet.

En tredje patientgrupp (övre vänstra rutan) är de med kroniska tillstånd. För dem handlar det om en lång, ofta livslång, process där målet med vårdinsatserna inte är att bota utan snarare att undvika försämring och uppnå bästa möjliga livskvalitet. Många kroniska sjukdomar behandlas inom primärvården och inom kommunernas övriga hälso- och sjukvårdsverksamhet. För denna patientgrupp är kontinuitet ofta viktigare än tillgänglighet. Att möta dessa vårdbehov är komplicerat, i synnerhet i fall där hälso- och sjukvårdssystemet anpassats för att genomföra riktade insatser.

Den sista gruppen (övre högra rutan) är patienter med flera, ofta livslånga, tillstånd som kräver insatser från flera vårdgivare. Många äldre patienter befinner sig i denna grupp, men även patienter med sällsynta diagnoser. Gruppen är relativt liten men den mest resurskrävande. Här finns ett stort behov av kontinuitet, samordning, interprofessionellt arbete och individuella lösningar.

4.1.5 Ett sjukhuscentrerat system

I dag utgör behandlingen av kroniska och komplexa tillstånd en allt större andel av befolkningens vårdbehov. Samtidigt har hälso- och sjukvården främst varit inriktad mot att hantera relativt avgränsade vårdbehov. I ett historiskt perspektiv har Sverige gjort stora investeringar i slutenvård med tillhörande specialisering och akutsjukhus och Sverige har en hög grad av professionell specialisering jämfört med andra länder. Denna inriktning har sannolikt bidragit till goda medicinska resultat inom flera områden, men det försvårar ett effektivt omhändertagande av patientgrupper med mer komplexa behov. Dessa

grupper har vuxit kraftigt de senaste decennierna avseende såväl resurser som antal patienter och fortsätter växa med den demografiska och medicintekniska utvecklingen. Primärvården har inte omfattats av det, historiskt sett, relativt enhetligt styrda system som omgärdat slutenvården. Här har i stället funnits en mer fragmentiserad uppdelning mellan statligt, kommunalt och privat som inte varit föremål för samma ambitioner om en enhetlig organisering (Meijling, 2020).

4.2 Pågående reformer på hälso- och sjukvårdsområdet

Det förändrade vårdbehovet, tillgången till ny avancerad teknik och ovan beskrivna brister ligger till grund för pågående reformer på vårdområdet.

Det kanske mest omfattande arbetet handlar om en omställning mot en mer nära vård, inklusive större fokus på prevention. Andra delar handlar om att öka koncentrationen av högspecialiserad vård. Omställningen förutsätter bland annat förändringar i hur olika resurser såsom kompetens, kunskap och ny teknik bäst tas till vara samt ökat fokus på nivåstrukturering. I centrum för reformerna finns patienten och dennes perspektiv.

Utredningen har haft dialogmöten med företrädare för ett antal patientorganisationer samt mottagit ett gemensamt yttrande från Forum spetspatienter och Nätverket mot cancer. Ett exempel som framförts på hur utvecklingen inom olika områden samspelar rör dagens möjligheter till tidig upptäckt av cancertumörer där behandling kan sättas in tidigare. Detta minskar behovet av vård på sjukhus och ökar möjligheterna för vård i hemmet och egenvård.

Fokus för denna utredning, behovet av ändamålsenliga vårdbyggnader, påverkas också av denna utveckling eftersom behovet av sjukhusförlagd vård förändras och minskar.

4.2.1 God och nära vård

Utredningen Effektiv vård (SOU 2016:2) blev ett startskott för det reformarbete som nu pågår, bland annat genom en omställning mot en mer nära vård. Utredningen föreslog nya styrande principer som innebär att vården ska ges nära befolkningen om det inte är motive-

rat att koncentrera den av kvalitets- eller effektivitetsskäl, samt att vården ska ges som öppen vård i första hand. Ambitionen är inte ny; sedan 1970-talet har målsättningen varit att minska slutenvården och den sjukhuscentrerade strukturen, men tidigare ambitioner har inte lett till önskat genomslag.

Ytterligare en utredning – Samordnad utveckling för god och nära vård – har nyligen avslutat sitt arbete (med huvudbetänkandet SOU 2020:19). Regeringen har gått vidare med flera av de förslag utredningen har lämnat, främst i propositionen Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti som antogs av riksdagen 2018 (prop. 2017/18:83, bet. 2017/18:SoU22, rskr. 2017/18:294). Beslutet utgör ett första steg i omstruktureringen av hälso- och sjukvården där primärvården ska vara den tydliga basen och första linjen. I omställningsarbetet ingår att överföra resurser till primärvården. Omställningen bör dock inte främst betraktas som en förstärkning av primärvården även om det utgör en viktig del, utan ska ses som ett nytt sätt att arbeta. Regeringen beskriver (prop. 2017/18:83) förflyttningen så här:

> Nära vård är en term som […] beskriver hur vården i allt större utsträckning förflyttas från byggnaden ”sjukhuset” och ut i andra vårdformer: till vårdcentral, hälsocentral, andra former av externt belägna specialistmottagningar, sjukstugor, mobila team, digitala lösningar eller patientens hem. Att vården är nära kan ibland innebära geografiskt nära, ibland kan närheten också åstadkommas med hjälp av tekniska och digitala lösningar.

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård poängterar att nära vård inte utgör en ny vårdnivå, utan snarare innebär ”ett nytt sätt att tänka” kring hur man organiserar hälso- och sjukvård, där utgångspunkten är patienters och brukares individuella behov, förutsättningar och preferenser så att deras hela livssituation kan beaktas (SOU 2018:39).

Den 1 januari 2019 infördes således en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) om att regionerna ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl får vården koncentreras geografiskt. Vidare ändrades vårdgarantin från att ställa krav på att patienten inom en viss tid ska få träffa läkare, till att gälla antingen läkare eller annan legitimerad personal. Syftet är att använda så mycket som möjligt av den kompetens som finns inom primär-

vården för att på bästa sätt möta patienternas behov (prop. 2017/18:83, 2017/17:SoU22, rskr. 2017/18:294).

Under 2020 beslutades andra steget i omstruktureringen av hälso- och sjukvården för att göra primärvården till navet i vården. Beslutet syftar till att ytterligare stärka vårdens tillgänglighet, kontinuitet och patienters delaktighet. Beslutet innehåller bland annat ändrad definition av primärvård och ett förtydligande om vad som ska ingå i primärvårdens grunduppdrag (prop. 2019/2020 :164, bet. 2020/21:SoU2, rskr. 2019/20:61).[3]

Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att stödja omställningen mot en god och nära vård. Myndigheten har utifrån den målbild som presenterades i utredningen God och nära vård (SOU 2018:39) tagit fram en strategisk plan med förslag till insatser. Dessa omfattar bland annat stöd till kunskapsbaserad vård med fokus på primärvård; juridiska och andra stöd för att utveckla samverkan mellan huvudmän och vårdgivare, analyser av hur digitaliseringen kan användas för att stödja en god och nära vård och stärka patientens delaktighet samt stöd för att utveckla det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. Planen innehåller vidare förslag till insatser för att stärka kompetensförsörjningen i den nära vården, stödja genomförandet av Vision e-hälsa samt utveckla data och uppföljning av en god och nära vård (Socialstyrelsen, 2019c).

Även SKR stödjer regioner och kommuner i deras utvecklingsarbete mot en god och nära vård. Staten och SKR har träffat en överenskommelse som innebär att SKR ska stödja regioner och kommuner inom följande fyra övergripande områden (Socialdepartementet, 2020):

- Utvecklingen av den nära vården med fokus på primärvården.
- Ökad tillgänglighet i barnhälsovården.
- Goda förutsättningar för vårdens medarbetare.
- Insatser inom ramen för Vision e-hälsa 2025.

SKR beskriver att utvecklingsarbetet kräver en omställning i hela vårdkedjan. Från en reaktiv, sjukhustung och organisationsfokuse-

[3] Utöver förslagen i propositionen gjorde riksdagen ett tillkännagivande om att regeringen bör återkomma med ett förslag där hälsofrämjande insatser, rehabilitering och uppsökande arbete ingår i primärvårdens grunduppdrag.

rad vård till en proaktiv, relationsbaserad vård nära patienter och brukare (SKL, 2019a). Följande rörelser kan enligt SKR ses som indikatorer på omställningen:

- Från sluten vård till öppen vård.
- Från akut och oplanerad vård till planerad vård.
- Mot bättre samverkan mellan specialiserad vård och primärvård.
- Mot bättre tillgänglighet i primärvård/nära vård.
- Mot ökade hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och proaktiva insatser.
- Mot personcentrering och ökad delaktighet.
- Mot ökad jämlikhet.

Exempel på nära vård-satsningar

Ett antal satsningar på en mer nära vård har genomförts i kommuner och regioner det senaste årtiondet. På flera håll har mobila team startats, ofta i form av samverkansprojekt mellan primärvård och kommunens hemsjukvård samt i vissa fall slutenvård. I till exempel Borgholm, Ängelholm, Skaraborg och Uppsala finns mobila team som besöker vårdtagaren i hemmet. Dessa insatser är framför allt inriktade mot äldre personer eller grupper med särskilda vårdbehov. (SKR, 2020b).

Andra exempel kan hämtas från regionerna i Norrland där man utvecklat olika sätt att möta vårdbehovet som utgår ifrån dessa regioners förutsättningar, med stora avstånd mellan vårdinrättningar och den demografiska situationen. Ett sådant exempel är den så kallade sjukstugemodellen som används i Norrbotten, Västerbotten och delar av Jämtland. Sjukstugorna fungerar som minisjukhus som är bemannade med en bred kompetens av allmänläkare, sjuksköterskor, ambulanspersonal, barnmorskor och andra hälsoprofessioner. Dessa sjukstugor är utrustade med röntgen- och laboratorieutrustning och har tillgång till ambulans och telemedicinsk teknik som gör att de flesta patientkategorier kan tas emot. De är ofta sammanbyggda med äldreboenden, vilket möjliggör samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården kring frågor såsom bemanning (SKR, 2020b).

Man har även tagit initiativ för att dra fördel av olika tekniska lösningar som möjliggör vård på distans. Delvis obemannade hälsorum har till exempel inrättats i Västerbotten för att möjliggöra distansbesök och distanskonsultationer för invånare där avståndet till sjukhus är stort. Hälsorummen involverar olika personalgrupper och ibland patienten i utförandet av vården. Satsningarna förutsätter investeringar i utrustning och utbildning i regionen (SKR, 2020b).

4.2.2 Nationell högspecialiserad vård

Parallellt med omställningen mot en nära vård pågår ett reformarbete som innebär en ökad koncentration av högspecialiserad vård. Definitionen av nationell högspecialiserad vård är ”offentligt finansierad vård som bedrivs vid som mest fem enheter i landet och där endast ett fåtal vårdgivare i landet kan uppfylla kraven på kompetens, tillgänglighet och arbete i multidisciplinära team” (Socialstyrelsens webbsida: www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationell-hog specialiserad-vard/). Den högspecialiserade vården kännetecknas av att den är komplex, avancerad, investeringstung och sällan förekommande. Den är ofta beroende av att olika specialistkompetenser samverkar för att tillgodose patientens vårdbehov och den utförs framför allt på universitetssjukhus och vissa regionsjukhus. Den högspecialiserade vården delas in i nationell och regional vård. Regional högspecialiserad vård ska bedrivas på ett begränsat antal enheter i respektive samverkansregion. Som en följd av dess komplexitet är den nationella högspecialiserade vården koncentrerad till max fem samverkansregioner. Mätt i antalet patienter utgör den nationella högspecialiserade vården en liten del av vården.

Tidigare beslutade Socialstyrelsen om vilken hälso- och sjukvård som skulle bedrivas som så kallad rikssjukvård och var den skulle utföras. Mellan 2007 och 2018 fanns femton beslutade områden för rikssjukvård och Socialstyrelsen beviljade 21 tillstånd. Systemet sågs över efter att det bedömdes vara alltför tidskrävande och ineffektivt.

Med utgångspunkt i betänkandet Träning ger färdighet – koncentrera vården för patientens bästa (SOU 2015:98) genomfördes 2018 reformer för att koncentrera den högspecialiserade vården nationellt. Syftet med reformerna är att minska risker för patienter, öka kvaliteten samt förbättra möjligheterna för patienter att få en jämlik vård

oavsett var i landet man bor. Tanken är att koncentrationen av den högspecialiserade vården ska ge ett större patientunderlag vilket anses nödvändigt för att bedriva högkvalitativ forskning och utbildning och för att rekrytera spetskompetens.

Socialstyrelsen beslutar om vad som ska utgöra nationell högspecialiserad vård och utfärdar tillstånd. En sakkunniggrupp har i uppdrag att utreda och ge förslag på vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra nationell högspecialiserad vård och hur många enheter sådan vård ska bedrivas på. En beredningsgrupp gör en övergripande analys av sakkunniggruppens förslag, framför allt avseende förmågan att bedriva akut sjukvård. I beredningsgrupperna ingår bland andra höga tjänstemän från de sex samverkansregionerna. Nämnden för nationell högspecialiserad vård beslutar sedan om vilken eller vilka regioner som beviljas tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård samt vilka villkor som gäller för tillståndet. Nämnden utses av regeringen och består, utöver representanter från Socialstyrelsen, som ska inneha ordförandeposten, av representanter från samverkansregionerna.

Den högspecialiserade vården finansieras baserat på de avtal som sluts mellan samverkansregioner och enskilda regioner utan direkt nationell finansiering. Frågan om investeringar i byggnader och immateriell infrastruktur som stödjer koncentrationen av nationell högspecialiserad vård ingår inte i processen, utan förutsätts hanteras inom respektive region.

4.2.3 Ökat patientfokus

Patientens rättigheter och ställning har stärkts successivt sedan 1980-talet och framåt. Fram till dess innehöll lagstiftningen på hälso- och sjukvårdens område inga bestämmelser som direkt klargjorde patientens rättigheter eller ställning i vården (Krohwinkel, 2018). I tillsynslagen (1980:11) slogs fast att vården så långt det är möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten samt att personalen ska bemöta patienten med omtanke och respekt. Det infördes också en skyldighet för personalen att informera om hälsotillstånd och behandlingsalternativ.

I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) klargjordes att hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso-

och sjukvårdspersonalen. Det infördes krav på samråd med patienten och på individuellt anpassad information om patientens hälsotillstånd och om vilka metoder för undersökning, vård och behandling som finns att tillgå.

Under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet uppmärksammades patientens ställning allt mer. Ett exempel är utredningen Patienten har rätt (SOU 1997:154). I utredningen redovisades olika aspekter på patientens relation till sjukvårdssystemet, bland annat möjligheter att välja vårdgivare, och inflytande över valet mellan alternativa medicinska behandlingar. Patientens roll och rättigheter har även betonats vid inrättandet av patientnämnder 1999 och i förarbetena till nya regler om patientsäkerhet och vårdskador (Krohwinkel, 2018).

Sedan dess har patientens inflytande stärkts ytterligare genom ökade inslag av individuella val och förbättrade förutsättningar för sådana val genom ökad tillgänglighet och informationsspridning, till exempel i form av öppna jämförelser. År 2010 infördes vårdvalssystem i primärvården. Reformen var ett resultat av att patienter bedömdes vara alltmer kunniga och kvalitetsmedvetna, och att de hade ökande förväntningar om att bli alltmer involverade (SOU 2008:127). Vårdgarantin kom samtidigt att lagstadgas. Internationellt skedde en liknande utveckling mot ökade valmöjligheter och rörlighet för patienter. År 2011 fick patienter rätt att kräva ersättning från sitt hemland för vård utförd i andra EU-länder på samma villkor som gäller för vård i hemlandet.

Det senaste decenniet har utvecklingen fortsatt. Patientlagen (2014:821) som syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet har införts (prop. 2013/14:106, bet. 2013/14:SoU24, rskr. 2013/14:327). Lagen har dock kritiserats för att inte ha gjort någon skillnad för patientens faktiska ställning inom hälso- och sjukvården (Vårdanalys, 2017).

Ytterligare arbete pågår för att göra vården mer personcentrerad, inte minst vården av patienter med komplexa behov och många vårdkontakter. Ett exempel är införandet av patientkontrakt – en form av gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare som ska säkerställa delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan. Rörelsen mot en mer personcentrerad vård inklusive införandet av patientkontrakt utgör en del av den pågående omställningen mot en mer nära vård (SKL, 2018b). Ett annat exempel på åtgärder för att göra vården mer personcentrerad är lagen (2017:612) om samverkan

vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård som trädde i kraft 2018. Lagen syftar till att skapa en trygg, säker och smidig övergång från slutenvård till öppenvård.

Ett led i utvecklingen av personcentrerad vård är att i högre utsträckning använda benämningen person i stället för patient, som ett sätt att sätta människan med sina unika egenskaper före sjukdomen eller den sjuka kroppen. Begreppet patient används dock fortfarande för att beskriva en person som står i relation till en vårdgivare. Patient och personcentrerad vård beskrivs ofta med värdeladdade begrepp som empati, respekt, engagemang, relation, delat beslutsfattande, holistiskt fokus, individualistiskt fokus och koordinerad vård. I beskrivningar av personcentrerad vård betonas att personer med någon form av ohälsa, risk för ohälsa eller funktionshinder inte främst bör betraktas utifrån ohälsotillståndet eller funktionshindret utan i stället att i högre grad fokusera på de resurser varje person har och vad det innebär att vara människa och i behov av vård (se till exempel Vårdhandboken[4]). Det är en övergång från en modell där patienten är passiv mottagare av en medicinsk åtgärd till en modell som bygger på överenskommelser med patienten ofta i samarbete med anhöriga, som aktiva deltagare i planering och genomförande av vård och rehabilitering. Personcentrerad vård är ett internationellt erkänt begrepp och bör enligt Vårdhandboken tillämpas brett. Studier av personcentrerad vård pekar på tydliga förbättringar gällande upplevd hälsa samt kortare vårdtider (Olsson m.fl., 2013).

Ett uttryck för utvecklingen är att begreppet *spetspatienter* har blivit alltmer etablerat de senaste åren och fanns med som nyord i Språkrådets nyordlista 2017. En spetspatient är en patient, ofta med kronisk eller långvarig sjukdom, diagnos och/eller funktionsvariation, som kan mycket om sina egna hälsoutmaningar.

[4] www.vardhandboken.se

4.2.4 Processperspektivet i vården allt viktigare

De pågående reformerna på hälso- och sjukvårdsområdet medför att processperspektivet i vården blir allt viktigare. Utvecklingen av den nära vården och den ökade koncentrationen av högspecialiserad vård tillsammans med en ökande andel äldre och multisjuka patienter kräver ökat fokus på patientens väg genom vårdsystemet. Patientcentrerad vård och personcentrerad vård betonar även detta. Utvecklingen ställer också krav på effektiv samverkan mellan vårdsystemets olika delar för att identifiera rätt remitteringsvägar, rätt vårdnivå och adekvat behandling, samt minska väntetider (se till exempel Socialstyrelsen, 2019b). Allt för att öka effektiviteten i omhändertagandet och skapa nytta för patienten. Det är speciellt utmanande när det gäller multisjuka patienter med flera vårdprocesser där störningar och väntetider i en vårdprocess kan förhindra eller stanna upp en eller flera andra pågående processer.

För att öka effektiviteten i systemet och undvika väntetider och de konsekvenser det kan medföra krävs att hälso- och sjukvårdssystemets resurser kan nyttjas effektivt. Detta tillsammans med ökad koncentration av den högspecialiserade vården med en ökande andel vård som endast ges på ett fåtal platser i landet förutsätter ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem med tillgång till effektiva verktyg för att planera vården utifrån den enskildes behov.

4.3 Reformarbetet i praktiken

Utredningen har uppdragit forskare från Uppsala universitet att kartlägga regionernas reformarbete avseende omställningen till en god och nära vård. Rapporten, (Winblad m.fl., 2021) som återfinns i bilaga till detta betänkande, visar att nästan alla regioner har något slags reformarbete förknippat med en god och nära vård, men att arbetet ännu befinner sig i ett inledande skede. De konkreta åtgärder som genomförs handlar främst om avgränsade utvecklingsprojekt och testverksamhet, inte någon större strukturomvandling eller mer omfattande omfördelning av resurser.

Förenklat syftar omställningen till en mer nära vård till att möta utvecklingen mot att fler patienter lever med kroniska tillstånd. Den nationella högspecialiserade vården syftar till att kunna upprätthålla hög kvalitet i avancerade och ovanliga behandlingar. Eftersom utveck-

lingen inom hälso- och sjukvården påverkar behovet av lokaler utgör utvecklingen utgångspunkter för frågor som gäller framtidens infrastruktursatsningar på området. I kommande kapitel redovisas fler faktorer som påverkar förutsättningarna för samhällsekonomiskt effektiva och ändamålsenliga investeringar i vårdinfrastruktur.

5 Styrning och organisering av hälso- och sjukvården

För att förstå varför hälso- och sjukvården ser ut som den gör i dag behöver den betraktas utifrån dess historiska kontext. Detta kapitel ger en översikt av det svenska hälso- och sjukvårdssystemets framväxt och formering på riksplanet genom viktiga reformer. Vidare beskrivs hur styrningen av hälso- och sjukvården har utvecklats och förändrats över tid, statens tidigare styrande roll vid investeringar samt dagens organisation och samarbetsstrukturer.

5.1 Framväxten av ett nationellt hälso- och sjukvårdssystem

Någon typ av sjukvård har funnits i offentlig regi i Sverige under flera hundra år, men var fram till 1900-talet begränsad till att bota relativt enkla tillstånd. Sjukhus har funnits i Sverige i någon form sedan omkring år 1700 (Åman, 1976).

I kombination med ett mer systematiskt upplägg av sjukvårdsverksamheten förbättrades sjukvårdens förmåga från mitten av 1800-talet. Det svenska systemets nuvarande kännetecken kan härledas till denna tid och det institutions- och systembyggande som då pågick i Sverige. I och med kommunallagarna 1862 beslutade staten att landstingskommunerna skulle bedriva sjukvård, vilket resulterade i att en uppbyggnad av lasarett påbörjades, vart och ett bemannat med minst en läkare. I och med lasarettsstadgan år 1901 infördes också statlig normering som höjde ambitionerna för sjukhusbyggandet (Meijling, 2020).

Under 1900-talet utreddes och reformerades hälso- och sjukvårdspolitiken kontinuerligt, med större reformer 1928, åren runt 1960 och åren runt 1980.

Från sent 1920-tal påbörjades en mer omfattade uppbyggnad av ett sjukvårdssystem med mottagningar över hela landet, inklusive specialiseringar och öppen vård. I 1928 års sjukhuslag förpliktigades landstingen att driva minst två sjukhus. Detta blev början på en omfattande expansion av sjukvården, som accelererade efter 1945 (SOU 2019:29).

Mellan sent 1920-tal och slutet av 1970-talet gick Sverige från sjukvård vid små lasarett och hos provinsialläkare till stora sjukhus med specialiserad vård och primärvård omfattande flera professioner (SOU 2019:29).

Ett utmärkande drag för det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är att det utvecklats med sjukhusanläggningar och den slutna vården samt därtill knuten stark specialisering i centrum. Fokus har varit på verksamhetsuppbyggnad och de medicinska behoven, med staten som initiativtagare och ett landstingskommunalt utförande. Systemet vilar på en idé om ett förhållandevis sammanhållet och likformigt system uppbyggt kring sjukhusvård, inte kring sjuk- eller socialförsäkringar. Sjukvårdsverksamheten skulle koncentreras kring sitt syfte och fungera ”systemstödjande” i förhållande till det omgivande samhällets modernisering, snarare än utgå ifrån finansiella inrättningar (Meijling, 2020).[1]

Detta synsätt märks till exempel i Statens sjukvårdskommittés betänkande 1934, som låg till grund för en ”allmän riksplan” för ett ”rationellt ordnande” av sjukvården (SOU 1934:22). Syftet med riksplanen var att ge huvudmännen överblick över utbyggnadsbehoven och tillse att de satsningar som gjordes bidrog till en effektivt fungerande helhet, till lägsta möjliga kostnad och med rättvis fördelning. Den allmänna riksplanen skulle bland annat motverka ett alltför snävt perspektiv på regional och lokal nivå. Detta eftersom planen skulle utgöra ”ett värdefullt korrektiv emot tillfälliga omkastningar i olika trakters sjukvårdspolitik och ett skydd emot inflytelser, härrörande mera av lokala eller andra tillfälliga hänsyn än av sakligt väl grundade skäl” (SOU 1934:22).

I takt med att sjukvården expanderade tog det offentliga ett allt större ansvar för kostnaderna i vården. Staten genomförde ett antal reformer av sjukförsäkringen under 1930-talet där man ökade stödet

[1] Detta system ställs av Meijling (2020) i motsats till andra länders system med socialpolitiska, försäkringsekonomiska eller marknadsrelaterade förtecken; t.ex. det brittiska som beskrivs som utgående från en socialpolitisk vision eller det tyska eller nederländska som är försäkringsstyrt/korporativt organiserat. Se även kapitel 9 för en internationell utblick.

till de statligt reglerade sjukkassorna. 1947 fattade riksdagen beslut om allmän sjukförsäkring.

Staten genomförde även omfattande reformer som innebar organisatoriska förändringar för utförandet av sjukvården; 1969 genomfördes exempelvis ”sjukronorsreformen” som innebar i princip enhetliga avgifter för den offentliga öppna vården och totallön för samtliga offentligt anställda läkare, i motsats till lön per insats.

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, såsom det formats av riksdag och regering, kan betraktas som ett sammanhållet nationellt system, där utförandet är decentraliserat (SOU 2007:12).

Ett annat särdrag i det svenska systemet som delvis följde av verksamhetsperspektivet är läkarprofessionens starka ställning. Läkarkåren kom att få stark professionell makt i det system som växte fram, dock utan verklig organisatorisk självständighet. Det kan jämföras med Danmark, där sjukvården i stället byggdes upp utifrån en självständig profession av fritt praktiserande läkare, men där ett organiserat sjukhussystem saknades (Meijling, 2020).

5.2 Hälso- och sjukvårdsreformer under efterkrigstiden

Åren runt 1960 reformerades sjukvårdens organisation. Vid det laget hade sjukhuslagstiftningen bestått i huvudsak oförändrad sedan 1928.[2] I propositionen till ny sjukhuslag anförde departementschefen att sjukhusväsendet genomgått en mycket kraftig utveckling och år 1959 utgjorde ett av de viktigaste och mest omfattande verksamhetsfälten för den kommunala självstyrelsen (prop. 1959:19). Behovet av en översyn av regelverken hade uppmärksammats av svenska landstingsförbundets styrelse redan ett decennium tidigare. Medicinalstyrelsen och andra viktiga remissorgan anslöt sig till denna uppfattning och Sjukhuslagstiftningskommittén (SOU 1956:27) tillsattes år 1951.

Såsom framgår av det föregående kännetecknas det svenska sjukvårdssystemet av statens roll som initiativtagare och regionalt utförande. Frågan om centralisering eller decentralisering har därför följt hälso- och sjukvårdspolitiken ända sedan regionernas engagemang i

[2] En partiell revision av lagstiftningen genomfördes 1940 i form av lagen (1940:1044) om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus och sjukhusstadgan (1940:1045).

sjukvården tog fart på 1800-talet (Kock, 1963).[3] Under efterkrigstiden sammanföll frågorna med den allmänna decentraliseringstrenden.[4]

På hälso- och sjukvårdsområdet kom decentraliseringen till uttryck i ett antal förändringar i början av 1960-talet. Till exempel övertog regionerna huvudmannaskapet för den öppna sjukvården (motsvarande dagens primärvård) och statens inflytande över personaltillsättningar inom vården överfördes till stor del till regionerna. Staten skulle dock även framledes bidra till finansieringen av vården och Medicinalstyrelsen skulle utöva tillsyn på hälso- och sjukvårdsområdet (prop. 1961:181, bet. 1961:SU186, rskr. 1961:394).

5.2.1 Den moderna hälso- och sjukvårdslagstiftningen

I propositionen till hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), hädanefter gamla HSL, konstateras att hälso- och sjukvården utgör en väsentlig del av samhällets totala välfärdssystem. Regionernas verksamhet på området måste bedrivas på ett tillfredsställande sätt samt svara mot andra viktiga mål, menade regeringen. Därför krävdes ett väl fungerande samspel mellan regionerna och staten samt mellan närliggande regioner sinsemellan. I linje med den allmänna decentraliseringstrenden skulle statsmakterna framgent i ökad utsträckning dra upp riktlinjer för kommunal verksamhet i stället för att detaljstyra.

Det skulle vara upp till regionerna (och kommunerna) att bestämma hur målen skulle nås. Lagens utformning som ramlag var således ett tidigt exempel på mål- och resultatstyrning som annars brukar anses ha sitt genombrott senare under samma decennium.[5] Lagens utformning överfördes till den nuvarande hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) vid dess införande 2017.

Trots att gamla HSL var en ramlagstiftning ändrades den ett flertal gånger, byggdes ut och kom efterhand att innehålla vissa detaljreg-

[3] En allmän och mer utförlig diskussion om 1900-talets decentraliseringstrend i svensk politik finns i Söderlind och Petersson (1988).

[4] En serie promemorior under samlingsnamnet Decentraliseringsutredningen publicerades 1948–1949, bland annat en om Medicinalstyrelsens verksamhetsområde (PM nr 25). En redogörelse för utredningens arbete finns i Decentraliseringsutredningen (1949). I kontrast till detta har till exempel Ivarsson Westerberg (2014) argumenterat för att centraliseringstanken nådde sin kulmen 1967.

[5] Nämligen i samband med kompletteringspropositionen 1988 (prop. 1988/89:150 bilaga 1, bet. 1987/88:FiU30, rskr. 1987/88:394). I Sundström (2003) beskrivs framväxten av mål- och resultatstyrningen utförligt. I avhandlingen kontrasteras uppfattningen om kompletteringspropositionen 1988 som ett brott från tidigare styrningsmetoder. En närmare genomgång av ramlagars genombrott i lagstiftningen finns i Sterzel (2009).

leringar. Avsteg från ramlagstiftningen gjordes när regering och riksdag ansåg att det fanns behov av nationella perspektiv som inte kunde tillgodoses på lokal och regional nivå (Riksrevisionen, 2017).

Gamla HSL gav stort utrymme för regionerna att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar. Dittills hade det inte funnits någon skyldighet för regionerna att planera för hälso- och sjukvårdens utveckling, men i praktiken ägnade både regionerna och staten förhållandevis mycket resurser åt planering. I mitten av 1970-talet hade så gott som samtliga regioner principplaner som sträckte sig 10 till 15 år fram i tiden.[6] Ett bekymmer med dessa planer var att flera av dem missbedömde förutsättningarna för samhällsekonomins utveckling och möjligheterna till personalförsörjning, vilket ledde till alltför optimistiska bedömningar. Vissa ambitiösa mål för utvecklingen av prioriterade områden, till exempel primärvården kunde därför inte realiseras i avsedd utsträckning (prop. 1981/82:97).

Sjukvården kom i stället att centreras till sjukhusen. Dessa utvecklades mot större enheter och mot mer specialisering. De största sjukhusen utformades för en närmast industriell sjukvårdsproduktion, vilket förde med sig en ökad byråkratisering och centralstyrning. Resultatet blev ett vårdlandskap med ökad organisatorisk komplexitet och därmed ett större behov av samordning och styrning (Hallin och Siverbo, 2003).

I propositionen till gamla HSL instämde statsrådet i vad landstingsförbundet anfört om ”planeringens och samordningens stora betydelse för möjligheterna att skapa ett samlat och rationellt – effektivt – utbud av hälso- och sjukvård som tillgodoser människornas behov av god vård”. Statsrådet menade att

> detta förutsätter ett växelspel där olika vårdgivare måste vara beredda att gemensamt verka för konstruktiva lösningar och där olika vårdgivare är beroende av varandra. Ett gott resultat kommer att kräva god vilja från alla inblandade (prop. 1981/82:97).

Samrådet mellan regionerna och staten skulle, menade statsrådet, syfta till en överenskommelse som skulle utgöra utgångspunkten för regionernas långsiktiga planering. Från statens sida skulle Socialstyrelsen följa och stödja hälso- och sjukvårdsplaneringen på regionnivå samt

[6] Vilket kan ha ett samband med att Socialdepartementets sjukvårdsdelegation (S 1966:39) rekommenderade detta.

yttra sig över enskilda planförslag före huvudmännens ställningstaganden (prop. 1981/82:97).

Det var inte enbart behovet av planering som krävde samordning. För att vissa komplicerade och sällsynta sjukdomar skulle kunna behandlas framgångsrikt krävdes särskilda personella och tekniska resurser som ett enskilt landsting inte kunde erbjuda. Riksdagen fattade därför ett beslut om innehållet och organisationen av regionsjukvården i början av 1980-talet (prop. 1980/81:9, 1980/81:SoU6, rskr. 1980/81:123).

För att underlätta planeringen av sjukvården borde huvudmännen, menade statsrådet, bedriva sin hälso- och sjukvårdsplanering enligt vissa enhetliga principer som är gemensamma för hela landet och använda samma begrepps- och referensramar (prop. 1981/82:97).[7]

Det är också i början av 1980-talet som patientens rättigheter och ställning placeras i centrum för hälso- och sjukvårdslagstiftningen. I propositionen till gamla HSL tas ett samlat grepp om patientens rättigheter och ställning i vården. Även om patientens ställning dittills inte varit obetydlig hade den fått utläsas i tolkningar av bestämmelser som rörde regionernas och personalens ansvar (prop. 1981/82:97).

5.2.2 Nya hälso- och sjukvårdslagen

Ramlagstekniken i gamla HSL överfördes till den nuvarande hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), hädanefter nya HSL. Trots, eller kanske på grund av, att nya HSL syftar till att göra regelverket överskådligare, tydligare och mer lättillgängligt utan att förlora dess karaktär som målinriktad ramlag har lagen kompletterats med ett stort antal andra lagar och övriga författningar på hälso- och sjukvårdens område, inklusive föreskrifter från Socialstyrelsen (Johnsson, 2017). Man måste därför konstatera att nya HSL:s karaktär som ramlag inte har hindrat det formella hälso- och sjukvårdsrättsliga regelverket från att växa. I propositionen till nya HSL framför regeringen att regelverket består av mer än 250 författningar: lagar, förordningar och föreskrifter av olika omfattning (prop. 2016/17:43). Trots att hälso- och sjukvårdspolitikens utförande i princip är decentraliserat är statens ansvar och engagemang på området således alltjämt stort.

[7] Problemet var inte tillfälligt och inte avgränsat till hälso- och sjukvårdsområdet. 20 år senare konstaterade Äldrevårdsutredningen att det var svårt att följa utvecklingen av särskilda boendeformer på vård- och omsorgsområdet eftersom de hade olika beteckningar i olika kommuner. Refererad i Riksrevisionen (2018b).

Bestämmelsen om regionernas samrådsansvar med ”samhällsorgan”, såsom det uttrycks i lagtexten, överfördes till nya HSL.[8] De förhållandevis utförliga skrivningar om behovet av samverkan mellan regionerna och staten som finns i propositionen till gamla HSL saknar emellertid sin motsvarighet i förarbetena till nya HSL (prop. 2016/17:43, bet. 2016/17:SoU5, rskr. 2016/17:141). I stället, menade regeringen, är ansvaret för hälso- och sjukvårdspolitikens genomförande i dag mer uppdelat, där staten har ett övergripande systemansvar vilket inbegriper normering, tillsyn och utjämningssystem (prop. 2017/18:83). Medan statens ansvar för normering kommer till uttryck i olika författningar som fastställer de juridiska ramarna för hälso- och sjukvårdspolitiken innebär utjämningssystemet möjligheter för staten att styra hälso- och sjukvårdspolitiken mot uppställda mål genom fördelningen av ekonomiska medel.

5.3 Dagens organisering av hälso- och sjukvårdssystemet

Dagens organisering av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet kan delas in i olika nivåer. Samtidigt innebär den medicintekniska utvecklingen och den pågående reformeringen av hälso- och sjukvården att gränserna mellan dessa nivåer suddas ut allt mer. Ett exempel är att allt mer avancerad sjukvård utförs i hemmet.

[8] Mot bakgrund av kommunernas engagemang i hälso- och sjukvårdsfrågorna infördes även en motsvarande samrådsskyldighet för kommunerna.

Figur 5.1 Hälso- och sjukvårdssystemet

Källa: SOU 2020:15, bearbetad.

Basen i hälso- och sjukvårdssystemet utgörs av primärvården inklusive den kommunala hälso- och sjukvården.[9] De flesta patienter tas om hand på de över 1 000 vårdcentraler, distriktssköterskemottagningar och andra typer av husläkar- och familjeläkarmottagningar samt vid kommunala inrättningar som sammantaget utgör primärvården. Här ges medicinsk behandling, rehabilitering, omvårdnad och förebyggande insatser. Patienter som inte kan ta sig till en vårdcentral tas om hand inom den kommunala hälso- och sjukvården som ges vid vissa boendeformer. Även hemsjukvård ges vanligtvis i kommunal regi, då samtliga regioner utom en överlåtit skyldigheten att erbjuda hemsjukvård till kommunerna. Det kan emellertid noteras att gränssnittet gällande hemsjukvården varierar mellan regionerna.

De som inte kan diagnosticeras eller behandlas inom primärvården eller den kommunala hälso- och sjukvården remitteras till specialistvården. Specialistvården brukar delas in i tre nivåer av sjukhusvård. Den första är länssjukvården med drygt 20 länssjukhus och mer än 40 länsdelssjukhus. Antalet sjukhus är emellertid svårt att räkna på då det saknas nationella definitioner av sjukhus och olika typer av sjukhus, till exempel akutsjukhus. Vissa av sjukhusen är dessutom organi-

[9] Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård är huvudsakligen vård som ges på primärvårdsnivå. Regeringen inkluderar därför kommunalt finansierad hälso- och sjukvård i begreppet primärvård (prop. 2019/20:164).

satoriskt sett en enhet med verksamhet på flera platser. Länssjukhusen har specialistkompetens och medicinsk utrustning som täcker de flesta sjukdomstillstånd. En stor del av vården bedrivs som slutenvård, men de flesta bedriver även öppenvård. Länsdelssjukhusen är ofta mindre än länssjukhusen och har ett begränsat uppdrag. Länsdelssjukhusen kan utföra viss specialistsjukvård men inte all.

Nästa nivå av sjukhusvård är regionsjukvård som bedrivs vid landets sju universitetssjukhus. Regionsjukvård bedrivs emellertid på fler än sju platser då vissa av universitetssjukhusen har sin verksamhet på olika platser. Dessa ska kunna behandla även sällsynta och komplicerade sjukdomar och skador. Universitetssjukhusen samarbetar med universitet och högskolor om utbildning och forskning. Regioner utan eget universitetssjukhus har avtal med närliggande regioner om högspecialiserad vård.

Slutligen finns nationell högspecialiserad vård (tidigare rikssjukvården). Den syftar till att säkerställa kvaliteten i sällsynt och avancerad vård (se kapitel 4). Den nationella högspecialiserade vården ska vara koncentrerad till högst fem sjukhus i landet. Socialstyrelsen beslutar om vad som utgör nationell högspecialiserad vård utifrån ett brett remitterat förslag från sakkunniga experter, samt antal enheter som ska få utföra vården. Nämnden för nationell högspecialiserad vård vid Socialstyrelsen beslutar om vilka regioner som får tillstånd att bedriva sådan vård och beslutar om särskilda villkor för tillståndet.

I takt med att fler patienter lever med kroniska tillstånd (se kapitel 4) ökar behovet av samordning mellan de olika nivåerna i sjukvårdssystemet.

5.4 Staten, regionerna och kommunerna har ansvar

Såsom framgår av föregående avsnitt delas ansvaret för det svenska sjukvårdssystemet mellan staten, regionerna och kommunerna. Det kommunala åtagandet, inbegripet regionerna, är så pass omfattande att Ansvarskommittén år 2007 menade att det föreligger ett starkt nationellt intresse av att de kommunala verksamheterna fungerar väl (SOU 2007:10). Vidare menade kommittén att viktiga nationella värden såsom demokrati, samhällsekonomisk stabilitet och rättssäkerhet förverkligas inte minst genom den kommunala verksamheten. En av grundvalarna i det svenska styrelseskicket är kommunal själv-

styrelse. Såsom på många andra områden är regioners och kommuners uppgifter på hälso- och sjukvårdsområdet reglerade i speciallagar. På sådana områden kommer självstyrelsen till uttryck i själva utförandet (SOU 2007:10).[10]

5.4.1 Staten

För att trygga vårdens tillgänglighet och kvalitet har den statliga styrningen av hälso- och sjukvården under senare år fått ökad uppmärksamhet. Diskussionerna handlar om hur stora lokala och regionala variationer i vårdresurserna och utnyttjande av resurserna som är försvarbara i självbestämmanderättens och närdemokratins namn. Staten har mot den bakgrunden börjat att visa ett allt större intresse av att styra vårdens inriktning och utveckling (Johnsson, 2017).

I en granskningsrapport om hur staten har organiserat hälso- och sjukvården har Riksrevisionen (2017) identifierat fem styrmedel riktade till vårdens huvudmän. Dessa är

- Reglerande styrmedel, såsom tvingande lagstiftning och förordningar.
- Kunskapsstyrning i form av tvingande föreskrifter, nationella riktlinjer, allmänna råd och metodstöd.
- Ekonomisk styrning i form av statsbidrag och överenskommelser.
- Kontroll i form av tillsyn.
- Övriga styrmedel såsom nationella samordnare, öppna jämförelser, nationella handlingsplaner, nationella strategier och nationella samlingar.

Riksrevisionens granskning visar att det är vanligt att statens styrning på hälso- och sjukvårdsområdet kommit till uttryck genom den sista punkten, det vill säga i form av otraditionella styrmedel såsom överenskommelser, nationella samordnare och nationella strategier. Den här typen av styrning kan, trots att de bygger på frivillighet från huvudmännen, visa sig ha stor betydelse. Till exempel framhåller

[10] Se vidare kapitel 3 för en närmare beskrivning av hur det kommunala självstyret är förverkligat i svensk rätt.

Riksrevisionen att överenskommelser i praktiken är starkt styrande eftersom de i princip alltid är sammankopplade med ekonomiska incitament. En möjlig tolkning är att dessa otraditionella styrmedel kommit i stället för den mer reglerade samverkan som tidigare förekom mellan staten och regionerna och beskrivs på annan plats i det här kapitlet.

Användningen av otraditionella styrmedel innebär att staten kan undvika att precisera hur nationella ambitioner ska förverkligas, vilket å ena sidan ger huvudmännen stort utrymme för anpassning, men å andra sidan inte ger närmare vägledning. I sammanhanget kan nämnas att Tillitsdelegationen (SOU 2018:47) identifierade att när styrningen väl preciseras riskerar det komma olika styrsignaler från regeringen och statliga myndigheter, utan egentlig koordinering mellan olika nationella intressen.

Utvecklingen står i kontrast till Ansvarskommitténs (SOU 2007:10) bedömning om att statens styrning av kommunsektorn bör inriktas mot normering och att andra styrformer bör begränsas. Samtidigt, menade Ansvarskommittén, förutsätter statens och kommunernas åtaganden ett konstruktivt samspel mellan staten och kommunerna. Efter många år av utredning infördes ett särskilt kapitel om kommunerna i regeringsformen vid grundlagsreformen 2010.[11]

Oaktat ansvarsfördelningen på hälso- och sjukvårdsområdet kan man konstatera att systemet är komplext och att insatser från staten, regioner och kommuner är nödvändiga för att det ska fungera, såsom hälso- och sjukvårdspolitiken är organiserad i dag.

5.4.2 Regioner

Som beskrivs i detta betänkande har statens styrning av hälso- och sjukvården successivt tonats ned. Av kapitel 8 och 12 i nya HSL följer att regioner och kommuner är huvudmän för hälso- och sjukvården.[12] Lagens konstruktion syftar till att ge stor frihet till regionerna och kommunerna att själva bestämma över utförandet av hälso- och sjukvården efter lokala och regionala förutsättningar och behov. Samtidigt är HSL:s målbestämmelse tydlig om att vården ska vara jämlik i hela landet.

[11] Några utredningar som utrett frågan kan nämnas särskilt: SOU 1996:129, SOU 2007:93 och 2008:125. En redogörelse för utvecklingen finns i Eliason (2013).
[12] Motsvarande bestämmelser fanns i gamla HSL.

Regionerna ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen samt verka för en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Regionerna får med bibehållet huvudmannaskap överlämna åt annan, till exempel privata aktörer, att utföra vården. Det kan ske med hjälp av vårdvalssystem enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, upphandling enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, eller avtal om läkarvårdsersättning eller ersättning för fysioterapi enligt den så kallade nationella taxan. Även vårdgivares ansvar regleras i nya HSL och omfattar till exempel de allmänna kraven på all hälso- och sjukvård, bland annat kraven på en god vård (5 kap. 1 § HSL).

Varje region beslutar i praktiken om vilken vård som ska utföras var, till exempel vid vilka sjukhus. Ett undantag är nationell högspecialiserad vård som kräver tillstånd från Socialstyrelsen. Respektive region beslutar även om investeringar i sjukhus och andra vårdinrättningar samt om investeringar i medicinteknisk och övrig utrustning.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) är en medlems- och arbetsgivarorganisation för alla kommuner och regioner i Sverige. Det är en politiskt styrd organisation med en styrelse som består av förtroendevalda från kommuner och regioner.

Riksrevisionens (2017) granskning av statens styrning på vårdområdet visade att användningen av otraditionella styrmedel såsom överenskommelser resulterat i att SKR i praktiken fått myndighetsliknande uppgifter. Detta eftersom organisationen är den naturliga motparten för staten vid sådana överenskommelser, och eftersom den i kraft av sin roll som medlemsorganisation lättare kan nå ut till huvudmännen.

Exempel på överenskommelser mellan regeringen och SKR är stöd för utvecklingen av god och nära vård (dnr. S2021/00820), förbättrad tillgänglighet (dnr. S2020/09780), verksamhetsutveckling och digitalisering inom äldreomsorgen (dnr. S2020/09778), samt ökad nationell testning för covid-19 (dnr. S2020/05276).

SKR stödjer medlemmarnas arbete inom olika utvecklingsområden. SKR administrerar också nätverk för kunskapsutbyte och samordning samt ger service och rådgivning till tjänstemän och förtroendevalda.

När det gäller regionernas fastighetsfrågor ansvarar SKR för Fastighetsrådet, som är en FoU-fond för regionernas fastighetsfrågor där samtliga regioner bidrar till att finansiera gemensamma projekt kring regionernas hälso- och sjukvårdsmiljöer. Fonden ska användas till

forskning och utveckling som bidrar till mer kostnadseffektiva och bättre lokaler. Inom SKR finns även ett kansli för samverkansforumet Aktörsnätverket för vårdens byggda miljöer, som främjar och samordnar nationellt forsknings- och utvecklingsarbete. I aktörsnätverket ingår Centrum för vårdens arkitektur (CVA) vid Chalmers tekniska högskola, föreningen Forum Vårdbyggnad, PTS forum (Program för Teknisk Standard), Boverket, Fastighetsrådet och SKR. Dessa aktörer beskrivs närmare längre fram i detta kapitel.

Regional nivåstrukturering

Koncentrationen av högspecialiserad vård och omställningen mot en god och nära vård innebär ökad nivåstrukturering både nationellt och regionalt. Med nivåstrukturering avses vanligen en förskjutning av ansvar för ett tillstånd eller åtgärd mellan olika vårdnivåer och vårdgivare (prop. 2017/18:40). Medan staten ansvarar för beslut om koncentration av den nationella högspecialiserade vården ligger ansvaret för den regionala nivåstruktureringen, inklusive den regionala högspecialiserade vården, på de enskilda regionerna. Beslutsmandaten skiljer sig dock åt mellan samverkansregionerna.

Utredningen som föregick reformen av den nationella högspecialiserade vården (SOU 2015:98) föreslog att regionerna ska ansvara för den regionala nivåstruktureringen och att Socialstyrelsen ska lämna rekommendationer, exempelvis gällande vilka patientvolymer och vilken kompetens som krävs för att högspecialiserad vård ska koncentreras till en samverkansregion. Regeringen föreslog inget uppdrag för Socialstyrelsen kring regionalt högspecialiserad vård, men menade att samverkansregionernas mandat för att fatta beslut om nivåstrukturering av vården på regional nivå behöver stärkas och tydliggöras. Det kunde enligt regeringen ske genom att samverkansnämnden ersätts med en gemensam nämnd eller ett kommunalförbund, till vilken regionerna i samverkansnämnden överlåter beslutanderätt. Regeringen ansåg att förslaget innebar en höjd förväntan på samverkansregionerna att förstärka sin beslutsförmåga att koncentrera vård inom den egna samverkansregionen. Vidare menade regeringen att det är viktigt att följa utvecklingen av hur koncentrationen av vård fortskrider på regional nivå (prop. 2017/18:40).

5.4.3 Samverkansregioner

För hälso- och sjukvård som berör flera regioner är landet indelat i samverkansregioner. Vilka län och kommuner som ingår i varje samverkansregion framgår av 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:30). De sex samverkansregionerna beskrivs i tabellen nedan. I varje region finns ett regionsjukhus, förutom Uppsala/Örebroregionen som har två. Regionsjukhusen benämns inte sällan universitetssjukhus.

Tabell 5.1 Sveriges sex samverkansregioner samt dess ingående regioner och regionsjukhus

Samverkansregion	Ingående län och kommuner	Regionsjukhus
Stockholms samverkansregion	Stockholms län Gotlands län	Karolinska Universitetssjukhuset
Samverkansregion Linköping	Östergötlands län Jönköpings län Kalmar län	Universitetssjukhuset i Linköping
Samverkansregion Lund/Malmö	Kronobergs län Blekinge län Skåne län Halmstad kommun Hylte kommun Laholms kommun	Skånes universitetssjukhus
Samverkansregion Göteborg	Västra Götalands län Falkenbergs kommun Kungsbacka kommun Varbergs kommun	Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Samverkansregion Uppsala/Örebro	Uppsala län Södermanlands län Värmlands län Örebro län Västmanlands län Dalarnas län Gävleborgs län	Akademiska sjukhuset Universitetssjukhuset i Örebro
Samverkansregion Umeå	Västernorrlands län Jämtlands län Västerbottens län Norrbottens län	Norrlands universitetssjukhus

Syftet med samverkansregionerna är att möjliggöra samverkan om regionsjukvård och nivåstrukturering inklusive koncentration av regional högspecialiserad vård samt övergripande frågor om kunskapsstyrning. Här har staten med andra ord ålagt regionerna en samverkansskyldighet samt beslutat om regional indelning. Formerna för samverkan är dock upp till regionerna, vilket gör att samverkansformerna inom respektive samverkansregion ser olika ut.

Samverkan mellan regioner och kommuner kan exempelvis ske genom att de bildar ett kommunalförbund eller inrättar en gemensam nämnd (se kapitel 3). Kommunalförbundet eller nämnden består av politiska företrädare för de regioner och kommuner som ingår. Möjliga samarbetsområden är till exempel kunskapsstyrning, regionala cancercentrum, kvalitetsregister, kompetensförsörjning samt forskning och utbildning. Samverkansregionerna upprättar även samverkansavtal om bland annat utomlänsvård samt fastställer prislistor för debitering av vård i egen regi av patienter från andra regioner.

Om samverkan sker i form av en nämnd beslutar denna inte självständigt om investeringar i enskilda sjukhus. Det gör i stället respektive region. I vissa fall sker dock en gemensam planering i samverkansregionen av hur det samlade hälso- och sjukvårdssystemet ska se ut inom regionen och i viss mån vilka prioriteringar som ska göras.

Utredningen har uppdragit forskare från Uppsala universitet att undersöka samverkansregionernas arbete och roll (se Winblad m.fl., 2021 i bilaga). Undersökningen pekar på att det inte verkar göras gemensamma investeringar i vårdbyggnader i dag. En förklaring är att samverkansregioner inte är juridiska personer (bortsett från Norra sjukvårdsregionsförbundet). Några av de intervjuade regionföreträdarna framför emellertid behov av ökat erfarenhetsutbyte och koordinering för att uppnå bättre koordinering av investeringar i vårdinfrastruktur eftersom delar av kostnaderna förväntas täckas av de belopp som vård av patienter från andra regioner inbringar.

Intervjupersonerna som deltagit i undersökningen har en överlag positiv syn på samverkan inom samverkansregionen och att det finns ett värde i att vidareutveckla arbetet. Samtidigt finns det begränsningar i hur långt samarbetet kan sträcka sig med dagens samarbetsformer. Intervjupersonerna menar emellertid att ett starkare mandat inte nödvändigtvis är avgörande för förbättrad samverkan. Det viktiga är i stället

att mervärdet av samverkan synliggörs och att det finns tillit samt en vilja att samverka mellan regionerna.

5.4.4 Kommuner

Kommunerna ansvarar enligt nya HSL för att tillhandahålla hälso- och sjukvård åt personer i vissa boendeformer och verksamheter men inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare. De läkarresurser som behövs inom den kommunala hälso- och sjukvården ska regionerna tillhandahålla. Boendeformer som omfattas av kommunens ansvar är permanent särskilt boende, korttidsboende och dagverksamhet som regleras i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, bostad med särskild service och daglig verksamhet som regleras i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, samt patientens eget hem (hemsjukvård). Verksamheten kan bedrivs i egen regi eller av andra utförare.

Utvecklingen mot kortare vårdtider och snabbare utskrivning av patienter från sjukhus leder till att fler åtgärder för rehabilitering och habilitering utförs i den kommunala hälso- och sjukvården. Samtidigt innebär den tekniska utvecklingen att fler patienter med svårare hälsoproblem kan vårdas i hemmet. I praktiken får därför många patienter med komplexa vårdbehov en del av sin vård inom den kommunala hälso- och sjukvården. Där omhändertas främst många äldre och multisjuka liksom personer med stora funktionsnedsättningar. Många patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården behandlas också för vanliga folksjukdomar såsom hjärtsjukdom, diabetes, KOL och depression. De behov som tillgodoses inom den kommunala hälso- och sjukvården förväntas vara stora under överskådlig tid (Socialstyrelsen, 2019a).

5.5 Styrningen av hälso- och sjukvårdspolitiken i ett större sammanhang

Den omfattande expansionen av den offentliga sektorn under efterkrigstiden grundade sig på politiska ambitioner om att ge medborgarna tillgång till sjukvård, omsorg, utbildning, bostäder, sysselsättning och infrastruktur med mera. Under tillväxtåren ordnades således allt mer i offentlig regi och medborgarnas förväntningar på det all-

männa växte (SOU 2018:47). Utvecklingen gav så småningom bränsle till ett tilltagande missnöje med styrningen av offentlig sektor samt omfattande reformer. Den debatt om förvaltningspolitiken som följde har fått förnyad kraft på senare år.

5.5.1 Planering som dominerande idé

Idealet om decentralisering samexisterade under mitten av 1900-talet med idealet om planering som verktyg inom förvaltningspolitiken. Till exempel uppfattades förstärkningen av regionernas ansvar för hälso- och sjukvårdens utförande som ett sätt att öka förutsättningarna för planering.

Idéer om styrning som fäste större uppmärksamhet vid produktivitet och effektivitet, samt vikten av planering och utvärdering som skulle råda bot på upplevda problem hämtades från USA. Den så kallade programbudgeteringen, där program avsåg ”en plan över kostnader och prestationer för en verksamhet som syftar till att uppnå ett angivet mål”, infördes därför (se SOU 1967:11 för en utförligare redovisning av programbudgeteringen).

5.5.2 Decentralisering som motreaktion

Från den senare delen av 1970-talet växte kritiken mot den offentliga sektorn. Det fanns en utbredd uppfattning om att sektorn hade blivit alltför byråkratisk och att medborgarnas möjligheter till inflytande och insyn var alltför begränsad. Kritiken bör också ses i ljuset av det statsfinansiella läget som försämrades under denna tid och gav upphov till ökade krav på effektivitet i den offentliga verksamheten (SOU 2018:47). Den samling idéer som brukar benämnas New Public Management (NPM) växte fram, med ökade inslag av marknadslösningar och företagsefterliknande reformer, liksom alltmer mätning och granskning. En bärande idé inom denna styrfilosofi är decentralisering av resultatansvar med hjälp av mål- och resultatstyrning. I stället för detaljreglering skulle statens styrning ske med hjälp av tydliga mål och resultatkrav (Statskontoret, 2016).

Decentralisering förblev således en dominerande styr- och organisationsprincip, om än med andra förtecken. Det tog sig bland annat uttryck i ett ökat antal lokala politiska nämnder och styrelser som fick

ansvar för lokal resursfördelning till kliniker och vårdcentraler, så kallade basenheter. Ansvar och befogenheter delegerades till basenheterna och dess ledningar fick ett tydligare ansvar för verksamheternas resultat.

5.5.3 Marknadisering och företagisering

Under senare delen av 1980-talet och under 1990-talet blev företagsefterliknande styrning samt reformer för att skapa mer marknadsliknande förhållanden vanliga. Med hjälp av marknadsreformer såsom konkurrensutsättning, avregleringar, privatiseringar och valfrihet skulle det offentligas roll bli att ”styra, inte ro” (Osborne och Gaebler, 1992). Företagsefterliknande inslag handlade om förändringar inom offentliga organisationer såsom indelning i resultatenheter, interndebiteringssystem och ett starkt resultatfokus. Med reformerna följde ökat fokus på uppföljning och granskning.

I Sverige uttrycktes dessa ambitioner bland annat i Socialdemokraternas 90-talsprogram där man betonade decentralisering, delegering, målstyrning, utvärderingar, konkurrens, valmöjligheter och en stärkt ställning för brukarnas intressen (Ahlbäck Öberg och Widmalm, 2016). Inom landstingen blev det vanligt att införa beställar- och utförarorganisationer, att upphandla tjänster från privata aktörer, att övergå från anslagsfinansiering till prestationsfinansiering och att öka valfriheten för medborgarna. Marknadstänket kom även att genomsyra styrningen av den mest högspecialiserade vården. Under 1990-talet infördes ett köp- och säljsystem där huvudmännen själva fick avgöra eventuell etablering av rikssjukvård. Tanken var att kvalitet och kostnad skulle styra och skapa ett effektivt och avreglerat system (SOU 2015:98).

5.5.4 Samverkan och samordning

Vid 1990-talets mitt återkom idéer om samverkan och samordning att utmana marknadsidén som dominerande organisations- och styrprincip inom landstingen (Harrison och Calltorp, 2000). Inom landstingen betonades samverkan och samordning mer än konkurrens, liksom integrering av tidigare separerade enheter. Det genomfördes

bland annat sammanslagningar av sjukhus för att genom stordrift och specialisering uppnå högre effektivitet (Hallin och Siverbo, 2003).

Reformer genomfördes även för att öka samverkan mellan verksamheter med landstingen som huvudmän och verksamheter med kommunalt huvudmannaskap. I och med den så kallade ÄDEL-reformen 1992 gavs kommunerna ett samlat ansvar för långvarig service, hälso- och sjukvård och socialtjänst till äldre och personer med funktionsnedsättning. Fler reformer under 90-talet, till exempel psykiatrireformen, gav kommunerna ytterligare huvudmannaskap. Reformerna innebar således satsningar på såväl ökad samverkan som ytterligare decentralisering.

I början av 2000-talet tillsattes en utredning för att utveckla den högspecialiserade vården och den kliniska forskningen. Resultatet blev ett avståndstagande från det marknadstänk som gällt och det förordades i stället en starkare och mer distinkt samordning på nationell nivå (Socialdepartementet, 2003).

Marknadsstyrningen har samtidigt fortsatt in på 2000-talet med förnyad kraft i flera omgångar, inte minst från statligt håll. Omregleringen av apoteksmarknaden innebar att det statliga monopolet avskaffades och konkurrensutsattes. Valfrihetsreformer, såsom införandet av lagen (2008:962) om valfrihetsystem, LOV, genomfördes. Ökad uppföljning och kvalitetsrankingar såsom öppna jämförelser utgör andra exempel. Sedan 2006 publiceras årligen öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården och från 2007 inom äldreomsorgen. Ett syfte med jämförelserna när de infördes var att de på sikt skulle användas som stöd för vård- och omsorgstagares fria val (Socialdepartementet, 2009).

5.5.5 En skiftande balans mellan olika styrningslogiker

Under 2010-talet har styrningen av hälso- och sjukvården återkommande beskrivits som fragmenterad, inte minst styrningen från statens sida.[13] Den samlade statliga styrningen tycks ha ökat i omfång och detaljeringsgrad under de senaste decennierna (Statskontoret, 2016). De övergripande trenderna i styrningen som beskrivits ovan har emellertid inte alltid avlöst varandra utan nya styrmedel har ofta kompletterat snarare än ersatt redan befintliga. Resultatet är många paral-

[13] Se till exempel Statskontoret (2011b), Thoresson (2012) och SOU 2016:2.

lella styrsignaler som träffar ett hälso- och sjukvårdssystem med många huvudmän och vårdgivare, med ökad komplexitet som följd.

I sökandet efter lösningar på de samverkans- och fragmentiseringsproblem som allt oftare stått i fokus för debatten de senaste decennierna har olika idéer lanserats. Ett exempel är begreppet nätverkssjukvård som blev populärt inom hälso- och sjukvården i mitten av 2010-talet (Rognes m.fl., 2014). Med det avses en situation där flera olika vårdgivare samverkar i nätverk kring en patient.

Sedan 2010-talet kan skönjas en viss kursändring för att hantera den ökade komplexiteten. Utvecklingen kan på ett teoretiskt plan förstås som en skiftande balans över tid mellan olika styrlogiker. Inom samhällsvetenskapen brukar de tre styrlogikerna *marknad*, *hierarki* och *tillit* lyftas fram (Adler, 2001). I marknadslogiken är prismekanismen den reglerande principen och ett viktigt medel är konkurrens. Yttre incitament såsom belöningssystem samt valfrihet anses viktigt för att motivera människor. Med hierarki som huvudsaklig logik är utgångspunkten i stället att formella beslut och reglering är det som styr mänskligt beteende. Rättssäkerhet och likvärdighet är värden som betonas. Tillitslogiken (ibland kallad nätverkslogik) vilar i stället på samarbete och professionellt handlingsutrymme som viktiga medel och tillmäter kunskap och relationer stor betydelse.

I praktiken kombineras och balanseras styrlogikerna på olika sätt för att matcha behoven i en viss sektor eller verksamhet. De brukar därför betraktas som en uppsättning verktyg snarare än konkurrerande angreppssätt.[14]

[14] Se t.ex. Adler (2001), Tillitsdelegationen (SOU 2018:38) och Krohwinkel m.fl. (2019) som antar ett sådant synsätt.

Tabell 5.2 Olika styrlogikers karaktärsdrag

	Marknad	Hierarki	Tillit
Medel	Konkurrens/incitament/ optimering	Reglering, formell beslutslinje	Samarbete/ Handlingsutrymme för professioner
Motivation/ incitament	Yttre motivation Individuella mål	Rollfördelning	Inre motivation Gemensamma mål och värderingar
Ansvars-utkrävande	Mätbara resultat i förhållande till mål, effektivitet Extern granskning och jämförelse	Regelefterlevnad, enhetlighet, transparens Uppföljning ”i linjen”	Förmåga till anpassning/flexibilitet, lärande, innovation Kollegial granskning
Fokus	Resultat	Process	Kunskap och relationer
Riktning	Top-down	Top-down	Bottom-up
Bygger på/ hanterar	Rationalitet	Förutsägbarhet	Osäkerhet

Källa: Bearbetade uppgifter från Krohwinkel et al (2019).

De trender som kommit att debatteras under benämningen NPM kan ur detta perspektiv beskrivas som att balanspunkten i styrningen skiftat under 1980- och 90-talen samt början av 2000-talet mot marknad och hierarki, i viss mån på bekostnad av de värden som betonar mer tillit och mer professionsbaserad styrning. De senaste åren har tillit och handlingsutrymme för professioner i stället kommit att omtalas alltmer, inte minst i statliga utredningar. Innovationsrådet konstaterade till exempel 2013 att mycket tyder på att hierarkisk styrning inom offentlig sektor håller på att ersättas av horisontella och mer egalitära styrmekanismer (SOU 2013:40). Tillitsdelegationen (SOU 2018:47) förordade några år senare en starkare betoning av tillit i styrningen av offentlig tjänstesektor.

Vanliga argument för att bejaka tillit i styrningen är att professionellt handlingsutrymme är särskilt viktigt inom sektorer som är kunskapsintensiva och som präglas av komplexitet och variation, medan marknad och hierarki i dess renodlade form lämpar sig bättre för verksamheter av mer statisk och förutsägbar karaktär. Med det senare avses verksamhet som relativt enkelt kan kontrakteras ut och där det är möjligt att åstadkomma fungerande konkurrens, eller där det går

att automatisera processer eller följa en regel (se till exempel Rothstein, 2010 och Krohwinkel m.fl., 2019). Anell (2020) menar dock att det fortfarande är oklart hur tillitsbaserad styrning ska utformas i praktiken. En styrning som enbart baseras på tillit kan enligt Anell (2020) betraktas som naiv. Han menar vidare att erfarenheten pekar mot att professionalism som kontrollmekanism är lika ofullständig som byråkratin eller marknaden.

Hälso- och sjukvården är en kunskapsintensiv sektor, inte minst givet att den i många delar präglas av en hög grad av specialisering. Specialiseringen skapar samtidigt informella hierarkier som påverkar hur verksamheten kan ledas och styras. Mångfalden av aktörer och huvudmän på olika nivåer bidrar till ytterligare komplexitet. Även samspelet mellan olika aktörer – patienter och professioner, utförare, huvudmän och staten med flera – påverkar utvecklingen av sektorn.

5.6 Mot systemsyn på hälso- och sjukvårdsområdet

Hälso- och sjukvårdsområdet är komplext. Medborgarna har höga förväntningar på vården och området är av stor betydelse för patienter och anhöriga. Insatserna från det allmänna kommer från olika håll och ansvaret för dessa insatser följer inte någon strikt uppdelning. Genom att betrakta offentlig verksamhet som ett sammanhållet system snarare än att se till beståndsdelarna kan uppmärksamheten flyttas till helheten, samtidigt som relationerna mellan systemets olika delar och möjliga orsakssamband bättre kan identifieras (jfr SOU 2013:40). Styrningen av hälso- och sjukvården behöver ta sin utgångspunkt i denna komplexitet. Även tidigare utredningar har förordat ett sådant helhetsperspektiv, eller systemperspektiv, för att utveckla verksamheter, till exempel hälso- och sjukvården, så att de bättre uppnår sina syften. Nära sammankopplat med systemperspektivet är samverkan mellan systemets olika delar (jfr SOU 2017:56). Att anlägga en systemsyn (eller ett systemperspektiv) på styrningen av offentlig sektor har blivit allt vanligare.

Ett syfte med systemsynsättet så som det beskrivs ovan är att öka sannolikheten för att insatser från samhället får önskad effekt. Ett område där forskningsrapporter visat på bristande systemsyn är infrastrukturinvesteringar, där det är vanligt att kostnaderna blir högre än planerat (Teisman m.fl., 2009). Ytterst handlar behovet av systemsyn

om att tillgodose de ambitioner samhället har på hälso- och sjukvårdsområdet.

Systemsynsättet används ofta i förbindelse med mer tjänstenära utvecklingsarbete i offentlig sektor. Både Tillitsdelegationen och den Nationella samordnaren för ett mer effektivt resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården har betonat behovet av systemsyn. Citatet nedan är hämtad från den senare.

> Utredningen menar att en helhetssyn och systemansats är nödvändig för att lösa nuvarande problematik kring vård och omsorg om äldre och andra med stora behov av insatser. Med detta som teoretisk utgångspunkt har utredningen analyserat problematiken ur ett effektivitetsperspektiv. Utredningen anser att statens roll i detta avseende måste vara att stödja huvudmännen i att anlägga ett systemperspektiv för att komplexa samhällsfrågor ska kunna lösas i det praktiska utförandet av tjänsterna (SOU 2016:2).

5.6.1 Behovet av systemsyn på hälso- och sjukvårdsområdet har uppmärksammats förut

Relationen mellan staten, regioner och kommuner behandlas i 2010 års förvaltningspolitiska proposition (prop. 2009/10:175). I propositionen framförde regeringen att det behövs en mer samlad, sektorsövergripande och långsiktig statlig styrning av den kommunala sektorn. I sammanhanget menade regeringen att medborgarperspektivet i större utsträckning bör prägla statens styrning genom att i större utsträckning se till både statlig och kommunal verksamhet, i utformandet av statens styrning. Medborgarna är, menade regeringen, intresserade av att få en bra service och är inte beredda att acceptera att servicen blir sämre på grund av att staten, regioner och kommuner inte samverkar.[15]

Även inom hälso- och sjukvårdssektorn har behovet av ett mer sammanhållet system uppmärksammats under det senaste decenniet. Statens vård- och omsorgsutredning (SOU 2011:65) menade att både vården och omsorgen kommer att behöva stärkt nationell samordning på flera områden. Det handlade dels om att säkra vård och omsorg på lika villkor dels om olika former av samordning för att främja kvalitet

[15] Sedan 2010 års förvaltningspolitiska proposition godkänts av riksdagen (bet. 2009/10:FiU38, rskr. 2009/10:315) har Statskontoret uppdragits att kartlägga utvecklingen av den statliga styrningen av regioner och kommuner i en serie rapporter. Se vidare Statskontoret (2018, 2019 och 2020). Statskontoret har även uppdragits att årligen översiktligt redovisa och analysera utvecklingen av statens styrning av kommuner och regioner och deras verksamheter för åren 2020–2023 (Regeringskansliet 2020).

och ökad effektivitet. Man förordade i huvudsak nationell samordning genom samarbete. Vidare menade utredningen att

> [n]ationell samordning är mer än statlig styrning. De senaste årens utveckling visar att kommuner, landsting, entreprenörer, professionella sammanslutningar och andra både vill och kan bygga stora delar av den nationella samordningen genom samarbete. Detta sätt att bygga samordning har en styrka i att det bygger på lokal och regional kunskap, samtidigt som beslutsfattandet finns kvar nära de berörda medborgarna och verksamheterna.
>
> Samtidigt är det nödvändigt att staten deltar med en tydligare roll i det nationella samordningsarbetet. Dels därför att regeringen, med utgångspunkt från riksdagens överordnade ansvar, behöver möjlighet till överblick och verktyg för att kunna styra när så behövs. Dels därför att staten, många gånger genom sina myndigheter, har viktiga delar av den kompetens och det mandat att ta nationella beslut som samordningen behöver i vissa skeden (SOU 2011:65).

Även Ansvarskommittén hade några år tidigare påtalat betydelsen av ett förbättrat samarbete mellan olika samhällsnivåer och huvudmän (SOU 2007:10). Man menade att staten och kommunsektorn har ett gemensamt ansvar för många välfärdstjänster och att det krävs ett konstruktivt samspel mellan nivåerna för att åtagandet visavi medborgarna ska kunna utföras väl. Kommittén föreslog, i likhet med andra utredningar av regionfrågan (se till exempel SOU 2016:48), att landstingens uppgifter skulle övertas av betydligt färre och mer jämnstora regionkommuner för att skapa bättre förutsättningar för en kunskapsstyrd och jämlik hälso- och sjukvård. Samma år som Ansvarskommittén lämnade sitt slutbetänkande tillsattes en utredning med uppgift att lämna förslag till en nationell cancerstrategi (SOU 2009:11). Det ledde så småningom till bildandet av så kallade regionala cancercentrum (RCC).

Slutbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) från utredningen Nationell samordnare för bättre resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården lyfte behovet av ett mer samordnat agerande för att öka effektiviteten i systemet. Till exempel framfördes:

> Utredningen har vid upprepade tillfällen tagit del av utvecklingsarbete och verksamheter där varje landsting/region själva fått bygga upp infrastrukturer, analyser, praktiska och tekniska lösningar och drift. Sällan har dessa enheter/verksamheter haft andra verksamheter att ”låna” lösningar av. Det samlade intrycket är således att det i många frågor handlar om att alla ”utvecklar sitt”. Sett ur ett systemperspektiv är detta inte alltid optimalt (SOU 2016:2).

Utredningen föreslog bland annat att det borde införas en skyldighet i hälso- och sjukvårdslagen för samtliga landsting att när det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl gemensamt planera och utföra uppgifter. Om lagstiftningen om skyldigheten att samarbeta inte har gett resultat två år efter införande skulle regeringen, enligt förslaget i utredningen, överväga ytterligare åtgärder för att säkerställa bättre samarbete och därmed bättre resursutnyttjande mellan landstingen. Utredningen föreslog även en nationell konsultationsordning för sjukvården bestående av fasta möten på politisk toppnivå mellan regeringen och samtliga landsting/regioner.

Medan förslagen om gemensamt beslutsfattande i betänkandet Effektiv vård inte genomfördes återkom utredningens förslag om hälso- och sjukvårdens organisering i utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2018:39, delbetänkande). Utredningen föreslog ett nationellt reglerat grunduppdrag för primärvården. Man konstaterade bland annat att den regionala samordning av primärvårdens uppdrag som regeringen förväntade sig av landstingen hittills har uteblivit samt att det finns en i stort sett samstämmig bild av att det krävs en ökad nationell styrning för att alla ska få en jämlik vård i hela landet.

Utredningen Styrning för en mer jämlik vård gjorde liknande iakttagelser i sitt slutbetänkande (SOU 2019:42). Utredningen menade att utan ett nationellt system med minskade skillnader i landstingens styrning blir det svårt att uppnå hälso- och sjukvårdslagens mål om en jämlik vård. I betänkandet framförs bland annat att landstingen bör tillämpa gemensamma ersättningsprinciper för primärvården samt att den nationella styrningen och samarbetet inom ramen för vårdvalssystemen stärks. Utredningens sammantagna bedömning var att fördelarna med nationell samordning är så pass stora att det motiverar att det kommunala självstyret får stå tillbaka.

Satsningar för att stärka nationell samordning pågår för närvarande inom många områden. Det Nationella vårdkompetensrådet som ska samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjningen av vårdpersonal finns beskrivet på annan plats i detta betänkande. Ett annat exempel är nationella satsningar på kunskapsstyrning. I budgetpropositionen för 2015 (prop. 2014/15:1, utg.omr. 9) gjorde regeringen bedömningen att den statliga kunskapsstyrningen behövde förändras genom att bli effektivare och mer samordnad. Ett led i arbetet var bildandet av Rådet för styrning med kunskap 2015

där nio myndigheter ingår.[16] Rådet ska vara ett forum för samverkan kring strategiska frågor om kunskapsutveckling och nyttiggörandet av forskning och innovationer avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Utöver Rådet finns den så kallade Huvudmannagruppen som består av politiska företrädare för regioner och kommuner. Gruppen har till uppgift att dels informera Rådet om områden där huvudmännen har behov av statlig styrning med kunskap, dels hur styrningen bör utformas och kommuniceras. Regionerna har sedan 2018 också ett gemensamt system för kunskapsstyrning via nationella och regionala programområden. Framtagna kunskapsstöd publiceras på en webbplats som administreras av SKR (kunskapsstyrningvard.se).

Ytterligare ett område där ökad nationell samordning och styrning efterfrågats är e-hälsoområdet. Till exempel lyfte E-hälsokommittén behovet av ytterligare nationell samordning och styrning då det saknades en samordnande kraft med normeringsmöjlighet på området (SOU 2015:32). Under 2018 påbörjade E-hälsomyndigheten uppbyggnaden av en nationell förvaltningsorganisation inom e-hälsoområdet. Fram till 2021 har myndigheten i uppdrag att kontinuerligt sammanställa och tillgängliggöra gemensamma, nationella specifikationer, att inrätta en funktion för förvaltning av sådana specifikationer samt genomföra en analys av ansvarsfördelningen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten avseende dessa frågor. Nationella gemensamma specifikationer innebär överenskommelser om hur standarder ska tillämpas för att underlätta informationsutbyte inom och mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. På så sätt kan information om patienter och brukare utbytas och återanvändas där den behövs (E-hälsomyndigheten, 2019).

Den pågående covid-19-pandemin har lett till en allt livligare debatt om behovet av nationell samordning och styrning. Regeringen har också vidtagit en rad åtgärder på nationell nivå som under normala omständigheter sköts av regioner och kommuner. Socialstyrelsen fick till exempel i mars 2020 i uppdrag att vid behov ta över regionernas och kommunernas ansvar för att säkerställa tillgång till skyddsutrustning och annan sjukvårdsmateriel. Myndigheten fick också ansvar för inköp av materiel till regioner och kommuner och för att få igång inhemsk produktion av sjukvårdsmateriel. Man har även stöttat regionerna

[16] Dessa är E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forte, IVO, Läkemedelsverket, Myndigheten för delaktighet (MFD), Socialstyrelsen, SBU samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV).

med att utöka antalet intensivvårdsplatser genom att i samarbete med Försvarsmakten tillföra medicinteknisk utrustning och fältsjukhus med mera.[17]

Frågan om stärkt beredskap med anledning av hot om såväl terrorattentat som smittsamma sjukdomar väcktes av regeringen redan innan pandemin bröt ut. En statlig utredning arbetar sedan 2018 med dessa frågor. Utredningen ska bland annat pröva om det finns skäl att förtydliga regionernas, kommunernas, statens eller privata aktörers ansvar och om det finns behov av en närmare samverkan mellan regionerna. Utredningen ska även utarbeta en nationell färdplan för hur beredskapen inom hälso- och sjukvården ska utvecklas framåt (dir. 2018:77). Vidare ska man, enligt tilläggsdirektiv efter utbrottet av covid-19, analysera nödvändiga åtgärder för att förebygga och hantera situationer med brist på hälso- och sjukvårdsmateriel och läkemedel (dir. 2019:83). Hänsyn ska tas till de erfarenheter som gjorts av utbrottet av covid-19 (dir. 2020:84).

5.7 Tidigare stöd och styrning av investeringar

Nuvarande investeringar inom hälso- och sjukvården kan jämföras med den utbyggnad av sjukhus som skedde i Sverige från 1950-talet och fram till 1980-talet. Det sjukhusbestånd som för närvarande ersätts eller renoveras är till stora delar byggt under denna tid.

Precis som nu pågick då strukturförändringar av hälso- och sjukvården samtidigt som omfattande investeringar i sjukhus genomfördes. Strukturförändringarna syftade även då till att bygga ut den öppna vården och minska andelen slutenvård vid sjukhus. Reformerna av hälso- och sjukvården utgick från en liknande lägesbild och problembeskrivning; ökade kostnader och en ökande andel äldre i befolkningen, ökade anspråk på hälso- och sjukvårdens tjänster, svårigheter att rekrytera personal, väntetider samt brister i kontinuitet och samordning för patienter med omfattande behov (prop. 1981/82:97).

Staten tillhandahöll ett antal arenor för att långsiktigt stödja huvudmännens omstrukturerings- och utvecklingsarbete, både avseende vårdverksamhet och investeringar.

[17] Det som kallats fältsjukhus byggdes upp med såväl civila resurser som resurser från Försvarsmakten.

När det gäller investeringar i vårdbyggnader fanns det från 1960-talets början framför allt två lagar som reglerade investeringar och byggnation av sjukhus: sjukvårdslagen (1962:242) och lagen (1971:1204) om byggnadstillstånd m.m.

I sjukvårdslagen ingick regler kring anordnande av sjukhus. 8 § angav att ”anläggning av sjukhus må icke påbörjas förrän sjukhusets förläggning även som ritningar godkänts i den ordning konungen bestämmer. Vad nu sagts skall gälla jämväl större till- eller ombyggnad av sjukhus.”

Lagen om byggnadstillstånd m.m. tillkom 1971 men hade sin grund i ett regelverk som infördes på 1940-talet. Regleringen var ett konjunktur- och regionalpolitiskt styrmedel med syftet att kunna reglera tillgången på arbetskraft och byggnadsmaterial över landet. Med hjälp av lagen kunde staten avgöra vilka större byggnadsprojekt som fick komma tillstånd. Prövningen utgick ifrån samhällsekonomiska förhållanden, läget på arbetsmarknaden ”eller andra väsentliga allmänna intressen och hade således andra utgångspunkter än sjukvårdens behov och planering även om den också omfattade byggnation av sjukhus. Lagen upphävdes 2012. Ett av skälen var att regelverket inte hade utnyttjats på över 20 år (prop. 2011/12:107).

Nedan följer en kronologisk genomgång av hur ansvaret för att pröva planer för infrastruktur i vårdbyggnader och efterföljande samverkan och kunskapsutbyte har varit organiserat.

5.7.1 Centrala sjukvårdsberedningen

Historiskt sett hade Medicinalstyrelsen ansvar för att pröva planer för ny-, till- och ombyggnad av sjukhus. Efter reformer runt år 1960 flyttades ansvaret till den Centrala sjukvårdsberedningen (CSB), som bestod av representanter från ett antal myndigheter (däribland Medicinalstyrelsen) och landstingen (prop. 1962:122).[18]

CSB hade tillkommit år 1943 genom en sammanslagning av dåvarande sjukhusens standardiseringskommitté och centrala sjukhusarkivet, där den senares uppgift var att samla, registrera och systematiskt bearbeta uppgifter av olika slag rörande sjukhusväsendet inom och utom landet i avsikt att uppnå standardisering och rationalisering på det sjukhustekniska området. Centrala sjukhusarkivets verksam-

[18] Strängt taget skulle planerna godkännas i den ordning som konungen bestämde. Valet föll på CSB.

het hade reglerats genom ett avtal mellan staten, svenska landstingsförbundet och svenska stadsförbundet (se vidare prop. 1962:79). Efter hand kom denna gren av arbetet att dominera CSB:s arbete, inte minst eftersom CSB i sak kom att pröva ny-, om- och tillbyggnadsärenden inför Medicinalstyrelsens beslut (prop. 1962:79).

5.7.2 Nämnden för sjukvårds- och socialvårdsbyggnader

År 1968 övertogs uppgiften att granska och godkänna byggnadsritningar för sjukvårds- och socialvårdsbyggnader av den då nystartade nämnden för sjukvårds- och socialvårdsbyggnader (NSB) (prop. 1967:68).[19] Efter förslag från decentraliseringsutredningen (Ds Kn 1977:6) lades nämnden ner år 1979 och lagstödet för prövning av ny-, om- och tillbyggnad av sjukhus upphörde.[20] Som motivering framhöll regeringen att Sjukvårdens planerings- och rationalitetsinstituts (Spri) metodarbete lett till en allt mer utvecklad dialog mellan centrala organ och huvudmännen och att huvuddelen av NSB:s insatser redan fått en rådgivande karaktär genom de arbetsformer som utvecklats. Genom underhandssamtal och förhandsutlåtanden hade NSB:s slutliga beslut ofta blivit en formell bekräftelse på ställningstaganden som vuxit fram i ett tidigare planeringsskede i kontakten mellan å ena sidan NSB och Spri och å andra sidan huvudmannen (prop. 1978/79:174).[21]

I samband med att NSB avvecklades upphörde slutligen kravet om att planer för ny-, till- och ombyggnad av sjukhus måste ha statens godkännande, som dittills funnits i sjukvårdslagstiftningen.

Beslutet att lägga ned NSB sammanföll i tid med andra större reformer på sjukvårdsområdet, inte minst införandet av gamla HSL (se ovan).

[19] CSB:s övriga uppgifter överfördes till Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri). Visst överlapp fanns mellan NSB och Spri eftersom NSB i sin beredning biträddes av Spri:s byggnadsavdelning och chefen för denna avdelning också var direktör för NSB:s kansli. Enligt uppgift var arbetet på NSB och Spri så pass sammanflätat att tjänstemännen inte alltid förstod skillnaden på organisationernas olika roller i beslutsprocessen (Ring, 2017).
[20] I stället för en tillståndsprövning föreslog Decentraliseringsutredningen (Ds Kn 1977:6) att ”överensstämmelse i uppfattningar om inriktningen och omfattningen av hälso- och sjukvårdens utbyggnad” skulle uppnås genom överläggningar mellan företrädare för staten och sjukvårdshuvudmännen.
[21] En närmare beskrivning av tillståndsprövningen och dess omfattning finns i departementspromemorian Ds Kn 1977:6.

5.7.3 Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri)

Efter nedläggningen av NSB fanns samarbetsorganisationen och myndigheten Spri kvar. Institutet inrättades 1968 och drevs gemensamt av staten och sjukvårdshuvudmännen. Dess uppgift var att bistå huvudmännen i utvecklingen av hälso- och sjukvården på olika sätt. Spri kom att få stor betydelse för planeringen av vårdbyggnader, inte minst i form av de råd innehållande bland annat riktlinjer för dimensionering och planering av sjukhus som myndigheten publicerade. Spri sammanställde även rapporter om sjukhusbyggnaders utformning som fick stor spridning, till exempel avseende hur man bör bygga för att uppnå krav på framtida expansion, effektivitet och flexibilitet. Vidare bidrog myndighetens byggnadsavdelning med omfattande rådgivning till regionerna avseende deras byggplaner (Ring, 2017).

Spri ändrade efterhand inriktning från fokus på sjukhus till byggnadsplanering av sjukhem och därefter vårdcentraler. Spri:s byggnadsavdelning avvecklades 1989. En orsak till detta var att den kraftiga utbyggnad av sjukhus som skett under några decennier gjorde att det ansågs vara färdigbyggt för överskådlig tid, samtidigt som den pågående decentraliseringen av hälso- och sjukvården minskade behovet av centralstyrning (Ring, 2017).

Samma år som Spri:s byggnadsavdelning avvecklades lades en annan nämnd med uppgifter som gällde infrastruktursatsningar på sjukvårdsområdet ned, nämligen Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande (NUU).

5.7.4 Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande

Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande (NUU) inrättades 1960. Dess uppgift var att för statens del granska och godkänna förslag till byggnadsarbeten och anskaffande av utrustning vid kommunala undervisningssjukhus. Nämnden skulle bland annat ta till vara utbildningens och forskningens intressen med beaktande av sjukvårdens krav, följa planeringen för undervisningssjukhusen och verka för en samordnad och väl avvägd utbyggnad (förordning [1977:433] med instruktion för nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande). Man skulle även följa program- och projekteringsarbetet samt delge sjukvårdshuvudmännen synpunkter på dimensionering, placering

och utformning. NUU:s granskning skulle samordnas med handläggningen av byggnadsärenden hos NSB. Vidare skulle NUU fortlöpande informera ansvariga statsråd inom Social- och Utbildningsdepartementen om byggnads- och utrustningsärenden av större vikt.

Nämndens arbete hade från 1984 en koppling till ALF-avtalen (avtal om samarbete om läkarutbildning och forskning). Ersättning för nybyggnad respektive om- och tillbyggnad utgick förutsatt att förslaget till byggnadsarbeten och anskaffning av utrustning upprättats i samråd med och godkänts av NUU. Nämnden redovisade varje år uppgifter till Socialdepartementet om de investeringsersättningar som staten beräknades betala ut under nästkommande budgetår.

5.7.5 Övriga statliga aktörer för stöd och styrning av investeringar

Utöver de ovan nämnda organisationerna spelade Socialdepartementets sjukvårdsdelegation och Socialstyrelsen en roll i styrningen av investeringar i hälso- och sjukvården mellan 1960-talet och 1990-talet. Sjukvårdsdelegationens eller Socialstyrelsens roll i planeringen ansågs inte innebära någon inskränkning i sjukvårdshuvudmännens befogenheter, utan ansvaret för att upprätta och fastställa planer för hälso- och sjukvården låg alltjämt på de kommunala huvudmännen (bet. SoU 1975:15).

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation (S 1966:39) samt hälso- och sjukvårdsberedningen

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation var ett samrådsorgan mellan staten, landstingskommunerna och fackliga organisationer, verksamt från 1965 till 1983. Dess uppgift var att följa utbyggnaden av sjukvårdsresurser i landet och verka för en samordning av sjukvårdsplaneringen. Genom sina yttranden kunde delegationen ge en samlad uppfattning från de olika parterna.

Delegationen bestod av företrädare för sjukvårdshuvudmännen, arbetstagarorganisationerna och statliga myndigheter med ansvar för sjukvård, arbetsmarknad, utbildning och samhällsekonomi. Bland dessa fanns Socialstyrelsen, Arbetsmarknadsstyrelsen, Universitets-

och högskoleämbetet, Landstingsförbundet, Spri samt de fackliga organisationerna.

I början av 1970-talet påbörjade delegationen ett arbete med att ta fram ett riksomfattande system med enhetligt uppbyggda sjukvårdsplaner. Arbetet skulle fungera som stöd för den fortsatta uppbyggnaden och samordningen av sjukvårdsplaneringen och byggde på riktlinjer framtagna av Spri. Dessa skulle innebära tre planeringsnivåer: utvecklingsskisser på cirka 30 års sikt, principplaner på 10 till 15 års sikt och femåriga finansierings- och verkställighetsplaner (bet. SoU 1975:15).

Delegationen ersattes genom ett regeringsbeslut 1983 av Socialdepartementets hälso- och sjukvårdsberedning (S 1987:04). Beredningen var ett nytt samrådsorgan som skulle svara för den övergripande samordningen mellan hälso- och sjukvården och de sektorer i samhället som är av betydelse för en samlad hälso- och sjukvårdspolitik. Beredningen skulle även behandla frågor som rör hälso- och sjukvårdens omvandling mot en struktur med större inslag av förebyggande åtgärder och öppnare vårdformer. Till området hörde också förutsättningarna för samordning av den långsiktiga planeringen av hälso- och sjukvården, arbetet med läkarfördelningsprogram, övriga vårdpersonalprognoser och utbildningsfrågor samt hur kunskap och insatser från andra sektorer än hälso- och sjukvården skulle kunna tas till vara (prop. 1982/83:174). Beredningen lades ned 1999.

Socialstyrelsen

Socialstyrelsens roll, bland annat, var att samordna och stödja den regionala och lokala planeringen inom hälso- och sjukvården. Framför allt under 1970-talet hade Socialstyrelsen även i uppgift att sammanställa, analysera och redovisa de principplaner som sjukvårdshuvudmännen inkom med. Myndigheten yttrade sig över huvudmännens planer och verkade för att dessa så långt som möjligt utformades enhetligt. Arbetet skedde i samarbete med Spri.

5.7.6 Behovet av samverkan kvarstod

Såsom beskrivs ovan upphörde kravet i sjukvårdslagstiftningen på att byggande av vårdbyggnader behövde statens godkännande vid ungefär samma tidpunkt som gamla HSL infördes. Det förutsattes emeller-

tid att överläggningar fortlöpande skulle ske mellan representanter för staten, kommuner och regioner (prop. 1978/79:95, bet. 1978/79:FiU35, rskr. 1978/79:335). Statens ansvar på sjukvårdsområdet skulle avgränsas till ett övergripande planerings- och samordningsansvar, överläggningar med representanter för kommuner och regioner och ett tillsynsansvar (prop. 1979/80:6, bet. 1979/80:SoU45, rskr 1979/80:386, refererat i prop. 1981/82:97).

I samband med införandet av gamla HSL menade statsrådet att utfallet av regionernas långtidsplanering medförde att det politiska ansvaret för planering och genomförande behövde förstärkas på lokal, regional och central nivå (prop. 1981/82:97). I kontrast till de optimistiska bedömningar som tidigare gjorts skulle planeringen i framtiden bygga på ”realistiska antaganden” om den långsiktiga samhällsekonomiska utvecklingen och personalförsörjningen (prop. 1981/82:97).

Bestämmelsen om regionernas samrådsansvar med ”samhällsorgan”, såsom det uttrycktes i lagtexten, överfördes till den nya HSL.[22] De förhållandevis utförliga skrivningar om behovet av samverkan mellan regionerna och staten som finns i propositionen till gamla HSL saknar emellertid sin motsvarighet i förarbetena till nya HSL (prop. 2016/17 :43, bet. 2016/17:SoU5, rskr. 2016/17:141).

5.8 Nuvarande samarbetsstrukturer för investeringar i vårdbyggnader

Styrningen av investeringar inom hälso- och sjukvården har präglats av trenderna i styrningen av förvaltningen såsom de beskrivits ovan. En omfattande, gemensam planering mellan staten och landstingen under 1960–80-talen avvecklades till stora delar och kom att ersättas av olika former av samverkan.

Sedan de stödjande och styrande aktörer som beskrivs ovan avvecklats har staten inte längre någon aktiv roll i investeringsprocessen. Det finns heller ingen nationell strategi eller struktur för utformning av och investering i vårdbyggnader. Delvis som en konsekvens av nedläggningen av framför allt Spri har det i stället bildats ett antal frivilliga nätverk. I nätverken deltar regioner, myndigheter, arkitekter och företrädare för forskning för att samverka och utbyta erfarenheter.

[22] Mot bakgrund av kommunernas engagemang i hälso- och sjukvårdsfrågorna infördes även en motsvarande samrådsskyldighet för kommunerna.

För att kartlägga hur kunskapsstöd och olika normer används och överförs mellan projekt har utredningen låtit göra en intervjustudie om infrastrukturinvesteringar för hälso- och sjukvården i samband med byggandet av fyra nya sjukhus (se Meijling, 2021, i bilaga).

Aktuella nätverk och aktörer av betydelse för planering och genomförande av investeringar i vårdbyggnader beskrivs nedan.

5.8.1 Aktörer och nätverk inom fastighetsområdet

Regionernas fastighetsråd

Fastighetsrådet är en FoU-fond för regionernas fastighetsfrågor. Arbetet syftar till att bland annat sjukhus och vårdcentraler ska ha väl fungerande lokaler. Fondens medel används till forskning och utveckling som bidrar till mer kostnadseffektiva lokaler.

Nätverk i SKR:s regi

SKR har ett flertal nätverk för generellt kunskapsutbyte och samordning. Bland de nätverk där representanter för regionerna ingår kan nämnas nätverken för regiondirektörer, hälso- och sjukvårdsdirektörer, ekonomidirektörer, universitetssjukhusdirektörer och fastighetsdirektörer.

Centrum för vårdens arkitektur (CVA)

Centrum för vårdens arkitektur (CVA) är en centrumbildning vid Chalmers tekniska högskola. Den beskrivs som en nationell arena för skapande, översättning, utbyte och spridning av kunskap om vårdarkitektur. CVA bildades 2010 och delfinansieras genom Fastighetsrådet sedan 2011. En konstnärlig professur finansieras av föreningen Forum Vårdbyggnad, Västra Götalandsregionen och Chalmers. CVA har även forskningsfinansiering från Västra Götalandsregionen.

CVA ska stödja svensk hälso- och sjukvård genom att bedriva forskning och tillhandahålla forskningsbaserad kunskap inom vårdbyggnadsområdet. Centret ska också vara en plattform för samverkan kring kunskapsbygget hos dem som bygger för vård.

PTS-forum

PTS-forum är ett nätverk för de regioner som är anslutna till PTS (Program för Teknisk Standard). I samarbetet samlas information om vårdinfrastruktur. PTS är en slags kunskapsbank som samlar erfarenhet från tidigare investeringsprojekt för hälso- och sjukvården och som kan stödja tidiga skeden i projekteringen vid framtida investeringar. PTS-forum ordnar även träffar för att utbyta erfarenheter och diskutera förbättringsområden. Alla regioner utom en är medlemmar i PTS.

Forum vårdbyggnad

Forum vårdbyggnad är en förening som stödjer och informerar om utvecklingsarbete inom området fysisk miljö för vård och omsorg. Föreningen erbjuder en mötesplats för att öka kunskapen om goda miljöer för vård och omsorg. Verksamheten omfattar konferenser och seminarier samt stimulering av forskning och utbildning. Medlemmarna är kommuner, regioner, arkitektkontor, företag och enskilda personer som är verksamma inom området.

Föreningen är en finansiär av den konstnärliga professur som är placerad på CVA vid Chalmers tekniska högskola.

Aktörsnätverket vårdens byggda miljöer

Nätverket består av Regionernas Fastighetsråd, Forum Vårdbyggnad, PTS samt CVA. Nätverkets målsättning är

- Att mer resurser avsätts för forskning inom vårdens byggda miljöer.
- Att främja tvärvetenskapliga samarbeten inom forskning mellan arkitektur, omvårdnad, medicin, miljöpsykologi med flera områden.
- Att skapa förutsättningar för kunskapsutbyte med internationell forskning och praktik.
- Att sprida kunskap kring utformningen av framtidens vårdbyggnader.

Uppdrag till statliga myndigheter

Boverkets uppdrag om att utveckla vårdmiljöer (N2018/02273/SPN, N2017/03879/SPN) innebär att myndigheten samlar och sprider kunskap kring hur vårdens miljöer kan utformas. Myndigheten arbetar med en vägledning för vårdens lokaler.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har ett pågående arbete med uppdatering av vägledningen Det robusta sjukhuset som finns tillgänglig i förhandsutgåva. Syftet med vägledningen är att förmedla kunskap och erfarenhet för att förbättra sjukhusens funktionssäkerhet.

6 Statlig styrning inom andra sektorer

Utredningen har i arbetet med att analysera för- och nackdelar med samverkan och eventuella behov av statlig samordning gällande vårdinvesteringar tagit intryck av statlig styrning inom andra sektorer. I detta kapitel beskrivs i korthet statens styrning av kommuners beslutsfattande om markanvändning genom regleringen av riksintressen samt statens styrning inom fastighetsområdet. I kapitlet redogörs även för vissa utgångspunkter gällande involvering av medborgare.

6.1 Riksintressen avseende hushållning med mark- och vattenområden

En sektor där ansvarsfördelningen mellan stat och kommun är påtaglig är användningen av mark. På detta område innebär statens ansvar primärt att genom normgivning ge ramar och förutsättningar för kommunerna att verka för en god användning av mark. På detta sätt har regelverket en del likheter med regleringen på hälso- och sjukvårdens område, som framför allt kommer till uttryck i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, patientlagen (2014:821), PL, och patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Karaktäristiskt för lagarna är att beslutanderätten inom de olika områdena är decentraliserad medan lagstiftningen anger de rättsliga ramarna för beslutsfattandet. Avseende markanvändning har kommunerna det så kallade planmonopolet vilket innebär att kommunerna har befogenhet att besluta om markanvändning (jfr 1 kap. 2 § plan- och bygglagen [2010:900], PBL). Staten har dock, till skillnad från vad som gäller avseende investeringar i hälso- och sjukvården, ett tillsynsansvar över kommunernas planarbete. En viktig del i statens styrning är de så kallade riksintressena, som innebär att

staten bedömt att ett antal områden är av sådan betydelse för något nationellt intresse att de ska skyddas.

Regelverket om riksintressen återfinns i 3 och 4 kap. miljöbalken (1998:808), MB, om hushållning med mark- och vattenområden. Regelverket tar sikte på att mark- och vattenområden ska användas för de ändamål som områdena är mest lämpade för med hänsyn till områdenas beskaffenhet och läge samt föreliggande behov. Företräde ska ges sådan användning som ur allmän synpunkt medför god hushållning. Ett övergripande syfte kan beskrivas vara att bidra till god hushållning av mark- och vattenområden (SOU 2015:99). Hushållningsreglerna innehåller bland annat bestämmelser om riksintressen. Riksintressen är områden som ska skyddas mot åtgärder som påtagligt kan skada områdenas värden, påtagligt försvåra viss verksamhet eller utgöra hinder för vissa anläggningar. Riksintressena ska tillämpas eller beaktas enligt en rad lagar, bland annat vid kommunernas fysiska planering enligt PBL. I detta avsnitt beskrivs hur regleringen av riksintressen är reglerat i MB och näraliggande författningar, hur kommunerna i sin fysiska planering ska ta hänsyn till riksintressen i sitt beslutsfattande samt hur statliga aktörer riktar riksintresseanspråk, samordnar riksintressen och utövar tillsyn över kommunernas beslut.

6.1.1 Mark- och vattenområden som är betydelsefulla för olika ändamål kan betraktas som riksintressen

I MB regleras riksintressen på två sätt. 4 kap. MB innehåller bestämmelser som pekar ut vissa områden som riksintressen med hänsyn till områdenas natur- och kulturvärden. Det rör sig alltså om i lag uppräknade större områden som riksdagen beslutat utgör riksintressen. Enligt 3 kap. MB kan mark- och vattenområden bedömas vara av riksintresse för ett antal ändamål. Det handlar om områden som har betydelse för rennäring, yrkesfiske, naturvård, friluftsliv eller kulturmiljövård, områden som innehåller värdefulla ämnen eller material, områden som är särskilt lämpliga för anläggningar för industriell produktion, energiproduktion, energidistribution, slutlig förvaring av använt kärnbränsle och kärnavfall, kommunikationer, avfallshantering eller vattenförsörjning samt områden som har betydelse för totalförsvaret.

Riksintressena syftar till att skydda mark- och vattenområden på olika sätt. Exempelvis ska områden som är av riksintresse för naturvården, friluftslivet och kulturmiljövården skyddas mot åtgärder som

påtagligt kan skada natur- eller kulturmiljön. Områden som innehåller värdefulla ämnen eller material ska i stället skyddas mot åtgärder som påtagligt kan försvåra utvinningen av dessa. Områden som är särskilt lämpliga för anläggningar för industriell produktion, energiproduktion, energidistribution, kommunikationer, vattenförsörjning eller avfallshantering ska å sin sida skyddas mot åtgärder som påtagligt kan försvåra tillkomsten eller utnyttjandet av sådana anläggningar. Områden som har betydelse för totalförsvaret ska slutligen skyddas mot åtgärder som påtagligt kan motverka totalförsvarets intressen.

6.1.2 Statliga myndigheter pekar ut och samordnar riksintressen

Av förordning (1998:896) om hushållning med mark- och vattenområden, hushållningsförordningen, följer att ansvaret att bedöma vilka områden som utgör riksintressen enligt 3 kap. MB vilar på tolv statliga myndigheter, ofta kallade riksintressemyndigheter (jfr SOU 2015:99). Inom sina respektive ansvarsområden bedömer riksintressemyndigheterna vilka områden som är av riksintresse. Boverket har enligt 1 a § hushållsförordningen uppsikt över hushållningen med mark- och vattenområden som omfattas av 4 kap. 1–7 §§ MB samt allmän uppsikt över hushållningen med mark- och vattenområden. Av 2 § första stycket hushållningsförordningen följer att myndigheterna efter samråd med Boverket, länsstyrelserna samt de andra riksintressemyndigheter som är berörda, ska lämna uppgifter i skriftlig form till länsstyrelserna om de områden som de bedömer är av riksintresse.

Riksintressemyndigheternas ansvarsområden pekas ut i 2 § andra stycket hushållningsförordningen, där det framgår att uppgifter i fråga om områden

1. av riksintresse för rennäringen lämnas av Sametinget
2. av riksintresse för yrkesfisket lämnas av Havs- och vattenmyndigheten
3. av riksintresse för naturvården och friluftslivet lämnas av Naturvårdsverket och Havs- och vattenmyndigheten inom sina ansvarsområden
4. av riksintresse för kulturmiljövården lämnas av Riksantikvarieämbetet

5. som innehåller fyndigheter av ämnen eller material som är av riksintresse lämnas av Sveriges geologiska undersökning
6. av riksintresse för anläggningar för industriell produktion lämnas av Tillväxtverket
7. av riksintresse för anläggningar för energiproduktion och energidistribution lämnas av Statens energimyndighet
8. av riksintresse för anläggningar för slutlig förvaring av använt kärnbränsle och kärnavfall lämnas av Strålsäkerhetsmyndigheten
9. av riksintresse för anläggningar för kommunikationer lämnas av Trafikverket och Post- och telestyrelsen inom sina verksamhetsområden
10. av riksintresse för anläggningar för avfallshantering lämnas av Naturvårdsverket
11. av riksintresse för anläggningar för vattenförsörjning lämnas av Havs- och vattenmyndigheten
12. av riksintresse för totalförsvarets anläggningar lämnas av Försvarsmakten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap inom sina ansvarsområden.

Det är i sin tur länsstyrelsernas ansvar att samordnat företräda statens intressen och däribland ta de initiativ som behövs för att hänsyn ska tas till 3 och 4 kap. MB i arbetet med planerings- och beslutsprocesser. Hur länsstyrelsens ansvar för tillsyn och samverkan med kommunerna är utformat framgår nedan. Först ska dock kommunernas arbete med planfrågor och hur kommunerna ska ta hänsyn till riksintressen i sitt arbete beskrivas.

6.1.3 Kommuner redovisar samtliga riksintressen i översiktsplanen

Kommunerna är enligt 3 kap. 1 § PBL skyldiga att ha en aktuell översiktsplan som omfattar hela kommunen. I översiktsplanen anges enligt 3 kap. 2 § PBL inriktningen för den långsiktiga utvecklingen av den fysiska miljön. Planen är dock inte bindande. I översiktsplanen ska bland annat riksintressen redovisas och det ska därtill framgå hur riksintres-

sen ska tillgodoses, 3 kap. 4 § PBL. När en kommun upprättar ett förslag till översiktsplan ska kommunen enligt 3 kap. 8 § PBL samråda med länsstyrelsen, regionen och de kommuner som berörs. Länsstyrelsens roll i samrådet regleras i 3 kap. 10 § PBL. Länsstyrelsen ska bland annat verka för att riksintressen tillgodoses samt verka för att frågor om användning av mark- och vattenområden som angår två eller fler kommuner samordnas på ett lämpligt sätt. Kommunen ska därefter låta förslaget granskas under minst två månader, 3 kap. 12 § PBL. Under granskningstiden ska länsstyrelsen lämna ett granskningsyttrande enligt 3 kap. 16 § PBL som bland annat ska ange om förslaget inte tillgodoser ett riksintresse samt om frågor rörande användningen av mark- och vattenområden som rör två eller fler kommuner inte samordnas på ett lämpligt sätt. Efter granskningen ska kommunen i ett särskilt utlåtande sammanställa de synpunkter som kommit fram och redovisa de förslag som synpunkterna gett anledning till enligt 3 kap. 17 § PBL. Om planförslaget ändras väsentligt efter granskningstiden ska kommunen låta förslaget granskas på nytt, 3 kap. 18 § PBL. Om kommunen inte ändrar planförslaget väsentligt men länsstyrelsens yttrande till följd av ändringar ändå inte är relevant längre kan kommunen begära att länsstyrelsen tillhandahåller ett nytt granskningsyttrande, 3 kap. 18 a § PBL. Kommunfullmäktige beslutar därefter i frågor om att anta översiktsplanen, som senast dagen efter att beslutet tillkännagetts bland annat ska skicka ett meddelande om detta och ett protokollsutdrag med beslutet till länsstyrelsen, 3 kap. 19 och 19 a §§ PBL. Beslut om översiktsplan får enligt 13 kap. 1 § 1 PBL överklagas för laglighetsprövning i enlighet med kommunallagens (2017:725) bestämmelser.

6.1.4 Riksintressen ska beaktas i framtagandet av detaljplaner och områdesbestämmelser

Kommunerna får enligt 4 kap. 1 § PBL reglera mark- och vattenområdens användning, bebyggelse och byggnadsverk med detaljplaner eller områdesbestämmelser. Detaljplaner är bindande och innebär rättigheter och skyldigheter för enskilda (prop. 2009/10:170). I områdesbestämmelser kan kommunen enligt 4 kap. 41 och 42 §§ PBL bland annat reglera grunddragen i mark- och vattenområdens användning om det behövs för att säkerställa översiktsplanens syften eller tillgodose ett riksintresse. 5 kap. PBL innehåller bestämmelser om hur

detaljplaner och områdesbestämmelser tas fram. Länsstyrelsen har enligt detta kapitel ett ansvar att samråda med och utöva tillsyn över kommunerna. Här beskrivs kort framför allt hur kommunens och länsstyrelsens roller ser ut i förhållande till riksintressen.

I arbetet med att ta fram en detaljplan ska kommunen enligt 5 kap. 11 § PBL samråda med bland annat länsstyrelsen.[1] Länsstyrelsens roll i samrådet framgår av 5 kap. 14 § PBL. Länsstyrelsen ska särskilt ta till vara och samordna statens intressen, verka för att riksintressen tillgodoses, att miljökvalitetsnormer följs, att strandskydd inte upphävs, att användning av mark- och vattenområden som angår två eller fler kommuner samordnas på ett lämpligt sätt och för att en bebyggelse inte blir olämplig eller ett byggnadsverk olämpligt med hänsyn till människors hälsa eller säkerhet, risken för olyckor, översvämning eller erosion.

Den 1 juli 2017 infördes i PBL en möjlighet för kommunerna att från länsstyrelserna, utöver samråd, begära ett så kallat planeringsbesked. Bestämmelserna om planeringsbesked återfinns i 5 kap. 10 a–10 f §§ PBL. En kommun kan under arbetet med att ta fram en detaljplan begära att länsstyrelsen ska ge ett planeringsbesked. I ett sådant besked ska länsstyrelsen, i den utsträckning som kommunen begär, bedöma om en åtgärd har en sådan innebörd att länsstyrelsen, om detaljplanen beslutas, ser att det finns skäl att överpröva kommunens beslut enligt 11 kap. 10 § PBL. Detta innebär att länsstyrelsen i planeringsbeskedet bland annat ska bedöma om ett riksintresse inte tillgodoses eller om regleringen av sådana frågor om användningen av mark- och vattenområden som angår flera kommuner inte samordnas på ett lämpligt sätt. Länsstyrelsen ska ge planeringsbeskedet inom sex veckor från att en fullständig begäran kommit in till länsstyrelsen, om inte längre tid är nödvändig med hänsyn till arbetets omfattning eller andra särskilda omständigheter.

När samrådet är färdigt ska kommunerna enligt 5 kap. 18 § PBL låta planförslaget granskas under en viss tid (granskningstid). Länsstyrelsen ska enligt 5 kap. 22 § PBL yttra sig över planförslaget om länsstyrelsen bedömer att ett riksintresse inte tillgodoses, en miljökvalitets-

[1] Kommunen ska även samråda med lantmäterimyndigheten, de kommuner som berörs, de kända sakägarna och de kända bostadsrättshavare, hyresgäster och boende som berörs, de kända organisationer av hyresgäster som har avtal om förhandlingsordning för en berörd fastighet eller, om någon förhandlingsordning inte gäller, som är anslutna till en riksorganisation inom vars verksamhetsområde en berörd fastighet är belägen, och de myndigheter, sammanslutningar och enskilda i övrigt som har ett väsentligt intresse av förslaget.

norm inte följs, strandskydd upphävs i strid med gällande bestämmelser, regleringen av sådana frågor om användningen av mark- och vattenområden som angår flera kommuner inte har samordnats på ett lämpligt sätt, eller en bebyggelse annars blir olämplig eller ett byggnadsverk olämpligt med hänsyn till människors hälsa eller säkerhet eller till risken för olyckor, översvämning eller erosion.

När granskningen är klar ska kommunen göra ett granskningsutlåtande enligt 5 kap. 23 § som ska innehålla en sammanställning av de skriftliga synpunkter som har kommit in under granskningstiden och en redovisning av kommunens förslag med anledning av synpunkterna. Kommunen ska skicka granskningsutlåtandet till dem som inte fått sina synpunkter tillgodosedda, 5 kap. 24 § PBL. Om kommunen efter granskningstiden ändrar sitt förslag väsentligt, ska kommunen låta granska det ändrade förslaget på nytt enligt 5 kap. 25 § PBL. Det följer vidare av 5 kap. 27 § PBL att det är kommunfullmäktige som ska besluta att anta en detaljplan. Fullmäktige får dock delegera åt kommunstyrelsen eller byggnadsnämnden att anta en plan som inte är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt. Ett sådant uppdrag får inte delegeras vidare.

När detaljplanen har antagits ska kommunen enligt 5 kap. 29 § PBL skicka ett meddelande om detta till bland annat länsstyrelsen. Meddelandet ska innehålla ett protokollsutdrag med beslutet och upplysningar om vad den som vill överklaga beslutet måste göra. Kommunen ska till länsstyrelsen skicka det granskningsutlåtande som avses i 5 kap. 23 § PBL tillsammans med meddelandet om att planen har antagits, om kommunen inte redan har skickat utlåtandet enligt 5 kap. 24 § PBL.

I fråga om områdesbestämmelser tillämpas enligt 5 kap. 39 § PBL i huvudsak samma bestämmelser som redogjorts för ovan, med undantag för regelverket avseende planeringsbesked enligt 5 kap. 10 a–10 f §§ PBL.

6.1.5 Länsstyrelsen utövar tillsyn över kommunens beslut om detaljplaner och områdesbestämmelser

Länsstyrelsen utövar enligt 11 kap. PBL tillsyn över vissa kommunala beslut. Av 11 kap. 10 § PBL följer att länsstyrelsen inom tre veckor från att länsstyrelsen fått besked om att en kommun antagit en ny detaljplan, ändrat eller upphävt en detaljplan eller beslutat om områdes-

bestämmelser ska besluta om den ska överpröva kommunens beslut eller inte. Länsstyrelsen ska överpröva kommunens beslut, om beslutet kan antas innebär att ett riksintresse inte tillgodoses, regleringen av sådana frågor om användningen av mark- och vattenområden som angår flera kommuner inte samordnas på ett lämpligt sätt, en miljökvalitetsnorm inte följs, strandskydd upphävs i strid med gällande bestämmelser, eller en bebyggelse blir olämplig med hänsyn till människors hälsa eller säkerhet eller till risken för olyckor, översvämning eller erosion.

Om länsstyrelsen vid sin överprövning kommer fram till att kommunens beslut har en sådan innebörd som avses i 11 kap. 10 § andra stycket PBL ska länsstyrelsen i enlighet med 11 kap. 11 § PBL upphäva beslutet. Beslutet får upphävas i en viss del om kommunen medger det. Länsstyrelsen ska enligt 11 kap. 11 § andra stycket PBL fatta beslut om upphävande inom två månader från det att länsstyrelsen beslutat att överpröva kommunens beslut. Om längre tid är nödvändig med hänsyn till ärendets omfattning eller andra särskilda omständigheter kan länsstyrelsen ta längre tid på sig.

Om länsstyrelsen under arbetet med att ta fram detaljplanen gett ett planeringsbesked och där angett att en åtgärd inte har en sådan innebörd som anges i 11 kap. 10 § andra stycket PBL, får överprövning eller upphävande inte ske med hänvisning till den fråga som planeringsbeskedet avser. Detta gäller dock inte om åtgärden eller förutsättningarna för planeringen ändrats väsentligt i förhållande till de frågor som planeringsbeskedet avser.

Länsstyrelsens beslut att helt eller delvis upphäva detaljplan eller områdesbestämmelser får överklagas till regeringen, 13 kap. 5 § PBL. Beslut om planeringsbesked får också överklagas till regeringen, men endast av kommunen, 13 kap. 5 a och 10 a §§ PBL.

Utöver länsstyrelsens tillsyn har regeringen enligt 11 kap. 15 § PBL möjlighet att förelägga en kommun att inom en viss tid anta, ändra eller upphäva en detaljplan eller områdesbestämmelser genom ett så kallat planföreläggande, om det behövs för att tillgodose ett riksintresse eller för att sådana frågor om användningen av mark- och vattenområden som angår flera kommuner ska samordnas på ett lämpligt sätt. Om en kommun inte följer ett planföreläggande får regeringen ge länsstyrelsen i uppdrag att på kommunens bekostnad ta fram det förslag och i övrigt göra det arbete som kommunen ska göra enligt 5 kap. PBL för att detaljplanen eller områdesbestämmelserna ska

kunna antas, ändra eller upphävas samt anta, ändra eller upphäva detaljplanen eller områdesbestämmelserna.

6.1.6 Ersättning till kommuner i vissa fall

14 kap. PBL innehåller bestämmelser om skadeersättning och inlösen. Enligt bestämmelserna i kapitlet kan enskilda som drabbats av skada till följd av en kommuns (eller i vissa fall myndighets) agerande ha rätt till ersättning för skadan i vissa fall. Det rör sig bland annat om frågor där fastighetsägare till följd av beslut av kommunen inte kan fortsätta att använda sin mark som tidigare, 14 kap. 9 § PBL. I situationer där regeringen meddelat ett så kallat planföreläggande för att tillgodose ett riksintresse, och kommunen sedermera har beslutat om rivningsförbud eller vissa andra inskränkningar i användningen av marken, ska staten ersätta kommunens kostnader för ersättning eller inlösen.[2]

6.1.7 Riksintressena har utvärderats

Riksintressesystemet har utvärderats vid olika tillfällen. Riksrevisionen granskade exempelvis under 2013 om statens hantering av riksintressen hindrar eller försvårar för kommunerna att tillgodose medborgarnas behov av bostäder. Resultaten av granskningen publicerades i rapporten Statens hantering av riksintressen – ett hinder för bostadsbyggande (Riksrevisionen, 2013). Granskningen visade att statens hantering av riksintressen i många fall hindrar och försvårar för kommuner med bostadsbrist att planera byggande av nya bostäder. En aspekt som ansågs avskräcka kommunerna från att planera byggande i anslutning till riksintressen var de långa och osäkra processerna. Riksrevisionen ansåg också att länsstyrelsernas stöd till kommunerna inte var tillräckligt. Bland annat hade de underlag avseende riksintressen som länsstyrelserna skulle tillhandahålla kommunerna ofta brister. En majoritet av kommunerna ansåg enligt rapporten att länsstyrelsernas underlag inte var användbara och att de snarare fokuserade på att sammanställa och lämna över underlag än att bearbeta underlag och lämna råd till kommunerna om hur de kan hantera riksintressena i sin planering. Riksrevisionen menade att länsstyrelserna brast i tydlig-

[2] Det tar sikte på rivningsförbud i detaljplan eller områdesbestämmelser enligt 14 kap. 7 §, eller sådana åtgärder som avses i 14 kap. 10 § PBL.

het och förutsägbarhet. Av rapporten framgår vidare att Boverkets samordnande roll inte var ändamålsenlig och att Boverkets vägledning är otillräcklig.

Regeringen tillsatte efter Riksrevisionens granskning en utredning som hade i uppgift genomföra en genomgripande översyn av 3 kap. MB, inklusive en analys av brister i riksintressesystemet och en bedömning om hur bristerna kan åtgärdas så att det motsvarar lagstiftarens intentioner och dagens krav. Utredningen lämnade två betänkanden, ett delbetänkande som specifikt berörde bostadsförsörjning och riksintressen (SOU 2014:59) och ett slutbetänkande där den genomgripande översynen redovisades (SOU 2015:99). Sammanfattningsvis ansåg utredningen att det fortsatt fanns skäl för statligt inflytande i den kommunala fysiska planeringen för att nationellt betydelsefulla intressen ska tillgodoses. En aspekt som utredningen ansåg var viktig var att hanteringen av områden av riksintresse bör förtydligas och förankras bättre, exempelvis genom att formella beslut fattas efter dialog med berörda parter samt tydliga kriterier och formkrav på redovisning (SOU 2015:99).

Boverket har tillsammans med andra riksintressemyndigheter fått ett regeringsuppdrag att se över riksintresseanspråken i syfte att minska den sammanlagda arealen som utgör riksintressen. Uppdraget är inte avslutat men Boverket lämnade en delrapport under 2020. En iakttagelse av mer allmän karaktär som Boverket gjort är att ”ett välfungerande riksintressesystem förutsätter en god kunskap om systemet på såväl central som regional och kommunal nivå, en välfungerande dialog och att urvalet hålls aktuellt och relevant” (Boverket, 2020a).

Boverket publicerade år 2020 även en internationell förstudie om nationella anspråk i fysisk planering (Boverket, 2020b). Det rör andra frågor än investeringar i hälso- och sjukvård, men Boverket lämnar några intressanta reflektioner som kan vara av intresse för nationella anspråk/intressen på andra områden än de befintliga riksintresseområdena. Ett exempel är att syftet med nationella styrdokument som påverkar kommunalt eller regionalt beslutsfattande behöver vara tydligt definierat.

6.2 Former för att ge medborgare inflytande

Möjligheter för medborgare att vara delaktiga i samhällsutvecklingen är en viktig fråga för förtroendet för det demokratiska systemet. Ideal om deltagande och så kallad deliberativ demokrati har fått ökat uppmärksamhet under 2000-talet (se t.ex. Tahvilzadeh, 2015) och har kommit till uttryck i ett antal former för medborgarinflytande, framför allt på kommunal nivå.[3] SKR driver sedan 2006 ett projekt om medborgardialog och har gett ut ett antal skrifter på området (t.ex. SKL 2019d). Dialogen mellan representanter för det offentliga och medborgarna som förväntas äga rum mellan valen har numer blivit ett demokratiarbete som många kommuner anammat (Tahvilzadeh, 2015). Dialogen syftar till att stärka medborgarnas inflytande och ta till vara förslag och idéer till verksamhetsutveckling. Det utvecklas även former för så kallade samhällskontrakt, där kommuner prövar att utveckla lokala överenskommelser utifrån rättigheter, skyldigheter och delaktighet för en hållbar utveckling tillsammans med aktörer i lokalsamhället. Aktörer som deltar kan vara medborgare, civilsamhälle, universitet, näringsliv och andra myndigheter. I en skrift från SKR framhålls att vår tids komplexa samhällsfrågor ger medborgardialogen en viktig roll för att förbättra beslutsunderlag och effektivitet vid genomförande av kommunala handlingsplaner. En medskapad och tillitsbaserad samhällsstyrning är därtill av betydelse för att värna demokratin och stärka det representativa politiska systemets legitimitet (SKR, 2019c).

Inom ramen för den fysiska planeringen har kommuner en formell samrådsskyldighet, vilket stadgas i PBL. Skyldigheten innebär att kommunen ska samråda med medborgare, om både översiktsplan och detaljplan. I båda fallen ska kommunen redovisa ett underlag för samrådet. Gällande översiktsplanen ska kommunen redovisa förslagets innebörd, skälen till förslaget, förslagets konsekvenser samt planeringsunderlag som har betydelse för bedömning av förslaget. I samråd för en detaljplan ska kommunen redovisa ett planförslag. Syftet med samråd är att få ett bättre beslutsunderlag genom att samla in kunskap och ge allmänheten möjlighet att lämna synpunkter. Efter ett samråd ska

[3] Medborgerligt inflytande i politiska frågor är emellertid vare sig en ny företeelse eller ett nytt forskningsfält. Formerna för intresseorganisationer att delta i politiska processer är väl etablerade på ett antal områden, inte minst inom kommittéväsendet och i remissförfarande. Dock har formerna för medborgare att på egen hand delta i beslutsprocesser fått ökad uppmärksamhet under 2000-talet.

kommunen redovisa inkomna synpunkter i ett granskningsutlåtande, eller i en samrådsredogörelse. De inkomna synpunkterna ska beskrivas och kommunens ställningstagande och förslag med anledning av synpunkterna ska redovisas. Om det finns synpunkter som inte har tillgodosetts ska det motiveras (Boverket, 2015).

Den formella samrådsskyldigheten enligt PBL är en del av medborgardialogen, men enligt Boverkets vägledning i PBL-kunskapsbanken behöver dialogen med medborgarna påbörjas i ett tidigare skede, helst långt innan den formella planprocessen börjar. Det kan vara lättare att engagera kommuninvånarna i arbetet med en del av kommunens yta, till exempel en tätort, eftersom det kan vara lättare att synliggöra hur planen egentligen påverkar medborgarna och deras närmiljö. Boverket beskriver i en vägledning till kommunerna att en arkitekturstrategi kan hjälpa till att konkretisera kommunens avsikter och utmaningar i översiktsplanen (Boverket, 2020c). Det är frivilligt för kommunerna att ha en arkitekturstrategi (andra begrepp som förekommer är arkitekturpolicy och arkitekturprogram). Arkitekturstrategin är ett framåtsyftande dokument som kan fungera som verktyg för att föra kunskapen framåt och ha ett helhetsperspektiv som omfattar befintlig och kommande bebyggelse samt hur det ger kvalitet i den färdiga gestaltade livsmiljön. Arbetet förutsätter samverkan från många aktörer: kommuner, regioner, och flera statliga myndigheter.

Översiktsplanen ska bland annat ta hänsyn till och samordnas med de nationella mål som är relevanta för en hållbar utveckling i kommunen, 3 kap. 5 § 2 PBL. Flera av de nationella målen har en uttalad koppling till medborgarinflytande. De folkhälsopolitiska målen med ett tydligt fokus på jämlik hälsa lyfter fram hur tillit mellan människor och att få ingå i ett sammanhang stärker hälsan. Den som känner tillit till andra är mer benägen att delta i sociala nätverk och aktiviteter, till exempel medborgardialoger. Samhällsplaneringen behöver ta som en utgångspunkt att främja ekologiska, ekonomiska och sociala mål som leder till en mer jämlik hälsa och därmed en hållbar utveckling. Dialog och involvering med medborgare är angeläget för att åstadkomma förändring (prop. 2017/18:249). Ytterligare exempel på nationella utgångspunkter för medborgares delaktighet är barnkonventionen, som pekar ut vikten av att lyssna på barn och unga, och ett mål för ungdomspolitiken är att ungdomar ska ha inflytande över samhällsutvecklingen (Skr. 2020/21:105).

6.3 Statens fastigheter

6.3.1 Regleringen på fastighetsområdet har förändrats över tid

I samband med införandet av mål- och resultatstyrning i staten reformerades systemet för statens lokalförsörjning. I 1988 års budgetproposition (prop. 1987/88:100, bil. 9, 1988/89:FiU26, rskr. 1988/89:338) drogs riktlinjer för förnyelsearbetet upp. De innebar i korthet införandet av ett mer kund/leverantörsbetonat och avtalsreglerat förhållande mellan lokalbrukare och lokalhållande myndigheter. Statsrådet anförde att riksdagen, regeringen och myndigheterna borde lägga ökad vikt vid lokalkostnaderna och dess förändringar. Verksamhet och lokalförsörjning borde därför prövas samlat, långsiktigt och samordnat. Myndigheter skulle med den nya ordningen få ökade möjligheter att under kostnadsansvar disponera resurser för lokaler. Regeringen skulle dock bibehålla det övergripande ansvaret genom regelverk, system, med mera (SOU 2011:31).

År 1991 återkom regeringen med ytterligare förslag om statens lokalförsörjning (prop. 1991/92:44, 1991/92:FiU8, rskr. 1991/92:107). Det föredragande statsrådet menade att varje myndighet har ett helhetsansvar för sin verksamhet och ska åläggas att fortlöpande upprätta lokalförsörjningsplaner. Vidare skulle myndigheterna så långt som möjligt eftersträva samordning med andra myndigheter, och myndigheterna borde utgå från en generell standard, utrymmesmässigt och tekniskt, vid prövningen av olika lokalproblem. Myndigheterna skulle emellertid inte förvalta fastigheter, det vill säga företräda staten som ägare. Till stöd för myndigheterna skulle en särskild stabs- och servicemyndighet inrättas, menade statsrådet.

Riksdagen tillkännagav att regeringen borde återkomma med förslag om bland annat universitetens och högskolornas fastigheter, vilket regeringen gjorde påföljande år (prop. 1992/93:37). Bakgrunden var att riksdagen menade att verksamhetens särart gjorde att särskild hänsyn borde tas till deras behov. Man var också orolig för att reformen skulle inskränka universitetens oberoende och frihet.

En organisationskommitté tillsattes med uppgift att vidta åtgärder för att ombilda Byggnadsstyrelsen, som tidigare förvaltat statligt ägda fastigheter, och inrätta de nya myndigheterna. Kommittén (SOU 1992:79) redovisade ett antal olika alternativ för hur förvaltningen av fastigheterna skulle kunna organiseras och gjorde övervä-

ganden om vissa fastigheter som av olika skäl hade en särskild ställning och hur de skulle hanteras.

De statligt ägda fastigheter som tidigare förvaltats av Byggnadsstyrelsen och Fortifikationsförvaltningen överfördes till två nya myndigheter, Statens fastighetsverk och Fortifikationsverket samt till två statligt ägda bolag: Vasakronan AB och Akademiska Hus AB. Därutöver bildades stabs- och servicemyndigheten Statens lokalförsörjningsverk (som avvecklades 1997). Bolaget Vasakronan såldes av staten 2008 till AP Fastigheter och ägs till lika delar av Första, Andra, Tredje och Fjärde AP-fonderna.

Utredningen Staten som fastighetsägare och hyresgäst (SOU 2011:31) konstaterade att grundtankarna bakom reformerna för statens fastighetsförvaltning som genomfördes i början av 1990-talet alltjämt gäller. Med tanke på utvecklingen av den statliga verksamheten över en så pass lång tidsperiod kan det tyckas anmärkningsvärt att det inte skett några genomgripande förändringar på området. Uppdelningen som gjordes är allmänt accepterad och bortsett från försäljningen av Vasakronan har mycket lite av diskussion förts kring principfrågan om vilka fastigheter staten bör äga, även om frågor om myndigheters lokaler är vanliga i den politiska debatten.

De stora förändringar som ändå har skett, utöver försäljningen av Vasakronan och därtill hörande affärer, är bildandet av Specialfastigheter som eget bolag samt bildandet av bolaget Vasallen som övertagit vissa uppgifter från Fortifikationsverket. Nedan redovisas hanteringen av fastighetsfrågor på utbildningsområdet och för rättsvårdande myndigheter i särskild ordning.

6.3.2 Akademiska Hus AB

Akademiska Hus AB äger, utvecklar och förvaltar fastigheter för universitet och högskolor. Bolaget ska verka för en långsiktigt hållbar utveckling av universitets- och högskoleområden.

Akademiska Hus har fastigheter på 16 orter i landet. Tyngdpunkten ligger på de äldre universitetsstäderna och fastigheter inom campusområdena dominerar. På flera orter har Akademiska Hus en hög marknadsandel, där man i princip äger hela campusområden, men på vissa högskoleorter eller lärosäten är man inte alls representerad. Företa-

gets samlade marknadsandel inom segmentet universitets- och högskolelokaler är cirka 60 procent.

År 2012 genomfördes en fusion inom bolaget. Fram till dess var Akademiska Hus en koncern med sex regionala dotterbolag. Fusionen genomfördes syfte att åstadkomma en mer effektiv organisation och ge bolaget bättre ekonomiska förutsättningar. År 2017 införde bolaget en ny organisationsstruktur, vilket innebar att den regionala organisationsstrukturen togs bort och ersattes av en processorienterad organisation. Omorganisationen gjordes för att uppnå högre intern effektivitet och för att stärka kompetensöverföringen mellan olika delar av landet (Riksrevisionen, 2018a).

Efter en ändring i Akademiska Hus uppdrag ska verksamheten bedrivas på affärsmässig grund och generera marknadsmässig avkastning genom en hyressättning som beaktar verksamhetens risk.

De ekonomiska mål som regeringen har satt upp för Akademiska Hus redovisas i betänkandet SOU 2020:76:

- Avkastningen på operativt kapital ska uppgå till minst 6 procent.
- Utdelningen ska uppgå till mellan 40 och 70 procent av resultatet (efter finansiella poster, exklusive orealiserade värdeförändringar, med avdrag för skatt) Beslut om utdelning ska beakta strategi, finansiell ställning och övriga ekonomiska mål.
- Soliditeten ska uppgå till mellan 35 och 45 procent.
- De ekonomiska målen avser hela bolagets verksamhet. De omfattar även andra delar än arbetet med att tillhandahålla lokaler för undervisning och forskning.

Riksdagens utbildningsutskott genomförde 1996 en uppföljning av lokalförsörjningsreformens effekter för universitetens och högskolornas lokalförsörjning (1996/97:URD2). Enligt uppföljningen ansåg de flesta lärosäten att reformen i huvudsak fungerat bra, men att den inte var utan brister, framför allt avseende Regeringskansliets handläggningstider[4].

I en granskningsrapport från Riksrevisionen (2018a) uppgav de flesta lärosäten, 86 procent, att det är tydligt vad som påverkar hyran när ny-, till- eller ombyggnationer görs. I sammanhanget kan nämnas

[4] Enligt reformen kunde lärosätena endast teckna hyreskontrakt på över 10 år om regeringen medgav detta.

att ett resultat av granskningen var att Riksrevisionen rekommenderade de lärosäten som saknade en aktuell lokalförsörjningsplan att upprätta en sådan.

6.3.3 Specialfastigheter Sverige AB

Specialfastigheter Sverige AB (nedan Specialfastigheter) bildades i samband med att det då statligt ägda bolaget Vasakronan AB skulle renodlas till ett rent kommersiellt fastighetsbolag. Vissa av Vasakronans fastigheter ansågs i sammanhanget vara så pass speciella att de borde betraktas som ändamålsfastigheter. Dessa fastigheter fördes över till det nystartade bolaget Specialfastigheter. Bolaget är alltjämt ägt av staten.

Specialfastigheter ska huvudsakligen långsiktigt och affärsmässigt äga, utveckla och förvalta fastigheter med höga säkerhetskrav i Sverige, där det föreligger ett nationellt säkerhetsintresse. För denna verksamhet ska fokus på att minimera statens totalkostnader vara vägledande. Bolaget kan också, på en konkurrensutsatt marknad äga, utveckla och förvalta fastigheter där det på annat sätt föreligger ett säkerhetsintresse, samt bedriva annan därmed förenlig verksamhet.

Bolaget är inriktat på att tillgodose lokalbehov hos ett antal stora statliga myndigheter som ställer stora krav på säkerhetslösningar och tekniska installationer, såsom rättsvårdande myndigheter och myndigheter inom försvaret och samhällsskydd.

För att tillmötesgå hyresgästernas behov för bolaget en aktiv dialog med dem angående deras behov och särskilda krav.

För att uppnå högre effektivitet och hantera eventuella toppar i efterfrågan arbetar Specialfastigheter med typ- och standardhus samt framförhållning i upphandlingar. En av de viktigaste anledningarna till att Specialfastigheter har valt att arbeta med typ- och standardhus är att man inte ska behöva börja om vid varje ny byggnation. Specialfastigheter menar att produktionen effektiviseras och fördyrande ändringar under produktionstiden minimeras.

Fastighetsförvaltningen bedrivs med ett, så långt möjligt, marknadsmässigt avkastningskrav. Eftersom bolaget inom vissa segment av marknaden saknar jämförelseobjekt har det varit svårt att avgöra nivån på den marknadsmässiga hyran. Man har i sådana fall därför bestämt hyran utifrån en skälighetsprincip med full avskrivning under kon-

traktsperioden. Av redovisade hyresintäkter stod staten 2019 för 99,6 procent (SOU 2020:76), men Specialfastigheters kunder kan anlita andra företag för sin lokalförsörjning, vilket de på vissa orter och inom vissa segment i viss utsträckning också gör.

Kontrakten löper över lång tid, vanligen 25 år. I de fall där varken hyresvärd eller hyresgäst har några alternativ kan det vara affärsmässigt att vid en nyinvestering avtala om att hyresgästen förbinder sig att under kontraktstiden betala hela investeringen. I andra fall kan parterna enas om andra villkor för till exempel hur risken ska fördelas mellan hyresvärd och hyresgäst.

Det av staten fastslagna lönsamhetsmålet för Specialfastigheter är åtta procent[5]. Utdelningen ska uppgå till 50 procent av resultatet (efter finansiella poster, exklusive orealiserade värdeförändringar, med avdrag för skatt). Beslut om utdelning ska beakta koncernens ekonomiska ställning. Soliditeten ska uppgå till mellan 25 och 35 procent.

Riksrevisionen genomförde 2020 en granskning av effektiviteten vid Kriminalvårdens anstalter (Riksrevisionen 2020). Granskningsrapporten ger uttryck för infrastrukturinvesteringarnas långsiktiga betydelse för verksamheten. I granskningen menade Riksrevisionen bland annat att ”anstalterna präglas av institutionell spårbundenhet”, det vill säga att de förutsättningar som gällde när de etablerades ger avtryck och påverkar verksamheten långt i efterhand, ineffektiva lösningar blir permanenta. När en anstalt fått en viss inriktning har det visat sig vara svårt för Kriminalvården att förändra verksamheten, även om det skulle vara verksamhetsmässigt och kostnadsmässigt rationellt.

[5] Mer specifikt är Specialfastigheters mål för lönsamheten ett resultat efter skatt efter återläggning av värdeförändringar och därtill hörande uppskjuten skatt på 8 procent av genomsnittligt eget kapital.

7 Utmaningar för framtidens investeringar i vårdinfrastruktur

I detta kapitel beskrivs hur utvecklingen inom medicin, medicinteknik och digitalisering ger möjligheter till bättre behandlingsmetoder, nya arbetssätt och att bedriva vård närmare patienten. Samtidigt innebär denna utveckling utmaningar och ställer krav på ändamålsenlig vårdinfrastruktur för att ta tillvara förutsättningarna. Vidare beskrivs vårdkostnader och vårdtillfällen samt konsekvenser av den demografiska utvecklingen. Befolkningen beräknas öka, om än inte lika snabbt som tidigare prognoser pekat på. Andelen äldre ökar med stigande försörjningskvot och fortsatt utmaning kring bemanning och kompetensförsörjning som följd. En förutsättning för att möta dessa utmaningar är att vårdinfrastrukturen ger förutsättningar för såväl effektiv vårdverksamhet som utbildning och forskning. Ytterligare en utmaning är vårdinfrastrukturens betydelse för beredskapen och förmågan att hantera kriser. Därefter ges en lägesbild av den ekonomiska utvecklingen i regionerna. Kapitlet avslutas med en diskussion kring utmaningar förknippade med investeringar och vårdbyggnaders komplexitet.

7.1 Den medicinska, medicintekniska och digitala utvecklingen

Sedan 1950-talet har en omfattande medicinsk och medicinteknisk utveckling skett som möjliggjort stora framsteg och ambitionshöjningar på hälso- och sjukvårdsområdet.

Medicinska genombrott under perioden, till exempel i behandlingen av diabetes och andra vanliga folksjukdomar, har bidragit till markant ökad förväntad livslängd hos de drabbade (se till exempel Steen Carlsson, 2013). På senare år har den medicinska utvecklingen

genererat nya typer av behandlingar, utvecklade diagnosmetoder och nya sätt att tidigt upptäcka och förebygga sjukdom. Exempel på det är utvecklingen av precisionsmedicin. Med det avses diagnostiska metoder och terapi för individanpassad utredning, prevention och behandling av sjukdom på individnivå eller för delar av befolkningen (Näringsdepartementet, 2018). Framstegen inom precisionsmedicin beror på en snabb utveckling inom ett flertal viktiga forsknings- och teknologiområden som dessutom kan kombineras; bland annat molekylärbiologi, storskalig genetisk sekvensering, högupplösande avbildningsteknik, genterapier, biosensorer, möjlighet till uppkoppling och överföring av stora mängder data samt användning av artificiell intelligens (Forska!Sverige, 2019).

Användningen av data och artificiell intelligens är delar i anpassningen till den snabba utvecklingen av ny teknik och digitalisering i allmänhet. Digitaliseringskommissionen uttryckte det som att vi befinner oss i en övergång till ett helt nytt samhälle – det digitala – och att samhället och dess institutioner kommer att förändras i grunden (SOU 2016:89). På hälso- och sjukvårdsområdet är utvecklingen av ny teknik och digitala verktyg en förutsättning för många av framstegen inom vården, däribland precisionsmedicin.

Möjligheten att förbättra vården genom att samla in och analysera stora mängder data förutspås bidra till att förbättra diagnosmöjligheter och vårdinsatser ytterligare. Detta eftersom till exempel journaler, röntgenbilder, sensorer och hälsoappar genererar stora mängder data. Efter analys kan sådana uppgifter användas för att förbättra vården för enskilda patienter, utveckla och styra hälso- och sjukvården, följa och förutse hälsoläget hos befolkningen, arbeta förebyggande och bidra till forskningen. Patienterna är också själva involverade i att generera data, till exempel via appar och självtester (ibid.).

Satsningar på e-hälsa och digitala innovationer kan därutöver underlätta för vården i form av utvecklingen av nya processer och arbetssätt, möjliggöra ökat informationsutbyte samt förbättra samverkan mellan hälso- och sjukvårds- och omsorgsaktörer. Patienter ges möjlighet att nyttja hälso- och sjukvård på nya sätt och med ökad tillgänglighet oberoende av geografiska avstånd. För att svensk hälso- och sjukvård ska kunna tillgodogöra sig dessa möjligheter krävs en väl fungerande nationell digital infrastruktur.

Sverige har relativt goda förutsättningar för att utveckla lösningar inom e-hälsa och digitala lösningar i övrigt. Enligt OECD är Sverige

ett av världens ledande länder när det gäller digitalisering och vi uppvisar mindre klyftor digitalt jämfört med många andra länder. Drygt 82 procent av befolkningen över 16 år söker i dag efter hälsoinformation och medicinsk information på nätet och 53 procent har bokat tid, fått remiss eller läst provsvar på nätet. Tio procent har använt sig av en vårdapp i stället för att besöka hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2020a). Under covid-19-pandemin har det skett en kraftig ökning av digitala vårdmöten, både hos privata aktörer och via regionernas egna tjänster (Läkartidningen, 2020).

Möjligheterna till informationsutbyte mellan system, organisationer och sektorer är dock fortfarande begränsade. Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag bland annat undersökt regionernas möjligheter att följa patientens väg genom vården. Man konstaterar att inget av de informationssystem som används i dag ger möjlighet att följa patienten över vårdgivargränser, varken inom eller mellan regionerna (Socialstyrelsen, 2019b). Ett brett arbete om en nationell digital infrastruktur för ökad säkerhet och effektivitet i samband med elektroniska informationsutbyten inom offentlig sektor har genomförts i samarbete mellan flera myndigheter. Myndigheterna identifierade att avsaknaden av en nationell digital infrastruktur lett till många myndighetsspecifika lösningar, vilket i stor utsträckning har resulterat i en ineffektiv ordning för den offentliga sektorn som helhet (DIGG, 2019).

En nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården med möjlighet att utbyta data mellan vårdgivare och för digitala tjänster kan innebära att nya arbetssätt blir möjliga och att de positiva effekterna som ökad digitalisering medför tas till vara. Om, till exempel, digitala tjänster för ordinerad egenvård och hemmonitorering utvecklas kan delar av specialistvården komma att utföras av patienten själv utanför sjukhuset. Det skulle kunna underlätta behandlingen för patienter med kroniska tillstånd.

Flera regioner planerar för eller har pågående pilotprojekt för att testa digitala produkter och tjänster för patienter med kroniska tillstånd, men implementeringstakten bedöms vara låg (SKL, 2019b). Regionerna har i en kartläggning av SKR efterfrågat stöd från nationell nivå i flera avseenden, bland annat nationell infrastruktur inklusive tekniska förutsättningar för att utbyta data mellan vårdgivare och gemensamma checklistor för införande av digitala tjänster för att få samstämmighet inom regionerna och bättre resursutnyttjande. Det efterfrågas även ökad samverkan mellan regionerna, bland annat

kring metoder för förändringsledning och beräkning av nyttoeffekter vid införande av ny teknik och nya arbetssätt (Ibid.).

Utredningen har fört dialog med SKR, som betonat att det är nödvändigt att staten tar ett tydligare grepp om den mjuka och hårda digitala infrastrukturen gällande till exempel säker kommunikation mellan regioner, kommuner, privata vårdgivare och staten.

Inom den kommunala hälso- och sjukvården har användning av välfärdsteknik ökat stort de senaste åren, framför allt inom äldreomsorgen. En majoritet av kommunerna använder till exempel passiva larm och sensorer, samt vårdplanerar med hjälp av video, både i ordinärt boende och i särskilda boenden (Socialstyrelsen, 2019a).

Vidare bedrivs det mycket forskning kring artificiell intelligens (AI). I dagsläget används dock AI i begränsad omfattning och framför allt inom anamnes (sammanställning av patientens sjukdomshistoria), diagnos och beslutsstöd. Ett annat användningsområde är monitorering och telemedicin, till exempel för fjärrövervakning av patienter med hjärtsvikt, digital vård i hemmet och fallprevention med hjälp av sensorer (Socialstyrelsen, 2019b).

Till skillnad från den medicinska utvecklingen som hunnit pågå en längre tid befinner vi oss ännu i början av digitaliseringen av vårdverksamheten med stora möjligheter till förbättringar, men även utmaningar avseende till exempel personlig integritet, etik, cybersäkerhet och de ändrade förutsättningar, som det innebär.

I utredningens kontakter har olika intressenter framfört att behovet av en nationell digital infrastruktur är stort.

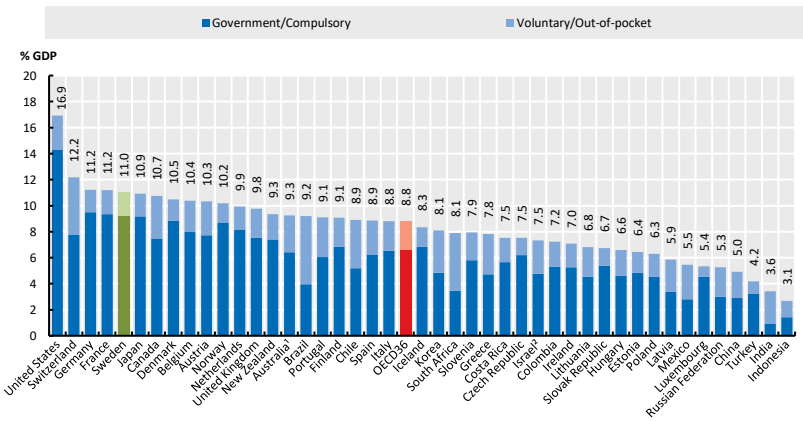
Det är sannolikt att utvecklingen på det här området kommer att påverka vårdverksamheten på ett sådant sätt att det även har betydelse för hur vårdinfrastruktur bör utformas för att bäst möjliggöra framtidens vård. Även om det är för tidigt att dra några säkra slutsatser om detta förefaller det relativt klart att kommande infrastruktursatsningar för framtidens vård behöver anpassas för att vården fullt ut ska kunna dra nytta av de fördelar som utvecklingen på det digitala området innebär.

7.2 Kostnader och vårdtillfällen

Under 1990-talet och början av 2000-talet steg kostnaderna för hälso- och sjukvård i OECD-länderna snabbare än tillväxten i BNP. Efter en inbromsning under finanskrisen åren 2008 och 2009 har kostnadsökningen stabiliserats på en nivå som motsvarar tillväxten i ekonomin. I genomsnitt går cirka 9 procent av OECD-ländernas BNP till hälso- och sjukvård. I Europa ligger siffran på 10 procent.

Figur 7.1 Kostnader för hälso- och sjukvård som andel av BNP

2018 (eller närmaste år)



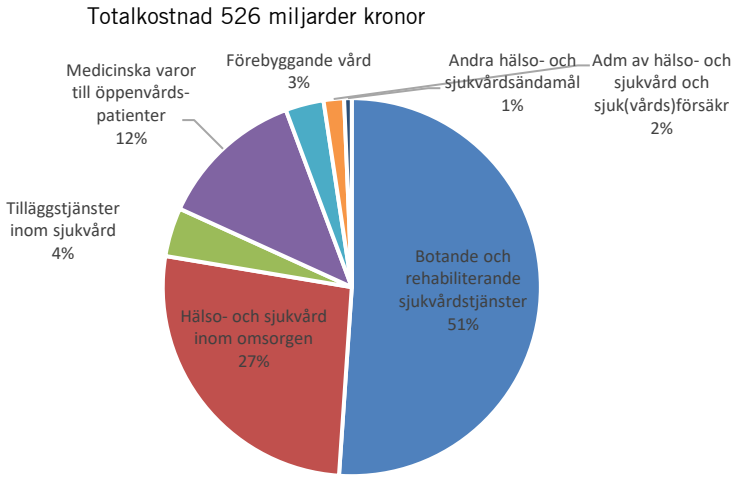
Källa: OECD Health at a glance 2019.

Sveriges utgifter för hälso- och sjukvård år 2018 motsvarade cirka 11 procent av BNP. Sverige redovisade tidigare en relativt genomsnittlig utgiftsnivå, men har efter ändrade redovisningsprinciper från och med 2011 bland de högsta utgifterna inom OECD.[1]

Sveriges totala kostnader för hälso- och sjukvård 2018 var enligt nationalräkenskaperna 526 miljarder kronor (SCB, 2020). I figuren nedan visas hur kostnaderna fördelar sig på olika verksamheter.

[1] De nya redovisningsprinciperna innebär att en avsevärt större del av kommunernas äldreomsorg och omsorg för personer med funktionsnedsättning inkluderades i redovisningen av hälso- och sjukvårdskostnader. Dessa verksamheter är större i bland annat Sverige, Norge och Nederländerna än i flertalet andra jämförbara länder (OECD, 2017).

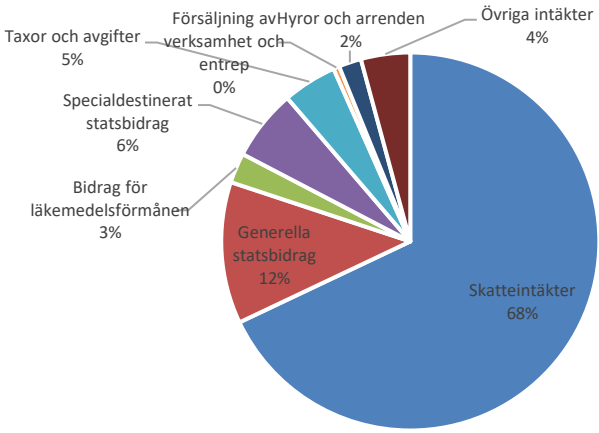
Figur 7.2 Hälso- och sjukvårdens kostnader fördelade på ändamål år 2018



Källa: Statistiska centralbyrån, statistikdatabasen, nationalräkenskaperna.

Av de totala kostnaderna står den kommunala hälso- och sjukvården för 26 procent, regionerna för 58 procent och hushållens egenavgifter för 14 procent. Det är värt att notera att kommunernas och regionernas totala intäkter främst består av skatteintäkter (68 procent) och statsbidrag (21 procent).

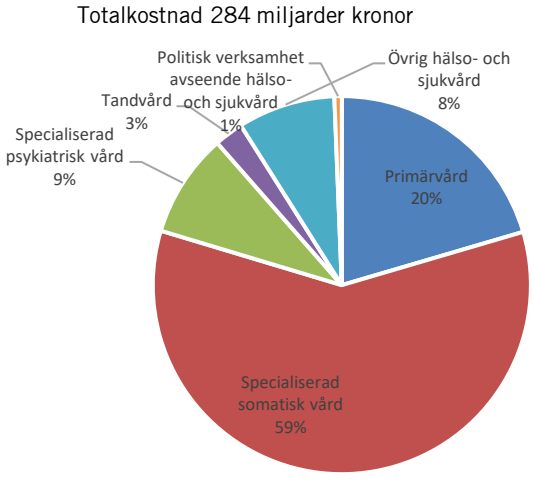
Figur 7.3 Fördelning av kommuners och regioners intäkter 2019



Källa: Sveriges Kommuner och Regioner, Sektorn i siffror.

Regionernas intäkter 2019 utgjordes enligt SKR (2020c) till 70 procent av skatter, 22 procent statsbidrag, 3 procent avgifter och 5 procent övriga intäkter. Kommunernas intäkter bestod till 67 procent av skatter, 20 procent statsbidrag, 5 procent taxor och avgifter, 3 procent hyror och arrenden samt övriga intäkter. Regionernas kostnader för hälso- och sjukvården enligt räkenskapssammandragen för år 2019 fördelar sig enligt nedan.

Figur 7.4 Fördelning av regionernas nettokostnader för hälso- och sjukvård inklusive läkemedel efter verksamhetsområde 2019



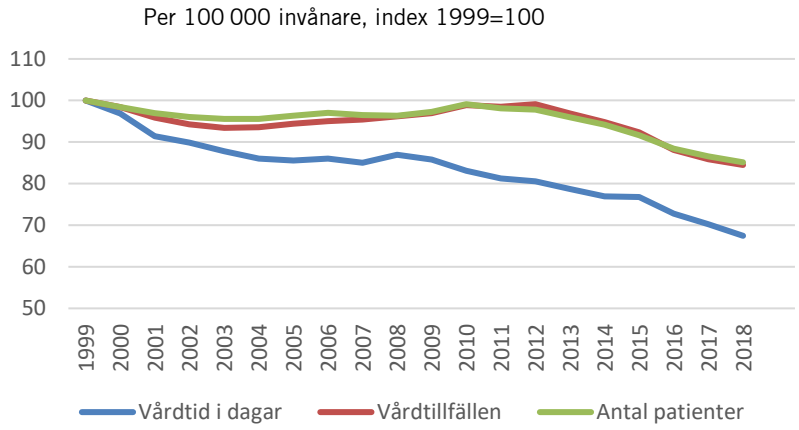
Källa: Statistiska centralbyrån, statistikdatabasen.

Den största andelen utgörs av kostnader för somatisk specialistvård (59 procent), följt av primärvård (20 procent) och specialiserad psykiatrisk vård (9 procent).

Fördelningen av kostnader över olika verksamheter varierar mellan regionerna men har totalt sett varit stabil över tid. Andelen primärvård var till exempel 21 procent fram till 2013 och har därefter varit 20 procent, medan andelen somatisk specialistvård stigit marginellt under samma period. I en internationell jämförelse är primärvården i Sverige något mindre än genomsnittet inom OECD, men något större än i Danmark och Norge (OECD, 2019a).

Primärvården ökar alltså inte sett till kostnadsandelar, däremot visar statistiken på en gradvis omställning från slutenvård (både somatisk och psykiatrisk specialistvård) till en högre andel öppenvård. I figuren nedan visas en fallande medelvårdtid i slutenvården sedan 1999, samt ett minskat antal vårdtillfällen och minskat antal patienter under perioden. Orsaken är främst den medicintekniska utvecklingen och kunskapsutvecklingen, men även det allmänna hälsoläget i befolkningen (SKL, 2019a).

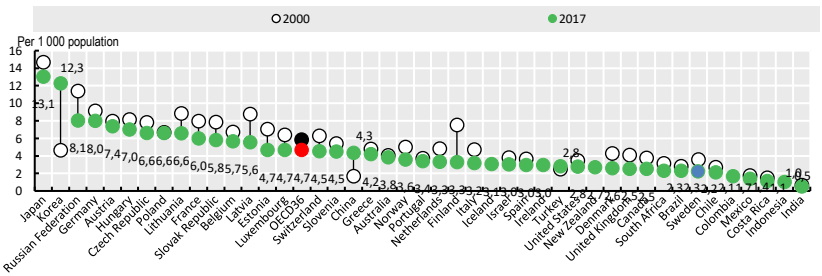
Figur 7.5 Antal patienter, vårdtillfällen och vårddagar i slutenvården 1999 till 2018



Källa: Socialstyrelsen, statistikdatabasen.

Antalet disponibla vårdplatser i Sverige har minskat stadigt de senaste åren, från 25 290 till 21 724 åren 2012 till 2018. Utvecklingen mot ett minskat antal vårdplatser över tid delas av flertalet OECD-länder; Sverige sticker dock ut genom att ha färre antal vårdplatser än flertalet andra länder, detta trots en i grunden sjukhuscentrerad struktur (se kapitel 4). Den internationella trenden mot ett minskat antal vårdplatser har därmed gått längre i Sverige än i andra länder. År 2017 hade Sverige 2,2 vårdplatser per 1 000 invånare, medan OECD-genomsnittet var 4,7.

Figur 7.6 Antal vårdplatser per 1 000 invånare, 2000 och 2007 (eller närmaste år)



Källa: OECD Health at a glance 2019.

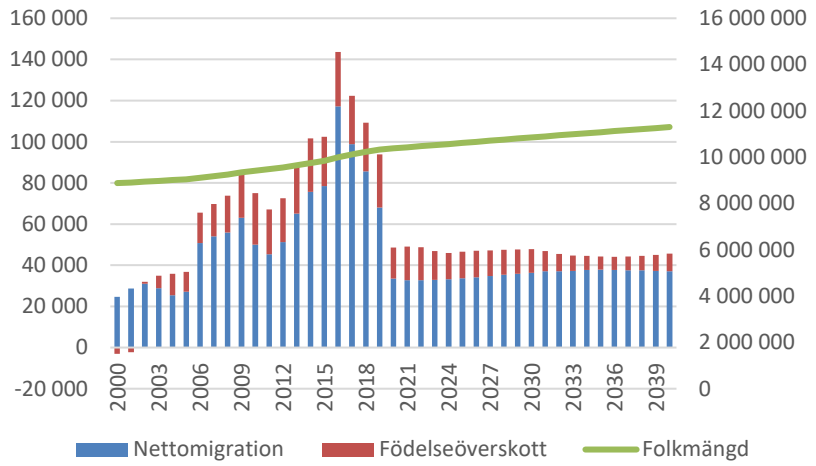
Ett minskat antal vårdplatser kan ses som en del av den pågående omställningen mot mer öppenvård, men också som ett resultat av att vårdgivarna har brist på medarbetare med rätt kompetens. I många verksamheter motsvarar antalet disponibla vårdplatser inte det faktiska behovet, vilket leder till överbeläggningar och utlokaliseringar (patienter som vårdas på fel avdelning). År 2019 ökade antalet överbeläggningar inom den somatiska vården medan utlokaliseringarna minskade jämfört med 2018 (Socialstyrelsen, 2020).

En stor andel av vårdkostnaderna i Sverige går till vård av personer med kroniska sjukdomar. 80 till 85 procent av resurserna inom vården riktas till personer med kroniska sjukdomar och hälften av resurserna går till personer med flera kroniska sjukdomar, det vill säga multisjuka (Vårdanalys, 2014a).

7.3 Demografi

Befolkningen i Sverige var 2020 närmare 10,4 miljoner invånare. Befolkningsutvecklingen (figuren nedan) har under ett antal år varit tilltagande positiv. Störst ökning sågs 2016 med 1,5 procent, därefter har ökningen fallit till 0,9 procent 2019 och till 0,5 procent pandemiåret 2020. Ökningen förväntas enligt aktuell befolkningsprognos från SCB fortsätta i denna lägre takt och successivt falla ned mot 0,4 procent år 2040. Den totala befolkningen prognostiseras nå 11 miljoner invånare under år 2034 och uppgå till drygt 11,3 miljoner invånare år 2040.

Figur 7.7 Befolkningsutveckling 2000 till 2020 samt prognos till 2040



Källa: Statistiska centralbyrån.

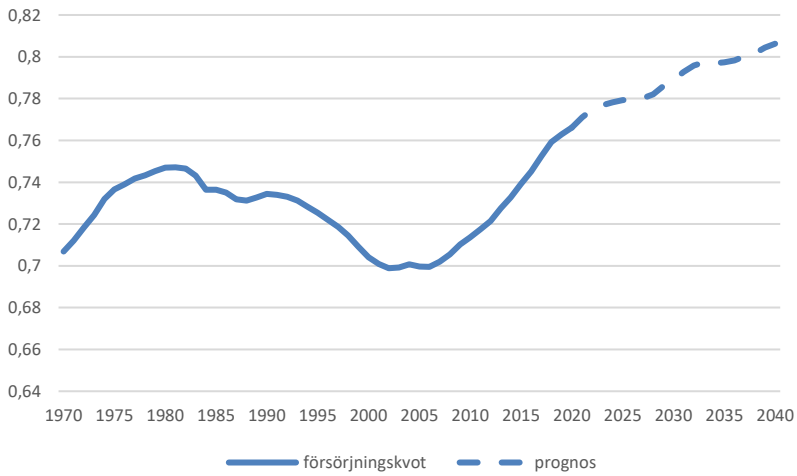
Vid sidan av den ökande folkmängden förändras sammansättningen i befolkningen. Befolkningen ökar i alla åldersgrupper men ökningen i gruppen unga och äldre är högre än i övriga grupper. 1970 var andelen 75 år och äldre 5 procent av befolkningen. 2020 var denna andel 9,6 procent och prognosen över befolkningsutvecklingen är att andelen över 75 år kommer att ha ökat till närmare 13 procent av befolkningen år 2040. Såväl befolkningsökningen som ålderssammansättningen av befolkningen påverkar kommunsektorns kostnader. Generellt gäller att genomsnittskostnaden per person för hälso- och sjukvård är stigande med åldern (Gralén m fl., 2019).

Ålderssammansättningen påverkar försörjningskvoten. Det vill säga andelen unga och äldre i förhållande till den arbetsföra befolkningen (20 till 64 år). Figuren nedan visar kvotens utveckling från 1970 till 2020 samt prognos till 2040. Kvoten minskade under ett antal år från toppen 0,75 vid början av 1980-talet. Från 2007 då den var 0,7 har den emellertid ökat stadigt och 2020 var den 0,77. Prognosen över befolkningsutvecklingen medför en kvot på 0,81 vid år 2040.

En stigande försörjningskvot indikerar flera utmaningar för kommuner och regioner. Den är dels en indikation på ökade kostnader i kommunsektorn, då genomsnittskostnaderna per individ generellt sett är högre för yngre och äldre än för dem i arbetsför ålder. Dels indi-

kerar det en kommande finansieringsutmaning då den relativa skattebasen förväntas minska med stigande kvot. Detta är en utmaning som enligt prognoserna särskilt kommer att drabba mindre regioner och kommuner. En ökande kvot innebär också att en större andel av invånarna arbetar i välfärden, vilket riskerar att dels ge kompetensbrist, dels leda till ökade lönekostnader. SKR (2021) framhåller att verksamheten i regionerna måste ställas om för att klara ökade krav och kommande demografiskt tryck. Det konstateras att arbetskraften riskerar att inte räcka till i alla sektorer.

Figur 7.8 Utveckling av försörjningskvoten 1970 till 2020, samt prognos till 2040



Källa: Statistiska centralbyrån.

7.4 Kompetensförsörjning

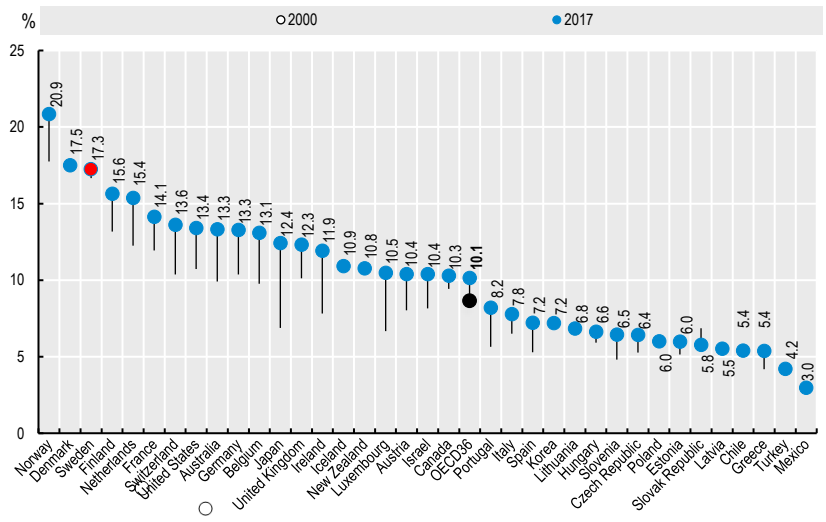
Kompetensförsörjningen har länge varit en av vårdens stora utmaningar. Regionerna bedömer att de har brist på sjuksköterskor, men även andra personalkategorier såsom psykologer, specialistläkare, biomedicinska analytiker och barnmorskor. Det finns behov av fler allmänläkare, inte minst givet utvecklingen mot en mer nära vård. Ett utökat primärvårdsuppdrag förväntas även öka behovet av distriktssköterskor, geriatriker, psykologer med flera. Kraven på personalresurser och kompetens inom den kommunala hälso- och sjukvården ökar

också i takt med att allt mer kvalificerade hälso- och sjukvårdsinsatser utförs i hemmet (Socialstyrelsen, 2020a).

Antalet sysselsatta i hälso- och sjukvården i förhållande till befolkningsmängden har samtidigt ökat över tid och Sverige har i ett internationellt perspektiv hög personaltäthet. Drygt 17 procent av samtliga sysselsatta i Sverige år 2017 arbetade inom vården. Av OECD-länderna hade endast Norge och Danmark en högre andel än så, vilket framgår i figuren nedan.

Figur 7.9 Antalet sysselsatta inom vård och omsorg som andel av totalt antal sysselsatta

2000 och 2017 (eller närmsta år)

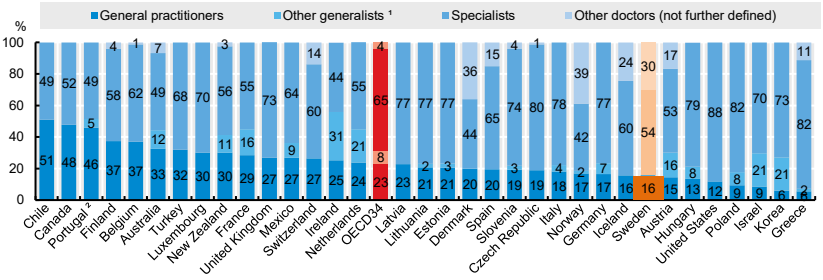


Källa: OECD Health at a glance 2019.

Även antalet praktiserande läkare i Sverige är högt i ett internationellt perspektiv, med undantag för allmänläkare (se figuren nedan). Endast 16 procent av praktiserande läkare i Sverige arbetar som allmänläkare, jämfört med OECD-genomsnittet på 23 procent (OECD, 2019a). En orsak skulle kunna vara att det i Sverige finns större möjligheter att i utbildningen välja inriktning jämfört med många andra länder där fördelningen av utbildningsplatser mellan specialiteter är mer styrd. I Sverige är ansvaret för fortbildning och specialisering av läkarkåren mer decentraliserat än i andra länder såsom Norge, Dan-

mark, Nederländerna och Tyskland, där man tillämpar en tydligare statlig styrning inom området (ESO, 2019).

Figur 7.10 Fördelning av olika typer av läkare



Källa: OECD Health at a glance 2019.

Tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal är ojämnt fördelad över landet. Det är fortsatt svårt att rekrytera personal inte minst till glesbygden, samtidigt som sjukskrivningstalen är höga och produktiviteten inom hälso- och sjukvården sjunker. Socialstyrelsen konstaterar dock att det inte förefaller vara någon flykt av medarbetare från vården. Cirka nio av tio utbildade sjuksköterskor arbetar som sjuksköterska eller inom branschen vård och omsorg. Andelen har förändrats marginellt mellan 1996 och 2016 (Socialstyrelsen, 2020).

I det nationella planeringsstödet som Socialstyrelsen publicerat sedan mitten av 1990-talet bedöms årligen tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Den bedömda efterfrågan av legitimerad personal bygger på flera källor och på enkäter till regionerna, ett urval privata vårdgivare samt fack- och yrkesorganisationer. För år 2020 rapporteras att det råder brist på 10 av 22 legitimationsyrken i minst hälften av regionerna (Socialstyrelsen, 2021). 2020 var ett speciellt år präglat av covid-19-pandemin. Det ställdes inga frågor om hur pandemin påverkat efterfrågan på legitimerad personal och de bedömningar som gjorts stämmer väl överens med det som rapporterats för tidigare år. Det råder brist på bland annat specialistläkare, sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor och barnmorskor. År 2019 redovisades bristerna kvantitativt, vilket visas i tabellen nedan.

Socialstyrelsens bedömning ska emellertid tolkas med viss försiktighet då det endast är elva regioner som gjort bedömningar av hur

många helårsarbetskrafter som saknas för de yrken det råder brister i. Fyra regioner har enbart bedömt vissa yrken och sex regioner har inte lämnat några bedömningar alls. Bland dessa sex regioner ingår bland andra Region Stockholm och Region Västra Götaland vilket indikerar att det är en underskattning av bristen.

Högre brister skattas av SCB som i arbetskraftsbarometern 2019 undersöker möjligheterna att kvantifiera dagens bristsituation på arbetsmarknaden (SCB, 2020). Mönstret stämmer väl överens med Socialstyrelsens bedömning, men de uppskattade antalen är högre. De skattade bristerna är störst bland läkare och sjuksköterskor. Lika stora brister skattas för specialistutbildade som grundutbildade sjuksköterskor.

Tabell 7.1 Behov av ytterligare helårsarbetare hösten 2019

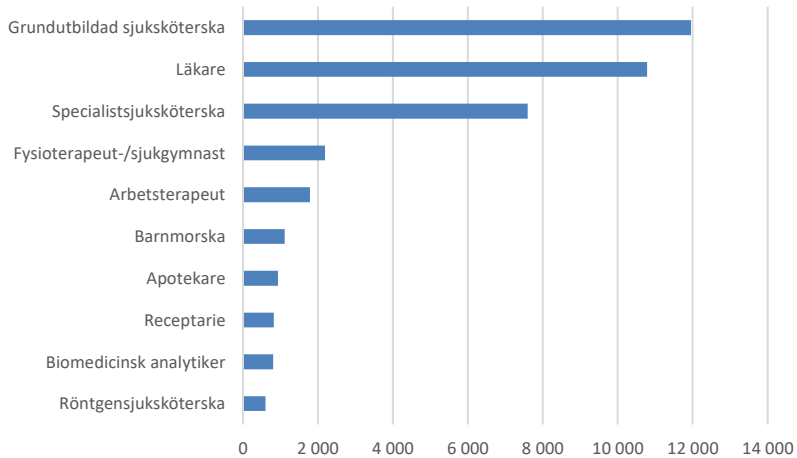
	Socialstyrelsen (2020)	SCB (2020)
Läkare	1 262	2 200
Sjuksköterska	790	2 800
Specialistutbildad sjuksköterska	722	3 000
Psykolog	201	730
Barnmorska	136	310
Röntgensjuksköterska	121	320
Biomedicinsk analytiker	121	500
Vård- och omsorgspersonal (gymnasium)		8 200

Källa: Socialstyrelsen (2020b) och SCB (2020).

SCB gör prognoser på lång sikt över utvecklingen på arbetsmarknaden och utbildningsområdet (SCB, 2021). Under perioden 2018 till 2035 bedöms att sysselsättningen ökar med 400 000 personer. Inom hälso- och sjukvården väntas antalet med gymnasial utbildning vara otillräckligt för att täcka den framtida efterfrågan. Fram till 2035 förväntas efterfrågan öka med närmare 100 000 helårsarbetskrafter, en ökning med 40 procent mot antalet sysselsatta 2018. Bedömningen enligt SCB:s Arbetskraftsbarometer 2020 är att det kommer att råda stor brist på personal med gymnasial vård- och omsorgsutbildning. För eftergymnasialt utbildade finns det risk för fortsatt och förstärkt brist i flera utbildningsgrupper. Behovet 2035 beräknas vara ytterligare 70 000 helårsarbetskrafter jämfört med sysselsättningen 2018, en ökning med 17 procent.

Figuren nedan visar det ökade behovet av helårsarbetskrafter för ett antal yrken med utbildningar där efterfrågan på arbetskraft beräknas öka till 2035. Jämfört med antalet förvärvsarbetande sjuksköterskor med grundutbildning år 2018 förväntas efterfrågan öka med närmare 12 000 helårsarbetskrafter till 2035. Behovet av läkare beräknas öka med närmare 11 000 och specialistsjuksköterskor med ungefär 7 600 helårsarbetskrafter. Bedömningen är att det kommer att råda stor brist på röntgensjuksköterskor och specialistutbildade sjuksköterskor; brist på arbetsterapeuter, grundutbildade sjuksköterskor, och barnmorskor. Gällande läkare är bilden av arbetsmarknadsläget varierande. Läkarutbildningen har sedan 2005/06 byggts ut med närmare 70 procent och SCB räknar med ett migrationsöverskott på 400 läkare per år fram till 2035. Det rör sig om personer som tidigare bott i Sverige som återkommer efter slutförd läkarutbildning utomlands. Samtidigt förväntas efterfrågan fram till 2035 öka med mellan 20 och 25 procent.

Figur 7.11 Prognos över behov av ytterligare helårsarbetare 2035 jämfört med sysselsatta 2018



Källa: SCB 2020.

Utifrån SCB:s prognos beräknar Universitetskanslersämbetet (UKÄ) utbildningsbehovet för att möta efterfrågan 2035. Figuren nedan visar det beräknade behovet av ökad årlig antagning av studenter till ett urval av utbildningar. För specialistsjuksköterskor behöver den årliga antag-

ningen till utbildningen öka med 40 procent eller 900 nyantagna per år fram till 2035 för att möta behoven. För att inhemskt klara utbildningsbehovet av läkare fram till 2035 behöver antagningen öka med 29 procent eller 527 ytterligare studenter antas till utbildning varje år. Utbildningen av sjuksköterskor bedöms vara tillräcklig för att möta efterfrågan 2035. Dock råder det brist redan i dag vilket tyder på att sjuksköterskor söker sig till andra arbetsgivare än offentliga vårdgivare. Detta ökar komplexiteten i att möta de långsiktiga behoven. UKÄ:s slutsats i rapporten är att verksamheterna bör förbereda sig för ett scenario där det inte går att tillgodose alla delar av framtidens kompetensbehov av högskoleutbildade.

Figur 7.12 Behov av ökad antagning på utbildningar per år fram till 2035

Källa: UKÄ (2019).

Kompetensförsörjningen innebär också en utmaning för förmågan att tillhandahålla patientsäker vård. Socialstyrelsen gjorde 2018 en kartläggning och analys av akutsjukvård och förlossningsvård. Analysen fokuserar särskilt på läkare, sjuksköterska och barnmorska. Slutsatsen är att studien bekräftar det samband som beskrivs i vetenskaplig litteratur mellan otillräcklig bemanning och kompetens och risken för vårdskador (Socialstyrelsen, 2018). I den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024 slår Socialstyrelsen fast att en grundläggande förutsättning för säker vård är att

det finns tillräckligt med personal som har adekvat kunskap och kompetens.

Framtida kompetensförsörjningsbehov handlar inte bara om att säkra tillgången till personal, utan även om att möta de nya krav som ställs på vårdpersonalens kompetens. Pågående reformer på vårdområdet som beskrivits närmare i kapitel 4 medför till exempel ökade krav på personalen att kunna arbeta personcentrerat, att vara delaktig i förbättringsarbete och att kunna använda ny teknik.

När det gäller teknikfärdigheten gör den brittiska hälso- och sjukvårdsorganisationen NHS bedömningen att 80 procent av arbetskraften inom hälso- och sjukvården år 2040 behöver kunna behärska teknik för telemedicin, automatiserad bildtolkning med hjälp av AI, bärbar teknik för diagnostik och fjärrövervakning och teknik för att kunna läsa arvsmassa med mera (NHS, 2019).

Fler legitimationsyrken med nya kompetenser och yrkesgrupper kan också innebära utmaningar för interprofessionell samverkan. Förmågan att se sin roll som en del i ett större sammanhang blir allt viktigare. Vidare behöver rätt kompetens användas för rätt arbetsuppgifter. Det finns till exempel stöd i forskning för att vårdpersonal ofta tar sig an arbetsuppgifter som egentligen inte gynnas av att utföras av någon med deras specifika kompetens (Gadolin, 2019).

Med anledning av den stora utmaning som frågan om kompetensförsörjning innebär inrättade regeringen den 1 januari 2020 ett nationellt vårdkompetensråd vid Socialstyrelsen. Nationella vårdkompetensrådet är ett rådgivande samverkansforum mellan regioner, kommuner, lärosäten, Socialstyrelsen och UKÄ. Uppdraget är att långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjningen av vårdpersonal. Syftet är att stärka samverkan kring kompetensförsörjningen mellan regioner, kommuner, universitet och högskolor samt övriga berörda aktörer. Ytterligare ett syfte är att säkerställa en gemensam bild av framtida kompetensförsörjningsbehov i hälso- och sjukvården.

7.5 Behovet av forskning och utbildning påverkar investeringar i vårdinfrastruktur

Behovet av att ha ett helhetsperspektiv på utbildning och forskning vid strukturomvandling av hälso- och sjukvården poängteras från flera håll. Vikten av en nära koppling mellan vårdgivare och företrädare för akademin har lyfts fram av bland annat av Vetenskapsrådet (2020). Rådet framhåller att en förutsättning för en kunskapsbaserad och jämlik vård, samt forskning av hög kvalitet är integrering av forskningsuppdraget i hälso- och sjukvården. För att säkerställa detta menar Rådet att det är nödvändigt att denna samverkan är en naturlig del även i hälso- och sjukvårdens förändrings- och utvecklingsarbete och att forskningens företrädare bjuds in på lika villkor i diskussioner om hälso- och sjukvårdens framtid.

Utredningen har mottagit ett gemensamt yttrande från landets medicinska fakulteter. I yttrandet tar de medicinska fakulteterna upp ett antal frågor som de bedömer skulle gynnas av ökad samordning mellan regionerna och universiteten, som i dag har olika huvudmän. Några exempel där det finns förbättringsmöjligheter är precisionsmedicin, digitala verktyg och AI samt frågor som gäller utbildning och VFU-platser (verksamhetsförlagd utbildning). Sammantaget menar de medicinska fakulteterna att regionerna behöver samverka mer med universiteten inför stora investeringsbeslut tidigt i planeringsprocessen oavsett vilka stora investeringar som planeras. De menar att det i dag finns goda exempel på samverkan, men även det motsatta då samverkan skett sent eller ibland inte alls. Det händer även att i samförstånd planerade investeringar avseende utbildning och forskning försvinner av besparingsskäl.

Utredningen har fört ytterligare dialoger med företrädare för Karolinska Institutet (KI) och den medicinska fakulteten vid Uppsala universitet. Den bild som har förmedlats till utredningen i dessa kontakter överensstämmer med vad de samlade medicinska fakulteterna framfört.

Ett aktuellt exempel där planeringen av ett nytt sjukhus fått konsekvenser för möjligheterna att bedriva utbildning och forskning är Nya Karolinska Solna (se bland annat Öhrming, 2017; SOU 2020:15 och Grafström m.fl., 2021).

Ett exempel på den ökade integrationen mellan vård och forskning finns inom området precisionsmedicin (Life-time 30 mars 2021). Där finns exempel på att det traditionella förhållningssättet mellan

vård och forskning utmanas. Traditionellt har vården använts för forskning. Men för att kunna ge avancerade terapier som exempelvis förutsätter helgenomsekvensiering har det krävts att vården ges tillgång till avancerad apparatur, datorkraft och teknisk expertis som finns inom akademin. Ökad integrering och ömsesidigt beroende förutsätter att huvudmännen för akademin och vården, det vill säga staten och regionerna samverkar och tar hänsyn till såväl vårdens som forskningens behov vid utveckling och investeringar inom respektive område.

7.6 Vårdinfrastruktur är viktig ur ett beredskapsperspektiv

Internationella erfarenheter visar att satsningar på robusta sjukhus är väl investerade för att hälso- och sjukvården ska kunna fortsätta bedriva vård under kriser och vid katastrofer. Sedan 2008 finns vägledningen Det robusta sjukhuset utgiven av krisberedskapsmyndigheten avseende skydd och funktionssäkerhet i sjukhusbyggnader. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) arbetar med en uppdaterad version avseende driftsäkerhet i sjukhusbyggnader, Den robusta sjukhusbyggnaden, som nu föreligger i en förhandsutgåva.

Syftet med vägledningen är att stödja regionernas planering, projektering, byggande och förvaltning av sjukhusbyggnader och de fastighetstekniska installationer som ska vara robusta i vardag, kris och krig. Vägledningen ger rekommendationer för vad som bör ingå i en sjukhusbyggnads grundläggande robusthet och hur högre grader av robusthet kan uppnås. En basnivå definieras samt tre olika nivåer av ökad robusthet. Vardera innebär dessa förmågor att upprätthålla sjukhusets prioriterade verksamhet i 24 timmar, tre dygn, en vecka respektive längre än tre månader. För att upprätthålla prioriterad verksamhet en vecka eller längre innebär detta också att sjukhuset har utrymmen och tillgång till utrustning för att snabbt kunna skala upp förmågan att ta emot och vårda ett större antal patienter. Relaterat till detta är försörjningsberedskapen och dimensionering av tillgängliga lager av materiel i anslutning till sjukhusen i händelse av störningar i leveranskedjan.

När det gäller vårdcentraler har det inom ramen för SKR:s arbete med krisberedskap genomförts en förstudie om den robusta vårdcen-

tralen. I detta arbete har det föreslagits att det på motsvarande sätt som för sjukhusbyggnader tas fram en vägledning för regionerna som avser robusthet i primärvårdens fastigheter. SKR har också framfört att det är rimligt att programmet på sikt utökas för att även stödja kommunal omsorg.

Arbetet med såväl den robusta sjukhusbyggnaden som den robusta vårdcentralen utgår från att alla sjukhus och vårdcentraler inte behöver ha samma nivå av robusthet. Det är regionernas planering och organisation för krisberedskap och civilt försvar som ligger till grund för vilken nivå av robusthet olika sjukhus och vårdcentraler ska ha i kris och krig.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska regionerna upprätthålla katastrofmedicinsk beredskap. Socialstyrelsen ger ut föreskrifter av vilka det framgår att katastrofmedicinsk beredskap innebär beredskap att bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera följderna vid allvarlig händelse. Alla regioner ska ha en fastställd katastrofmedicinsk beredskapsplan som beskriver hur hälso- och sjukvården ska organisera sig vid en särskild händelse, men det finns inte någon övergripande katastrofmedicinsk plan på nationell nivå (SOU 2020:23).

Utredningar på området har uppmärksammat behovet av ökad nationell hantering av beredskapsfrågor. Utredningen om civilt försvar (SOU 2021:25) föreslog att beredskapssektorn hälsa, vård och omsorg ska inrättas, samt att kommuner och regioner ska rapportera till lämplig myndighet vilka förberedelser som gjorts för krissituationer. Som exempel nämns att regioner ska rapportera tidiga planer på nya akutsjukhus där beredskapsplaner behöver beaktas tidigt i olika processer. Enligt Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (SOU 2020:23) krävs nationell samsyn kring katastrofmedicinsk beredskap. Samma utredning konstaterar vidare att regionen avgör vad som är en rimlig katastrofmedicinsk beredskap och att det i dag inte finns tydligt angivet vilken förmåga hälso- och sjukvården ska ha vid fredstida kriser och vid krig, varken för kommunernas eller regionernas hälso- och sjukvård. MSB framhåller att det i dag finns en planeringsinriktning för beredskap i händelse av krig och att nästa steg är att få ihop den med krisberedskapen, detta är dock fortsatt endast en ambition.

Socialstyrelsens katastrofmedicinska föreskrifter beskriver övergripande vilken förmåga regionerna ska ha för att hantera allvarliga händelser. Regionerna ska själva, med utgångspunkt i risk- och sårbarhets-

analysen, bedöma vad som är nödvändigt för att uppnå den förmågan. En region bedömer därför själv vad som är en rimlig nivå på katastrofmedicinsk förmåga. Utredningen konstaterar att detta har medfört att regionerna dels organiserar sig på olika sätt, dels har olika katastrofmedicinsk förmåga (SOU 2020:23).

Behovet av att öka antalet IVA-platser under covid-19-pandemin illustrerar hur byggnaderna påverkar beredskapen att hantera en kris. Under pandemin har antalet IVA-platser ökats i befintliga sjukvårdsbyggnader. Under den mest kritiska fasen av pandemin bistod Försvarsmakten i arbetet att sätta upp två fältsjukhus som byggdes upp med såväl materiel från Försvarsmakten som från civil verksamhet. Endast en begränsad del av fältsjukhusens kapacitet togs i anspråk, men att de sattes upp illustrerar tydligt hur dimensionerande befintliga vårdbyggnader, tillsammans med personal och utrustning, är för förmågan att hantera kriser. I den tidigare planeringen för krigssjukvården fanns särskilda beredskapssjukhus som i på 1990-talet motsvarades av länsdelssjukhus som kompletterades med vård och operationsannex. Annexen förbereddes i lokaler som inte normalt användes för vård till exempel kommunernas klassrum och tandläkarmottagningar, som kunde ställas om till operations- eller vårdsalar (se till exempel SOU 2020:23 och MSB, 2021). Gällande covid-19-pandemin är, så vitt utredningen erfar, en erfarenhet inom sjukvården att flexibla lokaler som ger möjlighet att växla upp verksamheten inom dem en framgångsfaktor. Det ger möjlighet till resurseffektiv användning. Personalen är ofta en kritisk resurs som blir än mer kritisk om den är utspridd i flera olika lokaler vilket påverkade besluten att inte nyttja de tillfälliga platserna i fältsjukhusen i någon större utsträckning.

Sammanfattningsvis påverkar vårdbyggnaderna hälso- och sjukvårdens möjligheter att hantera krissituationer. MSB har sammanställt en vägledning, men den nationella planeringen på området är relativt outvecklad. Samtidigt efterfrågas från SKR ytterligare vägledning riktad till såväl regioner som kommuner gällande primärvård och omsorg. Avsaknaden av samordnad nationell planering resulterar i att regionerna själva avgör vilken robusthet i vårdbyggnader och vilken katastrofmedicinsk förmåga som byggs upp i respektive region. Det resulterar i att förmågan i kris varierar mellan regionerna. Detta trots att intresset för att bygga upp kapaciteten för sådana situationer är stort.

7.7 Ekonomisk lägesbild

Det ekonomiska läget i regionerna påverkar förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens utveckling. Under våren 2020 var utmaningarna stora till följd av covid-19-pandemin. Regionerna har genomfört en stor omställning av vården för att kunna ta om hand ett stort antal patienter under pandemin. I stor utsträckning har planerad och förebyggande vård ställts in för att ge utrymme för akut vård, vilket innebär att en så kallad vårdskuld byggs upp. Pandemins effekter på regionernas ekonomi är än så länge osäker. Staten har ökat bidragen till regionerna för att minska de ekonomiska effekterna på regionernas ekonomi av pandemin.

I det längre perspektivet skapar den demografiska utvecklingen utmaningar. Tillväxten i skatteunderlaget förväntas minska till följd av att andelen av befolkningen i arbetsför ålder minskar. En växande befolkning och en ökande andel äldre förväntas medföra ökade kostnader, ökat personalbehov med risk för kompetensbrist, samt ökade investeringar. Regionernas skuldsättning förväntas öka till följd av de stora investeringsbehoven och det finansiella sparandet förväntas fortsatt vara negativt.

7.7.1 Resultat

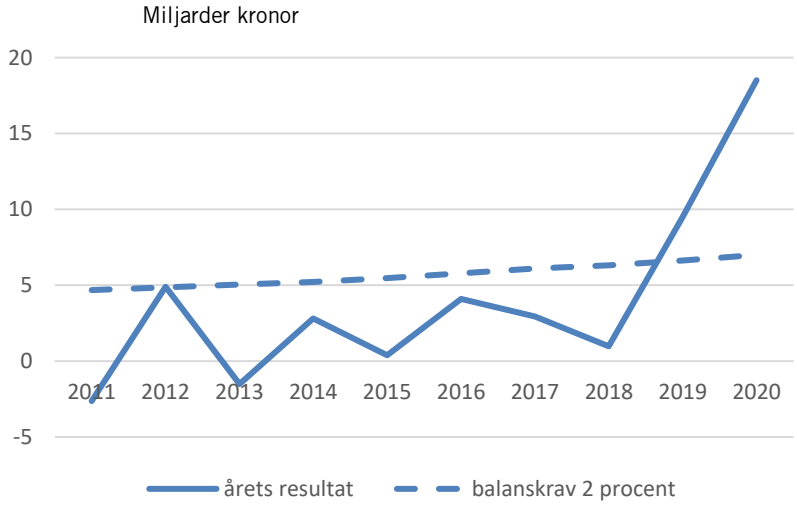
Regionerna visade ett sammanlagt resultat 2019 på 8,9 miljarder kronor efter finansiella poster. Det motsvarar 2,7 procent av skatteintäkter och generella statsbidrag. Därmed översteg resultatet det så kallade balanskravet om 2 procent. Resultatet är starkare än på flera år och förklaras av icke realiserade vinster till följd av ökat marknadsvärde på regionernas pensionsportföljer. Figuren nedan visar rörelseresultatet efter finansiellt netto under perioden 2010 till 2019. Under denna period har det genomsnittliga resultatet efter finansnetto uppgått till 0,9 procent av skatteintäkter och generella statsbidrag.

Inför 2020 var det ekonomiska läget i regionerna kärvt (SKR, 2021). Det ekonomiska resultatet för 2020 blev emellertid det bästa för regionsektorn någonsin. Medan regionernas sammantaget budgeterade resultat låg på 2,7 miljarder kronor blev det slutliga utfallet ett slutligt resultat på 19 miljarder kronor. Det finns flera orsaker till det höga resultatet. Pandemin har medfört kraftigt ökade kostnader för regionerna som har kompenserats av staten i form av ökade bidrag. Sam-

tidigt har vissa kostnader minskat till exempel genom att viss planerad vård ställts in (för en redovisning av avvikelsen mellan budget och utfall se SKR, 2021). Covid-19-pandemin gör det ekonomiska läget för regionerna svårbedömt. Bemanningsläget är svårt med personal som i delar av vården under lång tid arbetat mycket. Samtidigt behöver den så kallade vårdskulden tas om hand, vilket kan påverka regionernas kostnader under kommande år. SKR uppger i kontakter med utredningen i juni att prognosen för regionernas samlade resultat år 2021 är något under fem miljarder kronor.

SKR (2021) framhåller att långsiktighet är avgörande för regionerna och den statliga styrningen. Att kortsiktiga bidrag riskerar att medföra en högre kostnadsnivå och att riktade bidrag kopplade till exempelvis bemanningskrav riskerar att försvåra en nödvändig omställning. SKR (2021) menar att verksamheten måste ställas om för att klara ökade krav och kommande demografiskt tryck. Exempel på omställning är den digitalisering som pågått länge där pandemin bidragit till att större steg tagits.

Figur 7.13 Regionernas sammanlagda resultat, samt vad 2 procent av skatter och bidrag innebär

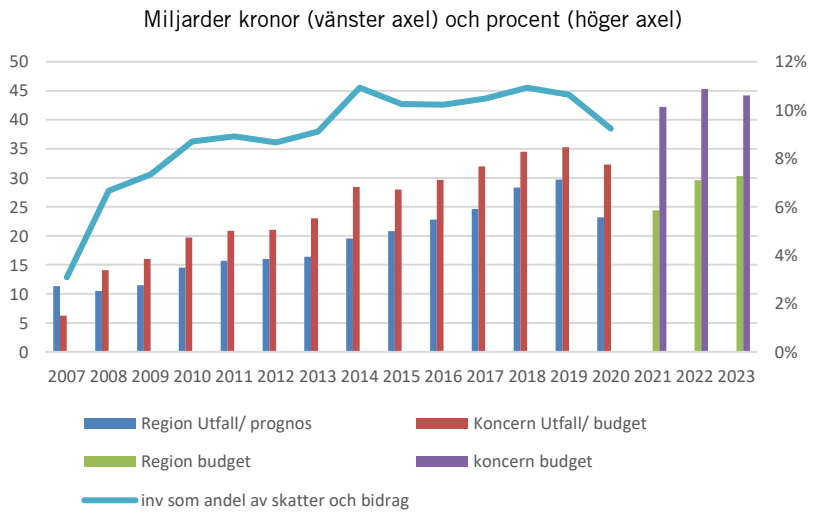


Källa: Statistiska centralbyrån.

7.7.2 Investeringar och finansiellt sparande

Regionerna genomför och planerar historiskt stora investeringar (se kapitel 8). Orsakerna är flera: en växande befolkning, ett åldrat fastighetsbestånd som dels behöver ersättas dels anpassas till dagens medicinska och arbetsmiljömässiga krav. Figuren nedan visar utvecklingen av regionernas sammanlagda genomförda investeringar i region och i regionkoncerner, det vill säga inklusive regionägda bolag, 2007 till 2020 samt budget 2021 till 2023. Under perioden har investeringar i regionkoncern ökat med i genomsnitt 13 procent årligen. Investeringarnas andel av skatter och bidrag har ökat något från 3 procent 2007 till 9 procent 2020. Pandemiåret 2020 uppgick investeringarna i regionkoncern till 32 miljarder kronor, något lägre än 2018 och 2019, orsaker till detta anges bland annat vara förseningar i pågående byggprojekt och uppskjutna upphandlingar.

Figur 7.14 Investeringar i region och regionkoncern, samt investeringar som andel av skatter och bidrag



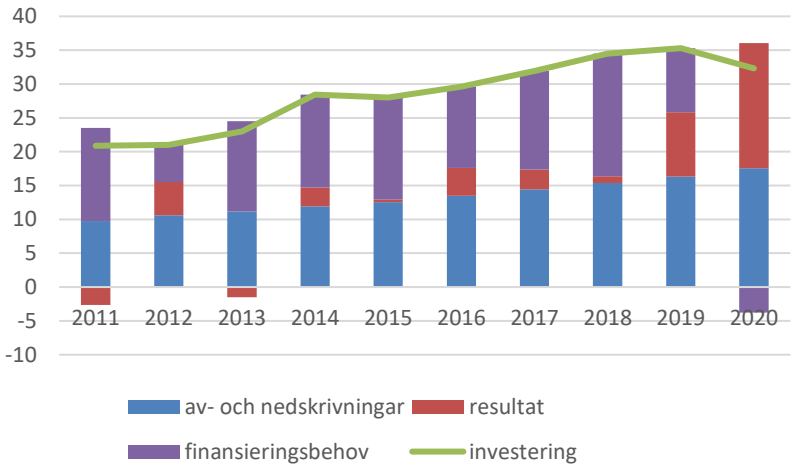
Källa: Sveriges Kommuner och Regioner och Statistiska centralbyrån.

Svaga ekonomiska resultat i kombination med ökade investeringar har inneburit att självfinansieringsgraden minskat över tid. Om investeringar ska vara helt självfinansierade krävs att årets resultat och avskrivningar tillsammans motsvarar investeringsutgifterna. Den genom-

snittliga självfinansieringsgraden under perioden 2011 till 2020 var 58 procent. Det jämförelsevis mycket starka resultatet 2020 ökade självfinansieringsgraden till 112 procent. Som jämförelse uppgick den genomsnittliga självfinansieringsgraden under perioden 2011 till 2019 till 55 procent. Den externa upplåningen har dock fortsatt att öka under 2019 och 2020.

Figur 7.15 Investeringar och finansieringsbehov i regionkoncern

Löpande priser, miljarder kronor

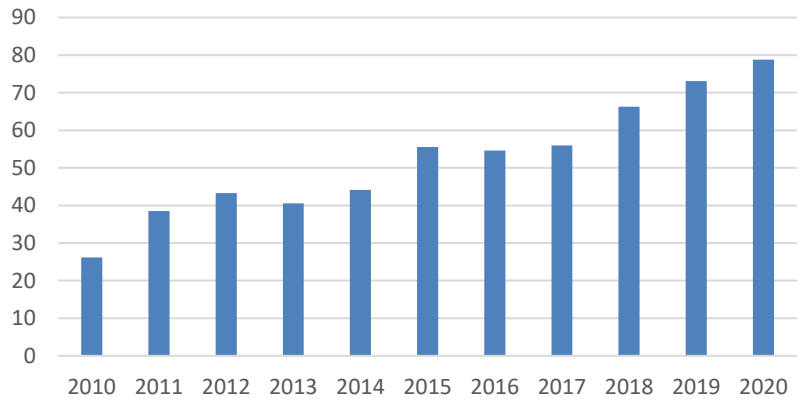


Källa: Sveriges Kommuner och Regioner och Statistiska centralbyrån.

Figuren nedan visar utvecklingen av regionernas samlade låneskuld under tio år fram till 2020. Skulden har som följd av de senaste årens stora investeringsvolymer ökat från 38 till 78 miljarder kronor. Skulden är emellertid ojämnt fördelad mellan regionerna. Region Stockholms andel av den totala låneskulden 2020 var 70 procent, vilket är något lägre än 2019 då den var 72 procent och 2018 då den var 77 procent. Antalet regioner utan låneskuld 2020 och 2019 var fem, vilket kan jämföras med sju regioner år 2018 och tio regioner år 2017.

Figur 7.16 Regionernas sammanlagda låneskuld

Löpande priser, miljarder kronor



Källa: Kommuninvest.

7.8 Moderna vårdbyggnader är komplexa

Det finns ett särskilt akademiskt fält som undersöker så kallade megaprojekt. Megaprojekt är en särskild typ av sällanhändelser såsom anläggande av flygplatser, broar, hamnar, motorvägar och anordnandet av olympiska spel. Även byggandet av sjukhus räknas som ett megaprojekt. Kännetecknande för sådana projekt är att de är mycket komplexa; de omfattar stora summor pengar, påverkar miljontals personer, utgör skärningspunkt för flera politiska kärnfrågor (t.ex. arbetsmarknadsfrågor och miljöfrågor). De drar till sig många olika typer av professioner, intresseorganisationer och så vidare och därmed även en mångfald av intressen av perspektiv. De långa tidsperspektiven komplicerar megaprojekten ytterligare. Förändrade politiska ideal eller teknisk utveckling kan medföra att gamla beslut behöver omprövas. En nedslående slutsats i många kartläggningar av megaprojekt är att de ofta blir både dyrare och tar längre tid än beräknat. Detta har formulerats i megaprojektens järnlag, ”Over budget, over time, over and over again”.[2]

Centrum för vårdens arkitektur vid Chalmers (CVA) har i en rapport finansierad av Fastighetsrådet undersökt hur omställningen till

[2] För en utförlig megaprojektsstudie av byggandet av Nya Karolinska Solna se Grafström m.fl., (red.) (2021).

god och nära vård påverkar utformningen av framtidens vårdbyggnader (Thodelius m.fl., 2021). Trots kopplingen mellan vårdverksamhet och vårdbyggnadernas utformning visar rapporten att det i stor utsträckning saknas konkreta planer för hur lokal- och fastighetsrelaterade projekt kommer att anpassas till god och nära vård. I rapporten ger ett flertal regionföreträdare uttryck för att lokalfrågorna behöver lyftas i omställningen till god och nära vård, men utan närmare konkretion. Utredningens två underlagsrapporter (Winblad m.fl., 2021 och Meijling, 2021, se bilaga) finner att sambanden mellan lokalprojekt och den pågående omställningen är svag samt att detta är en utmaning som regionerna hanterar på olika sätt (se kapitel 8).

Det är i och för sig naturligt att en omställning av vårdverksamheten primärt fokuserar på själva vårdverksamheten, inte hur vårdbyggnader kan och kommer att stödja vården. Utredningen konstaterar att beslut om pågående investeringar i flera fall fattats innan den pågående omställningen påbörjats. Med tanke på att investeringar i vårdinfrastruktur är en slags megaprojekt som genomförs sällan, men som har långsiktiga effekter för vårdverksamheten, är det dock väsentligt att vårdbyggnader utformas med hänsyn till vårdverksamhetens framtida behov. Annars finns det en risk för investeringar i stora och kostnadskrävande byggnader, med stora klimatavtryck som inte är anpassade till framtidens vårdverksamhet (SOU 2020:19). De behov av koordinering och samverkan som finns inom vårdverksamheten har således sin motsvarighet på fastighetssidan. CVA konstaterar att det är av stor vikt att involvera vårdverksamheten och byggherreorganisationer för att utveckla arbetet med strukturella frågor i det pågående omställningsarbetet (Thodelius m.fl., 2021).

I sin rapport framhåller CVA fyra dimensioner för hur omställningen till en god och nära vård påverkar utformningen av vårdens fastigheter och lokaler. Det handlar om digitalisering, ökad samverkan, mobila lösningar och logistiklösningar.

Mer konkret ska infrastruktursatsningar i vårdbyggnader göras i enlighet med ett antal regelverk både avseende vårdverksamheten och allmänna regler för byggnader, några exempel är regler för renlighet, ventilationsfrågor och arbetsmiljö. Därutöver behöver byggnaderna vara tillräckligt flexibla för att kunna stödja framtidens arbetssätt. Med ökad flexibilitet kompliceras fler behov. Några exempel som lyfts fram

i CVA:s rapport är hållfasthet i konstruktionen, elkapacitet, behovet av medicinska gaser, omställningsbarhet och tillgänglighet.[3]

CVA:s rapport pekar på att det verkar gå att förbättra dialogen mellan vårdverksamheten och byggherrarna för att säkerställa att vårdverksamhetens behov tillgodoses i omställningen till en god och nära vård. Samtidigt har investeringsprojekt i vårdbyggnader fler dimensioner av vilka CVA:s rapport tar upp ett antal. Såsom framgått tidigare i detta kapitel finns även andra hänsyn som komplicerar anläggningen av vårdbyggnader, till exempel forskning och utbildning, kompetensförsörjningsfrågor, beredskapsperspektivet, och samhällsekonomisk effektivitet.

[3] I rapporten från CVA finns en utförligare uppräkning på s. 30.

8 Regionernas investeringar

Parallellt med den pågående strukturomvandlingen av hälso- och sjukvården sker stora investeringar i vårdinfrastruktur, framför allt i sjukhus. I detta kapitel kartläggs regionernas pågående och planerade investeringar i syfte att skapa en samlad bild som kan ligga till grund för en analys av hur investeringarna förhåller sig till den nationella utvecklingen av hälso- och sjukvården. Vidare beskrivs hur regionernas planeringsprocesser ser ut, eftersom det till stor del är i den tidiga planeringsfasen av vårdbyggnadsprojekt som det avgörs om investeringarna sker med hänsyn till den pågående strukturomvandlingen.

I kapitlet beskrivs även vilka utmaningar som regionerna och andra aktörer ser kring investeringar i vårdbyggnader, med betoning på planeringsfasen där de i sammanhanget viktigaste utmaningarna finns. Två kluster av utmaningar lyfts fram. Det första har att göra med de relativt otydliga planeringsförutsättningar som omgärdar investeringsprojekt; vilken vård ska de stödja på sikt? Det andra klustret av utmaningar kopplar till brist på stöd i planerings- och genomförandeprocessen när man väl identifierat vad som ska byggas och var.

8.1 Pågående och planerade större investeringar

Investeringsnivån i regionerna är historiskt hög och en stor del av projekten avser hälso- och sjukvården. Detta avsnitt syftar till att ge överblick av investeringarnas utveckling över tid och så långt möjligt vilka verksamheter de avser. Underlag är statistik från Statistiska centralbyrån (SCB), Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Kommuninvest. Detta ger dock endast en övergripande bild av vad investeringarna avser. För att fördjupa bilden av de investeringar som genomförs i regionerna har utredningen dels gått igenom regionernas budget och plan för perioden 2020 till 2022, dels genomfört en enkät

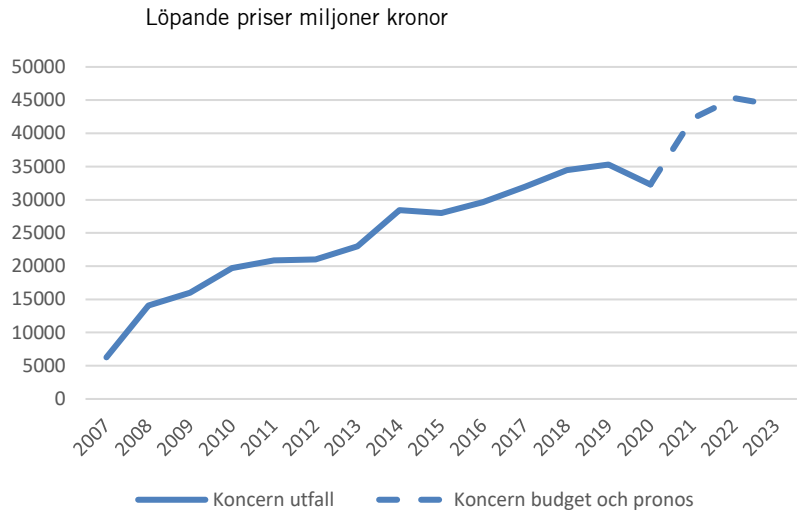
som riktats till regionernas fastighetsförvaltningar. Vidare har fördjupade diskussioner förts i utredningens expertgrupp och i utredningens referensgrupp med region- och SKR-företrädare. Enkäten har utarbetats och genomförts tillsammans med SKR och Centrum för vårdens arkitektur vid Chalmers tekniska högskola (CVA). Frågorna i enkäten syftar till att ge en bild över regionernas arbete med fastighetsinvesteringar. Frågorna rör pågående och planerade investeringar i regionerna, analyser, underlag och arbetssätt, vilka effekter nära vård och nationella satsningar har på investeringarna, hur besluts- och investeringsprocessen ser ut, samt behov av utveckling.

Utredningen har även låtit genomföra fördjupade studier av fyra nu pågående större investeringsprojekt (Meijling, 2021). Vidare har en studie om hur omställningen av hälso- och sjukvården samordnas med investeringar i vårdbyggnader genomförts för utredningens räkning vid Uppsala universitet (Winblad m.fl., 2021). De båda studierna redovisas i sin helhet som bilagor till detta betänkande.

8.1.1 Investeringsnivåer över tid

Investeringsbehoven i regionerna är stora, både nu och i framtiden. Ny- och ombyggnation av sjukhus, vårdcentraler och andra sjukvårdsinrättningar sker i stor omfattning, dels för att motsvara krav och riktlinjer för dagens vård och arbetsmiljö, dels som följd av att en stor del av fastighetsbeståndet för vården uppfördes under 1960- och 1970-talen och den tekniska livslängden nu driver fram omfattande investeringar. Befolkningstillväxten medför också ökade investeringsbehov, i såväl vårdinfrastruktur som kollektivtrafik (se bland annat SKR, 2020f och Kommuninvest, 2020).

Figur 8.1 Investeringar i regioner inklusive regionägda bolag 2007 till 2020 samt budget och plan 2021–2023



Källa: Statistiska centralbyrån och Sveriges Kommuner och Regioner.

Figuren ovan visar investeringar i regioner inklusive regionägda bolag, utfall från 2007 till 2020 samt budget och prognos för 2021 till 2023. Regionernas investeringsutgifter inklusive bolagen 2019 uppgick till 32,3 miljarder kronor, vilket är en minskning mot året innan efter flera års kraftiga ökningar. Genomsnittlig årlig ökning över de senaste tio åren är över fem procent. Budgeterade och planerade investeringar för åren 2021 till 2023 indikerar investeringar på en fortsatt hög nivå.

Tabell 8.1 Investeringar i regioner och regionkoncerner

Miljoner kronor, löpande priser

År	Koncern	Region			
	totalt	totalt	fastigheter	medicinteknisk utrustning	övriga inventarier
2020	**32 300**	**22 518**	15 523	3 046	3 685
Serviceverksamheter			*72 %*	*37 %*	*41 %*
Hälso- och sjukvård			*23 %*	*63 %*	*40 %*
Regional utveckling			*5 %*	*0%*	*19 %*
2019	**35 300**	**29 031**	16 626	2 691	9 580
2018	**34 476**	**28 042**	20 205	3 120	4 679
2017	**31 958**	**24 426**	15 626	2 686	6 052
2016	**29 635**	**22 517**	15 229	3 161	4 122
2015	**27 998**	**20 637**	14 059	2 467	4 064
2014	**28 450**	**19 304**	12 865	2 113	4 321
2013	**23 001**	**16 185**	9 968	2 121	4 094
2012	**21 024**	**15 827**	10 127	2 013	3 443
2011	**20 876**	**15 689**	9 598	2 027	3 622

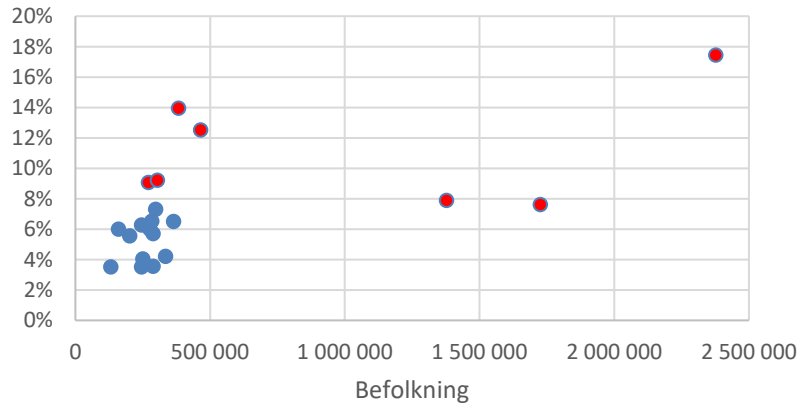
Källa: Statistiska centralbyrån.

Tabellen visar totala investeringsutgifter i materiella tillgångar i regioner och regionkoncerner. För investeringar i regionkoncern, det vill säga region och regionägda bolag redovisar SCB totala investeringar. Investeringar i region fördelas på fastigheter, medicinteknisk utrustning och övriga inventarier. Inom dessa grupper finns även verksamhetsindelad statistik. Huvudgrupperna framgår i tabellen. För 2020 utgör fastighetsinvesteringar 69 procent, medicinteknisk utrustning 14 procent och övrigt 16 procent. En stor andel av investeringarna hänförs till serviceverksamheter, vilka till största del omfattar fastighetsförvaltning (79 procent 2020), samt lika delar allmän service och medicinsk service där till exempel laboratorier, operations- och röntgenavdelningar ingår (SCB, 2017). Gällande investeringar i hälso- och sjukvården fördelas dessa på primärvården 4 procent, specialiserad somatisk vård 72 procent, specialiserad psykiatrisk vård 13 procent och övrig hälso- och sjukvård 10 procent. Kommuninvest (2020) kompletterar bilden från SCB genom att totala investeringar som genomförs i regioner och regionägda bolag fördelas. För 2019 är fördelningen av investeringar i regionkoncerner 49 procent i fastigheter

varav huvuddelen sjukhusfastigheter, vårdutrustning 12 procent samt infrastruktur och kollektivtrafik sammanlagt 30 procent.

De fem största regionerna, Stockholm, Västra Götaland, Skåne, Uppsala och Östergötland stod för 77 procent av de totala investeringarna under perioden 2010 till 2019. Figuren nedan visar totala investeringsutgifter under perioden 2010 till 2019 som andel av skatter och bidrag plottade mot antalet invånare i respektive region. Region Stockholm, som genomfört stora investeringar i vårdfastigheter och kollektivtrafik, har genomfört störst totala investeringar såväl i absoluta tal, 116 miljarder kronor, som andel av skatter och bidrag under perioden, totalt 17 procent, följt av Region Uppsala, 14 procent och Region Östergötland 13 procent. Figuren illustrerar skillnaderna mellan regionerna gällande hur stora investeringar som genomförts under den senaste tioårsperioden. De större regionerna har generellt genomfört större investeringar i förhållande till skatter och bidrag än de mindre regionerna. Samtidigt är det stora skillnader mellan de mindre regionerna. Det tydligaste mönstret är att regioner med universitetssjukhus generellt sett har genomfört större investeringar än övriga. Dessa regioner är rödmarkerade i figuren nedan.

Figur 8.2 Totala investeringar i regionkoncern 2010 till 2019 som andel av skatter och bidrag och befolkning per region



Källa: Statistiska centralbyrån och Kommuninvest.

De långa tidsperspektiven i fastighetsinvesteringar och de korta perspektiven med en dynamisk utveckling av hälso- och sjukvården är en komplicerande faktor vid investeringsbeslut. Investeringar i byggnader kommer att sätta ramarna för vårdverksamheten under lång tid och påverkar förutsättningarna för utveckling av vården i befintliga lokaler. Ett sätt att hantera denna osäkerhet i regionerna är att bygga flexibelt (se till exempel Winblad m.fl., 2021). I detta sammanhang bör storleken på investeringarna sättas i relation till de löpande kostnaderna för hälso- och sjukvården. De totala löpande investeringarna i regionerna på i storleksordningen 20 till 30 miljarder varav en stor del avser vårdbyggnader kan jämföras med regionernas löpande totala kostnader för hälso- och sjukvården på ungefär 325 miljarder kronor (2019). Investeringskostnaderna kan tyckas begränsade. Genomförda investeringar påverkar dock såväl förutsättningarna för vårdverksamheten och dess utveckling som de löpande kostnaderna för vården under lång tid framöver och effektivitetsförbättringar som kan uppnås genom investeringar kan innebära kostnadsminskningar under lång tid.

8.1.2 Investeringar i akutsjukhusen

Av statistiken från SCB framgår att huvuddelen av fastighetsinvesteringarna görs för specialiserad somatisk vård (71 procent). Investeringar för specialiserad psykiatrisk vård utgör 24 procent och för primärvården 3 procent. För att fördjupa bilden av investeringar i specialiserad somatisk vård har utredningen sammanställt uppgifter från respektive regions budget. Då det ofta framhålls att stora resurser går till akutsjukhusen har utredningen sammanställt pågående investeringsprojekt i akutsjukhusen.

Det finns flera utmaningar med att sammanställa investeringar som kan hänföras till akutsjukhus. Dels varierar graden av information om investeringar i regionernas budgetar, dels saknas en entydig definition av akutsjukhus i Sverige. Antalet akutsjukhus beror på val av definition och hur olika enheter inom samma organisation räknas. Som utgångspunkt har utredningen använt dels Socialstyrelsens publikationer över besöksfrekvens vid akutsjukhusen, dels Vårdanalys (2018) kartläggning av akutsjukhusens organisation och arbetsfördelning. Utifrån dessa underlag har utredningen tagit fram en lista som omfattar 66 akutsjukhus, inklusive de sju universitetssjukhusen.

Utredningens kartläggning av investeringarna i akutsjukhusen visar att den totala projektsumman i pågående och planerade projekt uppgår till över 100 miljarder kronor. Detta är i nivå med den uppskattning som gjordes 2019 i utredningen om offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll (SOU 2020:15). SKR genomförde en liknande beräkning 2014 som uppskattade den totala projektsumman till 86 miljarder kronor. Den nuvarande beräkningen om 100 miljarder kronor stämmer väl överens med bilden att investeringarna har ökat under perioden.

Av totalt 100 miljarder i pågående projekt i akutsjukhusen avser ungefär 37 miljarder kronor universitetssjukhusen. De pågående projekten vid universitetssjukhusen har därmed minskat något mot beräkningen från 2019 som var 50 miljarder kronor. Detta förklaras delvis av att större projekt vid universitetssjukhusen färdigställts under 2019.

Budgeterade investeringar för åren 2020 till 2022 uppgår enligt kartläggningen till 26 miljarder för akutsjukhusen. Detta är en minskning jämfört med beräkningen för 2019 till 2021 då den totala budgeten var 40 miljarder kronor.

8.1.3 Översikt av investeringsläget i respektive region

För att ytterligare kvalificera bilden av regionernas investeringar redovisas här investeringsläget i respektive region. Uppgifterna bygger huvudsakligen på utredningens enkät, uppgifter i respektive regions budget och underlag från intervjuer med regionernas fastighetschefer hösten 2019 som redovisas i SOU 2020:15. Underlagen visar att 18 av landets 21 regioner har genomfört större byggnadsinvesteringar under de senaste fem åren. Störst investeringar pågår i de tre storstadsregionerna. Alla tre regioner som inte genomfört större fastighetsinvesteringar har identifierade investeringsbehov. Sammanställningen bekräftar bilden av att stora investeringar genomförs för slutenvården och akutsjukhusen, men visar också att det investeras för primärvården.

Inom ramen för utredningen har det även genomförts fallstudier av fyra av de största byggprojekten vid centralsjukhus/regionsjukhus. Dessa är nytt akutsjukhus i Västerås, H-huset vid Universitetssjukhuset i Örebro, nytt centrallasarett i Växjö, samt ny vårdbyggnad vid Skånes Universitetssjukhus i Malmö. Studien (Meijling, 2021) redovisas i sin helhet som bilaga.

Storstadsregionerna

De största investeringarna genomförs i de tre storstadsregionerna Västra Götalandsregionen, Region Stockholm och Region Skåne. I dessa regioner har investeringarna under de senaste fem åren i genomsnitt varit över 3,1 miljarder kronor per år.

Region Stockholm har under flera år genomfört stora investeringar. Den mest högspecialiserade vården koncentreras till Karolinska universitetssjukhuset i Solna där ett nytt sjukhus byggts.[1] Omfattande ny- och ombyggnationer har även genomförts på övriga akutsjukhus (Danderyd, Södertälje och Södersjukhuset). Den största pågående investeringen är ny- och ombyggnad av vårdavdelningar och behandling vid S:t Görans sjukhus. Anpassningar av vårdavdelningar för framtida vårdutbud genomförs även vid Karolinska universitetssjukhuset. En ny vårdbyggnad planeras vid Danderyds sjukhus. Detta projekt är i programskede.

Västra Götalandsregionen planerar omfattande investeringar vid Sahlgrenska universitetssjukhuset. Vid Östra sjukhuset genomförs en tillbyggnad av Drottning Silvias Barnsjukhus. Nybyggnation för förlossning och neonatalavdelning detaljprojekteras. Vid Skaraborgs sjukhus i Skövde genomförs om- och nybyggnad för akut-, service och psykiatrisk verksamhet. Vid sjukhusen i väst genomförs nybyggnad av specialistbyggnad i Högsbo och nytt vårdblock i Kungälv.

Region Skåne genomför investeringar på sjukhusområdet i Malmö som tillsammans med sjukhusområdet i Lund utgör Skånes universitetssjukhus. I Malmö är två vårdbyggnader och en servicebyggnad under uppförande.[2] I Lund har stora investeringsbehov identifierats och arbete med fysisk utvecklingsplan pågår. Arbete med att förnya sjukhusområdet i Helsingborg har pausats. Projektet omfattade dels nybyggnad dels omfattande ombyggnad av befintlig huvudbyggnad. Regionstyrelsens arbetsutskott har beslutat föreslå regionstyrelsen att bygga ett nytt sjukhus i Helsingborg på ny plats. En fysisk utvecklingsplan har tagits fram för sjukhusområdet i Hässleholm som är ett närsjukhus med stor ortopedisk operationsverksamhet. Bland planerade

[1] Se till exempel Öhrming (2017), SOU 2020:15 och Grafström m.fl. (red.), (2021).
[2] För närmare beskrivning av byggnationen i Malmö se bilaga (Meijling, 2021).

projekt finns koncentration av barn- och ungdomsmedicin i Malmö samt förnyelse av vårdcentraler.

Övriga regioner med universitetssjukhus

Övriga regioner med universitetssjukhus har också en hög investeringsnivå. Under de senaste fem åren har dessa regioners investeringar i genomsnitt varit mellan 1 och 1,7 miljarder kronor årligen.

Region Uppsala genomför omfattande investeringar på Akademiska sjukhuset. En ny vård- och behandlingsbyggnad med operationssalar och avancerade behandlingar för de svårast sjuka är färdigställd. Den största pågående investeringen är ombyggnation av en äldre vårdbyggnad. Projekt i programskede är nytt produktionskök, ny cyklotron vid akademiska sjukhuset. Nybyggnation vid Östervåla vårdcentral är också i programskede. Planerade investeringar omfattar två behandlingsbyggnader samt byggnad för kvinnokliniken och barnkliniken vid Akademiska sjukhuset. För verksamhetsområde nära vård och hälsa planeras investeringar vid Tierps vårdcentrum och Vårdcentrum i länet.

Region Västerbotten genomför sina största investeringar på Norrlands Universitetssjukhus i Umeå. Investeringarna omfattar bland annat en ny psykiatribyggnad och renoveringsprojekt. Investeringsbehoven är fortsatt stora men planerade investeringar är på en lägre nivå än tidigare. Investeringsbehov finns även i Lycksele och Skellefteå.

Region Örebro län genomför sina två största byggprojekt vid Universitetssjukhuset i Örebro.[3] Vidare planeras för investeringar i samband med installation av cyklotron och PET/CT (positronemissionstomografi kombinerad med datortomografi). I Karlskoga genomförs ombyggnation av rehab inklusive ny bassäng. Ny satellitstation för ambulans i Berglunda planeras och projekteras.

Region Östergötland genomför stora investeringar för framtidens universitetssjukhus i ett flertal etapper vid Universitetssjukhuset i Linköping. Etapp två är i slutfas och ska vara färdigt våren 2021. Etapp tre

[3] För närmare beskrivning av byggnationen i Örebro se bilaga (Meijling, 2021).

har planerade inflyttningar 2021 och 2024. Vid Vrinnevisjukhuset i Norrköping genomförs också större investeringar i flera etapper vilket ska vara klart 2024. I Vadstena byggs en ny anläggning för rättspsykiatri. I Finspång slutförs byggnation av Vårdcentrum för primärvården. Fortsatta investeringsbehov finns vid Universitetssjukhuset i Linköping. Förstudie har genomförts av laboratoriebyggnad. För primärvården har förstudie genomförts för vårdcentrum i Valdemarsvik. Det finns även investeringsbehov i vårdcentraler på ett flertal orter. Förstudier pågår i vissa delar och andra är klara för uppstart.

Övriga regioner som genomfört eller planerar större investeringar

Regioner som inte har universitetssjukhus men som genomfört eller planerar större byggnadsinvesteringar i hälso- och sjukvården har under de senaste fem åren haft en genomsnittlig investeringsnivå inom ett brett spann beroende på hur stor investering som redan genomförts, är under genomförande eller finns i plan. Här varierar de genomsnittliga investeringarna i intervallet 240 till 780 miljoner kronor årligen.

Region Blekinge investerar i Blekingesjukhuset i Karlskrona. Flera investeringar är i slutskede. En ny byggnad för mikrobiologi, patologi/cytologi, bröstcentrum och njurmedicin är i slutfas. Ny gynmottagning är färdigställd, detsamma gäller röntgenlab. I plan finns en större investering i vårdbyggnader för högspecialiserad vård bland annat operation, akut, röntgen IVA/TIVA, thorax med planerad byggstart 2023. På sjukhusområdet i Karlshamn planeras bland annat ombyggnader för närakut.

Region Dalarna investerar i Mora lasarett i nya byggnader för vårdcentral, huvudentré och mottagning. Vid Falu lasarett påbörjas ombyggnad av ortopedikliniken och systemhandling tas fram för tillbyggnad för specialistvård (IVA m.m.). Förstudier pågår bland annat för ny vårdbyggnad i Avesta och ombyggnader av vårdavdelningar i Mora, samt psykiatri i Mora och öron, näsa hals i Falun.

Region Gävleborg genomför projekt Framtidsbygget med stora åtgärder på Gävle och Hudiksvalls sjukhus under tio år.

Region Jönköpings län genomför investeringar vid länssjukhuset Ryhov. Ny vårdbyggnad för vårdavdelningar, dialys, mammografi, mottagningar och dagsjukvård är under uppförande. Ombyggnationer sker även på röntgen. Nytt vårdcentrum Råslätt är under uppförande. Ny- och ombyggnad för MR på Höglandssjukhuset i Eksjö projekteras. Ny- och ombyggnationer i Värnamo ligger i plan.

Region Kalmar investerar i psykiatri och är i programskede för onkologi och strålbehandling i Kalmar. En investering för psykiatri är i program- och projekteringsskede i Västervik där även investering i medicinsk vårdavdelning är i programskede. De största investeringarna i plan är serverhall med mera i Kalmar samt radiologi, medicinteknisk avdelning med mera i Oskarshamn.

Region Kronoberg har genomfört investering för vuxenpsykiatri i Växjö. Inriktningsbeslut finns för investering i nytt akutsjukhus i Växjö.[4]

Region Norrbotten genomför investeringar vid Sunderbyns sjukhus mellan Luleå och Boden. Investeringsbehov finns även i Kiruna där sjukhuset inte kan ligga kvar på nuvarande plats.

Region Sörmland uppför nya vårdbyggnader på flera orter. Ny byggnad för akutmottagning, vårdavdelningar och operation vid Mälarsjukhuset. Ny byggnad för operation och akutmottagning samt ny byggnad för entré och mottagningar i Nyköping. Ny byggnad för vårdavdelningar, MR-kamera och mottagningar vid Kullbergska sjukhuset. I plan finns bland annat ny byggnad och strålbunker för onkologi Mälarsjukhuset.

Region Värmland har byggt operationshus i vid Centralsjukhuset i Karlstad. Programskede är avslutat gällande ersättningslokaler för akut, onkologi och medicin. Genomförandebeslut finns för ombyggnationer av vårdcentraler i Säffle och Filipstad. I plan finns en större strukturförändring av området för Centralsjukhuset i Karlstad.

Region Västernorrland genomför om- och tillbyggnad av onkologen vid Sundsvalls sjukhus. I förprojekteringsstadie finns bland annat ny-

[4] För närmare beskrivning av byggnationen i Växjö se bilaga (Meijling, 2021).

byggnad av vårdplatser för rättspsykiatri, ny vårdcentral, samt ombyggnader gällande operation och specialisttandvård.

Region Västmanland projekterar nytt akutsjukhus i Västerås med tidplan fram till 2030.[5] Under genomförande är ny vårdbyggnad i Sala.

Regioner som inte genomfört större investeringar

De regioner som inte genomfört några större investeringar de senaste åren är Region Gotland, Region Halland och Region Jämtland Härjedalen. Här uppgår de genomsnittliga investeringarna de senaste fem åren till 400 miljoner kronor eller mindre årligen.

Region Gotland har en pågående utredning om större om- och tillbyggnation av Visby lasarett.

Region Halland har ett fastighetsbestånd där tre fjärdedelar är äldre än 30 år. Investeringsbehoven i de tre sjukhusområdena Halmstad, Varberg och Kungsbacka utreds.

Region Jämtland Härjedalen har gjort förstudie för en omvandling av Östersunds sjukhus.

8.1.4 Investeringarnas koppling till nationella vårdreformer

En utgångspunkt för utredningen är att investeringarnas genomförande är av stor betydelse för vårdens möjlighet att ställa om i enlighet med förändrade behov och nationella reformambitioner. Vilka investeringar som görs, var de sker och hur de utformas, till exempel vilken vård man bygger för, har en stark systempåverkande effekt för vården. I tidigare kapitel beskriver utredningen den pågående utvecklingen inklusive reformerna om en god och nära vård och om en ökad koncentration av nationell högspecialiserad vård.

Reformen om en god och nära vård har betydelse för fastighetsbeståndet och vilka investeringar som är ändamålsenliga. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård som haft i uppdrag att stödja omställningen har lyft frågan i ett delbetänkande (SOU 2020:19).

[5] För närmare beskrivning av byggnationen i Västerås se bilaga (Meijling, 2021).

Man påpekar där att pågående och planerade stora byggnadsprojekt riskerar att dels påverka resurserna till omställningen, dels cementera gamla vårdstrukturer och stuprör om det inte sker samverkan mellan kärnverksamheten och fastighetsfunktioner i omställningsarbetet.

Inom det andra större pågående reformarbetet – ökad koncentration av nationell högspecialiserad vård – har beslutsprocesser skapats för att bland annat minska antalet geografiska platser där en viss typ av högspecialiserad vård bedrivs.

Det nationella reformarbetet kring både nationell högspecialiserad vård och en god och nära vård har än så länge inriktats mot hälso- och sjukvårdens innehåll utan koppling till fastigheter och investeringar.

I det inledande utredningsarbetet erfor utredningen att det saknas övergripande bild av om och eventuellt hur det nationella reformarbetet påverkar lokalbehoven i regionerna. För att få en bild av detta och om de nationella reformerna påverkar investeringsbeslut har utredningen ställt frågor om detta i utredningens enkät till regionernas fastighetsfunktioner. För att ytterligare fördjupa bilden av hur regionerna arbetar med omställningen av vården och hur det kopplar till lokalbehov och investeringar har en studie med intervjuer med ett urval av högre chefer och tjänstemän och några regionpolitiker i regioner och samverkansregioner genomförts av forskare vid Uppsala universitet på uppdrag av utredningen (Winblad m.fl., 2021).

I enkätsvaren uppger flertalet regioner att nationella vårdreformer såsom en god och nära vård och ökad koncentration av nationell högspecialiserad vård inte påverkar investeringsbesluten i nuläget. Många regioner menar dock att det sannolikt kommer att påverka besluten framöver, men att det ännu är oklart hur. Vissa regioner uppger att de ändå försöker förbereda sitt fastighetsbestånd för kommande förändringar genom att bygga flexibelt. Exempel på andra åtgärder är att bygga med ökad robusthet, ställa högre krav på nyttjandegrad och högre krav på motivering än tidigare vid utökning av ytor på akutsjukhus.

Intervjuerna med högre chefer och tjänstemän i regionerna visar att det finns en osäkerhet i regionerna om vilka effekter omställningen av vården medför gällande lokalbehov (Winblad m.fl., 2021). En utbredd uppfattning i regionerna är att det krävs samordning mellan det omställningsarbete som genomförs i hälso- och sjukvården och de investeringar i byggnader och teknik som planeras och genomförs. Omställningen förväntas i hög grad påverka det framtida behovet av vårdbyggnader till följd av förändringar i arbetssätt och vårdstruk-

turer som planeras. Flera regioner har initierat ett arbete för att samordna omställningen till nära vård med fastighetsutvecklingen. Arbetet är dock i sin linda och intervjuerna ger få konkreta exempel på hur omställningen mer konkret påverkat pågående planering av investeringar i vårdbyggnader och teknik.

Denna bild bekräftas av en studie genomförd av CVA (2021) om hur omställningen till nära vård påverkar utformningen av framtidens vårdbyggnader. Där konstateras att omställningsarbetet kommer att få effekter på lokalfrågor, som en direkt konsekvens av att sjukvårdens system och rutiner förändras och att nya lokalbehov uppstår. Vidare konstateras att hur stor förändring detta kommer att innebära för sjukvårdens fastigheter och lokaler är oklart då det saknas specifika statliga eller regionala utredningar som fokuserar på just denna fråga. Det saknas ofta konkreta planer i regionerna för hur lokal- och fastighetsrelaterade frågor kommer att hanteras. Detta bekräftas även av Meijling (2021). Ett sätt för regionerna att hantera denna osäkerhet är att avvakta med vissa planerade investeringar och invänta ytterligare utredningar. Winblad m.fl., (2021) finner att regionerna hanterar situationen på olika sätt där fyra olika angreppssätt kan urskiljas. Dels handlar det om att avvakta med investeringar i vissa delar, samt en strävan att bygga flexibelt. Dels handlar det om att försöka bedöma effekter av omställningen för att bättre dimensionera för framtiden, samt att utveckla nya samarbetsstrukturer för att möjliggöra bättre samordning mellan fastighetsförvaltningen och vårdverksamheten.

Ett hinder som framförts i intervjuer är att det är svårt att få överblick över hur de förändringar som planeras och genomförs kommer att påverka hälso- och sjukvården och behoven av vårdbyggnader på längre sikt (Winblad m.fl., 2021). Det lyfts till exempel fram att det inte är tydligt vilka verksamheter som ska vara kvar på sjukhusen och vilka som ska flytta ut. Flera framför att behovet av vårdplatser sannolikt kommer att minska till följd av nya arbetssätt men att det inte finns någon tydlig bild av hur det totala lokalbehovet för framtiden ser ut. CVA (2021) finner genom sina intervjuer att man ser att det framtida lokalbehovet sannolikt kommer att vara oförändrat eller öka.

CVA (2021) finner i intervjuerna att det främst är digitalisering och ökad samverkan som förväntas påverka lokalbehoven. Digitaliseringen förväntas leda till en minskning av sjukhusens lokalbehov samtidigt som motsvarande ökning förväntas i primärvårdens behov av lokaler till följd av primärvårdens större uppdrag. I intervjuerna

lyfts också frågor kring effekter av digitaliseringens möjligheter. Till exempel vad händer när hemmet blir vårdlokal, vilka konsekvenser får det? Det kan gälla hygienkrav, patientsäkerhet, arbetsmiljö och villkor för personal samt förutsättningar för anhöriga. Utvecklingen av den nära vården förutsätter ökad samverkan mellan regioner och kommuner såväl som över regiongränserna.

Samverkan mellan regionerna i dessa frågor beskrivs av CVA (2021) som en trevande process, vilket även bekräftas av Winblad m.fl., (2021). Samtidigt beskrivs att samverkan mellan olika organisatoriska enheter skulle kunna leda till ett effektivt utnyttjande av lokaler genom att olika verksamheter kan dela på gemensamma ytor. Samlokalisering har i intervjuer (CVA, 2021) framhållits vara ett sätt att säkerställa tillgänglighet såväl geografiskt som rumsligt och tidsmässigt. Det framhålls att för att avlasta akutmottagningar krävs ökade öppettider i primärvården med följder för bemanning och kompetenskrav. Ett hinder som lyfts upp gällande samverkan är att det saknas en definition av nära vård och vad nära vård konkret skulle innebära (CVA, 2021).

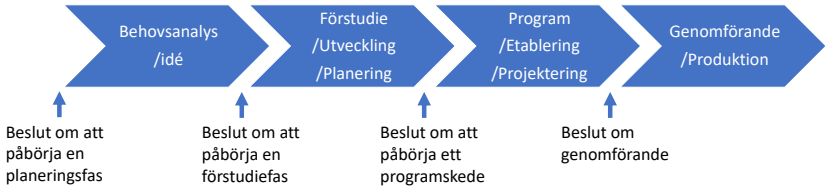
8.2 Regionernas planeringsprocesser

Att planera för, utveckla och investera i sjukhus och andra lokaler för vårdverksamheter är en komplex process som omfattar många aktörer och många beslut på olika nivåer. Valet av en viss fysisk lösning för till exempel ett sjukhusområde, en vårdcentral eller en operationssal kan både påverka framtida personalbehov och underlätta eller försvåra olika arbetssätt. Investeringarna innebär därmed inte bara stora kostnader för byggprojekten som ska vägas mot andra prioriteringar utan har även betydelse för framtida drift och verksamhet. På en övergripande nivå kan investeringar fungera antingen stödjande eller hindrande för vårdens utveckling, både regionalt och i slutändan nationellt.

Det planeringsarbete som föregår genomförandet av investeringsprojekt har avgörande betydelse för vilka investeringar som genomförs och för hur ändamålsenligt resultatet blir. I kartläggningen av regionernas investeringar har utredningen därför inkluderat regionernas planeringsprocesser. De flesta regioner har någon form av modell som planeringen av vårdbyggnadsprojekt ska följa. Dessa skiljer sig åt avseende hur många faser processen delas in i, hur de benämns och

vad de innehåller samt var beslut ska tas. Merparten inkluderar dock åtminstone de fyra stegen nedan även om terminologin varierar.

Figur 8.3 Planeringsprocessen inför investeringsprojekt



Ett vårdbyggnadsprojekt kan initieras på olika sätt, men är vanligtvis en följd av att nya behov uppstått i vården till följd av verksamhetsutveckling. Andra skäl kan vara politiska initiativ eller strategiska satsningar för att förbättra vården, alternativt att en fastighets tekniska livslängd föranleder åtgärder. Strategiska analyser som ger en bredare bild av det system där identifierade behov ska ingå bör föregå behovsanalysen som i figuren ovan beskrivs som den inledande fasen. Flertalet regioner placerar dock det strategiska arbetet utanför själva planeringsprocessen.[6]

Det första steget i planeringsprocessen såsom den beskrivs ovan är vanligtvis att den vårdverksamhet som behöver en lokalförändring gör en behovsanalys. I behovsanalysen beskrivs behovet av lokalförändringen, nuläge och framtidsbild av den verksamhet som behöver förändringen, syfte och mål med förändringen, förslag på utredningar som bör göras och förslag till åtgärder. Ibland ingår bedömningar av kostnader och finansiering, prioritering, risker och konsekvenser, alternativa lösningar, resurs- och tidsplanering för nästa skede, beslutsprocess och rekommendation till beslut. De flesta regioner har någon form av mall med frågeställningar och rubriker som stöd i denna fas. Lokalplanerare från fastighetsorganisationen är ofta med som stöd i arbetet (PTS och CVA, 2018).

När beslut har fattats avseende behov och mål med investeringen enligt ovan ska idéerna utvecklas och konkretiseras. Det sker i förstudiefasen genom att olika lösningsalternativ utreds. Här tas även risk- och konsekvensbeskrivningar fram liksom kostnadskalkyler. I vissa

[6] Denna beskrivning har förmedlats av regionerna i deras kontakter med utredningen. Se även bilaga 2 i PTS och CVA (2018) där olika regioners planeringsprocesser återges.

regioner påbörjas framtagandet av fysiska lösningar i denna fas, i andra sker det senare. Ansvaret för förstudien ligger vanligtvis, precis som i föregående fas, på vårdverksamheten men förutsätter samarbete med fastighetsförvaltningen (ibid.).

Därefter fattas beslut om att påbörja ett programskede eller prospektering. Beslutsnivå varierar beroende på typ av investering och mellan regioner men kan till exempel vara en fastighetsdirektör, regiondirektör eller fullmäktige. I denna fas tar fastighetsförvaltningen ansvar för att ritningar och dokument tas fram som ska ligga till grund för byggnationen, till exempel hur lokaler och rum ska organiseras och utformas. Vårdverksamheten deltar i varierande utsträckning, exempelvis genom att ingå i arbetsgrupper (ibid.).

Efter projekteringsfasen upphandlas entreprenörer för att genomföra byggnationen. Under byggnationen planeras för inflyttning och idrifttagning.

8.3 Utmaningar med investeringar i vårdbyggnader

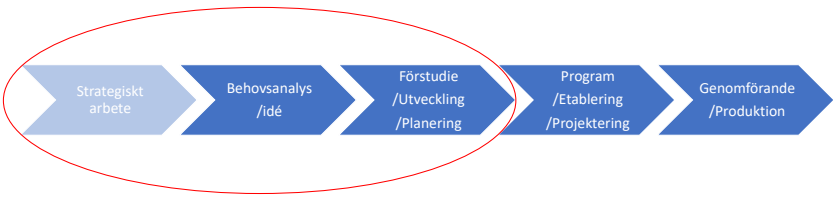
Utredningen har identifierat två kluster av utmaningar med investeringar i vårdbyggnader. Det första klustret av utmaningar har att göra med de relativt otydliga planeringsförutsättningar som omgärdar investeringsprojekt. *Vad* ska man investera i och *var*? För vilken vård ska man bygga? Det andra klustret av utmaningar kopplar till brist på stöd i planerings- och genomförandeprocessen. *Hur* bör man göra och hur har andra gjort?

Underlag har inhämtats genom den enkät till regionerna som utredningen genomfört tillsammans med SKR och CVA, underlagsrapporter till utredningen (Winblad m.fl. och Meijling, se bilagor), revisionsrapporter, studier genomförda av CVA för Program för Teknisk Standard (PTS) och för Regionernas Fastighetsråd, samt övrig information som utredningen inhämtat genom kontakter med olika intressenter; statliga myndigheter, experter på vårdarkitektur, forskare med flera.

8.3.1 Utmaning 1: Svårt att veta vilka behov investeringarna ska svara mot lokalt, regionalt och nationellt

Det är framför allt de inledande planeringsfaserna av ett vårdbyggnadsprojekt som bestämmer förutsättningarna för hur väl investeringen kan svara mot vårdens behov. Med inledande faser avser vi dels de två första faserna i planeringsprocessen såsom den illustrerats i figuren nedan – behovsanalysen och förstudien – dels det strategiska arbete som behöver ske fortlöpande på olika nivåer och som investeringsprocessen ska förhålla sig till och ta avstamp i.

Figur 8.4 Tidiga planeringsfaser i ett vårdbyggnadsprojekt



Det finns en relativt samstämmig uppfattning bland de intressenter och experter som utredningen fört dialoger med att det är de tidiga faserna av vårdbyggnadsprojekten som är mest utmanande och där det samtidigt finns störst utvecklingspotential (se PTS och CVA, 2018 samt Winblad m.fl., 2021). Flera utmaningar har att göra med vårdens och fastighetsförvaltningens olikheter – olika tidsperspektiv, olika kulturer och olika arbetssätt. Andra utmaningar relaterar till oklara planeringsförutsättningar till följd av otillräckliga strategiska analyser som investeringarna ska förhålla sig till.

Vårdens och fastighetssidans olika planeringshorisonter

En följd av den snabba förändringstakten i vården är att målen med investeringarna, som behöver ta hänsyn till behov långt fram i tiden, är svåra att konkretisera. Att genomföra en större investering, exempelvis bygga ett nytt sjukhus, tar inte sällan uppåt 10 år från det att planeringen påbörjas till idrifttagande. Därefter ska vårdbyggnaden vara ändamålsenlig i många decennier.

Snabba förändringar i vården avseende bland annat teknik, arbetssätt och organisation ställer därmed stora krav på förmågan att ta höjd för framtida behov och möjliggöra anpassning. Fastighetsförvaltningen framför å sin sida att det samtidigt är svårt att planera utan tydliga mål (PTS och CVA, 2018). Dessa olika planeringshorisonter utgör en väsentlig utmaning vid planeringen av vårdbyggnader. De olika tidsperspektiven hos de som arbetar med fastighetsfrågor och de som arbetar i vårdverksamheten beskrivs också som en utmaning för förutsättningarna att planera lokalbehoven utifrån vårdverksamhetens behov (se även CVA, 2021).

Investeringarna initieras inte alltid utifrån vårdens behov

En närliggande utmaning är att investeringar ibland initieras på andra grunder än vårdverksamhetens behov, inte sällan tekniska sådana till följd av att en fastighet behöver underhållas eller ersättas. En relativt vanlig uppfattning inom regionernas fastighetsförvaltningar som förmedlats till utredningen är att det i dag råder ”fastighetsdriven verksamhetsutveckling” snarare än verksamhetsdriven fastighetsutveckling. Med det menas att initiativet till investeringar skulle kunna drivas mer proaktivt från vården som ett sätt att stödja nya arbetssätt och vårdbehov. Det förutsätter att lokalutformningens betydelse tas i beaktande i vårdens löpande verksamhetsutvecklingsarbete. Se även CVA (2021) och Meijling (2021).

Från vården framförs en liknande uppfattning; att den övergripande vårdplaneringen till stor del är beroende av fastighetsplaneringen snarare än tvärtom. Liknande problematik beskrivs även av Winblad m.fl., (2021). Brist på personal med kunskap inom bygg- /fastighetsrespektive vårdområdet, bristande intresse för lokalfrågor hos ledningen och pressade tidsplaner uppges som skäl. Vårdpersonalens tid ska utöver vårdinsatser inte bara räcka till lokalfrågor utan även till digitaliseringsprojekt och annan verksamhetsutveckling. Vidare menar man att vårdgivarnas perspektiv inte alltid beaktas tillräckligt på grund av snäva budgetramar för enskilda investeringsprojekt (se till exempel Region Stockholm, 2019; KPMG, 2018).

Meijling (2021) menar att fastighetsavdelningarnas problemformuleringsföreträde innebär en risk att syftena med byggnationen kan avvika i förhållande till det övergripande målet. Vidare menar han att

genom att det inte finns något neutralt och överordnat medicinskt och vårdprofessionellt intresse som bidrar och bevakar i processen så uppstår en sammanblandning av lokalt betonade frågor (ibland av ren personkaraktär) och generella medicinska och vårdprofessionella aspekter.

Olika organisationskulturer och organisering i stuprör

En utmaning som delvis berörs ovan är att vården och fastighetssidan har olika perspektiv (jämför planeringshorisont tidigare); de tillhör olika delar av förvaltningen och präglas av olika kultur och arbetssätt (se till exempel SKL, 2014; PTS och CVA, 2018 samt Meijling, 2021). En återkommande synpunkt som framförts av bland annat regionrepresentanter, PTS och CVA (2018), SKL (2014), den regionala revisionen och vid seminarier där utredningen deltagit är att vården och fastighetssidan ”behöver mötas”. Som i alla tvärsektoriella frågor innebär det en utmaning att samverka och integrera olika perspektiv i tillräcklig utsträckning.

Denna utmaning är inte bara synlig mellan vård och fastighet utan märks även mellan andra delar av förvaltningen som har behov av att samverka; till exempel mellan lokalansvariga inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen och stadsplanerare (Boverket, 2019a). Vårdutvecklingen, såsom den mot en mer nära vård och mer hemsjukvård, får följdverkningar på såväl stadsplanering som trafikplanering.

Ytterligare ett exempel på ett område där det finns behov av ökad integration mellan flera perspektiv är forskningen. En synpunkt från regionföreträdare och experter på vårdarkitektur är att det är svårt att få forskningsmedel för forskningsprojekt i gränssnittet vård/samhällsbyggnad/kunskapsuppbyggnad.

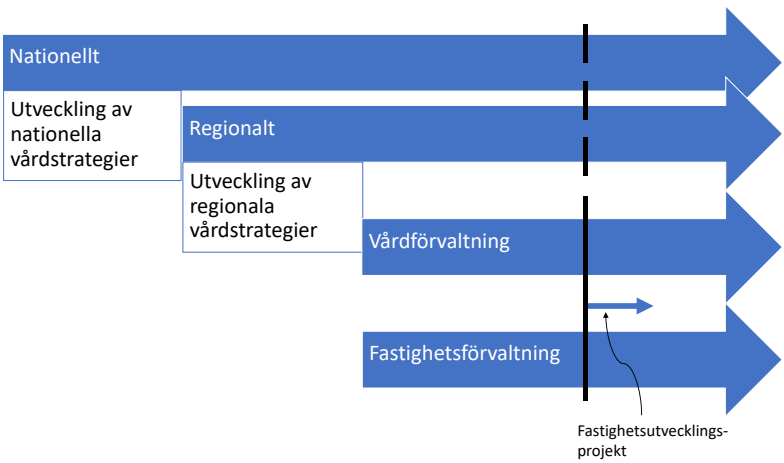
Oklart vilken strategisk inriktning investeringarna ska stödja

Strategisk planering, styrning och samordning på olika nivåer behöver omgärda investeringsprocessen för att säkerställa att investeringarna svarar mot vårdens behov på lång sikt, vilket illustreras i figuren nedan. En utmaning som bland annat påtalas av den regionala revisionen är att det ofta saknas en tydlig målbild som gör det möjligt att prioritera och placera investeringarna i ett mer långsiktigt verksamhetsperspek-

tiv. Detta bekräftas även av CVA (2021), Winblad m.fl. (2021) och Meijling (2021). Det lokala perspektivet i investeringsprocessen som ofta dominerar ökar risken för att verksamheter utreder förslag som ur ett regionalt perspektiv inte är prioriterade (se till exempel Västra Götalandsregionen, 2016; Region Stockholm, 2019; KPMG, 2018 och Forsström m.fl., 2020).

Nätverket PTS Forum (Program för Teknisk Standard) där samtliga regioner utom en är medlemmar beskriver i en rapport genomförd med hjälp av Centrum för vårdens arkitektur (CVA) vid Chalmers behovet av strategiskt planeringsarbete på olika nivåer.

Figur 8.5 Behovet av integrerat strategiskt planeringsarbete



Källa: PTS och CVA (2018)

Utan en koppling till strategier för vårdens utveckling är det svårt att säkerställa att investeringarna stödjer regionens strategiska inriktning och därmed ändamålsenligheten över tid (PTS och CVA, 2018). Det framgår av svaren på utredningens enkät att de flesta regioner i nuläget använder fastighetsutvecklingsplaner (FUP) i planeringsarbetet kring investeringar i vårdbyggnader. Dessa tas fram av förvaltningens fastighetsorganisation. Fastighetsutvecklingsplanerna och slutgiltiga investeringsbeslut har dock generellt sett en svag koppling till regionala vårdstrategier. Ett symptom på avsaknaden av helhetsper-

spektiv och strategisk riktning som utredningen uppmärksammats på är olika exempel på avbrutna eller bromsade investeringsprojekt. En orsak som lyfts fram är att det ofta saknas en övergripande bedömning efter behovsanalysfasen kring hur förslagen passar in i regionens övergripande plan för var vården ska bedrivas och vilken totalkapacitet som krävs. Brister utifrån ett helhetsperspektiv, exempelvis avseende antalet vårdplatser, leder till att man behöver pausa och ta omtag i projekten.

För att regionala vårdstrategier ska stödja nationella satsningar behöver de regionala vårdstrategierna också ha en koppling till nationella strategier. Detta kan illustreras med den pågående omställningen av vården. I intervjuer (Winblad m.fl., 2021) framträder en övergripande bild att den nationella styrningen mot nära vård uppfattas vara tydlig vad gäller vilken generell utveckling av hälso- och sjukvårdssystemet som eftersträvas. Däremot uppfattas styrningen inte vara lika tydlig kring vad regionerna förväntas göra för att nå dit, vilka åtgärder som krävs och vilka lösningar staten vill se. Det finns en samtidig utmaning i detta och det har även framförs i intervjuerna att styrningen mot nära vård är så tydlig som den kan vara utifrån perspektivet att det är regionerna som är ansvariga för hälso- och sjukvården och har bäst förutsättningar att bedöma hur vården i den egna regionen kan och bör organiseras. Bilden av att avsaknaden av konkretion är utmanande för regionerna beläggs även av CVA (2021).

I samtal som utredningen fört med regionrepresentanter och experter på området efterlyses mer vägledning eller en tydligare riktning från nationellt håll som kan ge stöd i det regionala strategiska beslutsfattandet. Att exempelvis fatta beslut om nedläggning av ett sjukhus eller om att avstå från en investering kan vara svårt även om effektivitets- och kvalitetsskäl talar för ett sådant beslut. Av denna anledning efterfrågas mer vägledning eller nationella riktlinjer från nationellt håll som kan stödja beslut på regional nivå, till exempel nationellt bestämda definitioner av olika begrepp såsom ”akutsjukhus” och vad som krävs för att få uppföra eller tillhandahålla det i termer av befolkningsunderlag och andra kriterier. Den här typen av behov lyfts även fram av Winblad m.fl., (2021). De möter i sina intervjuer efterfrågan på nationella kunskapsunderlag som kan ge stöd för dimensionering för framtiden innan beslut om stora investeringar tas. Till exempel erfarenheter från forskning och tidigare genomförda projekt kring

effekter av nya arbetssätt och vilka förflyttningar som är möjliga att genomföra.

I utredningens enkät efterfrågar vissa regioner fler eller andra analyser av bland annat strategisk karaktär som grund för investeringsbeslut, till exempel löpande analyser av framtidens vårdbehov och hur förändringar påverkar lokalbehovet över tid. I intervjuer efterfrågas också kunskapsbaserade rekommendationer, inte enbart för byggtekniska frågor, utan även för vårdens organisering och utformning, exempelvis kring vårdflöden, hur olika mottagningar och vårdavdelningar kan placeras i förhållande till varandra och hur en vårdcentral kan utformas. Enligt de intervjuade skulle det underlätta planeringen av hur lokaler och byggnader kan utformas (Winblad m.fl., 2021). Behovet av att förhålla sig till en förändrad sjukvård i framtiden och att organisera fastighetsplaneringen så att det övergripande systemperspektivet säkras påtalas även av den regionala revisionen (se till exempel Karlsson, L. & Ullström, L-Å., 2016; Region Stockholm, 2019; KPMG, 2018).

Begränsad samordning mellan regioner

Samordningen mellan regioner avseende investeringar är i dagsläget begränsad vilket framkommer i utredningens dialoger och bekräftas i utredningens underlagsrapporter (Winblad m.fl., 2021 och Meijling, 2021). Den medicinska och medicintekniska utvecklingen medför till exempel nya behandlingsmöjligheter som i vissa fall förutsätter stora investeringar i utrustning och läkemedel men där antalet patienter inom den egna regionen är för få för att investeringarna ska kunna utnyttjas på ett optimalt sätt. Samordning i form av gemensamma investeringar mellan regioner är trots det sällsynt.

Ett exempel där ökad samordning av investeringar skulle vara rationellt är regionalt högspecialiserad vård. Här finns det från staten förväntningar om ökad koncentration av vården (prop. 2017/18:40, bet. 2017/18:SoU18, rskr. 2017/18:176), vilket även förutsätter samordnade investeringsbeslut. Stora investeringar utgör dessutom ett av flera kriterier för vad som bör anses utgöra regionalt högspecialiserad vård.

Ett exempel som ofta nämns är Skandionkliniken, som drivs av samtliga regioner med universitetssjukhus genom ett kommunalför-

bund. Ett problem med den gemensamma investeringen har dock varit nyttjandegraden. Kliniken har dragits med underskott på grund av att färre än beräknat antal patienter remitterats för behandling.

I utredningens samtal kring vad som hindrar en mer utvecklad samordning framkommer att det saknas någon som driver arbetet och att det saknas definitioner av vilken vård som ska vara regionalt högspecialiserad vård. Vidare nämns att de vårdområden som det handlar om är relativt stora och att förändringar här skulle generera starka åsikter, exempelvis inom olika professioner. Det kan leda till att frågorna får en politisk laddning som skapar ett tryck att agera i den egna regionens intresse snarare än den samlade patientgruppens.

8.3.2 Utmaning 2: Brist på stöd i planerings- och genomförandeprocessen

Ansvaret för kunskapsutveckling kring investeringar i vårdbyggnader ligger sedan 1990-talet helt på de enskilda regionerna. För en beskrivning av tidigare ordning, då ett antal statliga aktörer hade i uppgift att publicera riktlinjer, standarder och rekommendationer till sjukvårdshuvudmännen, se kapitel 5. De flesta regioner ingår numera i olika nätverk som möjliggör utbyte av kunskap och erfarenheter, men ett mer systematiskt kunskapsbyggande har uteblivit.

Att alla gör olika försvårar lärande och erfarenhetsutbyte

Utredningen har i dialoger med regionrepresentanter och experter på vårdarkitektur med flera mött önskemål om ökat erfarenhetsutbyte mellan regioner och projekt. En försvårande faktor för att kunna jämföra mellan regioner och mellan investeringsprojekt samt utbyta kunskap och erfarenheter är att organisering, processer, roller och terminologi skiljer sig åt mellan regioner och ibland även mellan projekt (se till exempel SKL, 2014; PTS och CVA, 2018). Det gör att även till synes enkla jämförelser, såsom den av projektbudgetar, i praktiken kan bli svåra att göra. Detta utgör ytterligare en anledning till att regionföreträdare och andra intressenter efterfrågar nationellt bestämda definitioner av vissa begrepp så som nämnts ovan.

Även beslutsvägar och beslutsmandat ser olika ut mellan regioner och upplevs dessutom i vissa regioner som diffusa. Problembeskriv-

ningar, bland annat från den regionala revisionen, beskriver oklarheter i ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvårdsförvaltningen och fastighetsförvaltningen (se till exempel KPMG, 2018).

Meijling (2021) pekar på att avsaknaden av systematisk kunskapsöverföring mellan projekt påverkar innovationsförmågan. Det framförs samtidigt i intervjuerna att möjligheten att pröva och experimentera är positivt och att dagens fria villkor och självständighet för regionerna ger en fördel. Att allt inte behöver stöpas i samma form och samma misstag upprepas om och om igen och att man är fri att pröva och hämta in det man upplever fungerar på andra håll. Meijling (2021) framhåller dock att variation inte är intressant om det inte präglas av systematik och följs av granskning. Innovation framhålls vara en planerad och organiserad verksamhet där avstämning sker mot en större kontext, något mer än att ha ett intressant efterföljande samtal eller seminarium.

Avsaknad av sammanhållet process- och kunskapsstöd

En orsak till oönskade variationer mellan regionerna och mellan projekt är bristen på sammanhållet processtöd. Med det avses till exempel processbeskrivningar, mallar och checklistor som i någon mån styr inte minst den tidiga planeringsfasen av vårdbyggnadsprojekt. Ett sammanhållet processtöd kan till exempel innehålla fastställda delprocesssteg med krav på resursplanering, roller och beslutsmandat (PTS och CVA, 2018). Olika former av kunskapsstöd, till exempel typrum och mer av standardiserade lösningar efterfrågas också av bland annat regionrepresentanter, om än inte av så styrande karaktär som under ”Spri-tiden”, det vill säga den period under 1960–80-talet då den statliga myndigheten Spri utfärdade riktlinjer på området (se kapitel 5). Ett visst stöd finns i Program för Teknisk Standard (PTS), men detta upplevs generellt inte som tillräckligt, vilket en av utredningens underlagsrapporter understryker (Meijling, 2021).

Exempelvis uttrycker bland annat olika experter på vårdarkitektur att den kunskap som finns är utspridd, att det saknas en materialbank och strukturerad erfarenhetsåterföring samt att det är svårt att hitta referensexempel när man snabbt behöver hitta liknande projekt. Man pekar även på en splittrad bild över landet där till exempel riktlinjer kring arbetsmiljö och hygien tillämpas olika i olika regioner

(Boverket, 2019b). Vidare medför olikheterna att det är svårt att följa upp investeringarna, till exempel avseende dess ändamålsenlighet eller ”effekthemtagning” så som flera regionrepresentanter uttrycker det i svaren på utredningens enkät. Flera regionrepresentanter och revisorer efterlyser ett ökat fokus på analys av effekthemtagning (utredningens enkät och till exempel EY, 2018).

I kontakter med utredningen menar vissa verksamhetsföreträdare att det framför allt är brist på projektledningsstöd som är en stor utmaning i större investeringsprojekt; att få hjälp från dem som gjort det tidigare med att ”hålla ihop det hela” och med att involvera rätt aktörer. Likaså efterfrågas någonstans att ta vägen med den kunskap som man byggt upp efter genomförda projekt. På samma tema påtalas av den regionala revisionen att investeringsprocessen i dag präglas alltför mycket av enskilda personers kompetens och erfarenhet (se till exempel KPMG, 2018).

Meijling (2021) finner att i den mån tillämpade standarder finns så utgår de från verktyget PTS. Detta beskrivs dock som ett hjälpmedel, avstamp, eller utgångspunkt snarare än styrande eller normerande och det finns tvetydigheter och oklarheter kring verktygen och deras funktion. Trots detta använder alla de intervjuade sig av PTS samtidigt som de samstämmigt beskriver det som otillräckligt.

Brist på samverkan med andra regioner

Ett mer sammanhållet processtöd samt mer kunskaps- och erfarenhetsutbyte skulle kunna åstadkommas med ökad samverkan mellan regionerna. I dagsläget finns möjlighet att utbyta erfarenheter inom ett antal nätverk, vilket utnyttjas av regionerna i varierande grad. Samverkan och samordning mellan regioner kring investeringar är dock begränsad vilket framkommit i utredningens enkät och underlagsrapporter (se Winblad m.fl., 2021). Meijling (2021) finner att inga externa eller koordinerande perspektiv är särskilt närvarande i något av de studerade sjukhusprojekten. Ett möjligt skäl till detta anges vara att sådana externa faktorer inte förekommer i någon tvingande form. Exempel är mandat för nivåer av nationell nivåstrukturering, specialisering, eller centralisering, eller vilka sjukhus som klarar en kris avseende lokalmässiga, tekniska och försörjningsmässiga förutsättningar.

Hur regionerna ser på behovet av ökad samverkan varierar. Några regioner uppger i utredningens enkät att nuvarande samverkan är god och/eller tillräcklig. Andra efterfrågar ökad samverkan kring till exempel dimensionering, beslutsmodeller, uppföljning och resultateffekter samt kring tidig analys (var och hur investeringarna ska göras) och kring kompetens. Meijling (2021) pekar även på att bristen på samverkan påverkar innovationsförmågan (se ovan).

9 Internationell utblick

I detta kapitel beskrivs övergripande hur systemen för investeringar i vårdinfrastruktur, främst sjukhus, ser ut i några av våra grannländer. Utblicken omfattar Finland, Norge, Danmark, Nederländerna och England. De nordiska länderna för att de liknar Sverige i system och storlek och England och Nederländerna för att få ytterligare en dimension på hur investeringar i vårdinfrastruktur kan styras.

9.1 Om de studerade länderna

Gemensamt för de studerade länderna är att de precis som Sverige har haft ett högt investeringstryck i sjukhusinfrastruktur de senaste åren. En orsak är att de i likhet med Sverige har byggt upp den befintliga sjukhusvården och strukturen under efterkrigstiden och därför har ett fastighetsbestånd i behov av upprustning. Länderna har även liknande utmaningar i form av en åldrande befolkning, behov av mer koordinering av vård samt integrering med omsorgen, samt ökande kostnader för hälso- och sjukvård. Det innebär att de också genomför olika reformer för att effektivisera vården och utveckla den nära vården. Begreppet integrerad vård brukar användas för att beskriva den förändringen, men då omfattas även socialtjänst och omsorg i integreringen (SOU 2018:39). Ytterligare en gemensam utvecklingstrend är satsningar på e-hälsa och personcentrerad vård.

Hälso- och sjukvårdsystem kan delas in i det som kallas för Beveridgemodellen och Bismarkmodellen. Beveridgemodellen bygger på principen att finansiering och organisering av hälso- och sjukvård är ett statligt eller offentligt ansvar och medlen i huvudsak härrör från skatteintäkter. Sverige, Norge, Finland, Danmark och England brukar kategoriseras in under Beveridgemodellen. Det som skiljer de nordiska länderna åt är graden av decentralisering av det offentligt finansierade

systemet. Sverige utmärker sig såtillvida att det är det mest decentraliserade av länderna.

Nederländernas system brukar kategoriseras in under Bismarkmodellen som beskriver system som finansierats med öronmärkta avgifter, ofta försäkringsbaserade system. De bygger på samverkan mellan staten/det offentliga, arbetsgivare och arbetstagare.

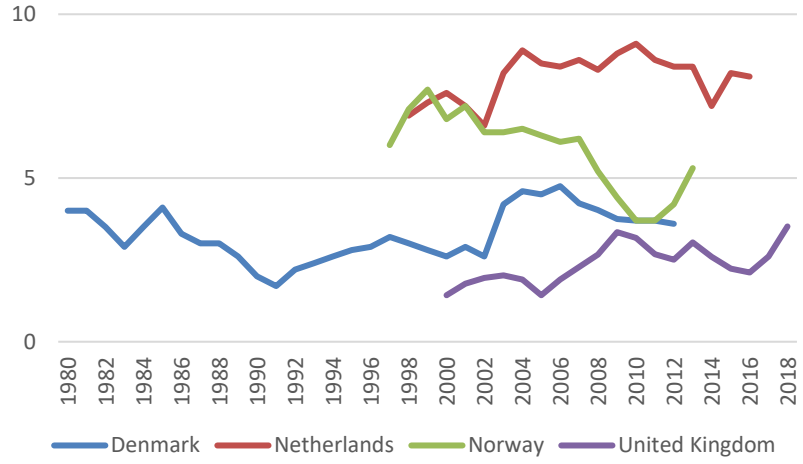
9.2 Utmaningar med investeringar i vårdbyggnader har sedan länge adresserats på europeisk nivå

På EU-nivå har det sedan länge uppmärksammats att kapitalinvesteringar i hälso- och sjukvårdstillgångar är en fråga som behöver adresseras.[1] Det gäller både i länder som bygger upp ny infrastruktur och i länder med gammal infrastruktur som behöver bytas ut.

Världshälsoorganisationen (WHO) samlar in data om hur stor andel av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna som går till kapitalinvesteringar i medicinska byggnader. Med medicinska byggnader avses i detta fall det samlade kapital som avsätts för byggnad och renovering av medicinska fastigheter (sjukhus, kliniker, hälsocenter, etc.) samt inköp av medicinsk utrustning och fordon. Av de studerade länderna är det Nederländerna, Norge, Danmark och Storbritannien som rapporterat in sådan data, se figuren nedan.

[1] Se vidare Watson och Agger (2009) om stöd till vårdinfrastruktur inom ramen för EU:s strukturfonder.

Figur 9.1 Kapitalinvesteringar i medicinska byggnader som andel av totala hälso- och sjukvårdsutgifter

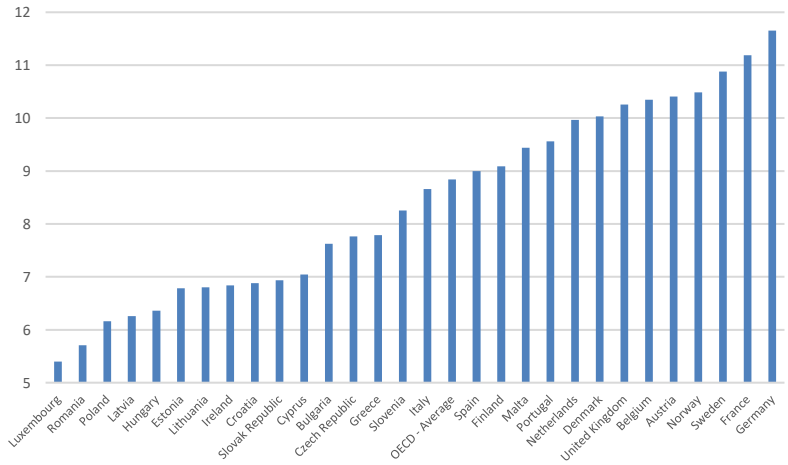


Källa: WHO European Health Information Gateway.

Figuren ovan visar utvecklingen i andelen av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna som motsvaras av investeringar i infrastruktur.[2] Storbritannien lägger exempelvis en relativt liten andel av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna på sådana investeringar jämfört med Nederländerna och Norge. Andelen beror även på hur stora de totala utgifterna för hälso- och sjukvård är. Figuren nedan visar de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna för EU-länderna, där även Finland och Sverige rapporterar data.

[2] Investeringar i medicinsk infrastruktur ingår inte i de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna utan de uttrycks som andel av de totala utgifterna för att måttet ska bli jämförbart mellan länder.

Figur 9.2 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter som andel av BNP 2019



Källa: OECD.

I figuren ovan kan utläsas att hälso- och sjukvårdsutgifterna i Norge och Nederländerna utgör en förhållandevis hög andel av BNP, dock inte lika hög andel som Sverige som lägger cirka 11 procent av BNP på hälso- och sjukvård.

9.2.1 Europeiskt nätverk för kapitalinvesteringar i hälso- och sjukvårdstillgångar

År 2000 bildades i Nederländerna ett europeiskt nätverk för att främja bättre investeringar och förvaltning av hälso- och sjukvårdstillgångar (The European Health Property Network [EuHPN]). Organisationen drivs som en stiftelse och har nu sitt säte i Storbritannien. Nätverket består av medlemmar från både akademin, statliga institutioner och regionala organisationer som ansvarar för sjukhustillgångar. Det svenska Centrum för vårdens arkitektur (CVA) vid Chalmers är en av medlemmarna i nätverket. Även den europeiska investeringsbanken deltar. Nätverkets mål är att främja bättre standarder och mer effektiva investeringar i hälso- och sjukvårdstillgångar i Europa.

9.2.2 Kunskapssammanställning och fallstudier om kapitalinvesteringar

EuHPN gav 2009 ut en kunskapsöversikt tillsammans med European Observatory on Health Systems and Policies som sammanställer tillgänglig kunskap om hållbara investeringar i sjukhus (Rechel m.fl., 2009). Kunskapsöversikten innehåller artiklar från sammanlagt 23 forskare inom området. Bakgrunden till rapporten var både de befintliga investeringsbehoven i åldrande byggnader inom Europa och den utbyggnad av sjukhus som väntades i de forna öststaterna. De stora investeringsbehoven i kombination med risken för mycket höga kostnader vid felaktiga investeringar utgjorde ett viktigt motiv. Andra skäl som lyfts fram är svårigheten att fatta kunskapsbaserade beslut i och med att projekten är stora, långsiktiga och omgärdade av många osäkra variabler, såsom hur nya vårdflöden kommer att se ut i praktiken.

I rapporten diskuteras bland annat tillgängliga styrmekanismer och hur dessa kan användas för att förbättra investeringarna. Man konstaterar till exempel att *planering* utifrån behov, befolkningsunderlag och geografi behöver ske på rätt nivå; varken för centralt (där processen riskerar att bli alltför trög) eller för regionalt (där projekten innebär sällanhändelser och rätt kunskap ofta saknas). En annan styrmekanism som kan användas är *regelverket.* Många länder har någon typ av inträdeshinder eller ackrediteringssystem i sina hälso- och sjukvårdssystem som kan användas för att påverka sjukhusens antal, storlek och design. Många europeiska länder har också reglerat fram en ökning av privata aktörer inom vården. Det senare kräver dock mycket kunskap för att regleringen ska få de önskade effekterna utan allt för många oönskade bieffekter. Andra styrmekanismer är *kapitalfinansiering* som erbjuder det offentliga flexibilitet, *ersättningsmodeller* som inte snedvrider incitamenten och *tjänstedesign* där vårdprocessen blir styrande för investeringsstrategin och inte tvärtom.

Rapporten lyfter även fram vikten av att involvera patienter och personal i planeringsprocessen och att få in systemperspektivet så att processen kan hantera ständig förändring. Det förutsätter bland annat en kulturförändring hos personalen där exempelvis vårdproduktion behöver ses som en investering i hälsa i stället för bara en kostnad för sjukhuset. Slutligen betonas behovet av att *utöka kunskapen* inom området. Inom forskningen konstateras att jämförelser mellan länder är svåra på grund av kontextens inverkan på projekten men också på

grund av brist av data. Bristen på lärande och kunskapsöverföring mellan projekt försvåras av att de är så pass långa och inte sällan blir dokumentation och utvärdering aktuellt först när något har gått väldigt fel.

9.3 Norge

Norges hälso- och sjukvårdssystem är delvis decentraliserat. Staten har ansvaret för specialiserad vård och kommunerna för primärvård, långtidsvård (dvs. vård av kroniska tillstånd eller en funktionsnedsättning) och för social omsorg.

Under 2020 genomfördes en reform i Norge där 18 regioner (fylken) blev 11 och antalet kommuner minskade från 422 till drygt 350. I samband med reformen har ansvaret för specialiserad sjukvård och för sjukhusen flyttats över från fylkena till staten, som nu äger fyra regionala hälsoföretag. Dessa drivs som statliga företag och har i uppgift att beställa hälso- och sjukvård åt sina invånare. De statliga hälsoföretagen ansvarar för att styra egna lokala hälsoföretag vilket i praktiken består av ett eller flera sjukhus. De fyra övergripande hälsoföretagen finansieras av staten och får ramanslag baserade på DRG-systemet. Från den ramen beställer de sedan vård av de egna lokala hälsoföretagen och/eller av privat drivna sjukhus.

Staten utser styrelserna i de regionala hälsoföretagen och styrelserna i de lokala hälsoföretagen utses av de regionala hälsoföretagen efter nominering från fylkena, kommunerna och sametinget.

År 2012 genomförde Norge en koordineringsreform mellan sjukhus och den kommunala vården. Den innebar bland annat att kommunerna blev ansvariga för att tillhandahålla lokala akutplatser dygnet runt för patienter i behov av sjukhusvård. Platserna kan dock inte användas för att utföra äldreomsorg utan är tänkta för mer kortvarig omsorg för patienter som är på väg in på sjukhus eller just skrivits ut.

En nationell hälsa- och sjukhusplan (mellan sjukhus) upprättas med treårsintervall. Den nuvarande gäller mellan 2020 och 2023. Ett centralt mål med planen är att förbättra vårdkoordinering genom att organisera sjukhusen i regionala nätverk. Varje nätverk ska innehålla ett regionalt sjukhus (ett per varje regionalt hälsoföretag), ett större akutsjukhus som ska utföra specialiserad akutsjukvård till ett upptagningsområde på cirka 60 000 till 80 000 personer, samt sjukhus som utför akut vård och planerad kirurgi.

I planen redogörs även för hälsoföretagens investeringsplaner för perioden. Den specificerar planerade bygginvesteringar på över 500 miljoner NOK, övriga bygginvesteringar, medicinteknisk utrustning och investeringar i informationsteknologi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019 och OECD, 2019d).

9.3.1 Oberoende kvalitetsgranskning i stora investeringsprojekt

Av helseforetaksloven (LOV-2001-06-15-93) framgår att hälsoföretagen är de som har ansvar för sjukhus och drift av sjukhus. I Norge äger de fyra hälsoföretagen ett gemensamt företag, Sykehusbygg HF.

Hälsoföretagen äger Sykehusbygg HF

Sykehusbygg HF ska säkra en nationell kompetensmiljö för planering och byggande av sjukhus med hög internationell nivå och ska användas vid investeringar på mer än 500 miljoner NOK. Det inrättades 2014 med uppdrag att bli ledande inom planering, konstruktion och upprustning av Norges sjukhus.

Det ägs av hälsoföretagen men har en statlig reglering som lyder:

> Sykehusbygg HF ska:
>
> vara en internleverantör till det regionala hälsomyndigheterna och landets hälsoföretag och främja en standardisering, erfarenhetsutbyte. Ett gott resursutnyttjande, och resurstillgång inom projekt och sjukhusbyggnation.
>
> Sörja för att erfarenheter från förvaltning och drift av sjukhusegendom tas hänsyn till i nya projekt och kommer företagens egendomsförvaltning till nytta.
>
> Bygguppdrag och bidrag till bygguppdrag ska bara kunna levereras till de fyra hälsomyndigheterna och deras underliggande hälsoföretag, samt till parter som hör till dessa.[3]

[3] Sykehusbygg HF – formål § 4, Sykehusbygg HF skal: "… være en internleverandør for de regionale helseforetakene og landets helseforetak, og skal legge til rette for og bidra til standardisering, erfaringsoverføring, god ressursutnyttelse og ressurstilgang innen prosjektering og bygging av sykehus." "… sørge for at erfaring fra forvaltning og drift av sykehuseiendom tas hensyn til i nye prosjekter og kommer foretakenes eiendomsforvaltning til nytte." "Byggeoppdrag eller bidrag til byggeoppdrag skal bare kunne leveres til de 4 RHF-ene og deres underliggende HF, samt parter som inngår i et sameie med disse." https://sykehusbygg.no.

Sykehusbygg HF ska med andra ord utföra tjänster kopplat till utveckling, planering och genomförande av byggprojekt och tjänster inom fastigheten som ger gemensamma vinster för hälsosektorn. De definierar sitt uppdrag som:[4])

- Utveckling och förvaltning av kunskap, metoder och verktyg för bygg- och fastighetsrelaterad sjukhusplanering.
- Säkra tillgång till personal med spetskompetens inom alla faser av livscykeln i en sjukhusfastighet.
- Tillhandahålla projektledning och rådgivning till byggprojekt.
- Utföra övriga tjänster inom området.

En statlig projektmodell som är framtagen av ett forskningsprogram

Vid stora investeringsprojekt i infrastruktur finns i Norge en särskild projektstyrning och projektmodell. Modellen specificerar hur utredning, planering och kvalitetssäkring av projekten ska gå till.

Den statliga projektmodellen är framtagen av ett forskningsprogram (Concept) som redan 1997 fick i uppdrag att gå igenom och utveckla hur stora investeringsbeslut och projekt startas. Bakgrunden var flera negativa erfarenheter av stora investeringsprojekt som haft för stora kostnadsökningar, förseningar och som givit en begränsad samhällsnytta.[5]

När det gäller sjukhus så är det inte Hälsodepartementet som godkänner alla beslutspunkter, men det ankommer på hälsoföretagen att använda minst lika bra kvalitetssäkringssystem som andra statliga byggprojekt. Det innebär i praktiken att den statliga projektmodellen ska ligga till grund och en extern granskning ska göras. Det ställs också krav på att investeringsprojekt ska vara förankrade i utvecklingsplaner och ekonomiskt långsiktiga planer, det vill säga att de investeringar som föreslås ska främja de mål och strategier som gäller på nationell, regional och lokal nivå.

I modellen godkänns investeringsplanerna i flera steg samtidigt som processen också är designad för att modifiera planerna för att säkerställa nytta och kostnadskontroll. Denna modifiering sker i de så kallade kvalitetssäkringsmomenten i processen där det tas in oberoende

[4] https://sykehusbygg.no.
[5] Forskningsprogrammet Concept (2020), https://www.ntnu.edu/concept.

konsultteam som granskar de olika faserna i investeringsprojekten. Projektmodellen innehåller fyra delar: idéfas, konceptfas, förprojekt och genomförande. Kvalitetssäkring genom extern granskning görs dels efter konceptfasen, dels efter förprojektfasen (Finansdepartementet, 2019).

För investeringsprojekt på över 500 miljoner NOK krävs alltså att Sykehusbygg HF nyttjas, att extern granskning i linje med den statliga projektmodellen används, att investeringen ligger i linje med nationella, lokala och regionala utvecklingsstrategier samt att en konceptrapport tillsammans med de regionala hälsoföretagens värderingar läggs fram för departementet som en del av myndighetsdialogen. Detta utgör sedan underlag för låneansökan för projektet och ett godkännande i enlighet med lagen för specialiserad vård.[6]

9.4 Finland

Finlands hälso- och sjukvårdssystem styrs både på nationell och på lokal nivå, där den nationella nivån ansvarar för lagstiftning och för att ta fram och implementera reformer.[7]

På lokal nivå finns det 310 kommuner och 184 samkommuner (jämförbara med svenska kommunalförbund) som ansvarar för att upphandla och utföra sjukvård. De finansierar och tillhandahåller också primärvård. I en särskild lag för den specialiserade sjukvården framgår vilka 20 sjukhusdistrikt som ska utföra sådan sjukvård. Sjukhusdistrikten är i sin tur indelade i fem specialupptagningsområden (motsvarar samverkansregioner i Sverige) som är kopplade till varsitt universitetssjukhus.[8] Av lagen framgår även att regeringen avgör frågor om den verksamhet professorer och andra lärare bedriver vid sjukhuset i fall kommunalförbundet och universitetet inte kommer överens.[9]

Det finns en nationell socialförsäkringsmyndighet (NHI) som finansierar läkemedel, sjukresor, cirka hälften av all företagshälsovård samt delvis privat öppenvård. NHI är finansierad via obligatoriska arbetsgivaravgifter, medan primärvård och sjukhusvård är skattefinansierat från kommunerna i kombination med statliga subventioner.

[6] https://sykehusbygg.no.
[7] Den allmänna planeringen, styrningen och övervakningen av den specialiserade sjukvården ankommer på social- och hälsovårdsministeriet. 1 kap. 5 § lag om specialiserad sjukvård, (1989/1062).
[8] 2 kap. 7 och 9 §§ lag om specialiserad sjukvård (1989/1062).
[9] 6 kap. 24–29 §§ lag om specialiserad sjukvård (1989/1062).

Systemet har inneburit en hel del ojämlikheter för befolkningen, exempelvis har de som innehar en anställning fått bättre tillgång till vård än de som inte har det. Finland har sedan 2007 försökt genomföra ett flertal reformer och förändringsinitiativ i hälso- och sjukvårdssystemet som av olika anledningar inte har lyckats. Gemensamt för flera av försöken är ambitionen att centralisera sjukvården från lokal nivå till en regional nivå, att uppnå kostnadskontroll och en ökad patientmakt (OECD, 2019e).

9.4.1 Investeringar i sjukhusbyggnader i Finland regleras och begränsas av en särskild lag

I Finland finns lagen om temporär begränsning av vissa av kommunernas och samkommunernas rättshandlingar inom social- och hälsovården (548/2016), nedan begränsningslagen,[10] som trädde i kraft 2016. Begränsningarna avser kostnadsmässigt stora investeringar i byggnader som används inom social- och hälsovården.

Lagen är temporär och är tänkt att gälla tills en större social- och hälsovårdsreform är genomförd.

Enligt lagen får kommunerna, samkommunerna eller sjukhusdistrikten inte göra sådana investeringar i lokaler och byggnader som används inom social- och hälsovården för vilka de totala kostnaderna överstiger fem miljoner euro. För sådana investeringar krävs dispens från social- och hälsovårdsministeriet.

Investeringar som hänför sig till årligt underhåll av byggnader samt sådana investeringar som är nödvändiga utifrån tillsynsmyndighetens inspektioner kan göras utan dispens.

Begränsningarna gäller emellertid inte maskiner och utrustning (system för diagnos och kirurgiskt ingrepp, utrustning för informations- och kommunikationsteknik).

Även regeringens förordning om arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården styr sjukhusplaneringen. Där anges kvantitativa villkor och övriga villkor som ska uppfyllas för undersökningar, åtgärder och behandlingar som centraliseras. Förordningen ska ändras så att det blir möjligt att tillämpa

[10] Lag om temporär begränsning av vissa av kommunernas och samkommunernas rättshandlingar inom social- och hälsovården 29.6.2016/548 Finlex.

viss flexibilitet i fråga om de antal operationer och åtgärder som anges i förordningen.[11]

Bedömning av dispens för bygginvesteringar i sjukhus

Vid Social- och hälsoministeriets bedömning om dispens för att få genomföra en byggnadsinvestering granskas huruvida investeringen är nödvändig och brådskande och om det skulle vara möjligt att under de närmaste åren producera den förväntade vården i befintliga lokaler. En investering kan exempelvis vara nödvändig och brådskande om antalet invånare har förändrats i så betydande grad att det är omöjligt att producera vården i befintliga lokaler. En investering kan också vara nödvändig om lagstiftningen kräver att det görs ändringar i produktionen av vård.

Enligt lagen krävs att investeringen ska vara nödvändig. Det betyder att investeringens nödvändighet inte bara kan bedömas ur en enskild kommuns eller samkommuns perspektiv, utan investeringen ska också vara nödvändig utifrån ett större upptagningsområde än den enskilda kommunen eller samkommunen. I bedömningen ligger också att se över de befintliga möjligheterna till samarbete mellan kommuner och samkommuner.

I Finland är riktlinjerna avseende befolkningsunderlag och planering av sjukhus följande (Social och hälsovårdsministeriet):

- 5 universitetssjukhus: mål 1 miljon och minimum 500 000 invånare per sjukhus.
- 20 regionsjukhus (som kallas centralsjukhus) mål 200 000, minimum 150 000 invånare.
- akutsjukhus (som har akutjour) 75 000–150 000 invånare.

Behovet av investeringar kan motiveras genom utlåtanden från övriga kommuner i området, från något samarbetsorgan i kommunerna eller från regionförvaltningsmyndigheten. Social- och hälsovårdsministeriet kan när det prövar en ansökan om dispens också begära utlåtanden som ministeriet anser behövliga.

[11] Regeringens förordning om arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården - https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2017/20170582 och det finska Social- och hälsovårdsministeriet.

Ansökningarna bereds i samarbete mellan Social- och hälsovårdsministeriet och Finansministeriet. Antalet beviljade dispenser och det sammanlagda värdet av tillhörande investeringar framgår av tabellen nedan.

Tabell 9.1 Antal beviljade dispenser 2016–2019

År	Antal	Miljoner Euro
2016	37	1 212
2017	20	652
2018	15	1 214
2019	21	674
Totalt	**93**	**3 752**

Källa: Finska Social- och hälsoministeriet.

Av de inkomna ansökningarna genomfördes inte 28 projekt. Antingen på grund av att de återkallades, avgjordes genom skriftliga avgöranden eller avslogs. Fem av ansökningarna avslogs. Den vanligaste orsaken till att ansökan återkallades var att sökanden ändrat sina planer efter att ha diskuterat med ministeriet.

9.4.2 Den finska regleringen skapar förutsättningar för överblick

Den finska regeringen har initierat åtgärder för att öka produktiviteten i kommunernas byggbestånd. Som en del i det har regeringen givit Landskapens lokalcentral AB i uppdrag att ta fram en heltäckande bild av kommunernas bygg- och lokalbestånd. Avsikten är att stödja förvaltningen av det offentliga byggnadsbeståndet och att utvidga kunskapsunderlaget.

Landskapens lokalcentral AB är ett helägt dotterbolag till det statligt ägda Senatfastigheter som har en lagstadgad uppgift att förvalta statens fastighetstillgångar. Tanken var att de inför landskapsreformen, som inte genomfördes, skulle ha gått över till landskapens ägo (Landskapens lokalcentral, 2018).

Landskapens lokalcentral har bland annat i uppgift att skapa en lägesbild över kommunernas fastigheter och hjälpa kommunerna att förbättra fastighetsförvaltningens produktivitet. Den ska visa jämförbar, riksomfattande information om offentliga lokalers antal, area,

användningsändamål, skick, kostnader, investeringar samt miljöpåverkan. För detta ändamål har de tagit fram en digital lokalinformationstjänst. Den ska:

- Innehålla stöd för beslutsfattandet utifrån aktuella uppgifter för investeringar, förändringsledning och verksamhetsplanering.
- Vara ett enkelt verktyg för daglig lokalförvaltning.
- Innehålla information för planering av servicenätet samt fastighets- och lokalstrategin.
- Innehålla utveckling av lösningar tillsammans med det nationella samarbetsnätet.[12]

9.5 Danmark

Den danska regionala och lokala nivån leder och organiserar den danska hälso- och sjukvården, men den statliga nivån står för stora delar av finansieringen. Systemet är decentraliserat samtidigt som det skett en gradvis centralisering av övergripande planering och reglering till nationell nivå.

Den nationella nivån är ansvarig för reglering och tillsyn, övergripande planering och kvalitetsmonitorering. Regionerna är ansvariga för att organisera och utföra sjukhusvård. Regionerna finansieras till 77 procent via anslagsfinansierade bidrag från staten och 3 procent via aktivitetsbaserade bidrag från staten. De resterande 20 procenten av finansieringen står kommunerna för. Kommunerna har beskattningsrätt och skatteintäkter står för 75 procent av deras verksamhet och statliga anslag för 25 procent. Kommunerna är ansvariga för förebyggande hälsovård, prevention, rehabilitering, hemsjukvård och icke-specialiserad långtidsvård (Vårdanalys, 2014b och OECD, 2019f).

9.5.1 Strukturreformen förändrade hälso- och sjukvårdssystemet i Danmark

År 2007 genomfördes en strukturreform där 14 landsting bildade fem större regioner, och de 275 kommunerna ombildades till 98. Reformen är en av de största reformerna som någonsin genomförts i Danmark

[12] Landskapens lokalcentral https://www.maakuntientilakeskus.fi/.

och den omfattade styrningen av hela den danska välfärdssektorn. Hälso- och sjukvården påverkades särskilt av reformen eftersom den bland annat ledde till en omorganisering av sjukhusen som blev färre, större och mer specialiserade.

Målet med reformen var att få en mer effektiv offentlig sektor och för hälso- och sjukvården specifikt mer kvalitet för pengarna, kortare väntetider och vård i internationell toppklass och minskad byråkrati. För att uppnå detta behövde resurser både centraliseras och koncentreras, exempelvis bedömdes regionerna vara för små för att kunna tillhandahålla specialiserade sjukhustjänster. Staten fick ett ökat planerings- och uppföljningsansvar. Staten (via Sundhedsstyrelsen) ska nu godkänna regionernas fördelning och organisering av kirurgiska specialiteter. I den nya sjukhusstrukturen anses att sjukhusen behöver ha ett befolkningsunderlag på 200 000 till 400 000 invånare för att säkerställa kvalitet.

Förutom modernisering av sjukhusen var den bakomliggande tanken också att skapa mer sammanhängande vårdkedjor och bättre kvalitetskontroll. Samtidigt togs initiativ som syftade till att stärka koordinering av vård på alla nivåer. De handlade bland annat om att åtgärda bristen på allmänläkare och att få till en bättre vård för de med kroniska tillstånd (Vårdanalys, 2014b och OECD, 2019f).

9.5.2 Flera nya sjukhus finansieras av regionerna och staten

I Danmark genomförs just nu stora investeringar i 16 nya sjukhus som fått anslag av den så kallade kvalitetsfonden. Sammanlagt omfattar de investeringar i storleksordningen 41,4 miljarder DKR varav 25 miljarder är särskilt anslagna medel från staten.

År 2007 inrättades en statlig expertpanel för sjukhusinvesteringar. Panelen består av experter inom sjukvård, hälsoekonomi, sjukhusarkitektur och byggindustri. De har i uppgift att bedöma vilka sjukhusprojekt som ska få medel ur kvalitetsfonden. Kriterier vid bedömningen är:

- Koncentration av funktioner och specialiteter till färre enheter.
- Efterlevnad av Sundhedsstyrelsens (2007) anvisningar inom akutområdet.
- Den prehospitala insatsen.

- Förhållande till övriga regioner.

De enskilda projekten värderas utifrån följande kriterier:

- Projektets roll i en ny sjukhusstruktur, såväl regionalt som för landet som helhet.
- Andra möjliga alternativ.
- Behovsframskrivning, kapacitetsutnyttjande, geografiska behov och ekonomi.
- Produktivitets- och driftsförbättringar.

På en webbplats (godtsygehusbyggeri.dk) finns de 16 sjukhusprojekten presenterade tillsammans med regionernas övriga stora investeringar i sjukhusbyggnader, totalt 43 sjukhusprojekt inklusive de 16 som fått medel via kvalitetsfonden. Där publiceras löpande information om projektens mål, utveckling och kostnader.[13]

De 16 sjukhusprojekten som fått finansiering via kvalitetsfonden följs också upp av regeringen och de har särskilda effektiviseringskrav på sig. Sundheds- og ældreministeriet skriver i en särskild skrivelse att varenda krona som regionerna sparar på grund av de nya sjukhusen ska gå till finansiering av ny sjukhusaktivitet på det kvalitetsfondsstöttade sjukhuset eller annat sjukhus i regionen.[14] Projekten ska även lämna kvartalsvisa rapporter till en, för detta ändamål särskilt inrättad, enhet på Sundheds- og ældreministeriet. Enheten granskar rapporterna som sedan ligger till grund för fortsatt utbetalning av medel från Kvalitetsfonden. De granskar att de fortsatt håller sig till de nationella planerna inom området men också att en viss andel av medlen som reserverats för investeringar i it och medicinteknisk utrustning bibehålls.[15]

De fem regionerna har egna strategiska planer för den regionala vården och för investeringar i sjukhusinfrastruktur. De har gemensamma principer i styrning och ledningsfrågor som gäller för samtliga projekt inom området. De har exempelvis en gemensam vision som

[13] Godt sygehusbyggeri, https://godtsygehusbyggeri.dk/.
[14] Det er vigtigt at understrege, at hver eneste krone, som regionerne sparer på mere effektiv drift på de nye sygehuse, bliver i regionerne til finansiering af ny sygehusaktivitet – på både de kvalitetsfondsstøttede sygehuse og landets øvrige sygehuse (Sundheds- og ældreministeriet 2019).
[15] Sundheds- og ældreministeriet, https://sum.dk.

lyfter vikten av att den samlade infrastrukturen fokuserar på patienten, att den ökar effektiviteten och att den är framtidssäker, det vill säga flexibla lösningar då man ännu inte vet helt hur framtidens sjukvård kommer att se ut.

Att fokusera på patienten betyder i detta sammanhang att ta tillvara nya organisationsformer för behandling av patienter och att byggnaden är säker ur ett patientperspektiv. Med ökad effektivitet åsyftas mer koordinerad vård, innovativa lösningar och organisationsformer samt ett effektivt nyttjande av ny teknologi.

9.5.3 Gemensam modell för styrning av byggprojekt

I samband med kommunreformen 2007 undersöktes kommunerna och regionernas praxis och styrning av byggprojekt (EY, 2008). Undersökningen låg sedan till grund för en skrift som gavs ut av Danska Regioner, Kommunernas Landsförening, Finansministeriet och Velfærdsministeriet. Skriften riktar sig till regionalt och kommunalt ledande politiker och beskriver en modell för god styrning av byggprojekt. Rapporten kan sammanfattas i följande huvudpunkter (Finansministeriet 2008):

- Godkänn styrmodellen politiskt och använd den aktivt.
- Ta fram en genomarbetad och realistisk budget.
- Värdera, kvantifiera och följ upp risk.
- Styr mot involvering av brukare och medarbetare med flera.
- Ta fram tydliga krav och förväntningar på rådgivare och entreprenörer.
- Etablera och använd en standardiserad genomförandeplan för byggprojekt.

Regionerna samarbetar kring effekt- och resultatutvärderingar av projekten och har tagit fram fem gemensamma principer för den finansiella styrningen och konstruktionsstyrningen av projekten. De fem principerna är:

1. **Strategisk besluts- och tillsynsprocess för projekten**
   Den politiska ledningen fattar strategiska beslut för byggprojektet. Det handlar om ekonomiska ramar, visioner, strategiska mål och framgångskriterier. Den politiska ledningen följer löpande utvecklingen av bygget och säkrar genom styrmanualer en systematisk uppföljning av kostnader och framåtskridande.

2. **Framtagning av styrmanualer**
   Det utarbetas en styrmanual för de större byggprojekten som beskriver hur de centrala delarna av byggprocessen organiseras och styrs inklusive den löpande budgetuppföljningen och rapporteringen. Styrmanualen tydliggör den politiska ledningens monitoreringsansvar och fastställer hur och när rapporter ska produceras till den politiska ledningen. Styrmanualen godkänns av regionsrådet (den politiska beslutande församlingen).

3. **En robust och beslutsför byggorganisation**
   Det etableras en robust och beslutsför byggorganisation som i alla faser av byggprojektet kan matcha de externa samarbetspartnerna, exempelvis i samband med avtal och kontraktsupprättanden och i den löpande uppföljningen av byggprojektet. Organisationen kan etableras decentraliserat som en självständig byggenhet eller som en del i en existerande byggförvaltning. Delar kan också utgöras av externa leverantörer.

4. **Systematisk och transparent riskhantering/styrning**
   För varje större byggprojekt formuleras en tydlig riskpolicy, som bygger på politiskt vedertagna mål och policys, vilket inkluderar hur kontrollparametrar som tid, kvalitet och kostnad ska prioriteras. Riskpolicyn utgör en central del av styrmanualen och det finns en tydlig koppling mellan riskhanteringen och uppföljningsprocessen.

5. **Oberoende monitorering**
   Det ska etableras en oberoende monitorering/kontroll för de större byggprojekten. Denna uppgift ska utföras fristående från byggprojektet och kan placeras inom en annan förvaltning eller hos ett externt företag.[16]

[16] Godt sygehusbyggeri, https://godtsygehusbyggeri.dk/.

9.6 England

Storbritanniens hälso- och sjukvård är delegerad till fyra riksdelar (England, Skottland, Wales och Nordirland). Det innebär att alla har utvecklat olika system för sjukvården. Gemensamt för samtliga är dock att de utgår från en skattefinansierad modell inom National Health Service (NHS). Regeringen finansierar hälso- och sjukvården genom ramanslag riktade till de fyra riksdelarna.

Gemensamt för de olika systemen är målet att bättre kunna vårda personer med kroniska tillstånd inom primärvården, och ambitionen att skapa team mellan hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen (OECD, 2019g).

9.6.1 England har en strategisk plan för investeringar i hälso- och sjukvårdens infrastruktur

NHS England och NHS Improvement är sedan april 2019 en och samma organisation, NHSE&I. Organisationen svarar för cirka 90 procent av all hälso- och sjukvård i England. Den bakomliggande idén med sammanslagningen var att eftersom vården behöver utvecklas och integreras, behöver även den övergripande stödstrukturen förändras, det vill säga NHS.

Utgångspunkten är att den nya organisationen ska stödja genomförandet av NHS Long Term Plan, en 10-årsplan som syftar till att bygga ut och integrera den nära vården, effektivisera och utnyttja potentialen i ny teknologi och stärka det förebyggande arbetet (NHS Improvement, 2019).

Regeringen ansvarar för att NHSE&I håller budget, både den löpande budgeten och kapitalinvesteringsbudgeten. Under NHSE&I sorterar de olika NHS stiftelserna (NHS Trusts) vilka är dem som organiserar och utför hälso- och sjukvård.

NHSE&I kapitalinvesteringsbudget avser investeringar i nya byggnader, medicintekniska produkter och annan utrustning samt upprustning och ersättning av desamma. Den avser med andra ord både underhåll av befintliga tillgångar och utveckling av infrastruktur som stödjer nya vårdmodeller. Kapitalinvesteringsbudgeten ses som avgörande för att uppnå de förändringar som behövs för en långsiktigt hållbar vård (NAO, 2020).

NHS-stiftelserna presenterar sina kapitalinvesteringsbehov i investeringsplaner som sedan lämnas in och bearbetas av NHSE&I. Det finns nationella riktlinjer för investeringsplanernas innehåll. Generellt sett ska de ska ligga i linje med lokala investeringsinitiativ samt strategiska planer på nationell och lokal nivå.

9.6.2 En strategisk kapitalinvesteringsplan för sjukhusinvesteringar

För att ambitionerna i NHS Long Term Plan ska kunna realiseras har en separat strategisk plan för kapitalinvesteringar i sjukhus tagits fram av regeringen (Department of Health and Social Care, 2019). Planen är uppbyggd på femårs-rullande scheman och innehåller öronmärkt kapital för att:

- Bygga nya sjukhus.
- Modernisera primärvårdens byggnader.
- Förbättra psykiatrins lokaler.
- Investera i nya diagnostiska metoder och i ny teknologi.
- Bidra till att ta bort patientsäkerhetsrisker i nuvarande byggnader.

Planen innehåller också förslag till ett enklare tillvägagångssätt för att godkänna och styra investeringar i sjukhus. Den tidigare godkännandeprocessen bedömdes allt för byråkratisk, vilket lett till att det varit svårt att få igenom projekt som faktiskt levererar värde för patienter. Den hade också saknat den långsiktighet som krävs för stora projekt som löper över många år.

Som bakgrund till planen anges också att Englands sjukhusinfrastruktur bedöms vara ålderstigen och det har konstaterats vara ett stort gap (1,7 miljarder GBP) mellan behov av kapitalinvesteringar som presenterats av NHS-stiftelserna och de tilldelade medlen från regeringen. Man har också, bland annat av kostnadsskäl, upphört med att finansiera sjukhusbyggen med så kallade OPS-lösningar (PFI och PF2) vilket medför ett större statligt åtagande för investeringarna (se till exempel SOU 2020:15). Vidare konstaterades att det varit oklart huruvida investeringarna legat i linje med lokala och nationella prio-

riteringar, patienternas behov och vilka finansieringskällor som kan användas.

NHS såg därför behov av att lyfta upp bedömningen av dessa typer av investeringar på systemnivå i stället för att utgå ifrån de enskilda utförarnas behov. Investeringarna ska därmed ta hänsyn till den långsiktiga planen (NHS Long Term Plan) där målet om ett integrerat vårdsystem ska implementeras i England senast april 2021. Strategins vision är en infrastruktur som:

- Ligger i linje med NHS vision för vård och social omsorg (som definieras i NHS långsiktiga plan) och nya vårdmodeller.
- Säkerställer att lokala strategiska investeringsplaner också reflekterar de förändrade vårdmodellerna.
- Ligger i linje med nuvarande och framtida kliniska tjänstestrategier.
- Proaktivt agerar för att underhålla tillgångar och reducerar den eftersatta upprustningen.
- Byter ut det som inte kostnadseffektivt kan underhållas och gör sig av med det som inte längre behövs, maximerar användningen av intäkter som kan återinvesteras i nya byggnader, nya tjänster, ökar ekonomisk tillväxt och skapar nya hem.
- Omgärdas av korrekt och jämförbar information om bland annat kostnader för tillgångarna och som stödjer beslutsfattande.
- Använder experter där det behövs samtidigt som egen kapacitet byggs upp för att öka effektiviteten och förbättra informationen.

Utöver detta innehåller den strategiska planen särskilda målsättningar för att de tekniska investeringarna i informationsteknologi är en del av infrastrukturen. Digitaliseringen ska även här användas för att åstadkomma en bättre, mer integrerad, transformerad och effektiv vård och social omsorg.

Strategin beskriver också en förenklad och mer enhetlig godkännandeprocess. Den innehåller två delar där den första handlar om att ge mer stöd i processen att utforma underlagen för projekten. Stödet innebär att mer resurser kan användas för detta steg, att ett utbildningspaket tas fram och att en särskild stödfunktion bildas. Den andra delen av strategin handlar om en förkortad ansökningsprocess där regeringen (Departement of Health and Social Care) och NHSE&I

ger förtur till särskilt komplexa och politiskt prioriterade ärenden. Department of Health and Social Care och NHSE&I har även bildat en investeringskommitté för att minska antalet godkännandenivåer.

Inom strategin ligger sex stora sjukhusprojekt som ska vara klara till 2025 och 21 projekt som blivit godkända för att utveckla sina investeringsplaner, med målet att vara klara mellan år 2025 och 2030. Totalt handlar det om mer än 40 sjukhusbyggnadsprojekt (NHS, 2019).

9.7 Nederländerna

Det nederländska hälso- och sjukvårdssystemet skiljer sig från de nordiska ländernas, och England såtillvida att det inte primärt finansieras via skattemedel utan att det organiseras i ett försäkringssystem där staten, arbetsgivarna och arbetstagarna bidrar. Merparten av sjukvården utförs av ideella icke vinstdrivande organisationer (Vårdanalys, 2014b).

Den nederländska regeringen är ansvarig för reglering, tillsyn och för styrningen av hälso- och sjukvårdsystemet, som består av tre delar: (1) konkurrensutsatta hälsoförsäkringar, (2) ett enhetligt hälso- och sjukvårdsförsäkringssystem för långtidsvård och (3) lokalt skattefinansierad social omsorg.

Den första delen innehåller en försäkringsmarknad där medborgare är skyldiga att teckna en hälso- och sjukvårdsförsäkring som täcker primärvård, specialiserad vård, läkemedel, medicinska hjälpmedel, psykiatrisk vård, viss rehabilitering och primärprevention samt olika sjuksköterskeinsatser. Medborgarna väljer både försäkringsbolag och vårdgivare. Försäkringsbolagen måste acceptera alla försäkringstagare. Tanken är att försäkringsbolagen ska konkurrera med kvalitet och pris.

Sjukvårdsförsäkringssystemet för långtidsvård omfattar omsorg om personer med psykisk ohälsa och boende på sjukhem. Systemet omfattar hela befolkningen och finansieringen till vårdgivarna kommer från en och samma statliga källa. Utförare blir det regionalt dominanta försäkringsbolaget för hälso- och sjukvårdsförsäkringar.

Den lokalt skattefinansierade omsorgen utförs av kommunerna. Omsorgen omfattar särskilt boende, hemtjänst och dagliga aktiviteter (OECD, 2019e).

9.7.1 Från centralstyrning till marknadsstyrning av investeringsprojekt

Sedan 2008 har ansvaret för sjukhusbyggnader förts över till sjukhusadministratörerna själva som nu helt står för infrastrukturen. Detta var en del i den avreglering som det nederländska sjukhussystemet genomgått.

Innan dess fanns det en särskild lag som reglerade sjukhusinvesteringar (Wet Ziekenhuis Voorzieningen). Regeringsbeslut krävdes för att göra bygginvesteringar eller för att expandera sjukvårdsanläggningar. Godkännanden gavs endast till de projekt som inte översteg ett förutbestämt mått på produktionsvolym i form av vårdplatser vid specialistvårdskliniker. Investeringsbesluten var även tvungna att hålla sig inom ramen för den årliga investeringsbudgeten (Zwart, 2014).

I en forskningsartikel beskrivs hur denna förändring lett till att risken på lån för investeringar i sjukhus ökat då staten inte längre står som garant för finansieringen. Det har i sin tur lett till att det är svårare att få finansiering från banker och att sjukhusen i stället får ingå samarbeten med privata investeringsbolag (Zwart m.fl., 2010).

9.8 Sammanfattande iakttagelser

En internationell utblick ger en bild av hur andra länder hittar lösningar på likartade problem som i det egna landet. Funna lösningar kan dock vara svåra att införa utan justeringar eftersom systemen och ländernas problem, om än liknande, i regel inte är helt jämförbara eller överförbara. Trots det kan en del liknande fenomen identifieras i de länder utredningen studerat och nedan ges en beskrivning av dessa.

9.8.1 Sedan länge identifierat problem i många länder

De europeiska initiativ som beskrivs inledningsvis, såsom nätverket EuHPN och den kunskapsöversikt som nätverket i samarbete med European Observatory on Health Systems and Policies tagit fram, visar att flera länder har identifierat att investeringar i sjukhus är ett stort och svårt åtagande. De länder som ingår i redovisningen i det här kapitlet har samtliga någon form av samlat system för att hantera sjukhusinvesteringar. En del länder har särskilda lagar som reglerar

delar av investeringarna, exempelvis Finland och Norge. Regleringen omfattar både dimensioneringen och lokaliseringen av sjukhus och ska även säkerställa att byggnaderna är rätt utformade för det vårdinnehåll som förväntas. Endast Nederländerna har gått i en motsatt riktning och decentraliserat investeringsbesluten i anslutning till införandet av försäkringsmarknader för sjukvården, men även där hade man en central beslutsprocess innan dess.

9.8.2 Behov av nationell överblick och planering

I nästan samtliga studerade länder finns nationella system för att godkänna och styra investeringsprojekten som kopplar till strategiska planer för vårdens utveckling. I England har man två planer, en för vårdens utveckling och till den, en särskild strategisk plan för kapitalinvesteringarna i sjukvård.

I länderna finns också exempel på planering med utgångspunkt i befolkningsunderlaget. I Norge sätts till exempel anslagen till hälsoföretagen i relation till befolkningsunderlaget. För att stora byggprojekt ska godkännas av regeringen ska man visa att det ligger i linje med den nationella hälso- och sjukvårdsplanen. I Finland godkänns också investeringar med hänsyn till befolkningsunderlaget i relation till vilken typ av sjukhus som avses.

I Danmarks satsning har staten godkänt 16 nya sjukhus i särskild ordning samtidigt som regionerna kommit överens om gemensamma principer för styrning och uppföljning av samtliga stora byggprojekt inom hälso- och sjukvården.

Flera länder har också samlat kompetens inom området i särskilda organisationer, exempelvis Godt sykehusbyggeri i Danmark, Sykehusbygg i Norge och Landskapens lokalcentral AB i Finland.

9.8.3 Förekomst av funktioner för stöd och extern granskning vid start samt monitorering under projektets gång

I Finland, Norge, Danmark och England har man vid projektstart för vårdbyggnadsinvesteringar och i Norges fall under projektets gång någon form av oberoende eller extern granskning av projekten. Då granskas om projektet ligger i linje med strategiska planer men också ekonomiska aspekter samt riskhanteringen i projekten. Gränsen mel-

lan granskning och stöd är ibland flytande. Ett exempel på det är i Finland där det under godkännandeprocessen för dispens att bygga också förs dialog med den sökande så att sökanden kan ändra eller ta tillbaka ansökan.

Exemplen från Norge och Danmark visar att flera olika typer av kompetenser involveras i beslut om vilka kapitalinvesteringar som ska göras. I det rådgivande organet i Danmark sitter exempelvis personer med kompetens i frågor som gäller vårdarkitektur, hälsoekonomi, byggindustri och sjukvård. Norges stödorganisation Sykehusbygg har i uppdrag att samla kompetens inom området och stötta hälsoföretagen. I England föreslås det finnas en särskild stödfunktion vid utformandet av Business Cases, och innan dess hjälpte NHS Improvement till med design av byggprojekten.

10 Analys och överväganden

10.1 Hälso- och sjukvård – ett nationellt intresse

Målet för den svenska hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen [2017:30], HSL). Ambitionerna är höga och i internationella jämförelser visar svensk hälso- och sjukvård goda medicinska resultat. Sverige faller sämre ut i internationella jämförelser gällande kontinuitet, samverkan, väntetider och personcentrering. Samtidigt står hälso- och sjukvården inför stora utmaningar. Befolkningsutvecklingen tillsammans med den tekniska utvecklingen och nya arbetsmetoder leder till förändrat resursbehov inom hälso- och sjukvården. Stora delar av den svenska vårdinfrastrukturen, framför allt sjukhusen, byggdes under 1960- och 1970-talen. Byggnadernas tekniska livslängd medför att stora byggnadsinvesteringar nu genomförs och planeras i regionerna.

Nya behandlingsmetoder skapar möjligheter men förutsätter förändringar. Utvecklingen innebär ökade möjligheter att behandla nya patientgrupper och att ge patienter tillgång till mer effektiv behandling där allt fler botas. När fler tillstånd kan behandlas ökar trycket på sjukvården samtidigt som utvecklingen också innebär att patientens genomsnittliga tid på sjukhus kunnat förkortas.

Utvecklingen av behandlingsmetoder och arbetssätt innebär dels ökad specialisering och att en mer individuellt anpassad vård kan ges, dels att det skapas möjligheter att erbjuda patienter vård i andra delar av vårdkedjan än på sjukhusen. Utvecklingen är en drivkraft för nivåstrukturering av vården där framför allt delar av den högspecialiserade vården koncentreras. Samtidigt lyfts behovet av att stärka primärvårdens roll genom utveckling av den nära vården. Arbete med nivåstrukturering sker på såväl nationell som regional nivå.

Samhällskostnaden för ohälsa är mycket hög. Den är emellertid inte helt lätt att beräkna. Förutom den direkta kostnaden för hälso-

och sjukvården ska andra kostnader till följd av sjukdom som till exempel faller på kommunerna, patienter och anhöriga samt produktionsbortfallet i ekonomin inkluderas. Gralén m.fl. (2019) har för år 2017 beräknat den totala kostnaden för sjukdom i Sverige till 872 miljarder kronor, motsvarande 18 procent av BNP. Denna beräkning är dock en underskattning då den inte tar hänsyn till kostnader för patienter och anhöriga. Ramsberg och Ekelund (2011) beräknade för år 2005 kostnaden till 823 miljarder kronor, motsvarande 25 procent av BNP. Om vi utifrån dessa beräkningar uppskattar att kostnaderna för ohälsa i Sverige motsvarar ungefär en fjärdedel av BNP skulle kostnaden för 2019 vara drygt 1 200 miljarder kronor.

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet präglas av sin decentraliserade struktur där 21 regioner och 290 kommuner har ansvar för utförandet av hälso- och sjukvården. Staten har ett övergripande ansvar, som inbegriper normering och styrning genom till exempel tillsyn, kunskapsstöd och ekonomiska bidrag. Staten är vidare huvudman för verksamheter som är nära sammankopplade med hälso- och sjukvården, bland annat utbildning och forskning. Verksamhetsförlagd utbildning och klinisk forskning är exempel på insatser som förutsätter genomförande i hälso- och sjukvården. Den sammantagna bilden är att styrningen av hälso- och sjukvården är komplex. Utredningen Effektiv vård (SOU 2016:2) konstaterade att det saknas väsentlig samordning av styrningen av vården och att detta medför ineffektivitet. En iakttagelse som är giltig även för de frågor denna utredning har att undersöka.

För att uppnå målen för hälso- och sjukvården krävs att flera faktorer samverkar. Dels är hälso- och sjukvårdens möjligheter att påverka hälsan i befolkningen begränsad då människors hälsa beror på många andra faktorer som ligger utanför vårdens möjligheter att påverka. Insatser för att förebygga ohälsa och främja hälsa kan ha stor betydelse för kostnaderna i vården och hur resurser kan användas. Dels är hälso- och sjukvårdens funktionssätt beroende av att flera utmaningar kan mötas.

Erfarenheterna från covid-19-pandemin visar att beredskapen för kriser i hälso- och sjukvården behöver förbättras. Ett annat exempel är den demografiska utvecklingen som kan förväntas öka trycket på vården samtidigt som den ytterligare förstärker utmaningen att klara kompetensförsörjningen. Detta kräver att utbildningen av olika personalkategorier kan anpassas till behovet av vård, vilket i sin tur förut-

sätter tillgång till utbildningsplatser såväl på lärosätena som ute i hälso- och sjukvården. Dessa exempel belyser vikten av att beslut om systempåverkande förändringar i vården tar hänsyn till påverkan på hälso- och sjukvårdssystemet i stort.

Sammantaget kan konstateras att hälso- och sjukvården har en central ställning i samhället, vilket kommer till uttryck i ett stort antal statliga åtaganden och höga ambitioner om en god vård på lika villkor till hela befolkningen. Utredningen konstaterar att detta förutsätter att nationella intressen beaktas, tillsammans med regionala och lokala intressen. Vårdens infrastruktur i form av lokaler, utrustning och digitala strukturer sätter ramar för vårdverksamheten och påverkar hur det övergripande målet i lagstiftningen kan uppnås. Som anges i utredningens direktiv är det viktigt att de strategiska beslut som fattas av hälso- och sjukvårdens huvudmän förutom de regionala behoven även svarar mot de nationella behoven.

10.2 Representanter för patienter och professioner efterfrågar tydligare nationell styrning

Utredningen har mottagit yttranden från patientrepresentanter och professionsföreträdare för att kunna tillgodogöra sig deras perspektiv på de frågor som utredningen har till uppgift att undersöka.

Patientorganisationerna Forum Spetspatient och Nätverket mot cancer menar att regionerna inte har tillräckliga förutsättningar för att anlägga ett helhetsperspektiv vid överväganden om infrastruktursatsningar inom hälso- och sjukvård samt omsorg. De menar att förutsättningarna för samordning mellan regionerna och staten behöver förbättras och att en statlig aktör bör ha ansvaret för samordningen. Därtill framhåller patientorganisationerna att utbildningen av ny vårdpersonal har stor betydelse i besluten om strategiska investeringar i vårdinfrastruktur.

Även yrkes- och fackförbundet Vårdförbundet framför att företrädare för olika professioner i organisationen och patienter behöver medverka vid infrastrukturinvesteringar eftersom de kan förväntas påverka personalen under lång tid. På motsvarande sätt menar Fysioterapeuterna att det behövs strategiska satsningar i vårdinfrastruktur som följs av strategiska satsningar på kompetensutveckling i hela vårdkedjan.

Flertalet av de organisationer som företräder professionerna menar att den nationella samordningen är otillräcklig och att staten behöver ta ett större roll i styrningen av sjukvården. Till exempel menar Sveriges Läkarförbund att dagens förutsättningar för regionerna att anlägga ett helhetsperspektiv vid överväganden om infrastruktursatsningar inte är tillräckliga. I den mån det finns arenor för samtal mellan regioner finns det ändå inte en styrmekanism som gör att helheten tas i beaktande, menar man. Kommunal menar att staten bör ta en samordnande roll när det gäller framtiden investeringar i hälso- och sjukvård. Sjukhusläkarna instämmer i att dagens styrning är bristfällig, men konstaterar också att också staten är spretigt organiserad, med många myndigheter som är involverade i patientsäkerhetsfrågor. Sjukhusläkarna framhåller också att hälso- och sjukvården är komplex vilket innebär att styrningen på området också är komplex.

Patient- och professionsföreträdarnas yttranden bekräftar i hög utsträckning de iakttagelser som utredningen har gjort under arbetets gång. Även om organisationerna har sina egna ingångar till frågorna konstaterar utredningen att statens medverkan vid systempåverkande beslut är efterfrågad.

10.3 Det behövs tydligare reglering för hur regioner och kommuner ska beakta nationella intressen vid investeringar i vårdinfrastruktur

Den övergripande rättsliga regleringen på hälso- och sjukvårdsområdet har karaktären av ramlagstiftning vilket innebär att lagstiftningen primärt innehåller bestämmelser om mål, ansvarsförhållanden och riktlinjer för verksamheten. Inom dessa ramar har kommuner och regioner ett visst handlingsutrymme att anpassa sin verksamhet efter regionala och lokala behov och förutsättningar. Av HSL framgår att det övergripande målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska vidare vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

Samtidigt har HSL kompletterats med ett stort antal andra författningar, vilket kan tolkas som ett tecken på hälso- och sjukvårdens stora betydelse i samhället.

Regionerna ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård till de som är bosatta inom regionen. Regioner får också, i fråga om nationell högspecialiserad vård eller om regioner kommit överens om det, erbjuda hälso- och sjukvård åt den som omfattas av en annan regions ansvar. Regionerna ansvarar vidare för planeringen av hälso- och sjukvården. Den regionala planeringen av hälso- och sjukvård ska ske med utgångspunkt i befolkningens behov av vård. Uppfyllelse av målet med hälso- och sjukvården, en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, kräver därför bland annat samverkan, såväl med andra aktörer som mellan regioner.

I sin planering och utveckling av hälso- och sjukvården ska regionerna samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. I frågor om hälso- och sjukvård som berör flera regioner ska regionerna därtill samverka sinsemellan. Hur samverkan ska gå till och vad samverkan innebär i praktiken är inte närmare reglerat.

Av HSL framgår att regeringen får meddela föreskrifter om att landet ska delas in i samverkansregioner[1] för den hälso- och sjukvård som berör flera regioner. Regeringen har i hälso- och sjukvårdsförordningen beslutat hur landet är indelat i samverkansregionerna. Formerna för och innehållet i samverkan i samverkansregioner är inte reglerat. Med hänsyn till att regionerna sköter sina angelägenheter, inklusive hälso- och sjukvården, på den kommunala självstyrelsens grund innebär dessa övergripande rättsregler i HSL att formerna för och innehållet i samverkan är överlämnat till regionerna att besluta om. Regionerna behöver vid samverkan förhålla sig till kommunallagens (2017:725) regelverk som anger grunderna för kommunal och regional samverkan. Utöver den vård som regionerna ansvarar för har kommunerna enligt HSL ansvar för viss hälso- och sjukvård.

På vissa områden, exempelvis krisberedskap, finns ytterligare skyldigheter för kommuner och regioner att planera sin vårdverksamhet. Till exempel ska regionerna planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls (7 kap. 2 § 3 st. HSL). Enligt lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap är kommuner och regioner därtill skyldiga att analysera vilka extraordi-

[1] Tidigare benämnda sjukvårdsregioner.

nära händelser i fredstid som kan inträffa i kommunen respektive regionen och hur dessa händelser kan påverka den egna verksamheten. Resultatet av arbetet ska värderas och sammanställas i en risk- och sårbarhetsanalys. Bestämmelserna i lagen syftar till att kommuner och regioner ska minska sårbarheten i sin verksamhet och ha en god förmåga att hantera krissituationer i fredstid.

Befintliga regler innebär alltså en skyldighet för kommuner och regioner att planera sin verksamhet samt att samverka vid planeringen av hälso- och sjukvården samt avseende vård som berör flera regioner. Beslut som avser investeringar i vårdinfrastruktur är starkt systempåverkande och ställer höga krav på att nationella intressen beaktas. I dag saknas det dock formella strukturer för samverkan inför beslut om investeringar i vårdinfrastruktur. Utredningen konstaterar att det finns olika nätverk där regionföreträdare möts, men få eller inga av de nationella intressena är reglerade på ett sådant sätt att det finns en tydlig kontrollmekanism av efterlevnaden eller en konsekvens för det fall att efterlevnaden brister. De nationella intressena är heller inte tillräckligt väl definierade för att skapa goda planeringsförutsättningar för kommuner och regioner.

En annan befintlig samverkansform är överenskommelser mellan regeringen och SKR. Även om överenskommelser i hög utsträckning är styrande är de inte rättsligt bindande för kommuners och regioners beslutsfattande. Vidare är överenskommelserna inte föremål för en systematisk uppföljning och kontroll. Därutöver anges det inte tydligt i överenskommelserna vad som händer om överenskommelserna inte följs i tillräcklig grad.

Det nybildade rådet för kompetensförsörjning i vården är ett organ som syftar till att åstadkomma en helhetsbild och stärka förutsättningarna för beslut inom utbildningsområdet. Rådet är dock i huvudsak ett samarbets- eller samrådsorgan, vilket betyder att beslutsfattandet gällande frågorna inte är förändrat i någon del. Det finns inget uttalat om vad som händer för det fall att besluten i kommuner och regioner avseende kompetensanvändning inte harmoniserar med de nationella intressena.

Det saknas i dag en sammanhållen rättslig reglering om vilka intressen och behov, utöver befolkningens behov av vård inom den egna regionen eller kommunen, som behöver tas hänsyn till i planeringen. Det blir således en uppgift för respektive region och kommun att bedöma hur resultatet av samverkan samt vilka intressen och behov

som faktiskt får betydelse i planeringen, inklusive investeringar och andra beslut gällande vårdinfrastruktur. Staten har alltså förväntningar på att kommuner och regioner kommer att beakta nationella intressen, men den rättsliga regleringen motsvarar inte dessa förväntningar. Vilka intressen som tas i beaktande i ett beslut om en investering eller andra beslut om vårdinfrastruktur är upp till respektive kommun eller region att bestämma, vilket innebär en risk för att vissa intressen frånses. Det faktiska stödet från statens sida i mer precisa planeringsförutsättningar är också splittrat och otydligt. Det finns numera ingen statlig myndighet som har ett tydligt uppdrag att tillhandahålla den typen av mer precis vägledning eller planeringsförutsättning till regioner och kommuner.

Sammanfattningsvis saknas i dag ett system som tydliggör vilka nationella intressen och behov som ska ligga till grund för investeringar i infrastruktur för hälso- och sjukvården. I synnerhet som sådana investeringar har stor systempåverkande effekt under många års tid bedömer utredningen att avsaknaden av ett sådant system utgör en betydande risk. Utredningen menar att gapet mellan *behovet* av att ta hänsyn till nationella intressen och *regleringen* för att ta hänsyn till nationella intressen är alltför stort. Konsekvenser av bristande hänsyn till nationella intressen kan bli omfattande, i form av samhällsekonomiska kostnader och ojämlik vård, se bland annat avsnitt 10.5.5.

Inom andra sektorer, exempelvis naturvård, totalförsvar och kulturmiljövård, finns sedan länge lagstiftning om riksintressen. Det är ett etablerat sätt för staten att säkerställa att vissa riksintressen beaktas i faktiska beslut som fattas av kommuner (eller regioner). Regleringen av riksintressen har mekanismer för kontroll och konsekvenser, för det fall att staten bedömer att de kommunala besluten inte tagit tillräcklig hänsyn till riksintresset i fråga. Även om det finns olikheter mellan sektorer och utmaningar i tillämpningen av riksintressereglerna, så bedömer utredningen att den principiella utformningen kan överföras till de frågor som utredningen har att besvara.

I det följande fokuseras resonemangen på regionernas och kommunernas beslut om vårdinfrastruktur. I princip kan motsvarande analys göras för regionernas eller kommunernas beslutsfattande gällande andra beslut på hälso- och sjukvårdsområdet som har tydliga behov av nationell koordinering.

10.4 Investeringar i vårdinfrastruktur

Utredningen har i uppdrag att kartlägga och analysera investeringar i sjukhus. En hög andel av dagens vårdinfrastruktur byggdes på 1960- och 1970-talen. Många av dessa byggnader har nu nått en ålder där den tekniska livslängden gör ersättningsinvesteringar nödvändiga. Samtidigt medför utvecklingen inom hälso- och sjukvården ett förändrat behov av lokaler med om- och tillbyggnader som följd. Sammantaget innebär detta att investeringsbehoven i regionerna är stora. De senaste årens investeringar i regionerna har således varit höga. Omfattande investeringar i vårdbyggnader pågår och planeras att göras inom kommande år. Såsom beskrivs i tidigare kapitel saknas nationell koordinering av dessa investeringar.

Utredningen har i kontakter med regionerna, företrädare för patienter och professioner, statliga myndigheter och genom olika studier och rapporter kunnat identifierat ett antal olika utmaningar. Dels finns det frågor om vilka långsiktiga behov investeringarna behöver svara mot. Dels finns det frågor om genomförandet av investeringarna.

Utredningen har identifierat att många intressenter uppfattar det som oklart vilken strategisk riktning investeringarna ska stödja. Det är därmed otydligt hur dagens investeringar stödjer pågående omställningsarbete i vården, vilket även bekräftas i de två fördjupande studier som utredningen låtit genomföra, se bilaga (Winblad m.fl. samt Meijling). Utredningen har även identifierat en efterfrågan gällande tydligare vägledning från nationellt håll, som stödjer regionerna i det strategiska beslutfattandet på regional nivå.

Större byggnadsinvesteringar beskrivs som sällanhändelser i många av regionerna vilket medför utmaningar i såväl planering som genomförande. Här beskrivs ett behov av ökat erfarenhetsutbyte mellan projekt och regioner. Något som försvårar detta är de skillnader som finns mellan regionerna när det gäller organisation, processer, roller och terminologi.

10.4.1 Kostnaderna för vården ökar

Samtidigt som regionerna står inför stora investeringsbehov och det finns utmaningar i genomförandet är ekonomin ansträngd. Det kraftigt positiva resultatet i regionerna 2020 är en tillfällig effekt av statsbidrag kopplat till covid-19-pandemin i kombination med att viss

planerad vård ställts in. Under kommande år förväntas högre kostnader då denna så kallade vårdskuld ska tas om hand. Prognoser över den demografiska utvecklingen med en stigande försörjningskvot till följd av växande andel äldre i befolkningen pekar dessutom på ökade kostnader och en minskning av den relativa skattebasen i framtiden.

Hälso- och sjukvårdskostnaderna har ökat under lång tid (SKR, 2020f). Ökningstakten 2019 var 3,8 procent vilket är väsentligt lägre än den genomsnittliga årliga ökningen under perioden 2013 till 2018 som var 4,8 procent. Ökningen 2019 var störst i specialiserad somatisk vård med 4,6 procent, vilket också är väsentligt lägre än tidigare år. År 2018 var ökningen 6,5 procent och den genomsnittliga årliga ökningen 2013 till 2018 var 5,0 procent. Primärvårdens kostnader ökade med 3,6 procent under 2019 vilket även det är väsentligt lägre än genomsnittet 2013 till 2018 om 5,3 procent.

Det finns flera förklaringar till kostnadsökningen. Dels möjliggör den medicinska och tekniska utvecklingen behandling av allt fler tillstånd. Dels påverkar den växande och åldrande befolkningen totalkostnaden. Att kostnaderna för primärvården ökar är i linje med omställningen till nära vård. Kostnaderna för specialiserad somatisk vård fortsätter dock att öka i högre takt än vårdproduktionen. Enligt SKL (2019d) har produktiviteten fallit även sedan hänsyn tagits till att den vård som blir kvar inom slutenvården är mer komplicerad, som en effekt av att viss enklare vård flyttar ut till den öppna vården.

10.4.2 Investeringar i vårdinfrastruktur har stor systempåverkande effekt under lång tidsperiod

De långa tidsperspektiven i fastighetsinvesteringar och de korta perspektiven med en dynamisk utveckling av hälso- och sjukvården är en komplicerande faktor vid investeringsbeslut. I en av utredningens underlagsrapporter (Winblad m.fl., 2021) samt utredningens kontakter i övrigt har nödvändigheten av att bygga flexibelt för att ta höjd för kommande behov och en utveckling med allt mer och avancerad medicinteknisk utrustning framförts. Detta för att de lokaler som byggs eller byggs om i dag ska ge goda förutsättningar för en fortsatt utveckling av vården. Samtidigt kan konstateras att flexibilitet medför ökade kostnader (se bl.a. beskrivning av Nya Karolinska Solna, Johannesson och Smas, 2021).

Sjukhus, vårdcentraler, hälsorum och andra lokaler för vårdverksamhet utgör vissa ramar för vårdens utveckling. De lokaler där vården bedrivs kan ge förutsättningar för utveckling av vårdverksamheten och möjliggöra att ny medicinteknisk utrustning kan användas. På samma sätt finns det en risk att lokaler cementerar befintliga strukturer och hämmar utvecklingen om de inte är utformade så att nya möjligheter kan tas i anspråk.

Den totala summan av de investeringar som nu genomförs i regionerna är på en historiskt hög nivå. Den totala projektkostnaden för nu pågående och planerade investeringsprojekt i akutsjukhus inklusive universitetssjukhusen beräknas till 100 miljarder kronor. De årliga kostnaderna för investeringarna i vårdbyggnader och medicinteknisk utrustning uppgår till drygt 20 miljarder kronor.

En effekt av den höga investeringstakten är ett ökat externt finansieringsbehov i regionerna. Skuldsättningen har ökat från 55 till 73 miljarder kronor under de senaste fem åren. Utredningen har dock inte funnit något underlag som talar för att regionerna generellt sett upplever att finansieringen av investeringarna är problematisk.

Det är rimligt att anta att en ökad skuldsättning begränsar regionernas ekonomiska handlingsutrymme i framtiden. Det bör dock poängteras att skuldens fördelning mellan regionerna varierar. Det finns en handfull regioner utan externa skulder. Över 70 procent av regionernas samlade upplåning år 2019 kan hänföras till Region Stockholm. Denna andel minskar dock och antalet regioner utan externa skulder minskar till följd av att flera regioner nu genomför större investeringar i vårdinfrastruktur.

Kostnaden för investeringar i nya vårdbyggnader, utrustning och digital infrastruktur kan emellertid på lång sikt förväntas vara lägre än dess potentiella effekt på vårdverksamheten. Detta eftersom investeringarna ska stödja en verksamhet vars totalkostnad uppgår till över 500 miljarder kronor årligen varav regionerna står för 325 miljarder kronor. Utmaningen är att utforma investeringarna så att de stödjer omställningen i vården mot dels ökad koncentration av högspecialiserad vård, dels vidareutveckling och högre vårdproduktion i den nära vården så att effektivitetsvinster i form av förbättrad patientmiljö, kortare vårdtider och bättre arbetsmiljö för personalen realiseras.

Investeringar i infrastruktur för hälso- och sjukvården handlar således om stora belopp och investeringarna ska ge förutsättningar för hälso- och sjukvårdsverksamheten under många år. Med tanke på

hälso- och sjukvårdens komplexitet och det stora behovet av samverkan och samordning i olika frågor kan det uppstå betydande negativa effekter om nationella hänsyn inte tas när regionerna investerar i nya vårdbyggnader. Ytterst drabbar detta patienterna och försämrar förutsättningarna att nå målen om en god vård på lika villkor för hela befolkningen.

10.4.3 Infrastrukturens betydelse för hälso- och sjukvårdens resultat

Investeringar i vårdinfrastruktur är komplexa. De största satsningarna handlar om stora summor pengar och påverkar många människor. I kraft av deras storlek blir sådana satsningar viktiga ur andra politiska perspektiv, till exempel ur ett arbetsmarknadsperspektiv. De ska vara förenliga med ett antal regelverk både avseende vårdverksamheten och allmänna regler för byggnader. Därutöver behöver byggnaderna vara tillräckligt flexibla för att kunna stödja framtidens arbetssätt. Med ökad flexibilitet kompliceras och fördyras projekten. De långa tidsperspektiven komplicerar projekten ytterligare. Förändrade politiska mål eller teknisk utveckling kan medföra att gamla beslut behöver omprövas.

När byggnaden väl är byggd har vårdlokalernas utformning påverkan på patienterna och deras hälsa. Evidensbaserad kunskap och beprövad erfarenhet finns numera inte bara avseende vården, utan omfattar även byggnaders utformning. Kunskapen om arkitekturens betydelse som en del av en läkande miljö har etablerats internationellt under benämningen evidensbaserad design (EBD). Forskning inom området visar att byggnadens utformning kan bidra till att öka patientsäkerhet, förhindra infektionsspridning, minska tiden för behandling, minska medicinering och stress med mera (Se t.ex. Lawson, 2013 och CVA och PTS, 2011). Detta har haft stort genomslag internationellt vilket lett till att det i många länder krävs specialistkunskap inom området för att få planera och bygga sjukhus (CVA och PTS, 2011).

Exempel på forskningsresultat som visar på byggnadens betydelse för hälso- och sjukvårdens resultat är studier kring enpatientrum. Studier visar på kraftigt reducerad spridning av sjukhussjuka efter ombyggnad till exempel från intensivvård i flerbäddsrum till enkelrum (se till

exempel Walch m.fl., 2005).[2] Enpatientrum har även visat sig minska skadliga och kostsamma förflyttningar av patienter samt förbättra kommunikationen mellan personal och patienter (CVA och PTS, 2011). Andra forskningsresultat visar hur högre exponering för dagsljus kan minska upplevd smärta och intag av smärtstillande medicin (Teltsch m.fl., 2011).[3] Ett tredje exempel är att inslag av natur, exempelvis genom utblickar mot natur och grönska eller bilder och konst med naturmotiv, i studier visat sig minska upplevd smärta hos patienten (CVA och PTS, 2011). Byggnadens utformning har även visats ha effekt på behandlingstiden (Lawson och Phiri, 2013).[4]

Forskning visar att utformningen av byggnader även har betydelse för personalens effektivitet då till exempel planlösningar vid äldre vårdavdelningar innebär personalen tillbringar en stor del av sin tid (30 till 40 procent) gåendes mellan olika rum (Institute of Medicine, 2004 och Hendrich m.fl., 2008). Studierna visar att ineffektiviteten ökar trötthet och stress hos vårdpersonalen, och minskar den tillgängliga patienttiden. Därmed är byggnadernas utformning även en viktig arbetsmiljöfråga.

10.4.4 Behov av förbättrade planeringsförutsättningar och stöd i planerings- och genomförandeprocessen

Utredningen har som beskrivs i kapitel 8 identifierat två kluster av utmaningar kopplade till investeringar i vårdbyggnader. Det första rör oklara planeringsförutsättningar (behov 1); att det är svårt för huvudmännen att identifiera vilka behov investeringarna ska svara mot lokalt, regionalt och nationellt. Studien från Uppsala universitet (Winblad m.fl., 2021) visar att det är svårt för regionerna att veta i detalj hur nationella reformer till exempel utvecklingen av nära vård, påverkar vårdinfrastrukturinvesteringar. Det gäller behoven i dag och ännu mer avseende framtida behov. Detta kommer alltid att vara en utmaning givet den osäkerhet som präglar vårdens utveckling och som innebär

[2] En studie från McGill University Hospital i Montreal (Teltsch m.fl., 2011) visade att omställningen från 25-bädds intensivvårdsavdelning till enpatientrum medförde en reduktion i antal fall av C. difficile med 43 procent, MRSA med 46 procent och jästtillväxt med 51 procent.
[3] En studie fann t.ex. att patienter som genomgått kirurgi och tilldelats rum med stort insläpp av dagsljus tog 22 procent mindre smärtstillande läkemedel jämfört med liknande patienter som tilldelats rum på den skuggiga sidan av samma byggnad (Walch m.fl., 2005).
[4] Ett forskningsprojekt vid University of Sheffield finansierat av NHS fann att patienter påverkas av den arkitektoniska miljön i sjukhus och att behandlingstiden för patienter på medicinavdelning minskade med 21 procent.

att framtida behov är otydliga. Det andra klustret som utredningen har identifierat handlar om förutsättningarna för ett effektivt genomförande (behov 2).

Behov 1: förbättrade planeringsförutsättningar

Långsiktigt hållbar planering på hälso- och sjukvårdsområdet är en komplicerad process. Planeringsarbetet underlättas emellertid om förutsättningarna är tydliga.

Planering och beslut utifrån regionala intressen räcker inte till

Medan staten ansvarar för normgivning, tillsyn och viss finansiering är regioner och kommuner huvudmän för vårdverksamheten. För att svara upp mot framtidens utmaningar när det gäller vården har staten beslutat om två större reformer under senare tid: reformen om nationellt högspecialiserad vård och reformen om en god och nära vård.

Reformen av den högspecialiserade vården innebär att vissa avancerade behandlingar koncentreras till ett mindre antal platser i landet. Högspecialiserad vård kännetecknas av att den är avancerad, investeringstung och sällan förekommande.

Omställningen till en god och nära vård har beskrivits som ”ett nytt sätt att tänka” snarare än införande av en ny vårdnivå. En god och nära vård lägger större tonvikt vid annan vårdinfrastruktur än sjukhus, till exempel vårdcentraler, specialistmottagningar och mobila team.

Staten fastställer mål för hälso- och sjukvårdspolitiken, beslutar om nationella reformer för hälso- och sjukvårdens organisation och inriktning samt finansierar i viss utsträckning hälso- och sjukvården. Därutöver har staten åtaganden som påverkar möjligheten att utföra vård, både i dag och i framtiden. Utredningen har identifierat ett antal åtaganden på hälso- och sjukvårdsområdet som påverkas av och påverkar vilka infrastruktursatsningar som är ändamålsenliga. Utöver innehållet i hälso- och sjukvårdspolitiken handlar det om forskning och utbildning, kompetensförsörjning och beredskapsfrågor.

För att underlätta för regioner och kommuner att leva upp till sitt huvudmannaskap för vården bidrar staten med ekonomiska medel, dels i form av generella statsbidrag, dels i form av riktade bidrag för

att till exempel genomföra reformer eller korrigera oönskade effekter i form av långa väntetider i vården.

Beslut om investeringar behöver stödja omställningen. Därför behöver investeringar hanteras integrerat med vårdens innehåll. I takt med att vårdens innehåll ur ett strukturellt perspektiv får fler dimensioner av mellanregional och nationell karaktär behöver investeringar beakta sådana intressen, vilket det i dag saknas strukturer för.

Gapet mellan de behov och intressen som finns på en övergripande nivå och förutsättningarna för att beakta sådana behov och intressen på regional nivå är i dag alltför stort. Utvecklingen innebär att regionen som planeringsnivå inte räcker till. Detta konstateras återkommande när det gäller bland annat digital infrastruktur, jämlik vård samt högspecialiserad vård. Den nationella styrningen är trots det fortsatt svag.

Som beskrivs i detta betänkande har dessa brister påpekats i en rad utredningar det senaste decenniet. Ett mer sammanhållet system i olika former har efterfrågats och föreslagits för att öka systemeffektiviteten, men få förslag har genomförts.

Behov 2: genomförande kan underlättas genom förbättrat stöd i planerings- och genomförandeprocessen

Förbättrat stöd i planerings- och genomförandeprocessen kan svara mot det andra klustret av utmaningar som beskrivs i kapitel 8. Utredningen menar att de utmaningar och behov som tidigare har identifierats alltjämt är relevanta och även omfattar regionernas arbete med investeringar. I synnerhet gäller det iakttagelsen om att varje region själv får finna lösningar när det gäller infrastruktur, analyser, praktiska och tekniska lösningar och drift, utan andra verksamheter att ”låna” lösningar av.[5] Vid PTS Forum har det beskrivits som att ”hjulet uppfinns på flera ställen”. CVA och PTS framförde en liknande bild i en rapport avseende planeringsprocessen för vårdbyggnader redan 2011:

> Med SPRI:s nedläggning överfördes huvudansvaret för kunskapsutveckling och planering av vårdbyggnader till de enskilda landstingen. Dessa har utvecklat egna planeringsprocesser och verktyg och central samordning, ”benchmarking” och kunskapsutbyte saknas ofta. Vad som också saknas är systematisk hantering av forskningsbaserad kunskap.

[5] Se vidare SOU 2016:2.

Denna bild stämmer överens med behovet av mer processtöd och mer standardiserad vägledning som förmedlats till utredningen av regionsföreträdare, experter på vårdarkitektur och andra intressenter.

Det mest komplexa och kostsamma projektet – att bygga ett nytt sjukhus – kan vara en engångsföreteelse för såväl en politisk ledning som tjänstemän i en region. I och med att uppbyggd kunskap i dag inte tas till vara på ett systematiskt sätt och att det inte finns någon sammanhållen process för investeringar i hälso- och sjukvård uppfinns hjulet på flera ställen, om och om igen (PTS, 2016). Mot bakgrund av att flera regioner nu planerar och genomför stora investeringar, samt att det i många regioner handlar om sällanhändelser kan konsekvenserna bli stora.

Denna utmaning är inte lika beroende av en viss planeringsnivå utan relaterar mer till hur ändamålsenlig processtyrning och standardisering kan uppnås och vara till stöd i framtida investeringar. Här pekar problembilden mot att det i nuläget tycks finnas för svagt stöd och svag styrning i planerings- och genomförandeprocessen för att det ska kunna stödja arbetet på bästa sätt. Utredningen menar att detta behov i princip skulle kunna tillgodoses av regionala huvudmän i samverkan. Samtidigt konstaterar utredningen att systematisk kunskapsöverföring eller mer utvecklad samverkan inte förekommer i dag, trots att kunskapen om bristerna funnits under lång tid och att utvecklingsinitiativ tagits.

Sverige är inte ensamt om dessa utmaningar. Såsom beskrivs i den internationella utblicken (kapitel 9) finns liknande utmaningar i andra jämförbara länder. Ett exempel är Norge, där man efter flera negativa erfarenheter av stora investeringsprojekt – i form av stora kostnadsökningar, förseningar och projekt som givit en begränsad samhällsnytta – byggt upp en omfattande stödstruktur. Ett annat exempel är Finland där regeringen kan stoppa regionala projekt.

10.5 Hamnar pengarna rätt?

10.5.1 Stuprör motverkar en samhällsekonomiskt effektiv resursallokering

Kostnaderna för hälso- och sjukvården uppgick 2019 till 526 miljarder kronor. Samhällskostnaden för ohälsa är emellertid avsevärt högre till följd av kostnader för patienter och anhöriga och det pro-

duktionsbortfall i ekonomin som sjukdom medför. Som beskrivs ovan kan den totala samhällskostnaden för ohälsa baserat på tidigare beräkningar uppskattas till i storleksordningen 25 procent av BNP vilket för 2019 är drygt 1 200 miljarder kronor.

De stora summor som hälso- och sjukvården omfattar understryker behovet av ökad koordinering och hänsyn till nationella behov vid investeringar, eftersom dessa sätter ramarna för hälso- och sjukvården för lång tid framöver. Goda planeringsförutsättningar för huvudmännen för hälso- och sjukvården är viktigt för att uppnå en samhällsekonomiskt effektiv resursallokering i hälso- och sjukvården. Detta är särskilt betydelsefullt vid beslut som är systempåverkande och vars effekter påverkar förutsättningarna för hälso- och sjukvården under lång tid. Investeringar i vårdinfrastruktur är exempel på denna typ av beslut.

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet präglas av sin decentraliserade struktur där 21 regioner och 290 kommuner har ansvar för hälso- och sjukvården. Staten har ett övergripande systemansvar, vilket inkluderar normering och tillsyn, kunskapsstöd och ekonomiska bidrag. Detta skapar en komplex situation som utmanar en samhällsekonomiskt effektiv allokering av resurser i hälso- och sjukvårdssystemet.

10.5.2 Investeringar i vårdbyggnader och planering av hälso- och sjukvårdsverksamhet går inte i takt

Hälso- och sjukvården beskrivs ibland som den mest komplexa tjänsteverksamheten av alla. Den snabba förändringstakten och den pågående strukturomvandlingen tillför en dynamik som även innebär hög komplexitet på systemnivå. Investeringar, som ska stödja hälso- och sjukvården inklusive den påbörjade omställningen, kräver långa planeringshorisonter vilket innebär ytterligare utmaningar.

Investeringar i vårdbyggnader behöver planeras integrerat med inriktningen av vården för att säkerställa att investeringarna stödjer omställningen. Vikten av detta har framhållits återkommande av regionrepresentanter och andra intressenter som utredningen varit i kontakt med. Denna koppling är viktig inte minst givet vårdinfrastrukturens potential att möjliggöra eller hämma utvecklingen inom hälso- och sjukvården.

För att det ska ske integrerat krävs att investeringarna planeras på samma organisatoriska nivå som reformarbetet kring vårdens innehåll, men i dag görs det på olika nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet. Utredningen menar att gapet mellan nivåerna är alltför stort.

10.5.3 Områden där det finns nationella intressen som behöver beaktas av regioner och kommuner

En förutsättning för att framtidens hälso- och sjukvård ska kunna möta befolkningens behov och uppnå lagstiftningens övergripande mål om god vård på lika villkor för hela befolkningen är att relevanta intressen, beaktas. Det gäller inte bara regionala och lokala intressen, utan även nationella. Nedan följer en översikt av angelägna områden utifrån utredningens uppdrag, där det finns nationella intressen och förväntningar från statens sida att dessa intressen beaktas av kommuner och regioner.

Beredskap

Covid-19-pandemin har blottlagt vissa brister i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Flera har uppmärksammat behovet av tydligare statlig styrning på hälso- och sjukvårdsområdet, bland annat gällande krisberedskap.

Men beredskapsfrågorna hade redan innan pandemin fått ökad uppmärksamhet. Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap och Utredningen om civilt försvar tillsattes 2018. Den förstnämnda har hittills lämnat två delbetänkanden (SOU 2020:23 och SOU 2021:19) vari det senare lägger stor vikt vid tillgången till läkemedel och andra sjukvårdsprodukter.

Utredningen om civilt försvar (SOU 2021:25) lämnade sitt slutbetänkande under våren 2021. Utredningen föreslog att beredskapssektorn hälsa, vård om omsorg ska inrättas. Den ska enligt förslaget bestå av Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket och E-hälsomyndigheten. Därutöver föreslog man att kommuner och regioner ska rapportera till lämplig myndighet vilka förberedelser som gjorts för krissituationer. Som exempel nämner utredningen att regioner ska rapportera tidiga planer på nya akutsjukhus där beredskapsaspekter behöver beaktas tidigt i olika processer.

Covid-19-pandemin har prövat samhällets förmåga att hantera plötsliga kriser. Det är ännu för tidigt att dra säkra slutsatser om hanteringen av den, men det kan konstateras att det finns samband mellan krisberedskap och vårdinfrastrukturens utformning.

I linje med vad som framförts av utredningen om civilt försvar menar utredningen att beredskapsperspektivet behöver beaktas vid investeringar i infrastruktur för hälso- och sjukvården. I dag finns en vägledning avseende skydd och funktionssäkerhet i sjukhusbyggnader, Den robusta sjukhusbyggnaden, som utarbetas av MSB. Det har även inom ramen för SKR:s arbete med beredskapsfrågor efterfrågats motsvarande vägledningar gällande primärvårdens fastigheter och kommunernas omsorgsverksamhet. Vägledningarna utgår från att alla vårdbyggnader inte behöver ha samma robusthet. Det är respektive regions planering och organisation för krisberedskap som ligger till grund för vilken grad av robusthet som väljs.

Alla regioner ska enligt HSL ha en katastrofmedicinsk beredskapsplan som beskriver hur hälso- och sjukvården ska organiseras vid en särskild händelse. Socialstyrelsen ger ut föreskrifter på området, men det finns ingen övergripande katastrofmedicinsk beredskapsplan på nationell nivå. Det finns inte heller några krav på vilken katastrofmedicinsk kapacitet som regionerna behöver bygga upp. Erfarenheterna från covid-19-pandemin visar på behovet av att under längre tid kunna öka kapaciteten i vården och på begränsningar i befintliga vårdbyggnader. Under pandemin ökades antalet IVA-platser dels inom ramen för befintliga vårdbyggnader, dels genom att Försvarsmakten bistod i uppbyggnaden av två fältsjukhus. Så vitt utredningen erfar är en erfarenhet av detta att flexibla lokaler som ger möjlighet att växla upp hälso- och sjukvårdsverksamheten en framgångsfaktor. Det ger möjlighet till resurseffektiv användning. Tillgång till personal är ofta en kritisk faktor som blir än mer kritisk om den är utspridd i flera olika lokaler.

Avsaknaden av samordnad nationell planering innebär att regionerna själva, utan närmare vägledning från staten, avgör vilken robusthet i vårdbyggnader och vilken katastrofmedicinsk förmåga som byggs upp i respektive region. Det resulterar i att förmågan i kris varierar mellan regionerna. Detta trots att intresset för att bygga upp kapaciteten för sådana situationer är stort. Utredningens bedömning är att det behövs mer av nationell samsyn och planering på dessa områden. Vidare behöver denna planering integreras med ordinarie planering

för hälso- och sjukvårdens kapacitet så att beredskapsbehoven kan förenas med andra intressen som följer av målsättningarna för hälso- och sjukvården i termer av till exempel nära vård och arkitektonisk utformning för läkande miljöer.

Kompetensförsörjning

Kompetensförsörjningen är en av vårdens stora utmaningar. Det råder brist på utbildad personal inom flera vårdyrken i dag och bedömningen är att det fram till 2035 fortsatt kommer att vara brist eller stor brist.

Den demografiska utvecklingen med en relativt större andel äldre innebär allt annat lika att en allt större andel av arbetskraften behöver arbeta i vården. För att undvika en ohållbar arbetssituation för personalen behöver de investeringar som genomförs i vårdlokaler och utrustning i största möjliga mån underlätta för vårdpersonalen att genomföra sitt uppdrag på ett effektivt sätt. Detta eftersom lokalerna påverkar personalens arbetssituation, hur många patienter vårdpersonalen kan vårda, hur väl olika arbetssätt fungerar och andra förutsättningar för vårdpersonalen att vårda patienterna. Forskning visar att byggnaders utformning har stor betydelse för personalens effektivitet. Ett exempel är att äldre vårdavdelningar ofta har planlösningar som kräver att personalen tillbringar en stor del av sin tid (30 till 40 procent) gående mellan olika rum (Institute of Medicine, 2004; Hendrich m.fl., 2008). Ineffektiviteten ökar trötthet och stress hos vårdpersonalen, minskar arbetstillfredsställelsen samt den tillgängliga patienttiden (ibid.). Därmed är byggnadernas utformning även en viktig arbetsmiljöfråga.

Kompetensförsörjningen innebär också en utmaning för förmågan att tillhandahålla patientsäker vård. Socialstyrelsen slår i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024 fast att en grundläggande förutsättning för säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kunskap och kompetens.

Kompetensförsörjningen har av vissa intressenter till utredningen lyfts fram som en viktig fråga vid planering av investeringar i vårdbyggnader. Prognoserna över den framtida bristsituationen innebär att regionerna behöver förbereda sig på en situation där relativt färre vårdpersonal kommer att behöva utföra mer vård. Den framtida vårdinfrastrukturen behöver vara anpassad till en sådan situation. I annat

fall finns det en risk att en del av de moderna vårdplatser regionerna nu investerar i av patientsäkerhetsskäl kommer att stå tomma.

Utredningen har mottagit ett gemensamt yttrande från de medicinska fakulteterna i Sverige. I yttrandet framhålls att kompetensförsörjningen är en komplex fråga som förutsätter samarbete mellan olika nivåer och huvudmän. Studenter och VFU-platser (verksamhetsförlagd utbildning) är viktiga för kompetensförsörjningen, men, menar dekanerna vid de medicinska fakulteterna, de glöms ibland bort vid ny-, om- eller tillbyggnad samt renovering av sjukhusmiljöer. Hänsyn till de behov VFU-studenter har för sin utbildning är viktigt för den långsiktiga kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården, menar dekanerna i yttrandet.

Det är utredningens bedömning att denna utveckling främst bör hanteras genom systemsyn vid vårdinfrastrukturinvesteringar där gemensamma överväganden görs kring hur en effektiv vårdinfrastruktur byggs för att skapa en uthållig, patientsäker och personaleffektiv hälso- och sjukvård.

Nationella reformer

Staten har det övergripande ansvaret för lagstiftning och annan normering på hälso- och sjukvårdsområdet. Det tar sig uttryck i hälso- och sjukvårdslagen, men också i ett stort antal författningar med mer detaljerade bestämmelser.

På senare år har nationella reformer som medför en förändrad struktur i hälso- och sjukvårdssystemet initierats. De tydligaste reformspåren är omställningen mot en god och nära vård samt ökad koncentration av högspecialiserad vård. Ett tredje reformspår är åtgärder för ökat patientfokus. Två övergripande mål med reformerna är ökad effektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet och ökad kvalitet för patienten.

Koncentration av högspecialiserad vård där patienten får avancerad behandling som bara utförs på ett fåtal platser i landet innebär inte sällan fortsatt vård på ett mindre sjukhus närmare hemmet. Trenden är även att patienternas tid på sjukhus förkortas, att allt mer avancerad sjukvård bedrivs utanför sjukhus. Utvecklingen av den nära vården där allt fler tillstånd kan behandlas närmare patienten i regional eller kommunal regi påverkar vilka behov framtidens vårdlokaler behöver möta. Utvecklingen med en större geografisk rörlighet för patien-

ter kräver en sammanhängande vårdinfrastruktur, fysisk och digital, som stödjer hela vårdförloppet.

Hälso- och sjukvårdens behov av vårdbyggnader och deras utformning kommer att påverkas av denna utveckling. Exakt *hur* behovet kommer att påverkas är emellertid svårt att fastslå med säkerhet. Denna utmaning bekräftas av CVA (2021) och i underlagsrapporterna som utredningen låtit göra (se bilagor). Vi kan utgå ifrån att denna osäkerhet kommer att bidra ytterligare till komplexiteten i att utforma nya vårdbyggnader som kan dra nytta av den framtida utvecklingen. Underlagsrapporterna visar också att huvudmännen i flera fall har försökt ta höjd för osäkerheten om vilka möjligheter som kommer att finnas i framtiden genom att bygga flexibla byggnader som kan anpassas till nya krav.

Regeringens ambitioner på life science-området är också ett uttryck för reformbehov som förutsätter nationell styrning och samordning. Precisionsmedicin skapar stora möjligheter till bättre behandlingar, och kommer, enligt en utredning från Vårdanalys, sannolikt att påverka hela vårdsystemet i framtiden. För att detta ska förverkligas krävs såväl internationell som nationell samverkan, och för Sveriges del bland annat en nationellt sammanhållen infrastruktur för hälsodata som bygger på nationella standarder. Genomförandet av precisionsmedicin förutsätter ett sammanhållet och personcentrerat system, hela vägen från den mest avancerade vården till den nära vården, oberoende av geografiska och administrativa gränser.

För att bättre kunna möta de utmaningar och ta till vara de möjligheter som utvecklingen inom vården medför kan det inte uteslutas att staten i framtiden behöver ta ett större ansvar för riktlinjer om befolkningsunderlag och placering av sjukhus, i synnerhet akutsjukhus, ungefär som man på olika sätt har gjort i våra grannländer (se kapitel 9).

Forskning och utbildning

Det finns ett ömsesidigt beroende mellan utbildning och forskning och hälso- och sjukvården. Såväl utbildning av personal med medicinsk kompetens som en stor del av den medicinska och kliniska forskningen är beroende av att vara integrerad med hälso- och sjukvården. Samtidigt är tillgången till utbildad personal en förutsättning för att hälso- och sjukvården ska klara kompetensförsörjningen och den

medicinska forskningen en förutsättning för fortsatt utveckling av hälso- och sjukvården. Till detta kommer de senaste årens medicinska utveckling till exempel inom området precisionsmedicin som innebär att sjukvården behöver tillgång till resurser inom forskningen i form av apparatur, datorkraft och kompetens för att utföra nödvändiga patientspecifika analyser vid utformningen av en behandling.

De medicinska fakulteterna har i ett yttrande till utredningen framfört att regionerna behöver samverka mer med universiteten inför stora investeringsbeslut tidigt i planeringsprocessen oavsett vilka stora investeringar som planeras samt att konsekvenserna för klinisk forskning och utbildning behöver analyseras vid beslut om investeringar i vårdinfrastruktur.

Enligt SCB:s prognoser över befolkningsutvecklingen och arbetskraftsbehoven inom hälso- och sjukvården krävs det år 2035 ytterligare 12 000 sjuksköterskor och 7 600 specialistsjuksköterskor. För att uppnå det krävs enligt Universitetskanslersämbetet att utbildningen av specialistsjuksköterskor kan ökas med 900 platser per år. Gällande läkare är behovet år 2035 ytterligare 11 000, vilket kräver att läkarutbildningen utökas med 500 platser per år om behoven ska kunna täckas med inhemskt utbildade läkare.

Dessa utbildningar förutsätter verksamhetsförlagda utbildningsplatser (VFU) i hälso- och sjukvården, se även ovan gällande kompetensförsörjning. I flera regioner är det redan i dag brist på VFU-platser. Två tredjedelar av lärosätena pekar i sina årsredovisningar ut bristen på VFU-platser som ett hinder för att expandera utbildningar där det finns behov av ytterligare arbetskraft och studentunderlag. I dialoger med lärosäten har det till utredningen framförts att det krävs planering och anpassning för VFU-platser. En grundläggande förutsättning är att patientgrupperna i vårdverksamheten är tillräckliga i utbildningshänseende. Utrymmen behöver dimensioneras med hänsyn till att studenter finns i verksamheten. Det kan gälla omklädningsrum, att mottagningsrum även har plats för studenten utöver patienten och vårdpersonalen. Andra exempel är utrymmen för handledning där aktuella fall kan diskuteras. Utöver detta krävs handledarresurser i vården. Utmaningen med VFU-platser omfattar således såväl hälso- och sjukvårdens organisation, personalfrågor som lokalfrågor.

Vid genomförande av strukturförändringar i hälso- och sjukvårdssystemet är det nödvändigt att beakta effekter på utbildning och forskning. Ett exempel som illustrerar detta är de förändringar som

genomfördes i projektet Nya Karolinska Solna (se till exempel Grafström m.fl. red. 2021). Koncentrationen av högspecialiserad vård med mindre patientgrupper påverkade förutsättningarna för utbildning av ny personal.

Digital infrastruktur

Ett stort antal intressenter utredningen har varit i kontakt med har framfört behovet av bättre digitala verktyg och system. Möjligheterna att förbättra förutsättningarna för vården tack vare digitala verktyg och system är stora och handlar till exempel om att göra vården mer tillgänglig för patienten och hantering av journaldata samt uppföljning av vårdresultat.

Digitala lösningar förväntas få effekter på behovet av vård i fysiska lokaler. Utvecklingen av digitala verktyg och system som stödjer vårdinsatser måste därför beaktas vid planering av hälso- och sjukvårdens framtida lokalbehov.

Med beaktande av pågående reformer bedömer utredningen att digitala verktyg och system som stödjer effektiv kommunikation mellan olika organisatoriska enheter i hälso- och sjukvården är en viktig förutsättning. Ett aktuellt exempel är digitala journalsystem där regioner valt olika system, och använder olika standarder och begrepp, vilket försvårar kommunikation mellan vårdgivare. Intressenter som utredningen har varit i kontakt med menar att dagens situation är otillfredsställande och att det behövs ökad nationell styrning för att ta fram en gemensam standard för att säkerställa interoperabilitet mellan system och effektiv kommunikation och interaktion mellan vårdgivare.

Digital infrastruktur påverkar hälso- och sjukvårdssystemets förmåga i såväl normalt läge som i kris. Avsaknad av gemensam standard som säkerställer att de olika digitala lösningar som valts i regionerna kan kommunicera med varandra medför problem att snabbt samla in information på nationell nivå. Ett exempel under covid-19-pandemin är att om en gemensam standard för laboratorieinformation varit implementerad i regionerna hade realtidsinformation om infektioner i covid-19 kunnat finnas tillgänglig och inrapporteringsfördröjning hade inte varit något problem.

En gemensam digital infrastruktur ger också förutsättningar att effektivt samla in hälsodata som produceras inom olika delar av vården och omsorgen. Digitaliserade hälsodata har stor potential att bidra till en säkrare vård, ökad tillgänglighet och ökad patientautonomi (se till exempel smer.se/teman/halsodata/). Det är också en förutsättning för precisionsmedicin, se ovan. Sammanhållna journaler som ger tillgång till patientdata från alla berörda vårdgivare kan påverka patientsäkerheten i positiv riktning. Analyser av data från stora mängder individer kan ha betydelse för exempelvis förebyggande insatser, diagnostik eller behandling. Denna typ av analyser bedöms få en central roll för framtida metodutveckling och kvalitetssäkring inom vården. Möjligheter skapas också för en mer individbaserad vård, där behandlingen utformas efter patientens specifika förutsättningar. En grundläggande förutsättning för denna typ av utvecklingsarbete är en gemensam digital infrastruktur för hela hälso- och sjukvården.

Relaterat till frågor om digital infrastruktur är frågor om informationssäkerhet, cybersäkerhet och digital suveränitet. Det är utmanande områden som ställer mycket höga krav på informationshanteringen på alla nivåer. Exempelvis rör det vilka aktörer som kan ges tillgång till patienters hälsodata och på vilka grunder som hälsodata får användas. Detta har bland annat diskuterats i relation till privata aktörer och privata vårdgivare med utländskt ägarskap. Utredningen går inte närmare in på dessa frågeställningar, men konstaterar att digital infrastruktur är av starkt nationellt intresse.

10.5.4 Det samhällsekonomiska perspektivet är inte tydligt

Utredningen konstaterar att det finns ett antal nationella intressen som i dag inte har någon tydligt reglerad koppling till de investeringar i vårdinfrastruktur som görs. En observation är att investeringar i regel inte varit en del av det nationella reformarbetet för framtidens hälso- och sjukvård.

I tidigare avsnitt konstateras att den regionala beslutsnivån inte räcker till när det gäller investeringar i infrastruktur för framtidens hälso- och sjukvård. Beslutsstrukturer som inte är utformade för att beakta alla relevanta perspektiv innebär att risken ökar för att investeringar i stället för att stödja den framtida vården hindrar eller hämmar effektiva metoder inom hälso- och sjukvården.

Av kapitel 5 framgår att staten fram till 1990-talet tog ett stort ansvar i fråga om nya vårdbyggnader, först i form av tillståndsprövning och senare i form av planering, stöd och styrning. Att döma av hälso- och sjukvårdslagens förarbeten har behovet av samverkan mellan staten och regionerna i fastighetsfrågor emellertid bedömts mindre betydelsefullt i takt med att investeringarna avtagit till lägre nivåer under 1980- och 90-talen.

I stället har lagstiftaren prioriterat decentralisering, där regionerna i ökad utsträckning tar ansvar för att utföra hälso- och sjukvården. Från statens sida har det tagit sig uttryck i styrning via ramlagar och mål- och resultatstyrning.

Hälso- och sjukvårdssystemets ökade komplexitet, befolkningens behov och förväntningar samt nuvarande förhållanden där insatser från samhället kommer från olika håll har emellertid blottlagt behovet av ökad systemsyn och ett helhetsperspektiv. Det gäller inte minst vid investeringar i vårdinfrastruktur som kan förutsättas vara styrande för hälso- och sjukvårdens utförande under kommande decennier.

Under utredningsarbetet har flera företrädare från såväl regioner som statliga myndigheter framfört att kopplingen mellan å ena sidan hälso- och sjukvårdsverksamheten som utförs i kommuner och regioner och, å andra sidan, statens olika ambitioner och åtaganden är för svag.

Utredningen har fört dialog med företrädare för vårdens professioner samt patientrepresentanter. I dialog med dessa organisationer har problembeskrivningen preciserats, utifrån deras respektive perspektiv. Det sammantagna intrycket är att det finns ett alltför stort gap mellan de nationella målbestämmelserna och de regionala besluten. Det orsakar ineffektivitet och bidrar till sämre förutsättningar för vårdens professioner att agera utifrån det yrkesmässiga mandatet. Ytterst drabbar sådana brister i styrkedjan patienterna.

Såsom beskrivs i detta betänkande tillämpas ofta det som Riksrevisionen benämner otraditionella styrmedel på hälso- och sjukvårdsområdet. Tidigare utredningar har framfört behovet av ökad samverkan, både mellan regionerna sinsemellan, och mellan staten och regionerna. I utredningsarbetet har det framkommit att den senare typen av samverkan, mellan staten och regionerna, är svag och ofta saknar konkretion och långsiktig hållbarhet.

10.5.5 Samhällskostnaden för bristande helhetsperspektiv är potentiellt stor

Det faktum att investeringar planeras och beslutas regionalt samt att de inte explicit behandlats inom ramen för nationella reformer som nationellt högspecialiserad vård eller god och nära vård innebär sammantaget att det är omöjligt att besvara frågan om de investeringar som nu planeras eller genomförs stödjer den pågående strukturomvandlingen av vården och om de skapar goda förutsättningar för utvecklingen av framtidens vård. Utredningen kan konstatera att utmaningarna i samband med investeringar är stora och att det i regionerna finns uttalade behov av såväl förbättrade planeringsförutsättningar som stöd för ett effektivt genomförande. Utredningens bedömning är att regionerna utifrån rådande förutsättningar försöker hantera de utmaningar som kan identifieras. I en av utredningens underlagsrapporter framhålls att det är svårt för regionerna att överblicka hur investeringar motsvarar befolkningens framtida behov av hälso- och sjukvård. Utredningen konstaterar att det saknas formella processer för att tillgodose nationella intressen i infrastruktursatsningar för framtidens hälso- och sjukvård.

Att hantera den utmaning som kompetensförsörjningen utgör kommer att vara centralt för hälso- och sjukvårdens kapacitet under kommande decennier. Som framgår ovan har byggnaderna och dess utformning visat sig ha betydelse för detta till exempel gällande vårdtider samt vårdpersonalens arbetsförhållanden och effektivitet.

Ytterst är kompetensförsörjningen en patientsäkerhetsfråga. Samhällets förmåga att möta behovet av vårdpersonal kommer att vara styrande för hur många vårdplatser som kommer att finnas. Ur detta perspektiv är det centralt att vårdbyggnadsfrågan hanteras ur ett systemperspektiv så att den nya vårdinfrastruktur som nu planeras möjliggör ökad effektivitet och en patientsäker vård. Under utredningens arbete har frågetecken uppkommit angående den regionala nivåns förmåga att säkerställa att detta sker. Konsekvenserna av en suboptimal vårdinfrastruktur riskerar att bli stora. Beslut om framtidens vårdinfrastruktur behöver därför fattas ur ett helhetsperspektiv, där samtliga relevanta samhällsintressen beaktas.

Vikten av tillgång till personal med adekvat kompetens för att säkerställa patientsäkerhet i vården framhålls av Socialstyrelsen (2020). För att få en uppfattning om vilka värden som står på spel kan vi

hämta ett exempel från kostnaderna för vårdskador. Det vill säga skador som hade kunna undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården (1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659)). Vårdskadorna minskar långsamt i sjukhusvården enligt Socialstyrelsen (2021). Andelen vårdtillfällen med vårdskada 2019 var 7,1 procent, motsvarande siffra för år 2013 var 8,7 procent. Vårdskadorna ökar den genomsnittliga behandlingstiden per vårdtillfälle med 7,1 dagar till en totalkostnad om 7 till 8 miljarder kronor för det ökade antalet vårddagar. Det finns så vitt känt för utredningen inte någon aktuell beräkning av samhällskostnaden för vårdskador, det vill säga direkta sjukvårdskostnader och indirekta kostnader för patienter och anhöriga samt produktionsbortfallet i ekonomin. För att göra en uppskattning antar vi att kostnaderna för vårdskador fördelar sig på samma sätt som totalkostnaderna för ohälsa, som diskuterats ovan i kapitlet. Det skulle innebära att samhällskostnaden kan uppskattas till i storleksordningen 18 till 20 miljarder kronor per år (relationen mellan direkta vårdkostnader och indirekta kostnader 40 procent mot 60).

Om brister i kompetensförsörjningen skulle leda till att vårdskadorna ökar igen uppstår stora kostnader i såväl vården som för samhället som helhet. Antag att vårdskadorna stiger till nivån för år 2013, det vill säga med 1,6 procentenheter. SKR (2013) beräknade kostnaden till nära 11,5 miljarder kronor för den längre vårdtid som vårdskadorna år 2013 medförde. Det innebär en uppskattad ökning av samhällskostnaden om 8 till 10 miljarder kronor per år. Det här är en grov uppskattning men det visar att små skillnader i vårdutfall får stora samhällsekonomiska konsekvenser.

Utredningens bedömning är att de potentiellt stora värden som står på spel, både mänskliga och ekonomiska, motiverar insatser för att säkerställa systemperspektiv och att alla relevanta samhällsekonomiska aspekter vägs in i beslut om investeringar i vårdinfrastruktur.

10.5.6 Det finns intressen som behöver beaktas vid investeringar i infrastruktur för hälso- och sjukvården

I avsaknad av strukturer för att säkerställa systemperspektiv inom hälso- och sjukvården har utredningen tagit intryck från lagstiftning gällande riksintressen. Begreppet ”riksintresse” som sådant definieras inte i rättskällorna (SOU 2015:99, s. 270), men konstruktionen är

inte främmande för hälso- och sjukvårdsområdet: Utredningen beskriver i tidigare kapitel hur man tidigare använt begrepp som ”rikssjukvård” och ”riksplaner” inom hälso- och sjukvårdsområdet. De befintliga riksintresseområdena förutsätts ha sådana kvaliteter att de är av intresse för hela riket och att skyddsvärdet anses vara så pass tydligt att gemene man kan förstå dess betydelse. Begreppet riksintresse understryker därför att all planering gällande infrastruktur för hälso- och sjukvården måste ske med hänsyn till intressen som är gemensamma för hela landet.

I dag kommer riksintresset främst till uttryck i regler för hushållningen med mark- och vattenområden (3 och 4 kap. miljöbalken [1998:808]). Mark- och vattenområden som har stor betydelse i ett nationellt perspektiv kan pekas ut som områden av riksintresse.

Enligt regelverket om riksintressen i miljöbalken ska Boverket samordna de olika myndigheternas arbete med underlag för tillämpningen av reglerna för riksintressen. Boverket ska även ha allmän uppsikt över hushållningen med mark- och vattenområden medan respektive länsstyrelse ska ha uppsikt över hushållningen med sådana områden inom länet.

I dagsläget är det 12 myndigheter (utöver Boverket och länsstyrelserna) som har särskilt ansvar för att bidra med uppgifter gällande riksintressen inom sina respektive arbetsfält.[6]

Riksintresseutredningen konstaterade att innan de så kallade hushållningsbestämmelserna som reglerade riksintresset på miljöområdet infördes 1987 dominerade ofta det kommunala (inbegripet det regionala) initiativet i planeringen för att tillgodose behovet av bland annat bostäder, kommunikationer och arbetsplatser. I dag möts behovet av bostäder etc. på mer marknadsmässiga grunder, vilket förstärker behovet av ett regelsystem som säkerställer att viktiga samhällsintressen tas till vara i planeringen (SOU 2015:99, s. 423).

Utredningen menar att det finns intressen som är att betraktas som riksintressen inom hälso- och sjukvården och som behöver beaktas av kommuner och regioner i beslut om vårdinfrastruktur, för att säkerställa att vårdinfrastrukturen ger förutsättningar för att uppnå

[6] Förordning (1998:896) om hushållning med mark- och vattenområden. Myndigheterna är Sametinget, Havs- och vattenmyndigheten, Naturvårdsverket, Riksantikvarieämbetet, Sveriges geologiska undersökning, Tillväxtverket, Statens energimyndighet, Strålsäkerhetsmyndigheten, Trafikverket, Post- och telestyrelsen, Försvarsmakten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

det övergripande målet i hälso- och sjukvårdslagen om god vård på lika villkor för hela befolkningen.

10.6 Hållbara investeringar för framtidens hälso- och sjukvård

10.6.1 Allmänna överväganden

Utredningens bedömning: Sjukhusinvesteringar är systempåverkande för hälso- och sjukvården och behöver tillsammans med övrig vårdinfrastruktur behandlas ur ett helhetsperspektiv. Nationella intressen som har betydelse för vårdinfrastrukturens förmåga att svara mot befolkningens behov av och förväntningar på framtidens hälso- och sjukvård behöver beaktas i beslut som påverkar vårdinfrastruktur, tillsammans med lokala och regionala intressen. Det är i dagsläget otydligt hur nationella intressen ska beaktas i dessa beslut.

Utredningens uppdrag är att genom kartläggning och analys utreda hur pågående och planerade investeringsprojekt i sjukhus förhåller sig till den pågående utvecklingen av hälso- och sjukvården på nationell nivå. Syftet är att bidra till bättre förutsättningar för hälso- och sjukvårdens huvudmän och regeringen att fatta strategiska beslut om hälso- och sjukvård som svarar mot befolkningens behov av och förväntningar på framtidens hälso- och sjukvård ur ett nationellt perspektiv. Utredningen ska vidare analysera eventuella behov av samverkan för att bidra till den nationella utvecklingen av hälso- och sjukvårdsområdet och överväga om någon statlig aktör bör ha ett samordnande uppdrag.

I kartläggningen har utredningen lagt särskilt fokus på investeringar i sjukhus. Det är emellertid utredningens bedömning att investeringar måste sättas in i sitt sammanhang. Därvid krävs ett helhetsperspektiv på hälso- och sjukvården, och att frågor om styrning, pågående strukturomvandling och utmaningar beaktas.

Investeringar bör analyseras ur ett systemperspektiv där de olika investeringsprojekt som genomförs i regionerna ska bidra till en nationell helhet med förutsättningar för en vård på lika villkor för hela befolkningen såsom framgår av hälso- och sjukvårdslagen. Det behövs

nationell samsyn och att en rad olika intressen vägs och hanteras för att hälso- och sjukvårdens ska kunna möta befolkningens behov på kort och lång sikt. Systemperspektivet innebär vidare att fokus bör riktas mot vårdinfrastruktur i stort, inte enbart mot sjukhusen. I takt med att allt mer vård kan (och kommer att) ges utanför sjukhusen bör fler typer av byggnader beaktas, till exempel särskilda boenden för äldre. Vidare behöver byggnadernas funktion beaktas, såsom exempelvis förutsättningar för medicinteknisk utrustning och digital infrastruktur. Systemperspektivet innebär därmed att olika typer av investeringar som tillsammans utgör vårdinfrastruktur bör hanteras ur ett helhetsperspektiv.

Utredningen kan konstatera att det saknas nationell överblick över pågående investeringar i vårdinfrastruktur och hur dessa bidrar till hälso- och sjukvården som helhet. Det som kan utläsas av tillgängliga data från SCB och SKR är att regionernas investeringar är på en historiskt hög nivå och att en stor del av de investeringar som planeras och genomförs för vården omfattar sjukhusbyggnader. Avsaknaden av nationell överblick framgår av att kopplingen mellan planerade investeringar och pågående strukturomvandling av hälso- och sjukvården är svag, vilket visats såväl i utredningens analys som i andra rapporter på området (se till exempel CVA, 2021, Winblad m.fl., 2021 och Meijling, 2021).

Utredningens bedömning är att vårdinfrastrukturen, byggnader och lokaler inklusive utrustning och digital infrastruktur är systempåverkande. Infrastrukturen är dimensionerande för hälso- och sjukvårdssystemets kapacitet som helhet och påverkar förutsättningarna för den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvården. Pågående strukturomvandling i vården, såsom utveckling av den nära vården, högspecialiserad vård och digitalisering, påverkar och kommer att påverka lokalbehoven i såväl regioner som kommuner. Trots detta har lokalfrågorna kommit i skymundan. I dagsläget finns det inget svar på frågan om hur pågående sjukhusinvesteringar stödjer omställningen till nära vård och koncentrationen av högspecialiserad vård.

I den vårdinfrastruktur som uppförs i dag ska vård bedrivas under flera decennier framåt. När ett sjukhus eller en annan vårdlokal byggs påverkas således ramarna för sjukvården i regionen för lång tid framöver. Även ramarna för närliggande regioner och för riket i stort kan påverkas.

Större infrastruktursatsningar på hälso- och sjukvårdsområdet är typiskt sett sällanhändelser i alla regioner. Det finns inget som tyder på att de erfarenheter som finns och lärdomar som dras från enskilda projekt på ett systematiskt sätt kommer framtida projekt till nytta. Utredningens bedömning är att det uppstått en kunskapslucka i dessa avseenden sedan avvecklingen av statliga aktörer som Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande (NUU) och Nämnden för socialvårdens och sjukvårdens byggnader (NSB). De nätverk och stöd genom till exempel Program för Teknisk Standard (PTS) som därefter utvecklats av regionerna bedöms inte vara tillräckliga.

I det korta perspektivet är infrastrukturen given och dimensionerande för vården. Samtidigt behöver hälso- och sjukvårdssystemet kunna svara mot befolkningens behov av vård i såväl normala tider som i krissituationer. I den pågående covid-19-pandemin har detta blivit uppenbart. Ett exempel på detta är då ökning av antalet IVA-platser krävdes och användningen av IVA-platser behövde bli mer effektiv. Den ökning som nyttjats hittills klarades inom ramen för befintligt fastighetsbestånd men med hjälp av Försvarsmakten byggdes även två fältsjukhus upp.

Det ligger inte i utredningens uppdrag att utreda beredskapsfrågor. Det är emellertid utredningens bedömning att vårdinfrastrukturen är dimensionerande för förmågorna såväl i normalt läge som vid krissituationer. Tidigare utredningar på beredskapsområdet har belyst att infrastrukturen har en viktig roll och bland annat diskuterat behovet av anmälningsplikt för investeringar i akutsjukhus (SOU 2021:19). Det har också konstaterats att det krävs nationell samsyn kring katastrofmedicinsk beredskap för att motverka att oönskade skillnader i beredskapsförmåga mellan regioner (SOU 2020:23).

Det är utredningens bedömning att planering av vårdinfrastruktur måste göras med ett helhetsperspektiv och det måste stå klart hur en enskild investering bidrar till vårdinfrastrukturen och hälso- och sjukvårdens förmågor i såväl normala tider som i kris så att vård på lika villkor för hela befolkningen kan upprätthållas. I sammanhanget kan nämnas att Sverige i ett internationellt perspektiv avviker i att denna typ av beslut om vårdinfrastruktur är helt regionala. I våra nordiska grannländer har staten någon form av roll i beslut och/eller kontroll i frågor som gäller investeringar i infrastruktur för hälso- och sjukvården. Men även i Sverige har staten tidigare haft en aktiv

roll vid beslut om investeringar i vårdbyggnader, till exempel genom NSB, Spri och NUU, vilket varit styrande för utformningen av den vårdinfrastruktur som nu successivt ersätts eller förändras.

Utredningens bedömning är att det behövs ökad nationell koordination och planering på dessa områden. Vidare menar utredningen att denna planering bör integreras med planeringen för hälso- och sjukvårdens kapacitet i normala situationer så att beredskapsbehoven kan förenas med andra intressen som följer av målsättningarna för hälso- och sjukvården i termer av till exempel nära vård, digitalisering, forskning och utbildning samt arkitektonisk utformning för läkande miljöer.

Ökat helhetsperspektiv synliggör potentiella målkonflikter. Det kan till exempel gälla robusthet eller närhet kontra läkande miljöer. Ett exempel är modulbyggen som lyfts fram som ett sätt att relativt snabbt etablera lokaler för vård närmare patienter. Det har visat sig att sådana modulbyggen kan ha begränsade ljusinsläpp med negativa konsekvenser för den läkande miljön som följd. Vårdbyggnader ska även vara dimensionerade för att på ett adekvat sätt svara upp emot de behov som följer av verksamhetsförlagda utbildningsplatser vilket inte alltid beaktas när andra frågor prioriteras. Det är utredningens bedömning att den nationella samordningen av sådana intressekonflikter behöver stärkas. I de undersökningar som genomförts inom ramen för denna utredning framkommer att en sådan samordning förutsätter riktlinjer och konkretisering av olika riksintressen.

Investeringar i hälso- och sjukvården, i synnerhet stora sjukhus är ett slags megaprojekt. Kännetecknande för sådana projekt är dess komplexitet. Utredningen har under arbetets gång stött på synpunkter om att det finns för många krav och att det är för krångligt att göra investeringar i hälso- och sjukvården. Det riskerar att medföra ökad komplexitet, omfattande utredningar och svåra avvägningar. Men hälso- och sjukvården är en komplex verksamhet och livsviktig för de svårast sjuka patienterna. Det är avgörande att vårdverksamheten har tillgång till en vårdinfrastruktur som ger så goda förutsättningar som möjligt för dagens sjukvård och för framtidens hälso- och sjukvård. Det kräver att dagens lokaler är utformade för såväl normala tillstånd som kris; att den arkitektoniska utformningen bidrar i vården ur såväl patientperspektiv som arbetsmiljöperspektiv; att det finns tillräckliga utrymmen för den verksamhetsförlagda utbildningen så att vårdens långsiktiga kompetensförsörjning inte äventyras; att förut-

sättningar finns för klinisk forskning; att det finns en nationell digital infrastruktur som möjliggör effektiv kommunikation mellan olika organisatoriska delar i hälso- och sjukvårdssystemet såväl i normalt läge som vid kris. Utredningens bedömning är att det är nödvändigt att vårdinfrastrukturen svarar mot de olika krav och intressen som finns, inklusive de nationella.

Staten har åtaganden i hälso- och sjukvården genom framför allt lagstiftning, statsbidrag, tillsyn samt ett särskilt ansvar för nationell högspecialiserad vård. Staten ansvarar för forskning och utbildning, där en del av genomförandet förutsätter tillgång till klinisk verksamhet för att fullgöra forsknings- eller utbildningsverksamheten. Staten har också ansvar för frågor om beredskap i samhället, där kapacitet och hållbarhet i krissituationer är nära knutet till förekomst av vårdinfrastruktur, inklusive digital infrastruktur.

Staten och regionerna samverkar genom vad som av Riksrevisionen (2017) beskrivits som otraditionella styrmedel såsom överenskommelser mellan regeringen och SKR. Dessa överenskommelser har ingen rättsligt bindande verkan för kommuners och regioners beslutsfattande. Inte heller är överenskommelserna föremål för en systematisk uppföljning och kontroll, och det finns inte tydligt angivet vad som händer om överenskommelserna inte följs i tillräcklig grad.

Sammantaget finns det nationella intressen i hälso- och sjukvården, som ofta är vagt formulerade eller inte alls rättsligt reglerade. Staten har således förväntningar på att kommuner och regioner kommer att beakta nationella intressen, samtidigt som det inte är reglerat hur regioner och kommuner ska beakta dessa. Det faktiska stödet från staten i mer precisa planeringsförutsättningar är därtill splittrat och otydligt. Utredningen menar att gapet mellan behovet av att ta nationell hänsyn och regleringen för att ta sådan nationell hänsyn är alltför stort.

Utredningens bedömning är att det behövs nationell samordning genom ett sammanhållet system för att säkerställa att samtliga intressen som vårdens infrastruktur ska svara mot beaktas i regionala och kommunala beslut. Om nationella intressen inte beaktas i tillräcklig grad medför det negativa effekter som ytterst drabbar patienterna och möjligheterna att nå målsättningarna om god vård på lika villkor för hela befolkningen. De samhällsekonomiska kostnaderna för en bristfällig vårdinfrastruktur kan bli mycket höga. För att ge regionerna och kommunerna bättre planeringsförutsättningar och för att undvika

oönskade skillnader över landet behöver staten bistå med ökad tydlighet om vilka värden och intressen som ska beaktas.

10.6.2 Statens styrning inom hälso- och sjukvårdsområdet behöver stärkas

Utredningens bedömning: Nationella intressen och ett ökat helhetsperspektiv kan realiseras genom att staten tar ett större ansvar för hälso- och sjukvården. Överväganden gällande förstatligande av hälso- och sjukvården ligger utanför utredningens uppdrag. Utredningen konstaterar emellertid att statens styrning gällande vårdinfrastruktur behöver stärkas för att åtgärda den problembild som utredningen redovisat. Det behövs långsiktigt hållbara regler som ger tydliga planeringsförutsättningar och som har en rättsverkan på kommunala och regionala beslut om vårdinfrastruktur. Regelverket behöver precisera ansvar och befogenheter för statliga myndigheter, kommuner och regioner samt behöver vara förenat med en fungerande nationell kontrollmekanism.

Som utredningen beskriver i detta betänkande förutsätter en god vårdinfrastruktur att ett flertal nationella intressen beaktas i beslut om investeringar och andra förändringar av infrastrukturen. Om de nationella intressena inte beaktas i tillräcklig grad leder det till negativa konsekvenser för bland annat forskning och utbildning, beredskap, digital kommunikation samt genomförandet av nationella reformer såsom omställningen till nära vård och koncentration av viss högspecialiserad vård. Otillräcklig hänsyn till nationella intressen riskerar orsaka höga samhällsekonomiska kostnader och drabbar ytterst patienterna samt försämrar förutsättningarna för hälso- och sjukvården att nå målet om en god vård på lika villkor till hela befolkningen.

Under arbetets gång har utredningen mottagit synpunkter som lyfter förstatligande av hälso- och sjukvården som en lösning på detta behov. Utredningen konstaterar att det skulle vara ett sätt att omhänderta frågeställningen, men bedömer att en sådan analys inte ryms inom denna utrednings uppdrag. Samtidigt bedömer utredningen att en fortsatt användning av de styrformer som i dagsläget dominerar inte är ändamålsenligt för att lösa de brister som identifierats gällande en nationellt hållbar vårdinfrastruktur. Som beskrivs ovan är det vanligt

med styrning och samordning som bygger på överenskommelser mellan staten och SKR eller staten och regionerna. Dessa överenskommelser är ofta tillfälliga, riktade och förknippade med en bristande uppföljning (se bland annat Riksrevisionen, 2017). Regeringsuppdrag till statliga myndigheter angående stöd till regioner och samordning av vissa frågor är ett annat exempel på en styrform som inte bedöms ändamålsenlig för de nu aktuella frågorna. Utredningen bedömer att det som behövs för att åtgärda problembilden knutet till vårdinfrastruktur är långsiktigt hållbara regler som ger tydliga planeringsförutsättningar för kommuner och regioner och som har en rättsverkan på besluten om vårdinfrastruktur. Regelverket behöver precisera ansvar och befogenheter för statliga myndigheter, kommuner och regioner samt behöver vara förenat med en fungerande nationell kontrollmekanism.

10.6.3 Samverkan och samordning är viktigt men inte tillräckligt

Utredningens bedömning: Samverkan mellan kommuner och regioner sinsemellan respektive mellan kommuner, regioner och staten är viktigt och nödvändigt i dag och framöver. Krav på ökad samverkan eller ökad samordning är dock inte tillräckligt för att säkerställa att tillräcklig hänsyn tas till nationella intressen vid beslut om investeringar i vårdinfrastruktur.

Kommuner och regioner har i lagstiftning tilldelats ett stort ansvar inom hälso- och sjukvårdsområdet. I princip ansvarar kommuner och regioner för hela utförandet, inklusive planering, av hälso- och sjukvården. För att uppnå målet med hälso- och sjukvården, en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, organisera hälso- och sjukvården kostnadseffektivt och även i övrigt kunna bedriva god vård är samverkan en viktig komponent. Betydelsen av en väl fungerande samverkan mellan regioner och kommuner har uppmärksammats vid ett antal tillfällen. Till exempel framförde Ansvarskommittén (SOU 2007:10) att det är av avgörande vikt att de finner former för dialog och samverkan inom sina utvecklingsområden. Utredningen instämmer i Ansvarskommitténs värdering av ett väl fungerande sam-

råd mellan regionerna och välkomnar de initiativ för att stärka samverkan som regionsföreträdare har framfört till utredningen.

Hälso- och sjukvårdslagen innehåller regler som innebär att kommuner och regioner är skyldiga att samverka. Vad regionerna ska samverka om har dock inte preciserats. Som framgår i detta betänkande samverkar regioner i dag främst i frågor om högspecialiserad vård samt kunskapsstyrning. Därtill samverkar regioner i frågor om vårdinfrastruktur i forum såsom PTS (Program för Teknisk Standard), PTS-forum, Forum vårdbyggnad och genom att bidra till finansieringen och uppbyggnaden av Centrum för vårdens arkitektur (CVA) vid Chalmers tekniska högskola. Utredningen bedömer att det finns behov av att utveckla den befintliga samverkan.

Hälso- och sjukvårdslagen innehåller vidare krav på kommuner och regioner att i planering och utveckling av hälso- och sjukvården samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare (7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § HSL). Regioner ska också samverka med andra regioner i frågor om hälso- och sjukvård som berör flera regioner (7 kap. 8 § HSL). Utredningen konstaterar att det finns grupper där regionsföreträdare möts. Få eller inga av de nationella intressen som beskrivs i utredningen är dock reglerade på ett sådant sätt att det går att följa upp dess efterlevnad. Inte heller finns det i dag några konsekvenser för det fall att hänsyn till nationella intressen inte tas.

Att förlita sig på ökad samverkan mellan regionerna när det gäller hållbara infrastruktur för framtidens hälso- och sjukvård innebär i praktiken ingen utveckling från den situation vi befinner oss i dag. Utredningen bedömer att det inte finns stöd för att ökad samverkan skulle vara en lösning på de problem som utredningen har identifierat. Att rikta detaljerade krav på ökad samverkan mellan kommuner, regioner och andra aktörer i frågor om investeringar i vårdinfrastruktur skulle därtill kunna leda till administrativa kostnader som inte bedöms stå i proportion till den potentiella nytta sådana krav skulle medföra.

Ett annat alternativ skulle kunna vara regeringsuppdrag till en eller flera statliga myndigheter, med eller utan deltagande från regioner och kommuner, om att öka samordning och stöd gällande dessa frågor. Detta är en inte ovanlig styrform. Utredningen konstaterar dock att även denna möjlighet i dagsläget redan står till buds. Staten och regionerna har ett flertal samarbets- och samordningsarenor, däribland nationell högspecialiserad vård, digitalisering, kunskapsstyrning och

kompetensförsörjning, som på olika sätt har kopplingar till vårdinfrastruktur. Som utredningen beskrivit i detta betänkande har dessa arenor inte hittills räckt till för att hantera bristerna vad gäller beaktande av nationella intressen i beslut om vårdinfrastruktur. Utredningen bedömer att den typen av frivilliga och oreglerade strukturer inte har förutsättningar för att uppnå önskad effekt i de aktuella frågorna. Dels för att sådana strukturer vanligen är svåra att utforma med tillräcklig tydlighet om rollfördelning, ansvar och befogenheter, dels för att beslut om vårdinfrastruktur rör komplexa processer över lång tid där planeringsförutsättningarna behöver vara tydliga och konkreta och kopplade till det faktiska beslutsfattandet.

Sammantaget bedömer utredningen att ökad samverkan och samordning är positivt och nödvändigt, särskilt i frågor om planering och utveckling av vårdbyggnader och vårdlokaler, men inte tillräckligt för att tillgodose att effekter på såväl övriga delar av hälso- och sjukvården som övriga relevanta sektorer i samhället i tillräcklig utsträckning beaktas i regionala beslut. Utredningen menar emellertid att regionerna bör fortsätta att utveckla sin samverkan på de sätt som bäst passar för de olika regionerna och att dessa fora för samverkan och samordning mellan staten och regionerna fortsatt bör utvecklas.

10.6.4 Att utöka samverkansregionernas uppgifter är inte ändamålsenligt

Utredningens bedömning: Att utöka samverkansregionernas ansvar och rikta en reglering mot samverkansregionerna avseende investeringar i vårdinfrastruktur är inte ändamålsenligt och svårt att förena med den kommunala självstyrelsen samt rättsordningen i övrigt. För att utöka ansvar och befogenheter för samverkansregionerna krävs lagstiftning riktad mot regionerna, vilket bedöms svårhanterligt. Sådan reglering bedöms därtill inte uppnå önskade effekter och lösa de problem som utredningen identifierat.

För sådan vård som berör flera regioner har landet delats in i samverkansregioner. Samverkansregionernas uppgifter och indelning beskrivs i kapitel 5. Ett sätt att bidra till ökad samverkan och koordinering gällande hälso- och sjukvårdens infrastruktur kan det övervägas att utöka samverkansregionernas ansvar på detta område.

Samverkansregionerna är sparsamt reglerade i lagstiftning. Av 6 kap. 1 § 1 p. HSL framgår att regeringen får meddela föreskrifter om att landet ska delas in i samverkansregioner för den hälso- och sjukvård som berör flera regioner. Regeringen har i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) föreskrivit om en sådan indelning. 7 kap. 8 § HSL stadgar därtill att regionerna ska samverka i frågor som rör flera regioner. Staten har alltså ålagt regionerna en samverkansskyldighet och beslutat om samverkansregional indelning. Staten har däremot inte preciserat formerna för denna samverkan inom samverkansregionerna, vilket har gjort att samverkansformerna varierar.

Samverkansregioner har alltså etablerats i lagstiftning men det saknas en reglering av deras uppgifter och juridiska status. Staten har skapat indelningen och ålagt regionerna en samverkansskyldighet men överlåtit till dem att själva bestämma om samverkansformerna och det närmare innehållet i samverkan. En konsekvens av detta är att det i dagsläget är svårt att rikta föreskrifter direkt mot samverkansregionerna då dessa inte är juridiska personer (bortsett från den samverkansregion som valt att skapa ett kommunalförbund).

Ett möjligt alternativ skulle vara att införa lagstiftning som stadgar en skyldighet för regionerna att ingå kommunalförbund inom ramen för respektive samverkansregion samt att förtydliga samverkansregionernas uppgifter. En liknande reglering finns i 2 kap. 2 § andra stycket lagen (2010:1065) om kollektivtrafik där det stadgas att det i de län där kommunerna och regionerna har ett gemensamt ansvar för kollektivtrafiken ska den regionala trafikmyndigheten organiseras som ett kommunalförbund. I tredje stycket framgår dock att det finns en möjlighet att i stället organisera myndigheten som en gemensam nämnd. Av 2 kap. 4 § framgår vidare att regeringen har mandat att bestämma om bland annat förbundsordningen om parterna inte kan komma överens. För att föreskrifter gentemot samverkansregionernas kommunalförbund ska ha någon effekt måste lagstiftningen även ålägga regionerna att överföra vissa uppgifter och beslutsmandat till samverkansregionens kommunalförbund.

Det finns dock en rad svårigheter med en sådan reglering. Ett problem är att det finns en risk att ytterligare en besluts- och organisationsnivå i vården kan göra ansvarsutkrävande mer komplicerat då systemet blir mer komplext. En sådan ordning riskerar att låsa fast regionerna i komplicerade beslutsstrukturer. En sådan reglering skulle också sakna tillräcklig flexibilitet för att ta hand om regionala förut-

sättningar på ett tillräckligt bra sätt. Därtill leder svårigheterna med att införa en sådan reglering till att det är svårt att avgöra om det skulle lösa de utmaningar och problem som utredningen identifierat. En vinst med förslaget skulle vara att kunskapsöverföringen mellan regioner skulle kunna förstärkas. Inget hindrar dock att sådan samverkan sker redan i dag. Ett krav på ökad samverkan i samverkansregioner skulle inte heller säkerställa att de nationella hänsyn som utredningen identifierat skulle tas om hand. Därtill riskerar de administrativa kostnaderna att öka.

Att kräva en specifik organisationsform inom samverkansregionerna samt ålägga regioner att överlåta visst ansvar till samverkansregionerna bedöms vara en allt för långtgående inskränkning i den kommunala självstyrelsen som utredningen inte bedömer kan motiveras mot bakgrund av de behov som identifierats. Sammantaget bedömer utredningen att det i nuläget inte är ändamålsenligt att utöka samverkansregionernas ansvar avseende investeringar i vårdinfrastruktur.

10.6.5 Samrådsplikt mellan stat och region är ineffektivt

Utredningens bedömning: En samrådsplikt mellan regioner respektive kommuner och staten skulle kunna leda till förbättrad koordination och ett ökat kunskapsutbyte med positiva effekter som följd. Mot bakgrund av den risk för ökade administrativa kostnader kombinerat med frågetecken kring effektiviteten med en samrådsplikt, bedömer utredningen att en sådan samrådsplikt inte är ändamålsenligt för att säkerställa att tillräcklig hänsyn tas till nationella intressen i regionala och kommunala beslut om investeringar i vårdinfrastruktur.

Utredningen har identifierat ett behov av nationell styrning för att säkerställa en ändamålsenlig utveckling av vårdinfrastrukturen, inte minst i ljuset av pågående strukturomvandlingar inom vården. Ökat statligt engagemang är en förutsättning för att nationella intressen ska tillgodoses vid vårdinfrastrukturens utbyggnad. Tidigare i detta kapitel beskrivs några sådana nationella intressen, riksintressen. Regionernas primära uppgift är att ta till vara den egna regionens intressen medan staten har ett övergripande nationellt perspektiv. Motsvarande princip gäller för kommunerna. Denna grundläggande skillnad i per-

spektiv talar för att staten bör ha en ledande roll i att skapa mer av nationell samordning. Med hänsyn till den kommunala självstyrelsen bör statens roll inte vara större än nödvändigt för att uppnå de eftersträvade målen. Ett möjligt sätt att förstärka den nationella samordningen skulle vara att reglera en samrådsskyldighet för regionerna och staten avseende investeringar i vårdinfrastruktur.

En sådan ordning skulle kunna utformas så att ett obligatoriskt samråd mellan regioner och staten ska ske inför större investeringar i vårdinfrastruktur. Samrådet skulle utgöra en möjlighet för staten och regionerna att samråda i fråga om vad de pågående strukturomvandlingarna inom vården bör få för konsekvenser för vårdinfrastrukturens utveckling. Gemensamma utmaningar skulle kunna lösas tillsammans och vissa frågor gällande bristande kunskapsöverföring skulle kunna överbryggas. Samrådet skulle i princip kunna gälla även kommuner vid liknande beslut.

Även om regionerna och kommunerna under sådana omständigheter skulle behålla full beslutskompetens och ta fullt ansvar för sina investeringar, skulle de behöva samråda med staten. En samrådsplikt skulle sannolikt i praktiken påminna om den sortens tillståndsprövning som fanns under 1900-talet (se kapitel 5). Det finns vissa fördelar med en sådan ordning. Processen är tydlig och transparent, vilket inte är oväsentligt med tanke på beslutens betydelse. Systemet med tillståndsplikt tycks också har tvingat fram den sortens frivilliga samråd och hänsyn till nationella intressen som utredningen har att utreda, vilket talar för en obligatorisk samrådsskyldighet.

Samtidigt har systemet med tillståndsplikt en gång övergivits av skäl som alltjämt förefaller välgrundade. Vidare menar utredningen att de administrativa kostnaderna för en sådan ordning inte skulle stå i proportion till den eventuella nytta regleringen skulle bidra med. Därutöver är det tveksamt om de utmaningar som framkommit i utredningen skulle lösas enbart genom att införa en samrådsplikt. En samrådsplikt skulle svårligen kunna svara mot den snabba utvecklingen på hälso- och sjukvårdsområdet kombinerat med de långa tidshorisonterna i större investeringsprojekt. En samrådsplikt skulle innebära en inskränkning i den kommunala självstyrelsen som inte kan motiveras mot bakgrund i att de problem som utredningen identifierat inte bedöms lösas. Sammantaget bedömer utredningen därför att en reglering med samrådsskyldighet inte är ändamålsenlig.

10.6.6 En nationell investeringsstrategi har begränsade effekter

Utredningens bedömning: En nationell strategi för investeringar i hälso- och sjukvården skulle kunna ha positiva effekter genom att den skapar nationell överblick över investeringar i vårdinfrastruktur. Effektiviteten med en sådan strategi kan dock ifrågasättas. Arbetet med en nationell investeringsstrategi skulle kräva en omfattande administration och behöva kompletteras med ett tvingande regelverk för att få fullt genomslag. Utredningens bedömning är att detta inte är en ändamålsenlig lösning.

Utredningens kartläggning av pågående och planerade sjukhusinvesteringar visar att regionerna inom den närmsta tiden planerar och genomför betydande investeringar i vårdinfrastruktur. Utredningen visar även att det saknas en nationell koordination av investeringarna. Detta innebär dels att det saknas ett strukturerat kunskapsutbyte mellan regionerna, vilket kan leda till ineffektiva byggprocesser, dels att det finns en risk att det byggs sjukhus som inte är optimerade för framtidens vård vilket medför höga samhällsekonomiska kostnader.

Ett tänkbart förbättringsförslag är att staten utformar en nationell investeringsstrategi för hälso- och sjukvården. En sådan strategi skulle kunna bidra till tydligare struktur och samtidigt vara tillräckligt flexibel för att kunna utvecklas med tiden. Staten skulle i så fall behöva ta ett tydligare ansvar för att systemperspektiv anläggs vid investeringar i infrastruktur för hälso- och sjukvården i syfte att stödja regionerna i deras arbeta med att erbjuda befolkningen en vård på lika villkor.

Det närmaste alternativet är att staten behåller huvudmannaskapet för den nationella investeringsstrategin, men man kan också tänka sig ett delat huvudmannaskap mellan staten och regionerna. För att strategin ska få legitimitet och för att beakta alla relevanta perspektiv skulle regionerna behöva ha en stor roll i framtagandet av strategin. Även kommunerna skulle behöva inkluderas i arbetet mot bakgrund av att en växande del av vården, och därmed frågorna om vårdinfrastruktur, finns i kommunal regi.

Att skapa en sammanhållen strategi för investeringar i infrastruktur för hälso- och sjukvården är emellertid en komplex uppgift. Strategins största nackdelar är att de administrativa kostnaderna för att ta

fram en strategi bedöms vara stora samtidigt som dess effektivitet kan ifrågasättas. För att få genomslag i kommunala och regionala investeringsbeslut skulle den behöva kompletteras med ett juridiskt bindande regelverk. Enbart förekomsten av en strategi medför inga långsiktigt hållbara effekter för det faktiska beslutsfattandet. Med hänsyn till att effektiviteten kan ifrågasättas bedömer utredningen att en nationell investeringsstrategi inte på ett ändamålsenligt sätt svarar mot de identifierade behoven och utmaningarna.

10.6.7 Statligt stöd för investeringar i vårdinfrastruktur löser inte de identifierade problemen

Utredningens bedömning: Stöd till investeringar i infrastruktur för hälso- och sjukvården löser inte de problem som utredningen har identifierat.

Utredningen har övervägt införandet av ett riktat statsbidrag för investeringar i vårdinfrastruktur som villkoras med att hänsyn till nationella intressen tas. Ett sådant bidrag skulle kunna utgöra ett incitament för regionerna (och kommunerna i förekommande fall) att beakta de riksintressen som utredningen har beskrivit. Samtidigt ligger det i regionernas intresse att redan i dag beakta olika riksintressen vid investeringar i infrastruktur för hälso- och sjukvården. Införandet av ett statligt stöd innebär ingen inskränkning i den kommunala självstyrelsen då ansökningsprocessen skulle vara frivillig. Utredningens bedömning är att en sådan ordning är ett effektivt medel för att säkerställa nationellt genomslag för riksintressen i vårdinfrastrukturen. Det har inte uttalats från regionerna att det saknas medel för att genomföra investeringar. Ett investeringsbidrag innebär inte stärkt statlig styrning då bidraget är frivilligt och således inte säkerställer nationellt genomslag för nationella intressen. Statligt stöd skulle även medföra nya stora specialdestinerade statsbidrag. Utredningens bedömning är att ekonomiska förutsättningar inte är problemet när regioner investerar i infrastruktur för hälso- och sjukvården. Det skulle dessutom gå emot den allmänna inriktningen om att minska specialdestinerade statsbidrag till förmån för de generella statsbidragen (se bland annat Winblad m.fl., 2021 och SOU 2018:38). Utredningen bedömer att ett statligt stöd för investeringar i vårdinfrastruktur inte är en ändamålsenlig

lösning på den problembild som utredningen identifierar i detta betänkande. För att uppnå stärkt statlig styrning krävs att systemet är tvingande. Utredningen bedömer att om staten ska ta ekonomiskt ansvar för att finansiera framtidens vårdinfrastruktur genomförs detta mer effektivt genom statligt ägande av vårdinfrastrukturen (se kapitel 11).

11 Förslag

11.1 Fyra förslag för en nationell vårdinfrastruktur

Mot bakgrund av de överväganden som beskrivs i kapitel 10 lämnar utredningen fyra förslag som syftar till att säkerställa att nationella intressen beaktas i beslut om investeringar i vårdinfrastruktur. Förslagen behandlar ökad helhetssyn, ökad effektivitet genom gemensamma definitioner och standarder, systematisk erfarenhetsuppbyggnad samt stärkt kunskapsuppbyggnad. Utredningen föreslår:

- Stärkt statlig styrning genom definierade riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet som ska beaktas vid regionala och kommunala beslut som påverkar vårdinfrastruktur.
- Reglering av interregional samverkan i utveckling av standarder på vårdbyggnadsområdet.
- Systematisk erfarenhetsuppbyggnad och en sammanhållen fastighetsstruktur genom ett statligt ägt bolag för vårdfastigheter, eventuellt med regionalt delägande.
- Ökat statligt stöd till forskning inom området vårdinfrastruktur.

Utredningen bedömer att dessa förslag sammantaget ger förutsättningar för att utveckla en nationell vårdinfrastruktur som svarar mot behoven i framtidens hälso- och sjukvård och bidrar till målet om en god vård på lika villkor för hela befolkningen.

11.2 En reglering om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet

Utredningens förslag:

- En lag om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet införs. Regioner och kommuner ska i beslut som påverkar hälso- och sjukvårdens infrastruktur beakta riksintressena.
- Regeringen bemyndigas att besluta om på vilka områden det finns riksintressen. Ett antal statliga myndigheter utses med uppdrag att precisera riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet. Representanter för patienter och professioner ska involveras.
- Socialstyrelsen tilldelas ett samordnande ansvar för riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet.
- En tillsynsmyndighet granskar att riksintressena beaktas av regionerna och kommunerna. Om riksintressena inte beaktas i tillräcklig grad ska tillsynsmyndigheten upphäva det regionala eller kommunala beslutet eller förelägga regionen eller kommunen att vidta lämpliga åtgärder.
- En genomförandekommitté tillsätts med uppdrag att precisera de förslag och åtgärder som behövs för att regleringen ska kunna genomföras.
- Lagen träder i kraft den 1 juli 2023.

11.2.1 En lag om riksintressen i hälso- och sjukvården för genomslag i kommunala och regionala beslut

Under utredningsarbetet har behovet av förbättrade planeringsförutsättningar och ökat helhetsperspektiv gällande investeringar i vårdinfrastruktur belysts. Bakgrunden är att de enskilda regionerna som planerings- och beslutsnivå inte räcker till. Nationella behov och intressen är avgörande för att åstadkomma en långsiktigt hållbar och ändamålsenlig vårdinfrastruktur. Frågan om vårdinfrastruktur i kommunerna har inte aktualiserats i lika stor utsträckning, men i princip är utmaningarna vid kommunala investeringar i vårdinfrastruktur likartade. Mot denna bakgrund föreslår utredningen att en reglering

om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet införs. På så sätt minskas gapet mellan *behovet* av att ta hänsyn till nationella intressen och *regleringen* för att ta hänsyn till nationella intressen i kommuners och regioners beslut. Utifrån utredningens uppdrag avgränsas förslagen om riksintresse till frågor om beslut som har en stark påverkan på vårdinfrastruktur.

Vårdinfrastrukturens utformning, till exempel vårdbyggnaders placering, lokalernas utformning och arkitektoniska egenskaper samt den digitala infrastrukturen påverkar förutsättningarna för vårdverksamheten och dess utvecklingsmöjligheter. Samtliga relevanta intressen, såväl nationella som regionala och lokala, måste beaktas i regioners och kommuners beslut för att resultera i en nationell vårdinfrastruktur som ger förutsättningar för en god vård på lika villkor för hela befolkningen och som svarar mot behoven vid utvecklingen av framtidens hälso- och sjukvård.

Förslaget om en riksintressereglering på hälso- och sjukvårdsområdet bygger i korthet på att staten å ena sidan samt kommuner och regioner å andra sidan tar ansvar för att relevanta samhällsperspektiv beaktas vid beslut som påverkar vårdinfrastruktur. Staten åläggs enligt förslaget att peka ut och precisera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet som behöver beaktas av kommuner och regioner i frågor om vårdinfrastruktur. Kommuner och regioner behåller beslutanderätten men statens förväntningar och krav på kommuner och regioner blir tydligare och den statliga styrningen förstärks.

Regeringen får enligt förslaget meddela föreskrifter om riksintressen, och ange på vilka områden det finns riksintressen. Ett antal statliga myndigheter pekas ut som ansvariga riksintressemyndigheter och får i uppdrag att precisera de olika riksintressen som ska beaktas av kommuner och regioner. Socialstyrelsen får i uppgift att samordna riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet, verka för att de beaktas hos kommuner och regioner samt lämna vägledning om hur intressena bör beaktas hos kommuner och regioner. Företrädare för patienter och professioner ska involveras. En ändamålsenlig implementering av regleringen förutsätter aktiv dialog såväl mellan kommuner och regioner sinsemellan som mellan staten, regioner och kommuner. En statlig tillsynsmyndighet ska därutöver utöva tillsyn över kommuners och regioners tillämpning av riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet.

Vissa regioner planerar i dag för hur hälso- och sjukvården inom regionen bör utvecklas och tar fram strategidokument samt planer för utvecklingen, medan andra regioner saknar ett sådant arbete. På regional nivå varierar det följaktligen huruvida det finns en regionalstrategisk plan att förhålla sig till. I den utsträckning regionerna har ett eget strategiskt utvecklingsarbete är det inte alltid kopplat till nationella behov. Detta trots att en sådan koppling är betydelsefull för att säkerställa att investeringarna stödjer hälso- och sjukvårdsverksamheten. En orsak till detta är att staten inte alltid uttryckt behoven tillräckligt tydligt.

Den befintliga riksintresseregleringen, såsom den har utformats i miljöbalken (1998:808) samt näraliggande lagar och andra föreskrifter, syftar till att uppnå samma effekt som utredningens förslag, men skiljer sig i den praktiska utformningen på en del punkter från utredningens förslag. Utredningen menar dock att sättet att reglera hur nationella intressen ska tas om hand i kommunala beslut fungerar väl som modell för en reglering om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet. Förslaget innebär att kommuner och regioner fortsätter att fatta beslut om vårdinfrastruktur, men att kommuner och regioner i dessa beslut behöver beakta vissa nationella intressen. Statens förväntningar och krav på kommuner och regioner förtydligas därigenom, samtidigt som beslutanderätten ligger kvar hos kommuner och regioner. En reglering som hämtat inspiration från dagens riksintresseregelering och som pekar ut ansvarsfördelning mellan å ena sidan staten och å andra sidan kommuner och regioner bedömer utredningen därför är lämplig för att åtgärda de brister inom området vårdinfrastruktur som redovisas i detta betänkande.

Riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet skiljer sig i utredningens förslag åt från riksintressen enligt miljöbalken på så sätt att det inte är mark- och vattenområden som utgör riksintressen. Med riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet avses områden där staten har förväntningar och krav på kommuner och regioner avseende beslut som påverkar vårdinfrastruktur nationellt, se bland annat avsnitt 10.5.3. Exempel är beredskapsfrågor med koppling till infrastruktur vilket kan gälla såväl robusthet som förmåga att snabbt öka antal vårdplatser i kris, digitaliseringsfrågor såsom till exempel interoperabilitet samt förutsättningar för utbildning och forskning där vårdbyggnadernas, särskilt sjukhusens, roll är betydelsefull. Frågor som alla påverkar hälso- och sjukvårdens förmåga på lång sikt.

Förslaget innebär en ordning där kommuner och regioner planerar och fattar beslut om infrastruktur för hälso- och sjukvården, men där staten genom regeringen och olika myndigheter preciserar de riksintressen som behöver beaktas, samt att en statlig tillsynsmyndighet får i uppdrag att utöva tillsyn över hur riksintressena beaktas hos kommuner och regioner. I det fall ett riksintresse inte beaktas i tillräcklig utsträckning kan tillsynsmyndigheten komma att upphäva ett kommunalt eller regionalt beslut eller förelägga en kommun eller region att vidta de åtgärder som behövs. Tillsynsbesluten kan i sin tur överklagas. Ordningen ger huvudmännen för hälso- och sjukvården handlingsfrihet inom lagens ramar. En sådan ordning är i linje med styrningen på hälso- och sjukvårdsområdet i övrigt.

Det är framförallt regionerna som träffas av den föreslagna regleringen, då de största investeringarna i vårdinfrastruktur ännu görs av regionerna. Regelverket föreslås dock även omfatta kommuner eftersom de har en viktig och växande roll inom vården.

Utredningen föreslår att bestämmelserna om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet placeras i en ny lag. Att föra in den föreslagna regleringen i en befintlig lag, exempelvis någon av de lagar som i dag styr hälso- och sjukvården, bedöms inte vara lämpligt av lagtekniska skäl.

11.2.2 Riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet bestäms och preciseras av regeringen och statliga myndigheter

På vilka områden det ska finnas riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet bestäms enligt förslaget av regeringen genom förordning. Regeringen får i sin tur möjlighet att bemyndiga statliga myndigheter att med föreskrifter bestämma och precisera respektive riksintresse på hälso- och sjukvårdsområdet. Den föreslagna regleringen lämnar flexibilitet till regeringen och myndigheterna vilket bedöms nödvändigt av flera skäl. Att i lag definiera och precisera riksintressena skulle riskera att göra riksintressenas innehåll allt för statiskt vilket på sikt skulle kunna leda till att utvecklingen av hälso- och sjukvården hämmas. Genom att låta regeringen i förordning bestämma på vilka området det finns riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet och myndigheter att i sin tur precisera riksintressena, möjliggörs en reglering som kan följa med i utvecklingen och anpassas över tid. Därtill kan formerna för precisering av respektive riksintresse på hälso- och sjukvårds-

området variera. Vissa riksintressen kan eventuellt behöva kompletteras med ytterligare vägledning i form av allmänna råd eller riktlinjer, varför viss flexibilitet är nödvändig. Sammantaget bedömer utredningen att en lämplig ordning är att regeringen bestämmer på vilka områden det ska finnas riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet i förordning och att de myndigheter regeringen bestämmer i sin tur preciserar riksintressena genom bland annat bindande föreskrifter.

En viktig princip i utformning av riksintressen är att de ska vara generellt utformade för att styra egenskaper i vårdinfrastrukturen utan att vara hämmande för utveckling och innovation. Detta är analogt med lagstiftning på till exempel produktsäkerhetsområdet där kraven är generellt formulerade egenskaper utan krav på specifika tekniska lösningar. De standarder som finns på området och som utarbetas inom standardiseringsorganen svarar mot lagstiftningen.

Förslagets utformning innebär alltså att ramarna för riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet anges i lag, regeringen i förordningen bestämmer på vilka områden det ska finnas riksintressen och myndigheter bestämmer och preciserar respektive riksintresse. En sådan reglering bedöms vara förenlig med 8 kap. 2, 3 och 10 §§ regeringsformen. Vidare bedömer utredningen att de föreslagna reglerna är proportionerliga i förhållande till den kommunala självstyrelsen, se närmare beskrivning i avsnitt 12.1.4.

Det är viktigt att riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet preciseras så tydligt som möjligt för att möjliggöra att kommuner och regioner på ett effektivt sätt kan beakta dem i sitt beslutsfattande. I sina uppdrag att precisera riksintressena bör myndigheterna, utöver bemyndiganden att meddela föreskrifter, även ges i uppdrag att utreda bland annat hur respektive riksintresse på hälso- och sjukvårdsområdet förhåller sig till befintlig reglering och föreslå de ändringar som krävs för att riksintresset i fråga ska få genomslag. Utredningens bedömning är som utgångspunkt att förslaget kompletterar befintlig reglering på området, men beroende på hur respektive riksintresse kommer att preciseras över tid bör förhållandet till rättsordningen i övrigt beaktas vid framtida beslut.

För att möjliggöra en effektiv tillsyn över kommuners och regioners efterlevnad av riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet, behöver den nya lagens tillämpning följas upp, för att identifiera behov av ytterligare regeländringar, främst avses regler om offentlighet och sekretess. En naturlig del av myndigheternas arbete är att belysa konse-

kvenserna av preciseringen av respektive riksintresse på hälso- och sjukvårdsområdet. Skulle preciseringen av ett riksintresse på hälso- och sjukvårdsområdet innebära att kostnaderna för kommuner eller regioner ökar behöver dessa konsekvenser inklusive finansiering av dem beskrivas, se även kapitel 12.

Utredningen konstaterar att staten redan i dag har förväntningar på regionerna när det gäller vilka frågor som ska beaktas vid investeringar i infrastruktur för hälso- och sjukvården. Nationella reformer såsom omställningen till en mer nära vård respektive viss nationell högspecialiserad vård har tydliga kopplingar till vårdinfrastrukturen. Som redovisas i detta betänkande är dock inte statens förväntningar alltid precisa eller definierade och det saknas formella strukturer för att stödja genomförandet av de nationella intressena. Förslaget handlar således i hög utsträckning om att formalisera de krav och förväntningar som finns redan i dag och möjliggöra en allsidig avvägning mellan olika, potentiellt motstridiga, nationella intressen.

Utredningen bedömer att i ett första steg bör ett antal områden för riksintressen bestämmas och preciseras, se närmare beskrivning av berörda områden i avsnitt 10.5.3. Ett sådant område handlar om beredskap och katastrofmedicinsk beredskap och hur hänsyn till sådana intressen behöver tas i beslut som påverkar vårdinfrastruktur. På detta område finns i dag viss reglering som inte direkt anger hur dessa frågor ska tas om hand avseende vårdinfrastruktur. Lämpliga myndigheter för att precisera detta riksintresse kan vara Socialstyrelsen eller Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, eller de två myndigheterna i samråd. I utformningen av riksintressen på beredskapsområdet bör det särskilt övervägas om en sammanhållen nationell beredskapsplanering för såväl katastrofmedicinsk beredskap som beredskap för en kris eller krigssituation ska ligga till grund. En förutsättning för en sådan planering är också tydliga definitioner av till exempel vad som avses med och vilka förmågor ett (eller olika typer av) akutsjukhus ska kunna upprätthålla, eller till exempel definition av IVA-plats. Detta för att säkerställa nationell överblick över den totala förmågan.

Ett annat område där det finns nationella intressen som behöver beaktas vid beslut som påverkar vårdinfrastruktur handlar om kompetensförsörjning. Som beskrivs tidigare i betänkandet är kompetensförsörjningen en av vårdens stora utmaningar. Det råder i dag brist på utbildad personal inom flera vårdyrken, en brist som bedöms hålla i sig även framöver. Kompetensförsörjningsfrågor är direkt kopplade

till vårdinfrastruktur eftersom infrastrukturen påverkar vårdpersonalens förutsättningar att utföra en vård av god kvalitet. Kompetensförsörjning bör således införas som ett område för riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet.

Nationella reformer såsom omställningen till nära vård, ökad koncentration av högspecialiserad vård samt ökat patientfokus kan enligt utredningen komma till uttryck i olika behov vid utformningen av vårdinfrastruktur. Hur sådana riksintressen formuleras är beroende av vad den aktuella reformen avser. Exempel som bör övervägas är geografisk närhet och vad det betyder för vårdinfrastrukturen som helhet, till exempel gällande patientunderlag för akutsjukhusen när den nära vården ökar och mer av vården flyttar närmare patienten genom primärvård och hemsjukvård. Notera att denna typ av överväganden även bör tas hänsyn till i beredskapsplaneringen. Socialstyrelsen bedöms vara en lämplig myndighet för att precisera riksintressen inom området nationella reformer Även nya behandlingsmetoder bör kunna omfattas av riksintressen inom området utifrån behovet av nationell koordinering. Detta genom att de införs i en nationellt definierad process med en lokal och enhetlig implementering och tillsyn. Två exempel är komplicerad diagnostik som helgenomsekvensering eller beslutsstödda AI-modeller. Socialstyrelsen bedöms vara lämplig myndighet för precisering av sådana riksintressen.

På området forskning och utbildning bör införas riksintressen, som till exempel kan syfta till att säkerställa antalet VFU-platser (verksamhetsförlagd utbildning) på nationell nivå och att de investeringar som genomförs i vårdinfrastruktur svarar mot de krav som VFU ställer på lokalers utformning. VFU ställer till exempel krav på dimensionering av omklädningsrum och lunchrum, tillgång till utrymmen för handledning men även att olika typer av vårdrum är utformade så att utrymme finns för patient, vårdpersonal och student. Avseende detta riksintresseområde bedöms Socialstyrelsen, Universitetskanslersämbetet eller ett eller flera lärosäten vara lämpliga myndigheter för att precisera riksintresset. På området finns i dag bland annat ALF-avtal med staten och regionerna som part, trots detta är tillgången till VFU-platser en hämmande faktor för att klara den långsiktiga kompetensförsörjningen i vården. Gällande forskning kan riksintressen formuleras för att säkerställa att lokaler svarar mot forskningens behov av till exempel tillgång till laboratorier, arbetsrum och att digitala struk-

turer har tillräcklig förmåga för hantering och överföring av stora datamängder.

Därtill bör riksintressen kopplade till området digital infrastruktur införas. Den digitala infrastrukturen är central till exempel för användande av hälsodata vilket påverkar patientsäkerheten, möjligheter för utvärdering och utveckling av behandlingsmetoder, förutsättningar för individbaserad vård och stärkt patientautonomi. Ett riksintresse på detta område bör till exempel vara tillämpning av gemensamma standarder som säkerställer digital kommunikation och interoperabilitet inom hela hälso- och sjukvårdssystemet och möjliggöra effektivt tillgängliggörande av realtidsdata. Dagens utmaningar gällande tillgång till journaldata är välkända. Ett aktuellt exempel från covid-19-pandemin är överföring och sammanställning av laboratoriedata, där dagens fragmentiserade system har medfört att Sverige inte har tillgång till testdata i realtid. Relaterat är insamling och hantering av hälsodata. En nationell hantering av hälsodata ger förutsättningar för metodutveckling och uppföljning av vården. Samtidigt ger det förutsättningar för stärkt säkerhet och kontroll över tillgången till befolkningens hälsodata. En lämplig myndighet för precisering av riksintressen på digitaliseringsområdet vid beslut som påverkar vårdinfrastruktur är Myndigheten för digital förvaltning (DIGG).

11.2.3 Socialstyrelsen ska samordna riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet

Socialstyrelsen får i uppdrag att samordna riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet. Det innebär att Socialstyrelsen ska inhämta och sammanställa de utredningar, nationella behovsöversikter och annat planeringsunderlag som har betydelse för att hänsyn kan tas till riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet i de beslut som påverkar vårdinfrastruktur samt tillhandahålla underlagen till kommuner och regioner. Socialstyrelsen ska alltså samla arbetet med riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet.

Socialstyrelsen ska också lämna vägledning till kommuner och regioner om hur riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet bör beaktas. Sådan vägledning ska lämnas direkt till berörd kommun eller region och vara specifik på så sätt att den ska vägleda kommunen eller regionen i hur ett eller flera riksintressen bör beaktas i ett beslut. Vilka kommunala och regionala beslut som kommuner och regioner kan

inhämta vägledning om regleras inte. Avsikten är att det kan röra sig om såväl strategiska beslut om planering och övergripande utveckling av vårdinfrastrukturen som beslut om specifika investeringar i vårdinfrastruktur. Vägledning ska lämnas skriftligen på begäran från en kommun eller en region. På så sätt fungerar Socialstyrelsen som kontaktpunkt för kommuner och regioner. Om en kommun eller region är osäker på hur ett eller flera riksintressen bör beaktas ska det finnas en statlig aktör att vända sig till. Att detta ansvar inte fragmenteras, utan att statens intressen företräds av en aktör gentemot kommuner och regioner bedömer utredningen vara viktigt och stämmer väl överens med lärdomar från exempelvis hur länsstyrelserna bevakar statens intressen gentemot kommuner inom ramen för plan- och bygglagen (2010:900). Om en situation där två eller flera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet inte kan förenas i ett beslut ska Socialstyrelsen lämna vägledning om vilket intresse som bör ha företräde. Sådan vägledning är inte rättsligt bindande för kommuner och regioner. Tillsynsmyndigheten behöver dock ta hänsyn till vägledning som Socialstyrelsen lämnat (se nedan om tillsynsmyndighetens uppgifter).

11.2.4 Företrädare för patienter och professioner ska involveras

De brister gällande planering och beslutsfattande i frågor som gäller vårdinfrastruktur som redovisas i detta betänkande påverkar förutsättningarna för att nå målet om god vård på lika villkor för hela befolkningen, samt den samlade förmågan i riket att svara mot de behov hos befolkningen som framtidens hälso- och sjukvård behöver möta. Ytterst medför brister i vårdinfrastruktur negativa effekter på kvalitet och säkerhet för patienter och negativa effekter för kompetensutveckling och arbetsmiljö för yrkesutövare inom hälso- och sjukvården. De dialoger utredningen fört med representanter för patienter och professioner samt de yttranden som utredningen mottagit bekräftar vikten av bättre nationell styrning. Utredningen bedömer att patienters och professioners kunskap och perspektiv är viktiga att tillvarata i processen för riksintressen.

En utgångspunkt för utredningens analys har varit de former för samråd med medborgare som i dag finns inom ramen för samhällsplaneringen. I arbetet med översiktsplaner och detaljplaner har kommuner en formell samrådsskyldighet med kommuninvånarna som är

reglerat i plan- och bygglagen (PBL). Den formella samrådsskyldigheten enligt PBL är en del av medborgardialogen, men dialogen med medborgarna behöver påbörjas i ett tidigare skede, helst långt innan den formella planprocessen börjar (Boverket, 2021).

En utformning anpassad till hälso- och sjukvårdens område, med särskild tanke på vårdinfrastruktur, bör enligt utredningens mening ta sikte på den kunskap och erfarenhet som patienter och professioner inom hälso- och sjukvården besitter. Ett nytt riksintressesystem på hälso- och sjukvårdsområdet kommer att behöva utvecklas stegvis och företrädare för patienter och professioner bör ges möjlighet att bidra. Riksintressen för och beslut gällande vårdinfrastruktur kräver en del förförståelse och kommer sannolikt inte i alla delar att vara konkret och nära människors egen vardag. Det handlar om vilken vårdinfrastruktur som behövs för att möta långsiktiga behov i framtidens hälso- och sjukvård, vilket i sig förutsätter god systemförståelse och helhetsperspektiv på de nationella, regionala och lokala intressena som påverkar detta.

Utredningen föreslår mot denna bakgrund att den nya lagen om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet anger att företrädare för patienter och professioner ska involveras i processen med riksintressen. I lagen regleras att företrädare för patienter samt legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska ges möjlighet att delta i de statliga myndigheternas arbete med att precisera riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet. Regeringen, eller den myndighet regeringen bestämmer, bemyndigas att meddela föreskrifter om närmare föreskriva om formerna för sådan involvering och involveringen i övrigt. Detta skapar förutsättningar för regeringen att uppdra åt myndigheter att precisera formerna för involveringen och utveckla dessa över tid. Utöver patienters och professioners deltagande i de statliga myndigheternas arbete, som utredningen väljer att föreslå en lagreglering kring, är det utredningens bedömning att patienter och professioner i de utsträckning det är möjligt bör involveras även vid tillämpningen på regional och kommunal nivå. Hur patienter och professioner ska involveras på kommunal och regional nivå bedömer dock utredningen inte kräver reglering i lags form.

11.2.5 Kommuner och regioner behåller beslutanderätten men reglerna om riksintressen är tvingande

Den föreslagna regleringen innebär att kommuner och regioner behåller beslutanderätten i frågor om vårdinfrastruktur. Regleringen innebär dock att kommuner och regioner behöver beakta utpekade riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet vid beslut som påverkar vårdinfrastruktur.

Avsikten är att regleringen ska svara mot den komplexitet som omgärdar kommuners och regioners planering och beslutsfattande gällande vårdinfrastruktur och i synnerhet större investeringar.

Utredningen har övervägt olika alternativ till när riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet ska beaktas. Att exempelvis ange ett belopp i kronor avseende vilka investeringar som ska omfattas av regleringen bedöms inte ändamålsenligt mot bakgrund av att varje investeringsprojekt är komplext, sträcker sig över lång tid och omgärdas av flera överväganden och beslut. Därtill kommer att kommuner och regioner är olika stora och har olika behov av investeringar och förändringar i vårdinfrastruktur. Även beslut om mindre investeringar i vårdinfrastruktur kan få systempåverkande effekter inom och utom kommunen och regionen. Att fastslå en beloppsgräns eller på annat sätt avgränsa regleringen att omfatta endast större investeringsprojekt riskerar också, åtminstone i teorin, att skapa incitament att undvika sådana större investeringar och i stället göra flera mindre investeringar. En reglering som avgränsar när riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet ska beaktas till att endast omfatta investeringar över ett visst belopp riskerar därför att inte lösa de problem som utredningen identifierat.

Det är därtill angeläget att hänsyn till riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet blir en naturlig del i kommuner och regioners löpande planering av och beslutsfattande avseende vårdinfrastruktur. Att riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet ska beaktas vid beslut som *påverkar* vårdinfrastruktur innebär att kommunen eller regionen inför beslut som påverkar vårdinfrastrukturen också behöver beakta hur de påverkar riksintressena. Det rör således exempelvis beslut om investeringar, såsom nybyggnation eller förändringar, samt även nedläggningar. Med vårdinfrastruktur avses fastigheter, byggnader och anläggningar för hälso- och sjukvård, medicinteknisk utrustning samt digital infrastruktur. Utredningens bild är att regioner regel-

mässigt vill och försöker ta hänsyn till nationella intressen redan i dag, men att det saknas tydliga former för hur sådana hänsyn ska tas. Införandet av en reglering som ställer tydliga krav på kommuner och regioner innebär således i praktiken ett stöd för kommuner och regionerna i deras beslutsprocesser.

En reglering om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet innebär ett nytt system som framför allt tydliggör hur nationella intressen behöver tas om hand när kommuner och regioner beslutar i frågor som påverkar vårdinfrastruktur. Regleringen innebär alltså att staten genom att uttrycka riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet tydliggör vilka krav och förväntningar som finns på kommuner och regioner i fråga om vårdinfrastruktur. Kommuner och regioner behåller beslutanderätten men behöver beakta ett antal uppräknade riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet i sina beslut om vårdinfrastruktur. Om en kommun eller region är osäker på hur ett riksintresse på hälso- och sjukvårdsområdet ska beaktas ska Socialstyrelsen, som ovan beskrivits, lämna vägledning till kommuner och regioner.

Mot bakgrund av utredningens uppdrag innebär förslaget att kommuner och regioner ska beakta riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet vid beslut som påverkar vårdinfrastruktur. Systemet kan dock i princip utvecklas för att omhänderta även andra nationella aspekter i kommuners och regioners beslut inom hälso- och sjukvårdsområdet.

11.2.6 En statlig myndighet utövar tillsyn över riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet

För att regleringen om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet ska få fullt genomslag bedömer utredningen att det behövs en ordning för effektiv statlig tillsyn. En tillsynsmyndighet får ansvar för att utöva tillsyn över att kommuner och regioner i tillräcklig utsträckning beaktar riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet. Om en kommun eller region inte beaktat ett eller flera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet i tillräcklig utsträckning ska tillsynsmyndigheten upphäva kommunens eller regionens beslut eller förelägga en kommun eller region att vidta de åtgärder som behövs. Tillsynsmyndighetens beslut i enskilda tillsynsärenden kommer att vara beroende av hur tydligt och precist riksintressena formulerats. Kommunen eller regionen får överklaga tillsynsmyndighetens upphävande eller föreläggande till allmän förvaltningsdomstol. Tillsynen utövas av den myndighet reger-

ingen bestämmer. I dag utövar Inspektionen för vård och omsorg (IVO) tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal. Utredningen bedömer därför att myndigheten kan vara en lämplig tillsynsmyndighet. En genomförandekommitté ges i uppdrag att precisera ansvarig tillsynsmyndighet och dess uppdrag på området, se nedan.

Tillsynens former regleras i lag. Förslaget innebär huvudsakligen två tillsynssituationer. Den första aktualiseras när kommuner och regioner fattar beslut som har en påtaglig systempåverkande effekt på hälso- och sjukvården eller på ett eller flera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet. Kommunen eller regionen ska när ett sådant beslut fattats meddela tillsynsmyndigheten om detta. Meddelandet ska innehålla ett protokollsutdrag med beslutet samt underlag som visar hur riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet beaktats i beslutet. Meddelandet ska skickas senast dagen efter att protokollet har justerats. Avsikten är att de beslut som får störst påverkan på hälso- och sjukvården samt riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet ska skickas in till tillsynsmyndigheten.

Med påtaglig systempåverkande effekt avser utredningen primärt beslut om större investeringar i nya eller befintliga vårdbyggnader, men såsom nämnts ovan kan även andra större investeringar och beslut som har sådan effekt komma att inkluderas. Utredningen bedömer att det inte är lämpligt att i lag definiera vilka beslut som ska skickas in till tillsynsmyndigheten. För att bevara en viss flexibilitet och att kunna svara mot samhällsförändringar samt olikheter i kommuners och regioners organisation bör därför regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer bemyndigas att meddela föreskrifter om vilka beslut som avses. För att tillsynen ska bli effektiv är det viktigt att de beslut som omfattas är beslut i ett tidigt skede av planeringen av en större investering eller liknande. Aktualiseras tillsynen i ett för sent skede riskerar tillsynen att bli såväl ineffektiv som fördyrande. Föreskrifter om vilka beslut som omfattas kan således komma behöva ta hänsyn till beslutens form och innehåll. Det är utredningens bedömning att sådana bestämmelser bör finnas på plats när regleringen om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet införs.

Efter att tillsynsmyndigheten fått meddelandet ska myndigheten inom fem veckor fatta ett beslut om myndigheten ska överpröva kommunens eller regionens beslut. Tillsynsmyndigheten ska överpröva beslutet om det kan antas innebära att ett eller flera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet inte beaktats i tillräcklig utsträckning.

Ett beslut om att överpröva regionens eller kommunens beslut får inte överklagas. Tillsynsmyndigheten ska därefter inom två månader från att ha beslutat om att överprövning ska ske, besluta om att upphäva kommunens eller regionens beslut om ett eller flera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet inte i tillräcklig utsträckning har beaktats, om inte längre tid är nödvändig med hänsyn till ärendets omfattning eller andra särskilda omständigheter. Normalt sett bör beslut alltså fattas inom två månader. Det kan dock inte uteslutas att det i undantagsfall kan röra sig om ärenden med exempelvis mycket omfattande material eller ärenden som kräver komplicerade överväganden från tillsynsmyndigheten. Därför bör tillsynsmyndigheten ha möjlighet att vid behov skjuta på att fatta beslut. Tillsynsmyndigheten bör alltid sträva efter en enkel, snabb och kostnadseffektiv hantering av tillsynsärenden.

Den andra tillsynssituationen initieras av tillsynsmyndigheten. Om myndigheten får kännedom om en omständighet som kan antas innebära att ett eller fler riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet inte beaktas i tillräcklig utsträckning i en kommun eller region kan tillsynsmyndigheten inleda en utredning. Om tillsynsmyndigheten i en sådan utredning finner att ett eller flera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet inte beaktas i tillräcklig utsträckning ska tillsynsmyndigheten förelägga kommunen eller regionen att vidta de åtgärder som krävs för att riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet ska tillgodoses i befintliga eller nya vårdbyggnader. Ett sådant föreläggande får förenas med vite.

För att tillsynsmyndigheten ska kunna bedriva en effektiv tillsyn krävs att myndigheten får tillgång till relevanta underlag. Enligt förslaget är därför kommuner och regioner skyldiga att på tillsynsmyndighetens begäran lämna över handlingar och annat material samt lämna de upplysningar om verksamheten som tillsynsmyndigheten behöver för sin tillsyn. Detta gäller oavsett om tillsynen initierats genom att kommunen eller regionen skickat in beslutet till tillsynsmyndigheten eller om tillsynen initierats av tillsynsmyndigheten. Tillsynsmyndigheten får förelägga kommunen eller regionen att tillhandahålla begärda uppgifter. Ett beslut om föreläggande får förenas med vite. Det är viktigt att tillsynsmyndigheten även inhämtar övrig information i den mån det är nödvändigt. För det fall en kommun eller region fått vägledning från Socialstyrelsen behöver tillsynsmyndigheten beakta vägledningens innehåll i sin tillsyn.

Beslut av tillsynsmyndigheten att överpröva ett kommunalt eller regionalt beslut eller att inleda en utredning får inte överklagas. Beslut av tillsynsmyndigheten att upphäva ett kommunalt eller regionalt beslut, föreläggande om att vidta åtgärder samt föreläggande att tillhandahålla handlingar och annat material samt lämna upplysningar får överklagas av kommunen eller regionen till allmän förvaltningsdomstol. Utredningen bedömer att det bör finnas en möjlighet för kommuner och regioner att överklaga beslut av tillsynsmyndigheten som innebär upphävande av kommunala och regionala beslut eller förelägganden. Utredningen har övervägt olika alternativ till överklagandeinstans och funnit att de två alternativ som är lämpliga är att kommuner och regioner får överklaga tillsynsmyndighetens beslut till allmän förvaltningsdomstol eller till regeringen. Det finns skäl som talar för och emot båda alternativen.

På det område som utredningen hämtat inspiration till regleringsform, nämligen riksintressen enligt miljöbalken och framför allt hur riksintressen ska beaktas av kommuner enligt plan- och bygglagen, förekommer att frågor om hur riksintressena ska beaktas prövas av såväl domstol som regeringen. Exempelvis har berörda enskilda under vissa förutsättningar möjlighet att överklaga en kommuns beslut att anta, ändra eller upphäva en detaljplan till mark- och miljödomstol. Länsstyrelsens beslut att upphäva en detaljplan överklagas i stället hos regeringen. Regleringen har även likheter med den tillsyn som IVO i dag utövar över hälso- och sjukvården enligt patientsäkerhetslagen (2010:659). IVO har i sin tillsyn möjlighet att meddela föreläggande till vårdgivare att fullgöra sina skyldigheter eller att inkomma med uppgifter. Sådana förelägganden får överklagas till allmän förvaltningsdomstol.

Den föreslagna regleringen om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet innebär primärt att kommuner och regioner ska beakta rättsligt reglerade riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet. Tillsynsmyndighetens tillsyn omfattar primärt efterlevnaden av dessa rättsligt reglerade riksintressena. Mot denna bakgrund föreslås tillsynsmyndighetens beslut kunna överklagas av kommunen eller regionen till allmän förvaltningsdomstol.

Den föreslagna lagen innehåller också ett bemyndigande till regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer om att meddela ytterligare föreskrifter om formerna för tillsyn. Sådana föreskrifter kan exempelvis ta sikte på att reglera hur ett meddelande som kom-

munen eller regionen är skyldig att skicka till tillsynsmyndigheten ska skickas in eller närmare bestämmelser om vad ett sådant meddelande ska innehålla.

11.2.7 En genomförandekommitté tillsätts med uppdrag att precisera och genomföra uppdrag till myndigheterna

En genomförandekommitté tillsätts med uppdrag att genomföra de åtgärder och precisera de förändringar som behövs för att den föreslagna regleringen om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet ska genomföras. I uppdraget ingår att definiera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet och lämna förslag till förordning. Därtill ingår att formulera uppdrag till de myndigheter som ska precisera respektive riksintresse samt att formulera uppdrag till Socialstyrelsen att samordna riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet, inklusive att verka för att riksintressena beaktas av kommuner och regioner och ge vägledning till kommuner och regioner i detta syfte. Genomförandekommittén ska också föreslå vilken myndighet som ska vara tillsynsmyndighet samt formulera ett uppdrag till myndigheten. Sedvanliga konsekvensbeskrivningar och analyser, inklusive förslag om finansiering av eventuella kostnadsökningar ska göras av genomförandekommittén. Genomförandekommittén ska samverka med berörda myndigheter, regioner och kommuner samt företrädare för patienter och professioner.

Utredningen bedömer att en genomförandekommitté är det mest ändamålsenliga sättet att genomföra de åtgärder och precisera de förändringar och uppdrag som behövs för att regleringen om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet ska genomföras. Det förslag som utredningen presenterar innebär i huvudsak en regleringsmodell med tydligare statlig styrning genom utpekade riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet. Förslagets införande bygger på att det finns utpekade och preciserade riksintressen. Det kräver i sin tur att berörda myndigheter har fått i uppdrag att precisera riksintressena i fråga. Det är enligt utredningens bedömning lämpligt att det inledningsvis finns ett antal utpekade och preciserade riksintressen på plats när regleringen träder i kraft. Som redovisas i detta betänkande bedömer utredningen att det i första hand är inom följande områden som riksintressen behöver preciseras:

- Beredskap
- Kompetensförsörjning
- Nationella reformer (i första hand nära vård och högspecialiserad vård)
- Forskning och utbildning
- Digital infrastruktur.

Arbetet med att bestämma och precisera de riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet som bör införas i ett första steg bör ske samlat och samordnat varför det bedöms lämpligt att en genomförandekommitté får detta uppdrag. Genomförandekommitténs arbete bedöms kunna genomföras under en tidsperiod om högst ett år.

11.2.8 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Lagen om riksintressen föreslås träda i kraft den 1 juli 2023. Utredningen bedömer att genomförandekommitténs arbete, som beskrivs ovan, bör genomföras under en tidsperiod om högst ett år. Under denna tid bör berörda myndigheter få i uppdrag att precisera de identifierade riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet. Därefter behövs eventuellt viss tid att få de förordningar och föreskrifter som behövs på plats för att regelverket ska kunna genomföras. Därtill behöver hänsyn tas till den omställning som eventuellt krävs hos regioner och kommuner inför ett nytt regelverk. Detta bör inledas och genomföras parallellt med genomförandekommitténs arbete. Utredningen bedömer sammantaget att lagen ska träda i kraft den 1 juli 2023.

Lagen blir tillämplig på kommunala beslut som fattas efter den 1 juli 2023. Det innebär att riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet behöver beaktas av kommuner och regioner från och med detta datum. Kommuners och regioners beslut som har påtaglig systempåverkande effekt på hälso- och sjukvården eller på ett eller flera riksintressen och som fattats efter den 1 juli 2023 ska skickas in till tillsynsmyndigheten. Tillsynsmyndighetens möjlighet att förelägga kommuner och regioner att vidta de åtgärder som behövs för att ett eller flera riksintressen ska beaktas i tillräcklig utsträckning ska också gälla från och med ikraftträdandedatumet.

11.3 Utveckla gemensamma definitioner och standarder för vårdbyggnadsområdet

Utredningens förslag: I hälso- och sjukvårdslagen införs en bestämmelse om att regioner ska samverka med andra regioner i frågor om planering och utveckling av vårdens lokaler. Syftet med samverkan är att bidra med kunskapsöverföring mellan regioner. Samverkan ska särskilt ta sikte på att producera standardiserade definitioner och modeller för planering och utveckling av vårdens lokaler. Arbetet ska bedrivas i enlighet med regelverken för befintliga standardiseringsorganisationer. Förändringen ska träda i kraft den 1 juli 2022.

Större investeringar i vårdinfrastruktur är sällanhändelser utifrån ett regionalt och lokalt perspektiv men inte ur ett nationellt perspektiv. Exempelvis bygger varje region sällan ett nytt sjukhus, men i hela landet byggs sjukhus med en viss regelbundenhet. Dagens former för kunskapsöverföring och erfarenhetsutbyte bedöms dock inte vara tillräckliga, vilket redovisas i detta betänkande. Utredningen bedömer att det finns potential för en effektivare investeringsprocess om det sker ett regelbundet erfarenhetsutbyte så att inte varje region (eller kommun) behöver lösa liknande problem individuellt. Ett alternativ är att en statlig myndighet tar ett nationellt ansvar för att samla in och strukturera kunskap för att sedan utfärda rekommendationer och processtöd. Detta borde emellertid regionerna kunna göra själva. Det finns inte heller – till skillnad från i frågan om vad som ska byggas – något uppenbart nationellt intresse utöver definierade riksintressen som kräver statlig styrning. Mot denna bakgrund föreslår utredningen att existerande regionala samarbeten på nationell nivå utvecklas och förstärks.

Utredningen konstaterar att det finns ett uttalat behov i regionerna av tydligare stöd i planerings- och genomförandeprocessen av vårdinfrastrukturinvesteringar. Utredningens bedömning är att det uppstod en lucka gällande kunskap och erfarenhetsåterföring när staten avvecklade de tidigare besluts- och planeringsorganen tillika kunskapsorganisationerna på området, till exempel Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande (NUU) och Nämnden för sjuk-

vårds- och socialvårdsbyggnader (NSB). Regionerna har verkat för att täcka denna lucka genom Fastighetsrådet, regionernas FoU-fond för fastighetsfrågor och genom bland annat nätverk för information och erfarenhetsutbyten, PTS-forum, Forum vårdbyggnad och genom att bidra till finansieringen och uppbyggnaden av Centrum för vårdens arkitektur (CVA) vid Chalmers tekniska högskola. Utredningens bedömning är att det trots dessa ansträngningar finns behov av att rendodla roller och utveckla arbetet med gemensamma definitioner. Detta omfattar även arbetet med att skapa tydlighet kring hur gemensamt framtagna dokument för till exempel typrum tas fram hur de och hålls aktuella och vilken status de har. För att effektivisera genomförandet av investeringar i vårdinfrastruktur behöver därför det interregionala samarbetet utvecklas.

Utredningen konstaterar i detta betänkande att en utmaning för regionerna är att alla gör olika. Att gemensamma termer, definitioner och projektmodeller saknas i flera fall och inte tillämpas i tillräcklig utsträckning är ett hinder för systematisk gemensam erfarenhetsuppbyggnad och erfarenhetsöverföring mellan projekt. I förlängningen innebär detta även hinder för den inhemska innovationskraften inom vårdbyggnadsområdet. PTS och CVA (2018) har föreslagit att regionerna bör utarbeta en gemensam planerings- och utvecklingsmodell för vårdmiljöer för att överbrygga vissa av dessa problem. Det är utredningens bedömning att detta är ett viktigt steg för att öka förutsättningarna för erfarenhetsutbyte och bör därför tas om hand inom ramen för detta förslag. Utredningen kan också konstatera, viket redovisas i detta betänkande, att behoven av enhetliga principer som är gemensamma för hela landet och användning av samma begrepps- och referensramar betonades redan då den statliga detaljstyrningen av hälso- och sjukvården minskade genom införandet av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (se prop. 1981/82:97).

Utredningen föreslår därför att regionerna får ansvar för att samverka i frågor om planering och utveckling av vårdens lokaler. Utredningens förslag om ett statligt bolag för vårdfastigheter, som beskrivs nedan, tar i huvudsak om hand den problematik som ligger till grund för detta förslag om utveckling av gemensamma standarder. Förslaget ska därmed ses som en åtgärd i avvaktan på ett gemensamt bolag för vårdfastigheter. I den mån en indelning av ägandet av vårdfastigheter i flera bolag övervägs vill utredningen framhålla vikten av tydlig

ägarstyrning från staten för att åstadkomma enhetlighet och erfarenhetsöverföring mellan projekt även mellan bolagen.

Regioner är redan i dag skyldiga att samverka enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Enligt 7 kap. 7 och 8 §§ HSL ska regioner samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården, och i frågor om hälso- och sjukvård som berör flera regioner ska regioner samverka sinsemellan. Förslaget innebär således att regionernas samverkansskyldighet förtydligas gällande frågor om planering och utveckling av vårdens lokaler. Förslaget syftar primärt till kunskapsöverföring mellan regionerna rörande planering och utveckling av vårdinfrastruktur. Samverkan ska särskilt inriktas mot att ta fram standardiserade definitioner och modeller för planering och utveckling av vårdinfrastruktur. Den nya bestämmelsen införs som ett andra stycke i 7 kap. 7 § HSL. Formerna för detta regleras inte, regionerna får således själva bestämma om samverkan bäst utvecklas i befintliga nätverk med mera, eller om det finns behov för nya samverkansstrukturer.

Standarder är ett effektivt verktyg i flera avseenden. Under förutsättning att de baseras på aktuellt kunskapsläge och beaktar de olika perspektiv och intressen som är relevanta för ändamålet är det effektiva verktyg för erfarenhetsöverföring och kunskapsspridning. Tillämpning av relevanta standarder ger också förutsättningar för systematisk erfarenhetsuppbyggnad genom de gemensamma utgångspunkter som standarden medför. En förutsättning för framgångsrik tillämpning av standarder är att det finns för ändamålet relevanta standarder att tillgå. Därvid är det viktigt med tydlighet om vilken status en aktuell standard har, hur den beslutats, vad den fyller för syften och hur den förhåller sig till övriga tillgängliga standarder.

Ett argument som inte sällan hörs rörande beslutsfattande och val av olika lösningar inom hälso- och sjukvården är att det finns fördelar med att prova olika typer av lösningar och att diversiteten gör att man undviker att en mindre lyckosam lösning implementeras i hela hälso- och sjukvårdssystemet. Detta förefaller bygga på en övertro på kunskapsnivån och innovationsförmågan i enskilda projekt. Den bild som förmedlats till utredningen är snarare att större investeringar är sällanhändelser i regionerna. De flesta som är inblandade i en sjukhusinvestering är bara med om det en gång under yrkeskarriären, det gäller särskilt företrädare för vårdverksamheten.

Utredningens bedömning är att standardisering är en effektiv metod för att motverka en del av dessa utmaningar. Det krävs dock att standarden tas fram på rätt sätt så att dess innehåll svarar mot ändamålet. I likhet med regelverken för den reguljära standardiseringen inom till exempel Svenska institutet för standarder (SIS) krävs en öppen och transparent process där alla relevanta intressen beaktas och de aktörer som företräder olika perspektiv deltar. För ett typrum gäller detta allt från hur till exempel installationer placeras till hygienkrav och arbetsmiljökrav, men även att den arkitektoniska utformningen beaktar patientperspektivet genom en läkande miljö eller tar hänsyn till att undervisning bedrivs i lokalerna och de krav som detta medför. En särskild utmaning inom standardiseringen är hur ekonomiskt svaga grupper kan beredas möjlighet att delta i framtagande av standarder. På vårdinfrastrukturområdet rör detta till exempel hur patientperspektivet beaktas och att patientorganisationer bereds möjligheter att delta i arbetet. I det arbete som i dag bedrivs inom ramen för PTS-forum finns ett brukarråd med syfte att fånga dessa perspektiv. Utredningens bedömning är att patientorganisationernas representation behöver tas om hand på ett mer strukturerat sätt i standardiseringsarbetet.

Det är frivilligt att använda standarder och utredningens bedömning är att detta även bör gälla på vårdbyggnadsområdet. En standard ska vara ett medel för att effektivisera och ett verktyg för att säkerställa att relevanta hänsyn tas i beaktande och att aktuella regelverk är uppfyllda, i den mån inte annat följer av aktuellt regelverk. Detta gäller även de av staten fastlagda riksintressen i de fall de påverkar lokalernas direkta utformning. I de fall valet att inte tillämpa en standard görs är man emellertid skyldig att på annat sätt visa att aktuella regelverk är uppfyllda. Frivilligheten innebär även att i de fall befintliga standarder inte tar hänsyn till vårdverksamhetens behov till exempel tekniska och medicinska utvecklingssprång står det fritt att välja alternativa lösningar som uppfyller gällande regelverk.

Förslaget bör träda i kraft så snart som lagstiftningsprocessen tillåter, vilket utredningen bedömer är den 1 juli 2022. Förändringen är framför allt ett förtydligande av regionernas befintliga samverkansskyldighet och det arbete som till stor del redan görs. Några övergångsbestämmelser bedöms inte behövas.

11.4 Ett statligt fastighetsbolag för hälso- och sjukvården stärker det nationella perspektivet ytterligare

Utredningens förslag: En organisationskommitté tillsätts för att detaljera och i erforderlig utsträckning genomföra de praktiska förutsättningarna för att överföra ägandet av befintliga lokaler för hälso- och sjukvården helt eller delvis från regionerna till ett statligt ägt bolag som uppdras att ansvara för att hälso- och sjukvårdsverksamheten bedrivs i ändamålsenliga lokaler.

Frågan om kunskapsöverföring och erfarenhetsutbyte har i olika sammanhang framförts som en svår fråga att hantera med dagens system. I synnerhet gäller det iakttagelsen om att varje region själv får finna lösningar när det gäller infrastruktur, analyser, praktiska och tekniska lösningar och drift, utan andra verksamheter att ”låna” lösningar av. Det har beskrivits som att ”hjulet uppfinns på flera ställen”. I utredningen har detta identifierats som behov 2, utmaningar kopplade till brister i planerings- och genomförandeprocessen (se kapitel 8 och 10).

Eftersom dagens former för kunskapsöverföring saknar formell betydelse kan de inte, utan starkare beslutsmandat, få önskvärd effekt.

För att stärka möjligheterna till kunskapsöverföring och erfarenhetsutbyte föreslår utredningen därför att en organisationskommitté tillsätts med uppdrag att detaljera och i erforderlig utsträckning genomföra en överföring av ägandeskapet av befintliga lokaler för hälso- och sjukvården helt eller delvis till ett statligt ägt bolag. Regionerna kommer i stället från dagens situation hyra vårdinfrastruktur av bolaget. Regionerna kan, precis som i dag, fortsättningsvis även hyra lokaler av privata fastighetsbolag. Ett sammanhållet ägande av åtminstone de större sjukhusen och ett samlat ansvar för framtida investeringar skulle innebära stora möjligheter till koordinering både mellan olika regioner och mellan olika beslutsnivåer i sjukvården. Dagens situation med svag kunskapsöverföring mellan olika projekt skulle ersättas med en organisation där infrastruktursatsningar på hälso- och sjukvårdsområdet inte är sällanhändelser.

Som beskrivs i detta betänkande har den typen av uppdelning gjorts, till exempel inom högskolevärlden och för annan statlig verksamhet som behöver speciella fastigheter.

Även om det funnits invändningar mot en sådan uppdelning inom dessa politikområden visar uppföljningar som har gjorts att det i huvudsak fungerar väl. Det tänkta bolaget kommer sannolikt att vara större än utredningens jämförelseobjekt Akademiska Hus och Specialfastigheter vilket ställer krav på effektiv förvaltning inom bolaget och nära kontakt med hälso- och sjukvårdsverksamheten i respektive region, inte minst eftersom bolaget behöver ta ansvar för underhåll och fastighetsdrift. Samtidigt är bolagets storlek ett av de främsta argumenten för förslaget eftersom kunskapsöverföringen kan förväntas bli bättre och sällanhändelser vanligare.

Att placera ansvaret för investeringar och underhåll i ett enda bolag bedöms innebära skalfördelar, och en ökad effektivitet för investeringskedjan i sin helhet. Behoven av bättre stöd i planerings- och genomförandeprocesser, till exempel i form av standardiserad vägledning, kan ges bättre förutsättningar då kompetensuppbyggnad och professionalisering underlättas genom organisering i ett större specialiserat fastighetsbolag. Vidare skulle ett sådant bolag kunna upprätthålla en stark beställarkompetens på upphandlingsområdet, med stora effektiviseringsvinster som följd.

Investeringar i vårdbyggnader är ett slags megaprojekt som typiskt sett är komplexa och medför finansiella risker för huvudmannen. När det gäller Nya Karolinska Solna (NKS) valdes finansieringsmodellen offentlig privat samverkan (OPS) bland annat för att bättre kunna hantera dessa finansiella risker (SOU 2020:15). Att placera vårdbyggnaderna i ett statligt bolag innebär att de finansiella riskerna förknippade med investeringar i vårdbyggnader inte kommer att belasta regionerna. I kraft av sin storlek kommer bolaget att ha en stark ställning när det gäller att attrahera finansiering för kommande investeringar, vilket talar för ytterligare effektivitetsvinster jämfört med dagens situation.

Utredningens bedömning är att bolaget bör vara helägt av staten men att det kan övervägas om regionerna ska dela bördan i form av ett samägt bolag. Trots de fördelar som finns med ett stort bolag kan man också tänka sig tre till fyra mindre bolag som verkar inom geografiskt avgränsade områden som överensstämmer med en eller flera samverkansregioner, men argumenten för en sådan lösning bedöms svagare. Eftersom staten i dag delar kostnaden för hälso- och sjukvården med regionerna kan eventuellt överskott i bolaget återföras till regionerna.

Genom ett sammanhållet offentligt ägande av vårdfastigheter skapas förutsättningar för att jämna ut villkoren mellan regionerna i hela landet och möjliggöra för regionerna att fullt ut fokusera på vårdverksamheten.

En komplicerande förutsättning är att dagens ägarstruktur inte är anpassad till en sådan förändring eftersom respektive region i dag äger sin egen infrastruktur. Att överföra fastigheterna till ett gemensamt bolag skulle således på kort sikt innebära stora ekonomiska transaktioner. På längre sikt skulle dock kostnaderna vägas upp av inbetalda hyror.

En bolagisering innebär att genomförandet av viktiga investeringar flyttas från den regionala nivån till nationell nivå. Utöver de praktiska för- och nackdelar med ett bolag är frågan kopplad till mer övergripande styrningsideal. Å ena sidan decentralisering och å andra sidan ökad systemsyn.

Även ett offentligt ägt bolag behöver ta hänsyn till olika riksintressen och behovet av koordinering mellan regionala planer, varför även ett sådant bolag skulle kunna underkastas en prövning i likhet med den som beskrivs ovan.

Ett offentligt bolag skulle även kunna avgränsas till ett servicebolag, som är helt inriktat på kunskapsuppbyggnaden och stöd till regionerna vid investeringsprojekten, vars komplexitet beskrivs i detta betänkande.

Utöver själva ägarskapet finns ett antal utestående frågor om det praktiska genomförandet som behöver lösas innan ett förslag kan realiseras. Utredningen föreslår därför att regeringen tillsätter en organisationskommitté med uppgift att precisera och i erforderlig utsträckning genomföra de närmare förutsättningarna för ett sådant bolag. I uppdraget bör även ingå en analys av förutsättningar och lämplighet i ett överfört ägandeskap även gällande lokaler för hälso- och sjukvård som ägs av kommunerna.

Organisationskommittén bör vidare få till uppgift att redovisa en ekonomisk plan för överförandet av infrastrukturen och lämna förslag om bolagets organisation och verksamhet samt överväga olika alternativ för ägandefrågan och bolagets närmare organisation. Därutöver bör organisationskommittén uppdras att genomföra de praktiska åtgärder som är förknippade med bildandet av bolaget.

11.5 Stärk förutsättningarna för kunskapsuppbyggnad inom området vårdinfrastruktur

Utredningens förslag: Staten stärker området vårdinfrastruktur genom ytterligare forskningsmedel, samt övertar ansvaret för finansiering av Centrum för vårdens arkitektur vid Chalmers tekniska högskola.

Vårdinfrastruktur, i synnerhet sjukhus, är komplexa byggnader som ska tillgodose många olika behov. Det kan handla om att stödja sjukvårdsverksamhetens processer, tillgodose särskilda behov vid krissituationer och, inte minst, bidra till patienternas välmående och tillfrisknande. Vårdmiljön har hälsofrämjande effekter som är av betydelse för patienter, anhöriga och vårdpersonal. Utformningen av inre och yttre miljöer har visats ge snabbare läkning, påverka vårdförlopp och vårdtider. Läkande miljöer och ”evidence-based design” bör vara centrala utgångspunkter i en personcentrerad vård och kan bidra till ökad effektivitet i hälso- och sjukvården. Den pågående omställningen av vården med ökade koncentration av högspecialiserad vård respektive utveckling av den nära vården medför fortsatta utmaningar kopplade till patientens väg genom vården. Behovet av utvecklade processperspektiv i vården kommer att öka och ställa nya krav på hur vårdsammanhang kan formuleras i personcentrerad vård.

Utredningen bedömer att forskningsområdet behöver stärkas ytterligare för att ge tydligare avtryck i de nya vårdbyggnader som uppförs och föreslår därför ökade anslag till detta område. Detta för att på sikt även kunna utforma riksintressen som främjar personcentrerad vård som tar sin utgångspunkt i läkande miljöer. Utredningen bedömer att denna förstärkning och fördelning av anslag bör hanteras inom ramen för ordinarie processer för forskningsanslag.

År 1998 tillträdde den första professorn i vårdbyggnad. Professuren i vårdbyggnad inrättades av Forum vårdbyggnad i samarbete med Chalmers för att komplettera grundutbildningen av arkitekter samt etablera vårdbyggnad som ett forskningsområde.

År 2010 instiftades Centrum för vårdens arkitektur (CVA) vid Chalmers. CVA är en centrumbildning för skapande, översättning, utbyte och spridning av kunskap om vårdarkitektur. CVA bedriver forsk-

ning, genomför forskarutbildning samt bidrar till grund- och vidareutbildning inom området.

I styrgruppen för centret ingår representanter från Fastighetsrådet, Forum Vårdbyggnad, Västra Götalandsregionen samt Chalmers. Professuren finansieras i dag av Forum vårdbyggnad och Västra Götalandsregionen. Fastighetsrådet bidrar till en forskningsplattform. En vidareutbildning om att planera och utforma lokaler för vård och omsorg genomförs kontinuerligt. Utbildningen genomförs i samarbete av CVA Chalmers, PTS forum och Forum Vårdbyggnad.

Utredningens bedömning är att CVA är en viktig aktör inom området vårdbyggnad som har en central roll för såväl kunskapsutveckling som kunskapsspridning och utbildning på vårdbyggnadsområdet.

Utredningen bedömer att staten bör stärka förutsättningarna för kunskapsutveckling och utbildning och därmed även innovation på vårdområdet. Förstärkningen är en del i en helhet som omfattar utredningens övriga förslag gällande nationell normering genom riksintressen, utveckling av standarder för ökad effektivitet och främjande av innovation i vårdbyggnadsinvesteringar, samt ökad samordning mellan investeringsprojekt i ett gemensamt bolag. Utredningen föreslår därför att CVA bör stärkas för att öka samhällets förmåga att genom vårdinfrastrukturen öka effektiviteten i vårdverksamheten. Detta förutsätter utveckling och tillgängliggörande av kunskap, utvärdering av lokalers effekter på vårdverksamheten och att öka effektiviteten i planering- och genomförande genom att utveckla standarder på vårdbyggnadsområdet som speglar det aktuella kunskapsläget inom forskningsområdet vårdbyggnadens arkitektur. Utredningen bedömer vidare att det finns behov av löpande utvärdering av hur utformning av lokaler svarar mot den pågående omställningen av vården. CVA som kunskapsorganisation är viktigt i detta sammanhang och utredningen bedömer att dessa utredningar skulle stärkas om CVA var oberoende av grundfinansiering från regionsektorn.

CVA har i dag tidsbegränsad finansiering med olika löptider från olika finansiärer, enligt ovan. Utredningen föreslår att staten övertar ansvaret för finansieringen av CVA och att anslagen gäller tillsvidare.

12 Konsekvenser av utredningens förslag

I enlighet med 14-15a §§ kommittéförordningen (1998:1474) ska konsekvenserna av utredningens förslag anges i betänkandet. Av 15a § kommittéförordningen följer att konsekvenserna ska anges på ett sätt som motsvarar de krav på innehållet i konsekvensutredningar som finns i 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning. Vidare anges i utredningens direktiv (dir. 2019:69) att bland annat ekonomiska konsekvenser för de aktuella aktörerna, konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män samt proportionalitetsprincipen när det gäller eventuella inskränkningar av den kommunala självstyrelsen i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen ska beaktas. I detta kapitel redogörs konsekvenserna av utredningens förslag.

12.1 En reglering av riksintressen

12.1.1 Förslaget i korthet

Utredningens förslag om att införa en riksintressereglering på hälso- och sjukvårdsområdet innebär att staten genom riksdag, regering och förvaltningsmyndigheter bestämmer och preciserar riksintressen som i sin tur behöver beaktas av kommuner och regioner i beslut som påverkar vårdsinfrastruktur. Enligt förslaget får regeringen bestämma på vilka områden det finns riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet. Riksintressena preciseras sedan av de myndigheter som regeringen bestämmer. Socialstyrelsen får i uppgift att samordna riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet, att verka för att de beaktas i kommuner och regioner samt lämna vägledning till kommuner och regioner. Företrädare för patienter och professioner ska involveras.

Kommuner och regioner behåller beslutanderätten i frågor om vårdsinfrastruktur. En myndighet som regeringen utser får i uppgift att utöva tillsyn över hur riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet beaktas. Tillsynsmyndigheten har enligt förslaget möjlighet att upphäva kommuners eller regioners beslut, samt att förelägga kommuner och regioner att vidta de åtgärder som behövs, om ett eller flera riksintressen inte beaktas i tillräcklig utsträckning. En genomförandekommitté tillsätts med uppdrag att precisera och detaljera riksintressen och riksintressemyndigheter.

12.1.2 Konsekvenser för ansvarsfördelningen mellan stat, region och kommun

I dag ansvarar regioner och kommuner för utförandet av hälso- och sjukvården. Statens åtaganden på hälso- och sjukvårdsområdet handlar framför allt om lagstiftning, fördelning av statsbidrag, tillsyn samt ett särskilt ansvar för nationell högspecialiserad vård. Nära kopplat till investeringar i vårdinfrastruktur är statens ansvar för forskning och utbildning, beredskap och nationella reformer inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Genom förslaget om en riksintressereglering på hälso- och sjukvårdsområdet behåller regioner och kommuner huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården, inklusive beslutanderätten i frågor om investeringar och infrastruktur i övrigt. Förslaget innebär att staten preciserar särskilt viktiga nationella intressen som behöver beaktas i regionala och kommunala beslut.

Riksintresseregleringen syftar till att öka tydligheten, säkerställa genomslag för nationella behov i regionala och kommunala beslut samt ge regioner och kommuner förbättrade planeringsförutsättningar. Det är utredningens bedömning att regionerna redan i dag enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och till exempel ALF-avtalen ska beakta en rad nationella intressen i regionala beslut. I princip gäller motsvarande för kommunala beslut. Det saknas dock en reglering och tillräcklig precisering om de intressen som ska beaktas. Mot bakgrund av utredningens uppdrag om investeringar i vårdinfrastruktur är förslagen fokuserade på denna typ av beslut.

12.1.3 Ekonomiska konsekvenser

Ekonomiska konsekvenser för staten

Utredningens bedömning är att konsekvenserna av förslaget om riksintressen framför allt påverkar staten och de myndigheter som ges uppdrag att precisera de intressen som beslutas ingå i regelverket. Förslaget är i sin kärna en regleringsteknik som kan fyllas med innehåll efter behov. De områden där utredningen identifierat att det finns nationella intressen som behöver beaktas i regionala eller kommunala beslut om investeringar i vårdinfrastruktur är i sig inte nya eller okända. Förslaget är snarare en styrmodell där staten genom normgivning säkerställer genomslaget för nationella intressen i regionala och kommunala beslut. Ytterst är syftet att nå målet om vård på lika villkor för hela befolkningen. Styrmodellen med riksintressen är sedan länge etablerad inom andra samhällsområden, men är en ny typ av styrning inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Den problembild som utredningen beskrivit visar på risker för mycket höga samhällsekonomiska kostnader på lång sikt om vårdinfrastrukturen inte stödjer de nationella behoven. Att säkerställa att nationella intressen får genomslag i regionala och kommunala investeringsbeslut är därför, enligt utredningens bedömning, nödvändigt. De mjukare former för styrning som tillämpas i dagens system bedöms inte ändamålsenliga. Detta gäller till exempel överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Riksrevisionen har kritiserat regeringen för valet av otraditionella styrformer och regionerna har uttryckt att tillfälliga överenskommelser medför oförutsägbarhet och snedvrider incitamenten för regionala beslut. Vidare är specialdestinerade bidrag förknippade med vissa problem, vilket ytterligare understryker behovet av förbättrad styrning.

Förslaget kan i förlängningen innebära nya uppgifter för myndigheterna, samtidigt som det ger förutsättningar för mer effektivt arbete i frågor där flera av myndigheterna i nuvarande system har ansvar och ska ge stöd till regionerna på olika sätt. Vilka ekonomiska konsekvenser riksintresseregleringen får för respektive myndighet kommer att vara avhängigt av vilka områden som kommer att omfattas av systemet. De detaljerade riksintressena och preciseringen av myndigheter är en fråga för normgivning på förordningsnivå och vad som ska omfattas av systemet omfattas inte av utredningens förslag, utan föreslås tas om hand av en genomförandekommitté.

En ny uppgift enligt förslaget är uppdraget till Socialstyrelsen att samordna arbetet med riksintressen och vara en gemensam ingång för kommuner och regionerna till staten i dessa frågor. Myndigheten behöver tillföras medel i proportion till omfattningen av det nya uppdraget. Omfattningen av detta uppdrag, kommer dels att vara beroende på val av omfattning och utformning av riksintressen, dels att vara beroende av vilka åtgärder regionerna vidtar för att i enlighet med utredningens förslag att utveckla gemensamma definitioner och standarder på vårdbyggnadsområdet. Om ett effektivt gemensamt implementeringsarbete kommer till stånd på det sätt som utredningen föreslår bedömer utredningen att samordningen från Socialstyrelsen medför avsevärt mindre arbete jämfört med en fortsättning likt dagens situation där respektive region i stor omfattning på egen hand gör egna tolkningar och val av hur nationella intressen ska beaktas.

En ny uppgift enligt förslaget är tillsyn på detta område. Oavsett vilken myndighet som uppdras att utöva tillsyn över riksintresseregleringen kommer det att vara en ny uppgift. Omfattningen av denna är analogt med tidigare resonemang emellertid beroende dels av omfattningen av och utformningen av riksintressen, dels hur regionerna (och i förekommande fall kommunerna) väljer att implementera de fastställda intressen som ska beaktas i regionala och kommunala beslut. Utredningen bedömer att tillsynsverksamheten kommer att påverkas av i vilken utsträckning samarbete och tydliga öppna processer med bred representation av olika intressen om gemensamma definitioner i enlighet med utredningens förslag kommer till stånd. Utredningen bedömer att utmaningarna förknippade med tillsynen, och som en konsekvens, de ytterligare medel som behöver tillföras tillsynsverksamheten ökar i avsaknad av en process för gemensamma definitioner och stödjande verktyg i enlighet med utredningens förslag.

Utredningen menar att regleringens effekt i första hand kommer att vara bättre planeringsförutsättningar och därmed beslut som i ökad utsträckning tar tillräcklig hänsyn till nationella intressen. En sådan effekt bör leda till att tillsynsbesluten i praktiken kommer att vara få till antalet.

Ekonomiska konsekvenser för kommuner och regioner

Förslaget omfattar en regleringsteknik för ökat genomslag samt ökad tydlighet och långsiktighet i den statliga styrningen på hälso- och sjukvårdsområdet. Förslaget innebär att dagens styrning med otydliga planeringsförutsättningar för regioner och kommuner utifrån nationella intressen ersätts med tydlig normgivning från staten. Genom riksintressena preciseras de nationella intressena. Förslaget innebär inte att några nya eller i dag frivilliga uppgifter görs obligatoriska för kommuner eller regioner. Någon kommunal eller regional angelägenhet tas inte bort från kommunernas ansvar. Förslaget innebär inte att ambitionsnivån för befintliga kommunala eller regionala uppgifter ändras eller att kommunernas eller regionernas möjligheter att ta ut avgifter påverkas, så inte heller kommunernas eller regionernas möjligheter till andra inkomster. Utredningen bedömer att förslaget leder till förbättrade planeringsförutsättningar för kommuner och regioner och därmed förutsättningar för ökad effektivitet i resursutnyttjandet på regional nivå.

I betänkandet har utredningen diskuterat och exemplifierat problem kopplade till investeringar i vårdinfrastruktur som kan lösas med denna regleringsteknik. Den reglering som föreslås leder principiellt inte till några ökade kostnader för kommuner eller regioner. Vilka konsekvenser respektive definierat riksintresse får för regioner och kommuner kommer i stället att vara beroende dels av vilka intressen som preciseras i reglering, dels av vilket ansvar regionerna och kommunerna har på området i dag. I den mån syftet med precisering av ett riksintresse inte medför nya uppgifter för regioner och, i förekommande fall, kommuner utan avser ökad tydlighet och att etablera gemensamma nationella utgångspunkter bedöms konsekvensen för kommunsektorn som helhet manifesteras i lägre kostnader. Utredningen kan konstatera att kommuner och regioner i dag är skyldiga att enligt hälso- och sjukvårdslagen att organisera vården så att den främjar kostnadseffektivitet, regionerna ska samverka sinsemellan och med andra samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

I den mån preciseringen av ett riksintresse medför nya krav på eller en ambitionshöjning för regioner eller kommuner ska konsekvenserna för kommunsektorn utredas i sedvanlig ordning och kompensation till sektorn övervägas i enlighet med rådande ordning av den myndighet som får i uppdrag att precisera riksintresset. I detta

avseende innebär utredningens förslag om ny regleringsteknik och tydligare statlig styrning av hälso- och sjukvårdsområdet inte någon förändring.

Utredningens förslag innebär att om det inte framgår av ett beslut hur ett definierat riksintresse beaktas, eller om ett definierat riksintresse inte beaktas fullt ut medför detta åtgärder från tillsynsmyndigheten. Detta kan leda till administrativa kostnader för regionen eller kommunen i fråga, till exempel som en följd av behov av ytterligare precisering av grunderna för beslutet. I de fall tillsynsmyndigheten finner att beslutet inte har beaktat det preciserade intresset i tillräcklig utsträckning får detta konsekvenser för beslutets status, beslutet kan komma att upphävas. Följden blir att ytterligare beredning krävs innan ett nytt beslut kan fattas, viket medför kostnader för aktuell region eller kommun. Utredningens bedömning är att förslaget innebär ökad tydlighet och därmed förbättrade förutsättningar för kommunsektorn att beakta beslutade riksintressen. Utredningen konstaterar att om den statliga normgivningen beaktas i regionala och kommunala beslut medför denna regleringsteknik med ökad tydlighet inte några ytterligare kostnader för regioner eller kommuner.

Finansiering av kostnaderna

Utredningens bedömning är att förslaget kommer att medföra ökade kostnader för staten genom nya uppdrag till myndigheter. Syftet med förslaget är att öka tydligheten och effektiviteten i den statliga styrningen för att ge regioner och kommuner förbättrade planeringsförutsättningar och mer effektiv resursanvändning. Vid given ambitionsnivå bedöms därmed förslaget vara kostnadsbesparande för hälso- och sjukvården som helhet. Staten finansierar en del av hälso- och sjukvården och omsorgen genom statsbidrag till regionerna och kommunerna. Drygt en femtedel av kommunsektorns intäkter utgörs av statsbidrag. Utredningen bedömer att de ökade kostnader för staten som uppkommer av förslaget kan finansieras genom omfördelning av bidragen till regioner och kommuner.

Övriga samhällsekonomiska konsekvenser

Utredningen konstaterar att det planeras och genomförs investeringar i regionerna på en historiskt hög nivå. Den övervägande delen av de årliga investeringarna avser hälso- och sjukvården och en stor del går till sjukhusen. Dessa investeringar påverkar och formar den framtida vårdinfrastrukturen och kommer således att under lång tid framöver att vara en del av förutsättningarna för hälso- och sjukvårdsverksamheten och dess utveckling. Det är emellertid svårt att få överblick över hur dessa investeringar förhåller sig till varandra. Enligt utredningens beräkningar uppgår den totala projektsumman för planerade och pågående investeringar i akutsjukhusen till i storleksordningen 100 miljarder kronor. Det saknas dock gemensamma nationella utgångspunkter för dessa investeringar och det går inte att besvara frågan om hur de nu beslutade sjukhusinvesteringarna svarar mot kraven i pågående nationella reformer. Den pågående omställningen av vården med ökad centralisering av viss högspecialiserad vård och utveckling av den nära vården påverkar lokalbehoven i olika delar av vårdsystemet och förutsättningarna för omställningen påverkas även av utvecklingen av vårdinfrastrukturens övriga delar, till exempel den digitala infrastrukturen. Trots detta har det konstaterats att lokalfrågor har kommit i skymundan i omställningsarbetet. Utredningen kan även konstatera att det finns en efterfrågan i regionerna på ökad tydlighet samt gemensamma nationella utgångspunkter och definitioner för att bättre svara mot de utmaningar omställningsarbetet medför för regionerna. Därutöver konstaterar utredningen att det saknas nationell överblick och det faktum att lokalperspektivet kommit i skymundan medför att ingen heller kan beskriva hur de nu planerade och pågående investeringarna påverkar vårdinfrastrukturen som helhet och hur detta svarar mot framtidsbehoven i befolkningen av hälso- och sjukvård.

Utredningens bedömning är att ökad tydlighet i den statliga styrningen genom den föreslagna regleringstekniken ger ökade förutsättningar för nationell samsyn och mindre dubbelarbete i regionerna. Vidare leder det till mer stabila och förbättrade planeringsförutsättningar för regioner och kommuner och därmed ökade förutsättningar för ett effektivt resursutnyttjande där regionalt och lokalt genomförda investeringar på ett ordnat sätt bidrar till en effektiv nationell vårdinfrastruktur. En vårdinfrastruktur som svarar mot hälso- och

sjukvårdsverksamhetens behov i såväl normala tider som i kristider och som stödjer den fortsatta utvecklingen av vården. Sammantaget bedömer utredningen att förslaget innebär ökad samhällsekonomisk effektivitet och bidrar till att öka förutsättningarna för en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

12.1.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Enligt 14 kap. 3 § regeringsformen ska inskränkningar i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett inskränkningen. Bestämmelsen innebär att en proportionalitetsbedömning ska göras. Proportionalitetsbedömningen har huvudsakligen två delar, dels ska konsekvenserna av ett förslag som innebär en inskränkning i den kommunala självstyrelsen analyseras, dels ska en avvägning mellan kommunala självstyrelseintressena och nationella intressen som förslaget ska tillgodose göras (Statskontoret, 2011a, s. 65). Förslaget om att införa en reglering om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet som ska beaktas av kommuner och regioner vid beslut som påverkar vårdsinfrastruktur innebär en inskränkning av den kommunala självstyrelsen.

Förslaget innebär att kommuners och regioners utrymme att på egen hand besluta i frågor om hälso- och sjukvårdsinfrastruktur begränsas. Detta eftersom förslaget innebär att kommuner och regioner i dessa beslut behöver beakta vissa av staten utpekade intressen. De intressen som kommer att utgöra riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet är primärt sådana intressen som redan i dag behöver tas om hand av kommuner och regioner. Förslaget innebär således framför allt en förändring från befintlig reglering på så sätt det införs en tvingande reglering om att dessa intressen ska beaktas av kommuner och regioner. På detta sätt tydliggörs vilka förväntningar och krav som staten har på kommuner och regioner.

Förslaget innebär också att en statlig myndighet får ett tillsynsansvar över lagens efterlevnad. Tillsynsmyndigheten har mandat att upphäva kommunala och regionala beslut samt att förelägga kommuner och regioner att vidta de åtgärder som krävs, om tillsynsmyndigheten kommer fram till att en kommun eller region inte i tillräcklig utsträckning beaktat ett riksintresse. Förslaget i denna del innebär en inskränkning av den kommunala självstyrelsen genom den statliga myndighe-

tens verktyg för att säkerställa att riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet får genomslag hos kommuner och regioner.

Inskränkningarna i den kommunala självstyrelsen ska vägas mot bland annat de nationella intressen som föranlett förslaget. Som framgår av betänkandet har utredningen identifierat en rad utmaningar och problem kopplade till satsningar på vårdinfrastruktur. I tidigare kapitel redogör utredningen för hur befintlig reglering ger uttryck för en förväntan från statens sida på kommuner och regioner samtidigt som regleringen lämnar över till kommuner och regioner att lösa de problem som identifierats. Utredningen bedömer alltså att de nationella intressen som föranleder förslaget, primärt behovet av hållbar nationell vårdinfrastruktur, behöver regleras. I kapitel 10 analyseras för- och nackdelar med olika regleringsalternativ, inklusive respektive alternativs påverkan på den kommunala självstyrelsen. För att lösa de problem och möta de utmaningar som utredningen har identifierat bedöms ingen mindre ingripande åtgärd vara lämplig. Därmed bedöms förslaget om en reglering av riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet vara proportionerligt i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen.

12.2 Utveckla gemensamma definitioner och standarder på vårdbyggnadsområdet

12.2.1 Förslaget i korthet

Utredningen föreslår att regionerna genom reglering i hälso- och sjukvårdslagen får ett preciserat ansvar för att samverka i frågor om planering och utveckling av vårdens lokaler. Utredningens bedömning är att regionerna bör utveckla det arbete inom området gemensamma definitioner och standarder som i dag bedrivs inom olika fora till exempel Program för teknisk standard (PTS). Syftet är att öka transparensen och tydligheten kring detta arbete och de produkter som produceras inom ramen för detta.

12.2.2 Konsekvenser för ansvarsfördelningen mellan stat, region och kommun

Förslaget bedöms inte ge några konsekvenser för ansvarsfördelningen mellan stat, region och kommun. Regionerna bedriver som huvudmän för hälso- och sjukvården redan i dag ett sådant arbete och föreslås fortsatt ansvara för denna verksamhet. Staten föreslås delta i relevanta arbetsgrupper men normgivningen och den statliga styrningen sker genom reglering av riksintressen som i sin tur ska beaktas i det arbete som är relevant för detta förslag.

12.2.3 Ekonomiska konsekvenser

Ekonomiska konsekvenser för staten

De direkta ekonomiska konsekvenserna för staten av förslaget utgörs av kostnader för deltagande i relevanta arbetsgrupper. Kostnadernas omfattning kommer att vara beroende av vilken typ av arbete som är aktuellt. Utredningens bedömning är att staten bör se detta arbete som en del i implementeringen av de normer som fastställs inom ramen för riksintressesystemet.

Det är angeläget att tempot i detta arbete kan hållas på en hög nivå. Därmed bör relevanta myndigheter ges i uppdrag att prioritera deltagande i detta arbete.

Staten bör därutöver ta ett särskilt ansvar för att bereda vissa grupper att delta i arbetet. Det gäller ekonomiskt svaga grupper vars perspektiv behöver beaktas, till exempel företrädare för patient- och anhörigperspektiv. Kostnaderna för att stödja sådana gruppers deltagande i arbetet är inte möjliga för utredningen att i nuläget bedöma i detalj. Dessa kommer att vara beroende dels på arbetets omfattning, dels på vilka områden som är aktuella.

Ekonomiska konsekvenser för kommuner och regioner

Regioner är redan i dag skyldiga att samverka enligt HSL. Enligt 7 kap. 7 och 8 §§ HSL ska regioner samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården, och i frågor om hälso- och sjukvård som berör flera regioner ska regioner samverka sinsemellan. Förslaget innebär således att

regionernas samverkansskyldighet förtydligas gällande frågor om planering och utveckling av vårdbyggnad och vårdlokaler. Samverkan syftar primärt till kunskapsöverföring mellan regionerna rörande planering och utveckling av vårdbyggnader och vårdlokaler.

Regionerna bedriver redan i dag arbete inom området i olika fora. Utredningens förslag innebär att detta arbete ges mer av struktur liknande den som finns inom standardiseringsorganisationerna, till exempel Svenska institutet för standarder (SIS). Detta för att säkerställa transparens och öppet deltagande i processen och ökad tydlighet kring framtagna produkters status och inbördes förhållanden.

Utredningen erfar att de brister som finns i dagens system innebär otydlighet och dubbelarbete. Det genomförs gemensamma arbeten, vilka sedan tas som utgångspunkt för fortsatt lokal utveckling inom ramen för regionernas planering- och genomförande av vårdinfrastrukturinvesteringar. Det innebär att varianter på samma arbete upprepas i region efter region. Utredningens bedömning är att ökad struktur och transparens i detta arbete kommer att vara kostnadsbesparande för regionerna som helhet.

I den mån kommunerna berörs gäller motsvarande resonemang som ovan. Förslaget avser sådant arbete som oavsett organisering behöver finnas på plats för att på ett effektivt sätt planera och genomföra investeringar i vårdinfrastruktur, inklusive kopplingar till omsorgsverksamhet. Därmed är utredningens bedömning att regioner och i förekommande fall kommuners deltagande i ett strukturerat arbete kommer att vara kostnadsbesparande för kommunsektorn som helhet.

Vidare är utredningens bedömning att förslaget medför bättre förutsättningar för erfarenhetsutbyten och kunskapsspridning samt ökar effektiviteten i planering och genomförande av vårdinfrastrukturinvesteringar.

Finansiering av kostnaderna

Förslaget bedöms medföra minskade kostnader för regioner och kommuner som helhet. De ökade kostnader som förslaget bedöms medföra för staten rör myndigheters deltagande i relevanta arbetsgrupper samt visst stöd för att främja deltagande av ekonomiskt svaga grupper till exempel företrädare för patient- och anhörigperspektiv. Som helhet bedöms de samhällsekonomiska kostnaderna av förslaget att

vara positiva och visas såväl i ökad effektivitet i planerings- och genomförandeprocesser som genom ökad effektivitet i vårdinfrastrukturen. Dessa positiva effekter påverkar på lång sikt såväl regioner och i förekommande fall kommuner som staten. Den största vinsten bedöms uppstå för patienten genom de ökade förutsättningar en effektiv vårdinfrastruktur ger för fortsatt utveckling av hälso- och sjukvården och omsorgen.

Övriga samhällsekonomiska konsekvenser

Förslaget bedöms ge ökade förutsättningar att skapa ökad enhetlighet i vårdinfrastrukturen. Tillämpning av relevanta standarder bedöms medföra mindre eller inga onödiga eller omotiverade skillnader i utformningen av vårdinfrastrukturens olika delar. Förslaget bedöms även vara ett effektivt verktyg för enhetligt beaktande av fastställda riksintressen. Vidare bör förslaget medföra ökad effektivitet vid såväl planering som genomförande av investeringar i vårdinfrastruktur. Som beskrivits tidigare i betänkandet erfar utredningen att det finns behov av ökat stöd för planerings- och genomförandeprocesserna i regionerna. Befintliga strukturer för erfarenhetsutbyte och dokument till exempel i form av typrum fyller inte detta behov. Förslaget bedöms slutligen främja spridningen av aktuellt kunskapsläge och därmed skapa ökade förutsättningar för en modern utformning av vårdinfrastrukturen.

12.2.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Förslaget innebär i huvudsak att samverkansskyldigheten förtydligas avseende frågor om planering och utveckling av vårdens lokaler. Sedan tidigare finns krav på samverkan mellan regioner. För att lösa de problem som identifierats i utredningen och att säkra kunskaps- och erfarenhetsöverföring mellan regioner är samverkan nödvändig. Redan i dag samverkar regioner i viss utsträckning i dessa frågor. Arbetet behöver dock vara transparent och tydligt. Förslaget innebär ett nytt krav på samverkan i frågor som specifikt rör vårdens lokaler. För att lösa de problem som identifierats bedömer utredningen att någon mindre ingripande reglering inte är ändamålsenlig med hänsyn till de ändamål som motiverar förslaget. Den inskränkning som förslaget

innebär i den kommunala självstyrelsen är liten. Formerna för och det närmare innehållet i samverkan lämnas till regionerna att bestämma. Sammantaget bedömer utredningen att förslaget därmed är proportionerligt i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen. Att öppna upp och bjuda in relevanta intressen i detta arbete är inte någon ny uppgift för kommuner och regioner. Regionerna framhåller att inom befintligt arbete verkar nationella brukarråd i kvalitetssäkrande arbete. Av hälso- och sjukvårdslagen följer krav på regionerna, och i förekommande fall kommunerna, att beakta olika intressen vid beslut om hälso- och sjukvården.

12.3 Ett fastighetsbolag för hälso- och sjukvården

12.3.1 Förslaget i korthet

Förslaget innebär att en organisationskommitté tillsätts för att precisera och i erforderlig utsträckning genomföra de praktiska förutsättningarna för att överföra ägandet av befintlig infrastruktur för hälso- och sjukvården från regionerna till ett statligt ägt bolag som uppdras att ansvara för att hälso- och sjukvårdsverksamheten bedrivs i ändamålsenliga lokaler genom att hyra ut lokaler till regioner och kommuner. Ett regionalt delägande i bolaget kan övervägas.

12.3.2 Konsekvenser för ansvarsfördelningen mellan stat, region och kommun

Bildandet av en organisationskommitté påverkar inte ansvarsfördelningen mellan stat, region och kommun. Vilka konsekvenser föreslaget om övertagande av fastigheter medför för ansvarsfördelningen behöver analyseras och beskrivas i av organisationskommittén som ett led i arbetet med att föregå en sådan reform.

12.3.3 Ekonomiska konsekvenser

Ekonomiska konsekvenser för staten

De ekonomiska konsekvenserna av förslaget inskränker sig till kostnader för att tillsätta en organisationskommitté med ett sekretariat. Utredningens bedömning är att en sådan kommitté uppskattningsvis bör kunna genomföras med en budget om fem till sex miljoner kronor under ett års tid.

Ekonomiska konsekvenser för kommuner och regioner

Att staten utreder frågan medför inga ekonomiska konsekvenser för kommuner och regioner. Vilka ekonomiska konsekvenser ett övertagande av fastigheter medför för ansvarsfördelningen behöver analyseras och beskrivas av organisationskommittén som ett led i arbetet med att föregå en sådan reform.

Övriga samhällsekonomiska konsekvenser

Bildandet av en organisationskommitté medför inga samhällsekonomiska konsekvenser utöver statens kostnader för att tillsätta och bemanna en utredning. Utredningens bedömning är att ett fastighetsbolag för hälso- och sjukvården skulle medföra skalfördelar och ökad effektivitet i investeringskedjan som helhet. Behoven av bättre stöd till planerings- och genomförandeprocesser som identifierats av föreliggande utredning bedöms uppnås genom att kompetensuppbyggnad och professionalisering underlättas genom organisering i ett större specialiserat fastighetsbolag. Effektivisering av drift och förvaltning möjliggörs genom den föreslagna lösningen.

12.3.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Att staten utreder frågan medför inga konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.

12.4 Stärk förutsättningarna för forskningen inom området vårdinfrastruktur

12.4.1 Förslaget i korthet

Vårdinfrastruktur, i synnerhet sjukhus, är komplexa byggnader som ska tillgodose många olika behov. Det kan handla om att stödja sjukvårdsverksamhetens processer, tillgodose särskilda behov vid krissituationer och, inte minst, bidra till patienternas välmående och tillfrisknande. Vårdmiljön har hälsofrämjande effekter som är av betydelse för patienter, anhöriga och vårdpersonal. Utredningen bedömer att forskning om vårdinfrastruktur behöver stärkas ytterligare för att ge tydligare avtryck i de nya vårdbyggnader som uppförs och föreslår därför ökade anslag till detta forskningsområde. Förslaget innebär även att staten tar över ansvaret för finansieringen av Centrum för vårdens arkitektur (CVA) vid Chalmers tekniska högskola.

12.4.2 Konsekvenser för ansvarsfördelningen mellan stat, region och kommun

Förslaget innebär att staten tar över finansieringsansvaret från regionerna.

12.4.3 Ekonomiska konsekvenser

Ekonomiska konsekvenser för staten

Forskningen inom området vårdinfrastruktur är relativt begränsad. Mindre projekt bedrivs vid olika lärosäten och inom olika discipliner. Utredningens bedömning är att ytterligare medel till denna typ av forskning är ett viktigt led för att öka kunskapen om betydelsen i hälso- och sjukvården av byggnadens och miljöns utformning. Utredningen tar emellertid inte ställning till i vilken om fattning denna typ

av stöd bör öka. Utredningens bedömning är att detta bäst tas om hand inom befintliga strukturer för beslut om storlek och fördelning av forskningsanslag.

CVA har i dag tidsbegränsad finansiering från Forum vårdbyggnad, Fastighetsrådet, Västra Götalandsregionen och Chalmers tekniska högskola. Grundfinansieringen om 1,5 miljoner kronor per år från Fastighetsrådet löper på femåriga avtal och avser finansiering av gästprofessor, föreståndare (på 20 procent) koordinator (på 25 procent). Kostnader för en konstnärlig professor 3+3 år som kan förlängas efter dispens om 3 år (80 procent) 1,7 miljoner kronor per år finansieras av Forum vårdbyggnad, Västra Götalandsregionen och Chalmers tekniska högskola. Den del av finansieringen av professuren som kommer från Chalmers utgörs av ersättning för utbildning vid kurser, 0,3 miljoner kronor per år. Forskningsfinansiering baserat på tvååriga avtal med Västra Götalandsregionen om knappt 1 miljon kronor per år. Total kostnad per år exklusive ersättning för utförd undervisning uppgår således till 3,9 miljoner kronor per år.

Ekonomiska konsekvenser för kommuner och regioner

Kostnaderna för regionerna minskar till följd av förslaget enligt vad som redovisats ovan.

Finansiering av kostnaderna

Statens ökade kostnader för finansiering av CVA motsvaras av lägre kostnader för regionerna. Ökade forskningsanslag till området vårdinfrastruktur syftar till ökad träffsäkerhet vid investeringar och ökad effektivitet i vårdinfrastrukturen. Ökade forskningsanslag bedöms därmed på lång sikt leda till att regioner och kommuner får lägre kostnader för hälso- och sjukvården.

Övriga samhällsekonomiska konsekvenser

Utredningen har identifierat utmaningar förknippade med investeringar i vårdbyggnader och övrig vårdinfrastruktur. Omställningen av vården påverkar lokalbehoven, samtidigt har fastighetsfrågorna emel-

lertid kommit i skymundan och den osäkerhet om lokalbehoven och dess utformning resulterar i olika strategier i regionerna, vissa väljer att bygga flexibelt och andra avvaktar. Utredningens bedömning är att lokalernas utformning ger viktiga förutsättningar för vårdverksamheten och dess utveckling. Därför bedömer utredningen att systematiserad kunskapsutveckling och spridning av forskningsresultat på området är av betydelse för vårdens fortsatta utveckling. En mer evidensbaserad och strukturerad process kring lokaler kan påverka verksamhetskostnaderna inom hälso- och sjukvården. Stora nyttor bedöms kunna skapas genom att integrera verksamhetsutveckling med lokalfrågor. I detta arbete krävs även utvärdering och framtagning av modeller för att utvärdera vilka effekter som uppnås i de lokaler som byggs för framtidens vård. Utredningen bedömer att ökat stöd till forskningen inom området vårdinfrastruktur är ett viktigt led i detta arbete. Utredningen bedömer vidare att verksamheten vid CVA är viktig och av nationellt intresse. Verksamheten skulle gynnas av stabil finansiering från staten för att stärka oberoendet i forskning och utveckling på området.

12.4.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Förslaget bedöms inte påverka den kommunala självstyrelsen.

12.5 Övriga konsekvenser (samtliga förslag)

Konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet

Utredningens förslag bedöms inte ha några konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet.

Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet

Utredningens förslag bedöms inte ha några konsekvenser för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet.

Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män

Utredningens förslag bedöms inte ha några konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män.

Konsekvenser för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen

Utredningens förslag bedöms inte ha några konsekvenser för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.

Konsekvenser för Sveriges medlemskap i EU

Utredningens förslag bedöms vara i överensstämmelse med de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till Europeiska unionen.

Konsekvenser för företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt

Utredningens förslag bedöms inte ha några konsekvenser för företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt.

Konsekvenser för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags

Utredningens förslag bedöms inte ha några konsekvenser för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags.

13 Författningskommentar

13.1 Förslaget till lag om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet

1 kap. Lagens innehåll och syfte

1 §

Paragrafen anger lagens innehåll. Av paragrafen framgår att lagen innehåller bestämmelser om hur riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet bestäms och samordnas av staten. Lagen innehåller också bestämmelser om när kommuner och regioner är skyldiga att beakta riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet samt om tillsyn.

2 §

Av paragrafen framgår att riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet är intressen av nationell betydelse. Det innebär att riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet är ett sätt för staten att säkerställa att nationella intressen beaktas hos kommuner och regioner. Av paragrafen framgår också att riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet syftar till att målet om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) uppnås. Avsikten är att detta mål ska få genomslag såväl i hur riksintressena bestäms och närmare preciseras i förordning och föreskrifter som i beslutsfattandet hos kommuner och regioner i frågor om denna lag. Regeringen och de statliga myndigheter regeringen bestämmer bör beakta detta när riksintressena bestäms och preciseras.

2 kap. Riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet och statliga myndigheters samordning

1 §

Regeringen bemyndigas enligt paragrafen att meddela föreskrifter om på vilka områden det finns riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet genom förordning. Beskrivning av vilka områden som initialt bör regleras finns i övervägandena i avsnitt 11.2.2. Bemyndigandet meddelas med stöd av 8 kap. 3 § regeringsformen (1974:152), som medger att riksdagen får bemyndiga regeringen att meddela föreskrifter om kommuners befogenheter och åligganden som enligt 8 kap. 2 § 3 regeringsformen som huvudregel ska meddelas av riksdagen.

Paragrafen innebär vidare att regeringen i sin tur får bemyndiga de myndigheter regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet i övrigt. Därigenom ges myndigheter möjlighet att bestämma och precisera riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet genom föreskrifter. Avsikten är således att de myndigheter som regeringen bestämmer får i uppdrag att avseende respektive riksintresse på hälso- och sjukvårdsområdet meddela de föreskrifter som behövs för att relevanta riksintressen ska kunna beaktas av kommuner och regioner. Bemyndigandet meddelas med stöd av 8 kap. 10 § regeringsformen enligt vilken riksdagen kan medge att regeringen bemyndigar en förvaltningsmyndighet att meddela föreskrifter på ett område där riksdagen bemyndigat regeringen att meddela föreskrifter. Överväganden finns i avsnitt 11.2.2.

2 §

Paragrafen stadgar att Socialstyrelsen får i uppgift att samordna riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet. Att Socialstyrelsen ska samordna riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet innebär bland annat att Socialstyrelsen behöver ha kännedom och kunskap om samtliga riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet och ha ett helhetsperspektiv på dessa. Socialstyrelsen kan också komma att behöva samverka med andra statliga aktörer som enligt 1 § bemyndigats att meddela föreskrifter om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet.

Socialstyrelsen ska vidare verka för att riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet beaktas av kommuner och regioner, vilket innebär

att Socialstyrelsen i lämplig omfattning ska arbeta för att nå ut med kunskap om riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet till kommuner och regioner. I detta ingår också att tillhandahålla utredningar, nationella behovsöversikter och annat planeringsunderlag som har betydelse för riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet till kommuner och regioner.

Socialstyrelsen ska vidare på begäran av en kommun eller region lämna vägledning till kommuner och regioner om hur riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet bör beaktas i ett beslut. Vägledningen ska lämnas skriftligen och på begäran av en kommun eller region. Vilka beslut som kommunen eller regionen kan begära vägledning om regleras inte. Beslut kan avse såväl strategiska beslut som rör planering och övergripande utveckling av vårdinfrastrukturen som specifika beslut om investeringar (se vidare författningskommentar till 3 kap. 1 § nedan). Vägledningen kan ta sikte på hur ett visst riksintresse på hälso- och sjukvårdsområdet bör beaktas. Det kan också krävas att Socialstyrelsen gör en intresseavvägning mellan olika riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet och lämnar vägledning om vilket eller vilka intressen som bör ha företräde. Vägledning ska lämnas avseende hur riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet bör beaktas i ett specifikt kommunalt eller regionalt beslut. Det är således fråga om en direkt kommunikation mellan kommunen eller regionen och Socialstyrelsen där Socialstyrelsen behöver lämna specifik vägledning om kommunens eller regionens förestående beslut. Överväganden finns i avsnitt 11.2.3.

3 §

Paragrafen anger att företrädare för patienter och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska ges möjlighet att delta i myndigheternas arbete enligt andra kapitlet. Det innebär att företrädare för patienter och personal ska ges möjlighet att involveras i såväl framtagandet av riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet som i Socialstyrelsens samordning. Hur och i vilken utsträckning företrädare för patienter och professioner ska delta regleras inte i lagen. Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer bemyndigas i stället att meddela föreskrifter om formerna för deltagande och deltagandet i övrigt. Överväganden finns i avsnitt 11.2.4.

3 kap. När riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet ska beaktas

1 §

Paragrafen anger att kommuner och regioner ska beakta riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet vid beslut som påverkar hälso- och sjukvårdsinfrastruktur. Bestämmelsen kompletterar således befintlig reglering i framför allt HSL, där det framgår att regioner och kommuner ska planera sin hälso- och sjukvård (7 kap. 2 § och 11 kap. 2 § HSL). Bestämmelsen innebär att riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet ska beaktas vid alla kommunala och regionala beslut som påverkar hälso- och sjukvårdsinfrastruktur. Med hälso- och sjukvårdsinfrastruktur avses i paragrafen fastigheter, byggnader och anläggningar för hälso- och sjukvård, medicinteknisk utrustning samt digital infrastruktur.

Kravet på att beakta riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet är således inte begränsat till vissa typer av beslut, i stället är avsikten att riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet löpande ska genomsyra kommuners och regioners beslut som påverkar vårdinfrastruktur. Olika typer av beslut kan kräva att riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet beaktas i olika utsträckning.

Hur riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet ska beaktas beror på hur de olika riksintressena har kommit att uttryckas i förordning och föreskrifter. Överväganden finns i avsnitt 11.2.5.

4 kap. Tillsyn

1 §

Enligt paragrafen utövas tillsyn av den myndighet som regeringen bestämmer.

2 §

Av paragrafen framgår att för beslut som kommuner och regioner fattar där riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet ska beaktas enligt 3 kap. 1 § som har en påtaglig systempåverkande effekt på den hälso- och sjukvård som bedrivs i landet eller på ett eller flera

riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet ska kommunen eller regionen skicka ett meddelande om detta till tillsynsmyndigheten. Genom att endast beslut som har påtaglig systempåverkande effekt på den hälso- och sjukvård som bedrivs i landet begränsas vilka beslut som ska skickas till tillsynsmyndigheten. Även beslut som får en påtaglig systempåverkande effekt på ett eller flera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet omfattas av paragrafen.

Av paragrafens andra stycke framgår att regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilka beslut som avses i första stycket. Sådana föreskrifter bör precisera inte bara vad som avses med påtaglig systempåverkade effekt innebär utan också vilken typ av beslut som omfattas. Överväganden finns i avsnitt 11.2.6.

3 §

Ett meddelande som en kommun eller region ska skicka till tillsynsmyndigheten enligt 2 § ska innehålla ett protokollsutdrag med beslutet samt underlag som visar hur riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet beaktats i beslutet. Syftet med att underlagen ska skickas med är att tillsynsmyndigheten skyndsamt ska kunna ta ställning till om en överprövning behöver göras eller inte. Meddelandet ska skickas senast dagen efter att det protokoll som innehåller beslutet justerats.

4 §

Paragrafens första stycke anger att tillsynsmyndigheten ska besluta att överpröva kommunens eller regionens beslut enligt 2 § om beslutet kan antas innebära att ett eller flera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet inte beaktats i tillräcklig utsträckning. Beslutet ska fattas inom fem veckor från det att tillsynsmyndigheten har fått meddelandet. Beslut bör regelmässigt fattas oavsett om tillsynsmyndigheten väljer att inleda en överprövning av beslutet eller inte. Överväganden finns i avsnitt 11.2.6.

5 §

Enligt paragrafen ska tillsynsmyndigheten upphäva kommunens eller regionens beslut om ett eller flera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet inte beaktats i tillräcklig utsträckning. Inför sitt beslut ska tillsynsmyndigheten beakta alla relevanta omständigheter. I det fall Socialstyrelsen lämnat vägledning i enlighet med 2 kap. 2 § tredje stycket ska tillsynsmyndigheten enligt paragrafen även beakta innehållet i den vägledning som lämnats av Socialstyrelsen.

Beslutet ska som huvudregel fattas inom två månader från det att tillsynsmyndigheten beslutat att inleda en överprövning enligt 4 §. Paragrafen möjliggör dock för att tillsynsmyndigheten tar längre tid på sig att fatta ett beslut om det är nödvändigt med hänsyn till ärendets omfattning eller andra särskilda omständigheter. Avsikten är att tillsynsmyndigheten regelmässigt ska fatta beslut inom två månader. Det kan dock inte uteslutas att tillsynsmyndigheten, exempelvis till följd av omfattande material eller komplicerade överväganden i undantagsfall kan behöva längre tid på sig. Överväganden finns i avsnitt 11.2.6.

6 §

Paragrafen stadgar att tillsynsmyndigheten ska följa utvecklingen av riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet. Det innebär att tillsynsmyndigheten bör hålla sig väl informerad om riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet samt hur situationen ser ut runt om i landet. Om tillsynsmyndigheten får kännedom om en omständighet som kan antas innebära att ett riksintresse på hälso- och sjukvårdsområdet inte beaktas i tillräcklig utsträckning i en kommun eller region får tillsynsmyndigheten inleda en utredning. Överväganden finns i avsnitt 11.2.6.

7 §

Om tillsynsmyndigheten i en utredning som inletts enligt 6 § finner att ett eller flera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet inte beaktas i tillräcklig utsträckning hos en kommun eller region ska tillsynsmyndigheten enligt paragrafen förelägga kommunen eller regionen att vidta de åtgärder som krävs för att riksintressena på hälso- och

sjukvårdsområdet ska beaktas i tillräcklig utsträckning. Vilka åtgärder som kan komma i fråga kan variera beroende på vilket riksintresse på hälso- och sjukvårdens områden som berörs. Ett föreläggande får förenas med vite. Överväganden finns i avsnitt 11.2.6.

8 §

Enligt paragrafen är kommuner och regioner skyldiga att på tillsynsmyndigheten begäran lämna över handlingar och annat material samt lämna de upplysningar som tillsynsmyndigheten behöver för sin tillsyn enligt kapitlet. Det är viktigt att tillsynsmyndigheten får tillgång till det material som den behöver på ett effektivt sätt. Exempelvis bör tillsynsmyndigheten kunna begära in material i såväl digital som analog form. Bestämmelsen reglerar inte i vilken form handlingar, material och upplysningar ska lämnas. Sådana bestämmelser kan dock komma i fråga i författningar som meddelas med stöd av 10 § (se nedan). Bestämmelsen gäller oavsett om tillsynen inletts genom att en kommun eller region skickat ett beslut till tilltillsynsmyndigheten enligt 2 och 3 §§ eller på tillsynsmyndighetens initiativ enligt 6 §.

9 §

Paragrafen innebär att tillsynsmyndighetens beslut om att upphäva en kommuns eller regions beslut enligt 5 §, förelägganden om att vidta åtgärder enligt 7 § samt förelägganden om att lämna handlingar, annat material och de upplysningar som behövs enligt 8 § får överklagas av kommunen eller regionen till allmän förvaltningsdomstol. Tillsynsmyndighetens beslut om att överpröva en kommuns eller regions beslut enligt 4 § samt tillsynsmyndighetens beslut att inleda en utredning enligt 6 § får inte överklagas. Överväganden finns i avsnitt 11.2.6.

10 §

I paragrafen bemyndigas regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om formerna för tillsynen enligt lagen. Frågor som kan komma i fråga handlar bland annat om hur meddelande enligt 2 § ska skickas till tillsynsmyndigheten. Även närmare

bestämmelser som kompletterar 3 § om vad ett sådant meddelande ska innehålla kan regleras i sådana föreskrifter. Därtill kan frågor om hur handlingar, annat material och upplysningar som tillsynsmyndigheten enligt 8 § får begära in från kommuner och regioner ska göras tillgängliga för tillsynsmyndigheten komma i fråga.

13.2 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

7 kap. 7 §

Förslaget innebär att ett nytt andra stycke införs i 7 kap. 7 §. I enlighet med 7 kap. 7 § ska regioner i planering och utveckling av hälso- och sjukvården samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. Därtill ska regionerna samverka i frågor om hälso- och sjukvård som berör flera regioner. Genom det nya stycket i 7 kap. 7 § förtydligas regioners befintliga samverkansskyldighet att särskilt omfatta frågor om planering och utveckling av vårdens lokaler. Arbetet ska enligt bestämmelsen särskilt vara inriktat mot att ta fram standardiserade definitioner och modeller för planering och utveckling av vårdens lokaler. Samverkan kring frågor om planering och utveckling av vårdbyggnader och vårdlokaler förekommer redan på regionernas initiativ. Genom bestämmelsen görs denna samverkan obligatorisk.

Det närmare innehållet i samverkan i frågor om planering och utveckling av vårdens lokaler regleras inte mer än att det särskilt ska inriktas mot att ta fram standardiserade definitioner och modeller för planering och utveckling av vårdbyggnader och vårdlokaler. De frågor som kan komma att omfattas av samverkan i denna del kan således vara olika beroende på vilka erfarenheter och behov som finns hos regionerna. Samverkan behöver ta utgångspunkt i gällande regelverk. Frågor som samverkan kan hantera är exempelvis utformning av vårdbyggnader och vårdlokaler men även modeller avseende projektering med mera. Arbetet behöver naturligtvis ta hänsyn till den ständiga utvecklingen av hälso- och sjukvården. Det primära syftet med samverkan är att bidra med kunskapsöverföring mellan regionerna för att undvika att kunskap som är nyttig för sjukvårdssystemet som helhet inte stannar i enskilda regioner. Formerna för samverkan regleras inte vilket innebär att regionerna själva får bestämma hur samverkan ska gå till. Överväganden finns i avsnitt 11.3.

Referenser

Adler, P. S. (2001) Market, Hierarchy, and Trust: The Knowledge Economy and the Future of Capitalism. *Organization Science* 12(2), 215–234 april 2001.

Ahlbäck Öberg, S. och Widmalm, S. (2016) Att göra rätt – även när ingen ser på. *Statsvetenskaplig tidskrift*, 118(1) 7–17.

Anell, A. (2020) *Vården är värd en bättre styrning*, SNS Forskningsrapport.

Boverket (2015). *Synpunkter från samrådet redovisas i granskningsutlåtandet*. https://www.boverket.se/sv/PBL-kunskapsbanken/planering/detaljplan/detaljplaneprocessen/standardforfarande/samrad/synpunkter-fran-samradet-redovisas-i-granskningsutlatandet/ Hämtad 2021-07-22.

Boverket (2019a) *Workshop – Vårdens arkitektur och utemiljö i stadsplanering: Utveckla vårdens miljöer*, fokusgrupp kommuner 2019-06-18, tillgänglig på www.boverket.se.

Boverket (2019b) *Workshop – Vårdens arkitektur: Utveckla vårdens miljöer*, fokusgrupp experter vårdarkitektur 2019-06-25, tillgänglig på www.boverket.se.

Boverket (2020a) *Översyn kriterier riksintressen Regeringsuppdrag till Boverket att samordna fem myndigheters översyn av kriterierna för riksintresseanspråk.* Rapport 2020:26.

Boverket (2020b) *Internationell förstudie av nationella anspråk i fysisk planering* Uppdrag 5 i Boverkets regleringsbrev 2020. Rapport 2020:29.

Boverket (2020c). Vägledning om arkitekturstrategier. https://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/arkitektur-och-gestaltad-livsmiljo/arbetssatt/arkitekturstrategi/vagledning-arkitekturstrategier/ Hämtad 2021-07-22.

Boverket (2021). *Vad är medborgardialog*. https://www.boverket.se/sv/PBL-kunskapsbanken/Allmant-om-PBL/teman/medborgardialog/vad_ar/ Hämtad 2021-07-11.

Commonwealth Fund (2016) *International Health Policy Survey (IHP)*.

Decentraliseringsutredningen (1949) *Decentraliseringsutredningens sammanfattande redogörelse för företagen översyn ur decentraliseringssynpunkt av den civila statsförvaltningen* / avgiven den 7 september 1949.

Department of Health and Social Care (2019), *Health and Infrastructure Plan – A new strategic approach to improving our hospitals and health infrastructure*, Policy Paper published 30 September 2019.

DIGG (2019) *Säkert och effektivt elektroniskt informationsutbyte inom den offentliga sektorn* (DIGG dnr 2019-100), Myndigheten för digital förvaltning.

Direktiv 2018:77 *Hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap.* Socialdepartementet.

Direktiv 2019:83 *Tilläggsdirektiv till Utredningen om hälso-och sjukvårdens beredskap (S 2018:09).* Socialdepartementet.

Direktiv 2020:84 *Tilläggsdirektiv till Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09).* Socialdepartementet.

Doty, M., Tikkanen, R., Shah, A. och Schneider, E. C. (2019) Primary Care Physicians' Role in Coordinating Medical and Health-Related Social Needs in Eleven Countries. *Health Affairs*, december 2019. https://doi.org/10.26099/fktx-pe24.

Ds Kn 1977:6 *Decentralisering av beslut om hälso- och sjukvårdens byggnadsinvesteringar.*

E-hälsomyndigheten (2018) *Stöd för utveckling och förvaltning av gemensamma, nationella specifikationer*. Återrapportering av E-hälsomyndighetens regeringsuppdrag N2016/04455.

E-hälsomyndigheten (2019) *Uppdrag att tillgängliggöra och förvalta gemensamma nationella specifikationer.* Delrapport 1 i regeringsuppdraget S2019/01521/FS.

Eliason, M. (2013) Ändrad grundlagsreglering av den kommunala självstyrelsen – Hur gick det sedan? i Bull, T. m.fl. (red.) *Allmänt och enskilt – offentlig rätt i omvandling: Festskrift till Lena Marcusson.* Uppsala, Iustitius.

ESO (2019) *Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv*. Rapport till Expertgruppen för Studier i Offentlig ekonomi, 2019:8.

EY (2008), *Kommuners og regioners gennemførelse af anlægsprojekter – endelig rapport*, Samarbejdsprojektet for den decentrale offentlige sektor. 03-11-2008.

EY (2018) *Granskning av landstingets uppföljning av investeringar.* Revisionsrapport skriven på uppdrag av Landstinget i Blekinge, september 2018.

Finansdepartementet (2019), *Rundskriv R – Statens prosjektmodell – Krav til utredning, planleggning og kvalitetssikring av store investeringsprosjekter i staten*, nr R-108/19, Dato: 08.03.2019.

Finansministeriet, Välfærdsministeriet, Danske Regioner, Kommunernas Landsforening, *God anlægsstyring i kommuner og regioner* 15-12-2008.

Finansutskottets betänkande 1978/79:35 *om den kommunala ekonomin m.m. jämte motioner.*

Finansutskottets betänkande 1987/88:FiU30 *om de allmänna riktlinjerna för den ekonomiska politiken och för budgetregleringen m.m.*

Finansutskottets betänkande 1988/89:FiU26 *Statlig lokalförsörjning*

Finansutskottets betänkande 1991/92:FiU8 *Den statliga fastighetsförsörjningen och ombildningen av Byggnadsstyrelsen m.m.*

Forska!Sverige (2019) *Precisionsmedicin*. Faktablad: www.forskasverige.se/ wp-content/ uploads/ Precisions medicin.pdf.

Forsström, H. Häggman, J. och Wessén, C. (2020) *Fastighetsförvaltning och underhåll*. Revisionsrapport från PwC skriven på uppdrag av Region Gävleborg, mars 2020.

Fransson, M. Quist, J. och Wetter-Edman, K. (2019) *Politisk handlingskraft i en regeringsnära utvecklingsmiljö.* Forskningsrapport, Tillitsdelegationen.

Förordning (1977:433) *med instruktion för nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande.*

Förordning (1986:777) *om byggnadstillstånd*.

GPCC (2018) *Tillsammans för en bättre vård. GPCC – Centrum för personcentrerad vård*, Göteborgs universitet.

Gadolin, C. (2019) Kompetens. Kap 3 i Krohwinkel, A. och Mannerheim, U. (red.) (2019) *Moderna Policies: inspel för en framtidsinriktad hälso- och sjukvårdsdebatt.* LHC Report nr 3, 2019.

Gralén, K., Hjalte, F. och Persson, U. (2019) *Hälso- och sjukvårdsutgifternas utveckling i Sverige,* IHE Rapport 2019:5.

Grafström, M., Qvist, M. och Sundström, G., (red.) (2021) *Megaprojektet Nya Karolinska Solna, Beslutsprocesserna bakom en sjukvårdsreform*, Makadam förlag.

Hallin, B. och Siverbo, S. (2003) *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvården*. Studentlitteratur, Lund.

Harrison, M. I. och Calltorp, J. (2000) The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health-care. *Health Policy* 50(3) 219–240, februari 2000.

Helse- og omsorgsdepartementet (2019) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*.

Hendrich m.fl. (2008) A 36-hospital time and motion study: How do medical-surgical nurses spend their time? *The Permanente Journal*, 12(3), 25–34.

Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:30).

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).

Institute of Medicine (2004) *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. Washington, DC: National Academies Press.

Ivarsson Westerberg, A. (2014) Sextisju, sextisju – vart har du tagit vägen nu? i Jacobsson, Bengt och Sundström, Göran (2014) *Demokrati och förvaltning: En festskrift till Rune Premfors* Stockholm: Stockholm School of Economics Institute for Research.

Johannesson, L. och Smas, L (2021) ”Idén om att bygga framtidens sjukhus”, i Grafström, M., Qvist, M. och Sundström, G., (red.) *Megaprojektet Nya Karolinska Solna, Beslutsprocesserna bakom en sjukvårdsreform*, Makadam förlag.

Johnsson, L-Å. (2017) *Kommentar till Hälso- och sjukvårdslagen*. Wolters Kluwer.

KBM (2008) *Det robusta sjukhuset*. Utgåva 2008. KBM Rekommenderar 2008:2. Krisberedskapsmyndigheten.

Kock, W. (1963) *Medicinalväsendet i Sverige 1813–1962*, Stockholm: AB Nordiska Bokhandelns förlag.

Kommuninvest (2020) *Den kommunala låneskulden 2020*.

KPMG (2018) *Granskning av Fastighetsinvesteringar*. Rapport skriven på uppdrag av Region Skånes förtroendevalda revisorer.

Krohwinkel, A. (2018) Spetspatienter, en idé vars tid har kommit – en kort historik kring patientens formella ställning i svensk hälso- och sjukvård och hur den kan utvecklas framåt, kap 1 i Krohwinkel, A., Riggare, S. och Conning, H. (red.) (2018) *Spetspatienter: En ny resurs för hälsa*.

Krohwinkel, A. och Mannerheim, U. (red.) (2019) *Moderna Policies: inspel för en framtidsinriktad hälso- och sjukvårdsdebatt.* LHC Report nr 3, 2019.

Krohwinkel, A. (red.), Mannerheim, U., Rognes, J. och Larsson, I. (2019) *Värdebaserad vård: en organisationsteoretisk genomlysning av innehåll, ändamålsenlighet och lärdomar för framtiden.* LHC Report nr 2, 2019.

KU 1973:26 *Konstitutionsutskottets betänkande med anledning av propositionen 1973:90 med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning m.m. jämte motioner.*

KU 1974:8 *Konstitutionsutskottets betänkande med uppgift på vilande förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning, m.m.*

Lag (1971:1204) *om byggnadstillstånd m.m.*

Lag (1980:11) *om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.*

Lag (1993:387) *om stöd och service till vissa funktionshindrade.*

Lag (2008:962) *om valfrihetssystem.*

Lag (2016:1145) *om offentlig upphandling.*

Lag (2017:612) *om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.*

Landskapens lokalcentral (2018), *I din tjänst - En översikt över landskapens lokalberedning* – Våren 2018, Maakuntientilakeskus.

Lawson, B. (2013) Design and the Evidence, *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 105 (2013) 30–37.

Lawson, B. och Phiri, M. (2003) *The Architectural Healthcare Environment and its effects on Patient Health Outcomes,* A Report on an NHS Estates Funded Research Project.

Leading Health Care (2016) *Målgruppsanpassad vård – ett analysramverk*. LHC Working Paper 2016:01.

Läkartidningen (2020) Kraftig ökning av digital vård. *Läkartidningen*, 2020-05-11.

Lundin, O. och Madell, T. (2021). *Kommunallagen* [Elektronisk resurs] en kommentar. Upplaga 3 Stockholm: Norstedts juridik.

McCormack, B., m.fl. Person-centredness – the 'state' of the art. *International Practice Development journal* 5(1).

Meijling, J. (2020) *Marknadisering: En idé och dess former inom sjukvård och järnväg, 1970–2000.* Doktorsavhandling vid KTH. Stockholm 2020.

Meijling, J. (2021) Sjukhusbyggandets beståndsdelar: brister och möjligheter. Fyra fallstudier av pågående sjukhusbyggen i Sverige, våren 2021.

Molander, P. (2017) *Dags för omprövning – en ESO-rapport om styrning av offentlig verksamhet.* 2017:1.

Motion 1992/93:So433 *Nedläggning av SPRI.*

MSB (2021) *Den robusta sjukhusbyggnaden. En vägledning för driftsäkra sjukhusbyggnader.* Förhandsutgåva. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014a) *VIP i vården? – om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*. Rapport 2014:2

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014b), *Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem – Erfarenheter från Danmark, Norge, England och Nederländerna*, Rapport 2014:8.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016) *Samordnad vård och omsorg: En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*. PM 2016:1.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017) *Lag utan genomslag: Utvärdering av patientlagen 2014–2017*. Rapport 2017:2.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018) *Förnuft och känsla. Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården*, Rapport 2018:4.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020) *Primärt i vården: En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler.* Rapport 2020:9.

National Audit Office (2020) *Department of Health and Social Care Review of capital expenditure in the NHS*, HC 43 Session 2019-20 February 2020.

National Health Service (NHS) (2019), *The NHS Long Term Plan*, Version 1.2 with corrections, August 2019.

National Health Service (NHS) (2019) Preparing the healthcare workforce to deliver the digital future. An independent report on behalf of the Secretary of State for Health and Social Care. February 2019. *The Topol Review*.

Näringsdepartementet (2018) *Färdplan life science – vägen till en nationell strategi.*

OECD (2017) *Health at a Glance 2017: OECD Indicators.* OECD Publishing, Paris.

OECD (2019a) *Health at a glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.

OECD (2019b) *Sweden: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

OECD (2019c) *Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems, OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, Paris.

OECD (2019d), *Norway: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU,* OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

OECD (2019e), *Finland: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU,* OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

OECD (2019f), *Denmark: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

OECD (2019g), *United Kingdom: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

Olsson LE, Jakobsson Ung E, Swedberg K, Ekman I. (2013) Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials - a systematic review. *J Clin Nurs*. 2013;22(3-4):456-65.

Osborne, D. och Gaebler, T. (1992) *Reinventing Government*. New York: Penguin Press.

CVA och PTS (2011) *Den goda vårdavdelningen.* Slutrapport 2011-12-31. Centrum för vårdens arkitektur, Chalmers Tekniska Högskola.

Patientlag (2014:821).

Patientsäkerhetslag (2020:659).

PTS (2016) *Lokaler för öppenvård: kunskapsunderlag vid planering av vårdcentraler och mottagningar*. 2016-01-27. Chalmers, Göteborgs universitet.

PTS och CVA (2018) *Planerings- och utvecklingsmodell för vårdmiljöer, nuläge – utmaningar – möjligheter*, Program för teknisk standard (PTS) och Centrum för vårdens arkitektur (CVA), Chalmers.

Prop. 1959:19 *Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till sjukhuslag m.m*.

Prop. 1973:90 *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning m.m.*

Prop. 1978/79:95 *om den kommunala ekonomin.*

Prop. 1978/79:*174 om avveckling av nämnden för sjukvårds- och socialvårdsbyggnader (NSB).*

Prop. 1979/80:6 *om Socialstyrelsens uppgifter och organisation m.m.*

Prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag, m.m.

Prop. 1982/83:174 *om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen, m.m.*

Prop. 1987/88:100 *med förslag till statsbudget för budgetåret 1988/89.*

Prop. 1988/89:150 *med förslag till slutgiltig reglering av statsbudgeten för budgetåret 1989/90, m.m.* (kompletteringsproposition).

Prop. 1991/92:44 *om riktlinjer för den statliga fastighetsförvaltningen och ombildning av Byggnadsstyrelsen, m.m.*

Prop. 1991/92:150 *med förslag om slutlig reglering av statsbudgeten för budgetåret 1992/93, m.m.* (kompletteringproposition).

Prop. 1992/93:37 *om ny organisation för förvaltning av statens fastigheter och lokaler m.m.*

Prop. 1993/94:150 *Förslag till slutlig reglering av statsbudgeten för budgetåret 1994/95, m.m.* (kompletteringsproposition).

Prop. 2009/10:80 *En reformerad grundlag.*

Prop. 2009/10:170 *En enklare plan- och bygglag.*

Prop. 2009/10:175 *Offentlig förvaltning för demokrati, delaktighet och tillväxt.*

Prop. 2011/12:107 *Samverkan mellan kommuner om samhällsorientering m.m.*

Prop. 2013/14:106 *Patientlag*.

Prop. 2015/16:1 *Budgetpropositionen för 2016.*

Prop. 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag.*

Prop. 2017/18: 40 *En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården.*

Prop. 2017/18:83 *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.*

Prop. 2017/18:249 *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik*.

Prop. 2019/20:1 *Budgetpropositionen för 2020.*

Prop. 2019/20:164 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*.

Quist, J. och Fransson, M. (2014) *Tjänstelogik för offentlig förvaltning – en bok för förnyelsebyråkrater.* Stockholm. Liber.

Ramsberg, J. och Ekelund M. (2011) Stuprörstänkande gör samhällets kostnader för ohälsa onödigt höga. *Ekonomisk debatt* nr 5. 41–53.

Rechel B, Wright S, Edwards N, Dowdeswell B och McKee M (2009), Investing in hospitals of the future, European Observatory on Health Systems and Policies, European Health Property Network (EuHPN), *Observatory Studies Series* No 16.

Regeringskansliet (2020) *Uppdrag till Statskontoret att följa utvecklingen av statens styrning av kommuner och regioner*. Fi2020/02999/K, 2020-05-25.

Region Blekinge (2019) *Regionplan 2020–2022 med budget för 2020.*

Region Dalarna (2019) *Vi mår bra – i hela Dalarna! Regionplan, budget och finansplan 2020–2022*.

Region Gotland (2019) *Strategisk plan och budget 2020–2022.*

Region Gävleborg (2019) *Samhällsbygget, Välfärd kunskap hållbarhet. Budget 2020 och ekonomisk plan 2021–2022.*

Region Halland (2019) *Mål och budget 2020–2022*.

Region Jämtland Härjedalen (2019) *Regionplan och budget 2020–2022.*

Region Jönköpings län (2019) *Budget med verksamhetsplan 2020. Flerårsplan 2021–2022.*

Region Kalmar län (2019) *Tillsammans för ett friskare, tryggare och rikare liv*, Regionplan 2020–2022.

Region Kronoberg (2019) *Budget 2020 med flerårsplan 2021–2022.*

Region Norrbotten (2019) *Finansplan 2020–2022.*

Region Skåne (2019) *Region Skånes verksamhetsplan och budget 2020 med plan för 2021–2022.*

Region Stockholm (2019a) *Strategisk planering och samordning av vårdfastigheter*. Rapport nr 8/2019 från Regionrevisorerna.

Region Stockholm (2019b) *Med ansvar för framtiden. Budget 2020.*

Region Sörmland (2019) *Mål och budget. Planperioden 2020–2022.*

Region Uppsala (2019) *Regionplan och budget 2020–2022.*

Region Värmland (2019) *Regionplan 2020. Regionplan 2020 och flerårsplan 2020–2022.*

Region Västerbotten (2019) *Regionplan 2020–2023.*

Region Västernorrland (2019) *Liv, hälsa och hållbar utveckling i Västernorrland. Regionplan 2020–2022*.

Region Västmanland (2019) *Regionplan och budget 2020–2022.*

Region Örebro län (2019) *Verksamhetsplan med budget 2020 och planeringsförutsättningar 2021–2022.*

Region Östergötland (2019) *Strategisk plan med treårsbudget 2020–2022. Region Östergötland – drivkraft för hållbar utveckling och livskvalitet. Attraktivitet, Handlingskraft, Goda livsvillkor.*

Riksrevisionen (2013) *Statens hantering av riksintressen – ett hinder för bostadsbyggande.* RiR 2013:21.

Riksrevisionen (2017) *Staten och SKL – En slutrapport om statens styrning på vårdområdet.* RiR 2017:3.

Riksrevisionen (2018a) *Lärosätenas lokalförsörjning – rum för utveckling.* RiR 2018:15.

Riksrevisionen (2018b) *Oklara effekter av investeringsstödet till byggande av särskilt boende för äldre.* RiR 2018:24.

Riksrevisionen (2020) *Effektiviteten vid Kriminalvårdens anstalter.* RiR 2020:16.

Ring, L. (2017) *Spri-tiden: Planering av vårdbyggnader i Sverige 1968 till 1989.*

Rognes, J., Axelson, M. och Krohwinkel, A. (2014) *Nätverkssjukvård i praktiken*. LHC Report 2014 nr 2.

Rothstein, B. (2010) *Vad bör staten göra? Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik*. 3:e upplagan, SNS förlag, Falun.

Sandberg, S. (2017) *Strukturella reformer riktade mot den lokala nivån i Danmark, Finland och Norge 2000–2008*. Underlagsrapport till Kommunutredningen (Fi 2017:2).

Sjukvårdskungörelsen (1972:676).

Sjukvårdslagen (1962:242).

SCB (2020) *Hälsoräkenskaper 2018.*

SFS 2012:412 *Lag om upphävande av lagen (1971:1204) om byggnadstillstånd m.m.*

SKL och Finansdepartementet (2007) *Den kommunala finansieringsprincipen, Informationsmaterial.*

SKL (2013) *Patientsäkerhet lönar sig. Kostnader för skador och vårdskador i slutenvården år 2013.*

SKL (2014) *Fastighetsutvecklingsplanen: planering för morgondagens sjukhusområde.* FoU-fonden för fastighetsfrågor.

SKL (2016) *Träning ger färdighet – koncentrera vården för patientens bästa SOU 2015:98.* Yttrande 2016-04-15. Dnr 16/00232.

SKL (2018a) *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2018: Befolkningens attityder till, förväntningar på och erfarenheter av hälso- och sjukvården.*

SKL (2018b) *Patientkontrakt.* Slutrapport januari 2018. Samarbetsprojekt i tre landsting/regioner Dnr: S2017/02482/FS.

SKL (2019a) *Hälso- och sjukvårdsrapport 2019.*

SKL (2019b) *Vårderbjudanden med digitala tjänster för ordinerad egenvård och hemmonitorering – Nulägesbeskrivning och analys av läget i Sverige.* Rapport från projekt Ordnat införande av digitala produkter och tjänster.

SKL (2019c) *Medborgardialog i styrning*.

SKL (2019d) *Ekonomirapporten, maj 2019. Om kommunernas och regionernas ekonomi*, Sveriges Kommuner och Landsting.

SKR (2020a) *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2019: Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården.*

SKR (2020b) *Nära vård: nya sätt att utvärdera ändamålsenlighet och systemeffekter.*

SKR (2020c) *Tabeller Sektorn i siffror juni 2020*, Sveriges Kommuner och Regioner.

SKR (2020d) *Fastighetsnyckeltal 2019.* Sammandrag Regioner – FoU-Fonden för regionernas fastighetsfrågor. Sveriges Kommuner och Regioner.

SKR (2020e) *Ekonomirapporten, maj 2020.* Om kommunernas och regionernas ekonomi. Sveriges Kommuner och Regioner.

SKR (2020f) *Ekonomirapporten, oktober 2020.* Om kommunernas och regionernas ekonomi. Sveriges Kommuner och Regioner.

SKR (2021) *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2020: Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården.*

Skr 2020/21:105 *Ungdomspolitisk skrivelse*.

Sveriges regioner i samverkan och SKR (2016) *Nationell patientenkät.*

Sveriges regioner i samverkan och SKR (2018) *Nationell patientenkät.*

Sveriges regioner i samverkan och SKR (2020) *Nationell patientenkät.*

Socialdepartementet (2003) Departementspromemoria, 2003:56, *Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag.*

Socialdepartementet (2009) *Nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården*. Regeringsbeslut 2009-06-25.

Socialdepartementet (2020) *Bemyndigande att träffa en överenskommelse om God och nära vård 2020 – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården.* Protokoll vid regeringssammanträde, 2020-01-30. S2020/00440/FS.

Socialstyrelsen (2018) *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet. Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten.*

Socialstyrelsen (2019a) *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård:* Förstudie.

Socialstyrelsen (2019b) *Att kunna följa patientens väg genom vården. Sätt att koppla samman vårdhändelser i patientens vårdprocess.*

Socialstyrelsen (2019c) *Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård.*

Socialstyrelsen (2020a) *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård*: Lägesrapport 2020.

Socialstyrelsen (2020b) *Agera för säker vård. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024.*

Socialstyrelsen (2021) *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård*, Lägesrapport 2021.

Socialtjänstlag (1980:620).

SOU 1934:22 *Den slutna kroppssjukvården i riket jämte vissa därmed sammanhängande spörsmål.* Betänkande avgivet av Statens sjukvårdskommitté.

SOU 1956:27 *Betänkande med förslag till sjukhuslag m.m.*

SOU 1967:11 *Programbudgetering*. Statskontorets programbudgetutredning, Del 1. Finansdepartementet.

SOU 1992:79 Statens fastigheter och lokaler.

SOU 1997:154 *Patienten har rätt. Delbetänkande av HSU 2000.*

SOU 2007:10 *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft.* Slutbetänkande från Ansvarskommittén. Stockholm 2007.

SOU 2007:12 *Hälso- och sjukvården*. Sekretariatsrapport från Ansvarskommittén.

SOU 2008:127 *Patientens rätt: Några förslag för att stärka patientens ställning.* Delbetänkande av Utredningen om patientens rätt. Stockholm 2008.

SOU 2009:11 *En nationell cancerstrategi för framtiden.* Betänkande av utredningen En nationell cancerstrategi. Stockholm 2009.

SOU 2011:31 *Staten som fastighetsägare och hyresgäst*.

SOU 2011:65 *Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem – en kartläggning.* Delbetänkande av Statens vård- och omsorgsutredning. Stockholm 2011.

SOU 2013:40 *Att tänka nytt för att göra nytta - om perspektivskiften i offentlig verksamhet*. Slutbetänkande av Innovationsrådet. Stockholm 2013.

SOU 2014:59 *Bostadsförsörjning och riksintressen*, Delbetänkande av Riksintresseutredningen. Stockholm 2014.

SOU 2015:32 *Nästa fas i e-hälsoarbetet.* Betänkande av E-hälsokommittén. Stockholm 2015.

SOU 2015:98 *Träning ger färdighet: Koncentrera vården för patientens bästa.* Betänkande av Utredningen om högspecialiserad vård. Stockholm 2015.

SOU 2015:99 *Planering och beslut för hållbar utveckling Miljöbalkens hushållningsbestämmelser*, Slutbetänkande av Riksintresseutredningen. Stockholm 2015.

SOU 2016:2 *Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för ett effektivt resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.* Stockholm 2016.

SOU 2016:48 *Regional indelning – tre nya län.* Delbetänkande av Indelningskommittén. Stockholm 2016.

SOU 2016:89 *För digitalisering i tiden.* Slutbetänkande av Digitaliseringskommissionen. Stockholm 2016.

SOU 2017:56 *Jakten på den perfekta ersättningsmodellen.*

SOU 2018:38 *Styra och leda med tillit – Forskning och praktik*. Forskningsantologi från Tillitsdelegationen. Stockholm 2018.

SOU 2018:39 *God och nära vård: En primärvårdsreform*. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. Stockholm 2018.

SOU 2018:47 *Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn.* Huvudbetänkande av Tillitsdelegationen. Stockholm 2018.

SOU 2019:29 *God och nära vård: vård i samverkan.* Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. Stockholm 2019.

SOU 2019:42 *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*. Slutbetänkande av utredningen Styrning för en mer jämlik vård. Stockholm 2019.

SOU 2020:15 *Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS.* Slutbetänkande av Utredningen om offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll. Stockholm 2020.

SOU 2020:19 *God och nära vård: En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.* Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. Stockholm 2020.

SOU 2020:23 *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning.* Delbetänkande av Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap. Stockholm 2020.

SOU 2020:76 *Funktionalitet och enhetlighet – hyresmodell för fem kulturinstitutioners huvudbyggnader.*

SOU 2020:80 *Äldreomsorgen under pandemin.* Delbetänkande av Coronakommissionen.

SOU 2021:25 *Struktur för ökad motståndskraft.* Slutbetänkande av Utredningen om civilt försvar. Stockholm 2021.

Socialutskottets betänkande SoU 1975:15

Socialutskottets betänkande 1989/90:SoU:19 *Forskning inom socialdepartementets verksamhetsområde.*

Socialutskottets betänkande 2013/14:SoU24 *Patientlag.*

Socialutskottets betänkande 2015/16:SoU1 *Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.*

Socialutskottets betänkande 2016/17:SoU5 *En ny hälso- och sjukvårdslag.*

Socialutskottets betänkande 2017/18:SoU22 Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.

Socialutskottets betänkande 2020/21:SoU2 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

Statskontoret (2011a) *Kommunalt självstyre och proportionalitet*. 2011:17.

Statskontoret (2011b) *Tänk efter före. Om viss styrning av kommuner och landsting*. 2011:22.

Statskontoret (2016) *Statens styrning av kommunerna*. 2016:24.

Statskontoret (2018) *Utveckling av den statliga styrningen av kommuner och landsting 2017.*

Statskontoret (2019) *Utveckling av den statliga styrningen av kommuner och landsting 2018.*

Statskontoret (2020) *Utveckling av den statliga styrningen av kommuner och landsting 2019.*

Steen Carlsson, K., Berne, C., Johansen, P., Lanne, G. och Gerdtham, U. (2013) *Behandling av diabetes i ett hundraårigt perspektiv*. SNS Förlag.

Sterzel, F. (2009) *Författning i utveckling*. Uppsala: Iustus.

Sundheds- og ældreministeriet (2019), *Kvalitetsfondsbyggerier og effektiviseringskrav*, Notat, 03-11-2019.

Sundhedsstyrelsen (2007), *Styrket akutberedskab planlægnings-grundlag for det regionale sundhedsvæsen,* version 2.0 versionsdato 26. juni 2007.

Sundström, Göran (2003) *Stat på villovägar.* Stockholms universitet.

Sykehusbygg (2017), *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*. sep./okt.2017.

Söderlind, D. och Petersson, O. (1988) *Svensk förvaltningspolitik. Uppsala*: Diskurs förlag.

Tahvilzadeh, N. (2015) ”Det våras för medborgardialoger” i *Låt fler forma framtiden! Forskarantologi* SOU 2015:96 Teisman, G., van Buuren, A. och Gerrits, L. (ed) (2009), *Managing Complex Governance Systems. Dynamics, Self-Organization and Coevolution in Public Investments.* New York: Routledge.

Teltsch, D. Y., Hanley, J., Loo, V., Goldberg, P. Gursahaney, A., and Buckeridge, D. L. (2011) Infection acquisition following intensive care unit room privatization. *Archives of Internal Medicine*, 171(1), 32–38.

Thodelius, C., Widmark, J., Lindahl, G. och Adam, A. (2021) *Framtidens vårdbyggnadsstruktur: Hälso- och sjukvårdsbyggnader i regionerna efter omställningen* (2021:1) Centrum för vårdens arkitektur: Chalmers: Göteborg.

Thoresson, K. (2012) *På väg mot en värdefull styrning – Ersättningssystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre*. LHC Report nr 1, 2012.

Utbildningsutskottets uppföljning 1996/97:URD2 *Den nya organisationen för universitetens och högskolornas lokalförsörjning – en uppföljning.*

Vetenskapsrådet (2020) *Yttrande över Strukturförändring och investering i hälso-och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS* (SOU 2020:15). Dnr. 1.1.3-2020-05643 GD-2020-137.

Västra Götalandsregionen (2016) *Ändamålsenlighet i regionens investeringsprocess.* Dnr: REV 2016-00180 (REV 54-2016). Rapport från Revisionsenheten.

Västra Götalandsregionen (2019) *Budget 2020 samt plan för ekonomin åren 2021–2022 för Västra Götalandsregionen.*

Watson J. och Agger S. (2009) "The economic and community impact of health capital investment" i Rechel B, Wright S, Edwards N, Dowdeswell B, McKee M, (2009), Investing in hospitals of the future, European Observatory on Health Systems and Policies, European Health Property Network (EuHPN), *Observatory Studies Series* No 16.

Walch, J. M., Rabin, B. S., Day, R., Williams, J. N., Choi, K., and Kang, J. D. (2005) The effect of sunlight on post-operative analgesic medication usage: A prospective study of patients undergoing spinal surgery. *Psychosomatic Medicine*, 67, 156–163.

Winblad, U., Fredriksson, M., Åhfeldt, E., Swenning, A-K., Modigh, A. och Hedström, G. (2021) *Hur samordnas omställningen av hälso- och sjukvården med behov av investeringar i vårdbyggande?* Institutionen för folkhälso-och vårdvetenskap. Uppsala Universitet.

Zwart, J. (2014), *Building for a better hospital- value adding management & design of healthcare real estate*, Delft University of Technology, Faculty of Architecture and the Built Environment, Department of Real Estate & Housing, nr 13 2014.

Zwart, J. Voordt, T.och Jonge, H. (2010), Private Investment in Hospitals: A Comparison of Three Healthcare Systems and Possible Implications for Real Estate Strategies, *HERD Volume* 3, Number 3, pp 70–86.

Åman, A. (1976) *Om den offentliga vården: byggnader och verksamheter vid svenska vårdinstitutioner under 1800- och 1900-talen: en arkitekturhistorisk undersökning.* Sveriges arkitekturmuseum, Stockholm.

Öhrming, J. (2017) *Allt görs liksom baklänges. Verksamheten vid Nya Karolinska Solna*, Södertörns högskola.

Kommittédirektiv 2019:69

Ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård

Beslut vid regeringssammanträde den 17 oktober 2019.

Sammanfattning

En särskild utredare ska genom kartläggning och analys utreda hur pågående och planerade investeringsprojekt i sjukhus förhåller sig till den pågående utvecklingen av hälso- och sjukvården på nationell nivå. Syftet är att bidra till ökade förutsättningar för hälso- och sjukvårdens huvudmän och regeringen att fatta strategiska beslut om hälso- och sjukvård som svarar mot behoven ur ett nationellt perspektiv.

Utredaren ska

– kartlägga de större investeringsprojekt i sjukhus som pågår och som planeras inom landstingen,
– analysera hur dessa investeringsprojekt förhåller sig till den pågående utvecklingen av hälso- och sjukvården på nationell nivå, och
– analysera samverkan samt hur denna kan bidra till den nationella utvecklingen av hälso- och sjukvården och till ökad samhällsekonomisk effektivitet.

Uppdraget ska redovisas senast den 15 januari 2021.

Hälso- och sjukvårdens utmaningar och pågående utvecklingsarbete

Svensk hälso- och sjukvård håller hög kvalitet och står sig väl i jämförelse med andra länder. Uppföljningar visar på goda medicinska resultat, att patienter överlag är nöjda med kvaliteten och att förtroendet för hälso- och sjukvården är gott och stigande.

Samtidigt står svensk hälso- och sjukvård inför en rad utmaningar och problem. I takt med att befolkningen lever allt längre ökar vårdbehovet i befolkningen. Den psykiska ohälsan ökar, framför allt bland barn och unga, och allt fler lever med komplexa och kroniska sjukdomstillstånd som kräver samverkan mellan olika aktörer inom hälso- och sjukvården.

Dessutom visar uppföljningar på en rad strukturproblem. Tillgängligheten till vården brister då patienter upplever att de får vänta för länge på vård, jämlikheten varierar och det råder personalbrist inom hälso- och sjukvården.

För att möta de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför behöver en rad strukturella åtgärder genomföras och den potential som finns i det hälso-främjande och sjukdomsförebyggande arbetet tas tillvara. Kvaliteten i hälso- och sjukvården behöver öka och resurserna behöver användas mer effektivt. Regeringen har därför inlett ett omfattande reformarbete som tar sikte på båda dessa delar.

Reformarbetet består till exempel av koncentration av den högspecialiserade vården samt ökat fokus på tillgänglighet, kompetensförsörjning och digitalisering.

En central del i reformarbetet är arbetet med att vidareutveckla den nära vården med fokus på primärvården. Svensk hälso- och sjukvård som historiskt sett dominerats av investeringar i specialistvård och akutsjukhus behöver ställa om så att första linjens sjukvård får en starkare roll och bättre förutsättningar att arbeta förebyggande än i dag. En förstärkning och utveckling av primärvården är därför nödvändig. Det är dock angeläget att säkerställa att detta inte sker på bekostnad av kvaliteten inom den sjukvård som bedrivs på sjukhus och inom övrig specialistvård.

Inom ramen för den pågående utvecklingen av hälso- och sjukvården på nationell nivå har regeringen även bland annat tillsatt en utredning om hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap (dir. 2018:77).

Uppdraget att kartlägga och analysera pågående och planerade investeringsprojekt

Landstingen investerar i hälso- och sjukvårdens infrastruktur, för att bland annat ersätta ett åldrat fastighetsbestånd och för att möta den demografiska utvecklingen, men investerar även för att stödja nya arbetssätt och framtidens hälso- och sjukvård.

På nationell nivå bedriver regeringen ett utvecklingsarbete som bland annat innefattar nivåstrukturering och koncentration av den högspecialiserade vården samt utvecklingen av den nära vården.

För att hälso- och sjukvården ska utvecklas, till exempel genom en utvecklad primärvård, och för att offentliga medel ska användas så resurseffektivt som möjligt är det viktigt att de strategiska beslut som fattas av hälso- och sjuk-vårdens huvudmän förutom de regionala behoven även svarar mot behoven och den utpekade inriktningen ur ett nationellt perspektiv. Regeringen ser därför behov av att stödja huvudmännen i arbetet med att bidra till hälso- och sjukvårdens utveckling på nationell nivå.

Ett första steg i detta är att skapa en samlad bild av pågående och planerade större investeringsprojekt vad gäller sjukhus inom hälso- och sjukvården i landstingen samt att analysera hur dessa investeringsprojekt förhåller sig till den pågående nationella utvecklingen av hälso- och sjukvården. Ett sådant underlag kan utgöra stöd till hälso- och sjukvårdens huvudmän i deras arbete med att fatta samhällsekonomiskt effektiva beslut och skapa förutsättningar för en långsiktigt hållbar omstrukturering av hälso- och sjukvården som kan möta såväl dagens som framtida behov.

Utredaren ska därför

– kartlägga de större investeringsprojekt i sjukhus som pågår och som planeras inom landstingen, och
– analysera hur dessa investeringsprojekt förhåller sig till den pågående utvecklingen av hälso- och sjukvården på nationell nivå.

Uppdraget att analysera samverkan samt hur denna kan bidra till den nationella utvecklingen av hälso- och sjukvården och till ökad samhällsekonomisk effektivitet

Svensk hälso- och sjukvård styrs av flera aktörer med olika förutsättningar och styrmedel att tillgå. På nationell nivå är lagstiftning ett centralt styrmedel liksom möjligheten att rikta statliga medel dit där behoven är som störst. Landsting och kommuner har å sin sida ansvar för att organisera och bedriva hälso- och sjukvård.

För att den samlade styrningen av hälso- och sjukvården ska kunna bidra till effektiva verksamheter med god och jämlik kvalitet behöver de beslut som fattas på olika nivåer stödja varandra och stödja helheten.

Regeringen bedömer att förutsättningarna för samhällsekonomiskt effektiva beslut behöver bli bättre och att samverkan, till exempel mellan stat och landsting liksom mellan landsting, är ett viktigt led i detta.

Utredaren ska därför

– analysera samverkan samt hur denna kan bidra till den nationella utvecklingen av hälso- och sjukvården och till ökad samhällsekonomisk effektivitet

Konsekvensbeskrivningar

I enlighet med 15 § kommittéförordningen (1998:1474) ska utredaren i sina redogörelser och analyser bland annat beakta ekonomiska konsekvenser för de aktuella aktörerna, och konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män samt proportionalitetsprincipen när det gäller eventuella inskränkningar av den kommunala självstyrelsen i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Utredaren ska ha dialog med företrädare för hälso- och sjukvårdens huvudmän, myndigheter, professionerna, patienter och andra berörda aktörer. Utredaren ska även ha dialog med relevanta utredningar så som utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga

inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap (dir. 2018:77).

Utredaren ska fortlöpande informera Regeringskansliet (Socialdepartementet) om arbetet.

Uppdraget ska redovisas senast den 15 januari 2021.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2020:116

Tilläggsdirektiv till Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård (S 2019:03)

Beslut vid regeringssammanträde den 5 november 2020

Utvidgning av och förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 17 oktober 2019 kommittédirektiv om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård (dir. 2019:69). Enligt direktiven skulle uppdraget redovisas senast den 15 januari 2021.

Uppdraget utvidgas och utredaren får nu också i uppdrag att göra följande

- Analysera större sjukhusinvesteringarnas beståndsdelar och komplexitet och eventuella behov av samverkan för att bidra till den nationella utvecklingen av hälso-och sjukvården.
- Analysera för- och nackdelar med, inklusive konsekvenserna av, olika former av samverkan, t.ex. mellan stat och regioner liksom mellan regioner, och vid behov lämna förslag på ändamålsenlig och kostnadseffektiv samverkan för nationell utveckling. Syftet är att öka förutsättningarna för att de större sjukhusinvesteringar som genomförs regionalt bidrar till den nationella utvecklingen av hälso- och sjukvården och till ökad ändamålsenlighet och samhällsekonomisk effektivitet. Utredaren ska särskilt beakta behovet av att hålla de administrativa kostnaderna vid samverkan på låg nivå.

– Överväga om någon statlig aktör, och i så fall vilken, bör ha ett samordnande uppdrag och vid behov lämna förslag på hur ett sådant uppdrag kan utformas, i syfte att öka förutsättningarna för regionerna att beakta det nationella perspektivet i samband med större sjukhusinvesteringar i hälso- och sjukvården.

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska i stället redovisas senast den 31 augusti 2021.

Uppdraget att utreda behov av ökad samverkan vid investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård

De ursprungliga direktiven pekar bl.a. på att beslut som fattas på olika nivåer behöver stödja både varandra och helheten för att den samlade styrningen av hälso- och sjukvården ska kunna bidra till effektiva verksamheter med god och jämlik kvalitet. Det nationella perspektivet kan även komplettera det regionala perspektivet för att öka jämlikheten i landet t.ex. när det gäller vårdens kvalitet och tillgänglighet samt hälso- och sjukvårdspersonalens förutsättningar att ge god och patientsäker vård. Regeringen ser även behov av såväl ökat samarbete som ökad statlig samordning inom hälso- och sjukvården.

Ytterst är det regionerna som ansvarar för vården men staten kan stödja regionerna genom att skapa goda förutsättningar för att de åtgärder som prioriteras i regionerna är de mest ändamålsenliga och kostnadseffektiva. Förutsättningarna för samhällsekonomiska beslut behöver bli bättre och utvecklad samverkan, till exempel mellan stat och regioner liksom inom regioner, är ett viktigt led i detta. Det kan bland annat innebära att man från nationellt håll bistår regionerna genom att stödja samarbeten och samordnar dialoger mellan och inom regionerna samt med andra berörda aktörer.

Utredningen om offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll skriver i sitt betänkande Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården (SOU 2020:15) att regionerna samverkar på olika sätt, inom samverkansregionerna och nationellt inom ramen för Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) olika nätverk. Det finns dock såvitt utredningen erfar inte någon nationellt gemensam samordning och planering av investeringar inom sjukvården. Utöver att utreda hur samverkan kan bidra till den nationella utvecklingen kan det därför finnas behov av att lämna förslag på ändamålsenlig och kost-

nadseffektiv samverkan mellan t.ex. stat och regioner liksom mellan regioner. Även klinisk forskning och utbildning vid sjukhus som bedriver universitetssjukvård berörs av stora investeringar, t.ex. i forskningsinfrastruktur.

Det framgår också av SOU 2020:15 att det lärande exemplet Nya Karolinska Solna inte bara är ett byggprojekt utan lika mycket ett verksamhetsprojekt. Utredningen konstaterar att frågor om upphandling, investeringar och organisationsförändringar är mycket nära kopplade till varandra i komplexa processer som ställer krav på helhetsperspektiv.

Utredningen skriver även att investeringsbehovet i regionerna är stort samt att regionernas ekonomi är ansträngd. Detta understryker frågan om det nationella hälso- och sjukvårdsperspektivet i högre grad bör beaktas, t.ex. av kostnadseffektivitetsskäl.

Utredaren ska, utöver vad som framgår av de ursprungliga direktiven göra följande:

– Analysera större sjukhusinvesteringar beståndsdelar och komplexitet och eventuella behov av samverkan för att bidra till den nationella utvecklingen av hälso-och sjukvården.

– Analysera för- och nackdelar med, inklusive konsekvenserna av, olika former av samverkan, t.ex. mellan stat och regioner liksom mellan regioner, och vid behov lämna förslag på ändamålsenlig och kostnadseffektiv samverkan för nationell utveckling. Syftet är att öka förutsättningarna för att de större sjukhusinvesteringar som genomförs regionalt bidrar till den nationella utvecklingen av hälso- och sjukvården och till ökad ändamålsenlighet och samhällsekonomisk effektivitet. Utredaren ska särskilt beakta behovet av att hålla de administrativa kostnaderna vid samverkan på låg nivå.

– Överväga om någon statlig aktör, och i så fall vilken, bör ha ett samordnande uppdrag och vid behov lämna förslag på hur ett sådant uppdrag kan utformas, i syfte att öka förutsättningarna för regionerna att beakta det nationella perspektivet i samband med större sjukhusinvesteringar i hälso- och sjukvården.

Arbetets genomförande, kontakter och redovisning av uppdraget

Utöver vad som sägs om kontakter i de ursprungliga direktiven ska utredaren ha samråd med Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09), Coronakommissionen (S 2020:09). Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S 2020:12) och andra utredningar och myndigheter som har ett uppdrag som berör utredarens uppdrag. Utredningen ska där det är lämpligt beakta ett hållbarhets- och klimatperspektiv i sina analyser.

Enligt de ursprungliga direktiven skulle uppdraget redovisas senast den 15 januari 2021. Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska i stället redovisas senast den 31 augusti 2021.

(Socialdepartementet)

UPPSALA
UNIVERSITET

Hur samordnas strukturomvandlingen av hälso- och sjukvården med behov av investeringar i vårdbyggnader?

Ulrika Winblad, Anna-Karin Swenning, Anton Modigh, Emanuel Åhlfeldt, Gustaf Hedström & Mio Fredriksson

Hälso- och sjukvårdsforskning
Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap
Uppsala universitet

2021-08-04

Innehåll

Inledning ... 3
Bakgrund ... 3
Syfte och frågeställningar ... 4
Genomförande av studien ... 4
Delstudie 1: Regionernas arbete ... 6
Omställningen mot en nära vård ... 6
Målbilder och konkreta åtgärder för att uppnå en nära vård ... 6
Organisering av omställningen mot en nära vård ... 7
Samverkan med kommunerna ... 9
Nivåstrukturering och fördelning av högspecialiserad vård ... 11
Nivåstrukturering i strategier och planer ... 11
Nivåstrukturering i praktiken ... 12
Regionernas uppfattning av den nationella styrningen ... 13
Samordning med investeringar i vårdbyggnader ... 13
Behov av samordning ... 13
Hinder som försvårar samordningen ... 14
Olika sätt att åstadkomma samordning ... 15
Behov av stöd från nationell nivå ... 17
Delstudie 2: Samverkansregionernas arbete ... 19
Samverkansregionernas organisation, arbetssätt och mandat ... 19
Politiskt samarbetsorgan och beslutsmandat ... 20
Tjänstemannaledning och administrativa resurser ... 21
Områden för samverkan ... 23
Övergripande målsättningar och samverkansområden ... 23
Fördelning av den regionala högspecialiserade vården ... 24
Omställningen mot en nära vård ... 26
Investeringar i vårdbyggnader ... 26
Hur kan samverkansregionens roll utvecklas? ... 27
Sammanfattning och reflektioner ... 29
Referenser ... 33

Inledning

Bakgrund

Av tidigare statliga utredningar framgår att regionerna har stora investeringsbehov, såväl omedelbara som framtida (1,2). Det handlar om omfattande investeringar i vårdbyggnader, framför allt i sjukhus, som måste genomföras för att kunna uppfylla gällande krav, riktlinjer och behov vad gäller hälso- och sjukvård och arbetsmiljö. Parallellt med dessa investeringar pågår en strukturomvandling av hälso- och sjukvården, vilken förväntas påverka såväl lokaler och teknik som personal.

Omställningen mot en nära vård utgör en central del av strukturomvandlingen och innebär bland annat att primärvården ska utgöra basen i hälso- och sjukvården och att det ska ske en förflyttning från en sjukhustung vård mot en nära vård. Nära vård ska dock inte betraktas som en ny organisationsnivå eller som en ny benämning på primärvården, utan ska istället ses som ”ett sätt att tänka kring hur man organiserar all hälso- och sjukvård med utgångspunkt i patienters och brukares individuella behov, förutsättningar och preferenser så att hela hens livssituation kan beaktas”(3). Under de senaste åren har ett omfattande utredningsarbete på nationell nivå genomförts där betänkandet *Effektiv vård* (4) utgjorde ett startskott för omställningen mot en nära vård. Under 2017 tillsattes utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (5) som bland annat har presenterat en gemensam färdplan och målbild för omställningen. I målbilden anges bland annat att ”primärvården är navet i vården och omsorgen och samspelar både med annan specialistvård på och utanför sjukhusen, med övrig kommunal hälso-och sjukvård och med socialtjänsten”(3). Ansvaret för att planera hur omställningen mot en nära vård ska genomföras ligger dock på regionerna i samverkan med kommunerna (2,3,6,7).

En ytterligare del av strukturomvandlingen handlar om nivåstrukturering av den högspecialiserade vården, vilken innebär att viss vård som är komplex, investeringstung och sällan förekommande koncentreras eller fördelas till ett begränsat antal enheter inom hälso- och sjukvårdssystemet. Syftet med denna förändring är bland annat att bidra till ökad kvalitet, patientsäkerhet och jämlikhet i vården (1). Det finns idag både nationell och regional högspecialiserad vård. Ansvaret för nivåstrukturering av den *nationella* högspecialiserade vården ligger på staten och det är Socialstyrelsen som ansvarar för processen att definiera vilken högspecialiserad vård som ska bedrivas nationellt och regionerna får sedan ansöka om att få bedriva denna vård. Vad gäller nivåstruktureringen av den *regionala* högspecialiserade vården ligger ansvaret för att koncentrera eller fördela den på de enskilda regionerna och till viss del även på de sex samverkansregioner som utgör samarbetsplattformar för regionerna (1,8).

En farhåga som uttrycks i tidigare utredningar är att det inte sker en tillräcklig samordning av de investeringar i vårdbyggnader som genomförs med den strukturomvandling av hälso- och sjukvården som pågår. Utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (5) pekar bland annat i sitt huvudbetänkande på att de byggprojekt som pågår och planeras riskerar att cementera gamla vårdstrukturer och stuprör om det inte sker en samverkan mellan olika delar av regionens verksamheter och fastighetsfunktioner i omställningsarbetet (2). Frågan har även uppmärksammats av regeringen och i oktober 2019 tillsattes *Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård* (9) med uppgift att utreda hur pågående och planerade investeringsprojekt i sjukhus förhåller sig till den pågående utvecklingen av hälso- och sjukvården på nationell nivå. Syftet med utredningen är att öka förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens huvudmän och regeringen att fatta strategiska beslut om hälso- och sjukvård som svarar mot behoven ur ett nationellt perspektiv (10). Utredningen ska redovisa sitt uppdrag senast den 31 augusti 2021 (11).

Syfte och frågeställningar

Föreliggande studie har genomförts på uppdrag av *Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård* (9). Syftet är att undersöka hur regionerna arbetar med strukturomvandlingen av hälso- och sjukvården, och vad som görs *inom* och *mellan* regionerna för att samordna detta arbete med de investeringar i vårdbyggnader som behöver göras. Med strukturomvandling av hälso- och sjukvården inbegriper vi fortsättningsvis i rapporten både omställningen mot en nära vård och arbetet med nivåstrukturering av högspecialiserad vård. Studien har genomförts som två delstudier.

Den **första delstudien** fokuserar på hur regionerna arbetar med omställningen mot en nära vård och nivåstrukturering av högspecialiserad vård samt hur detta arbete förhåller sig till den nationella styrningen. Delstudien fokuserar även på hur regionerna internt samordnar den utveckling av hälso- och sjukvården som pågår med de investeringar i vårdbyggnader som behöver göras. Dessutom undersöks vilket stöd från nationell nivå som regionerna kan behöva för att öka förutsättningarna för att de större investeringar i vårdbyggnader som genomförs regionalt ska harmoniera med och bidra till den pågående strukturomvandlingen av hälso- och sjukvården. Frågorna för delstudien är:

- Hur arbetar regionerna med omställningen mot en nära vård och nivåstrukturering av högspecialiserad vård och hur uppfattar de den nationella styrningen kring dessa reformer?
- Hur samordnas regionernas investeringsbehov i vårdbyggnader med den utveckling av hälso- och sjukvården som pågår?
- Vilket stöd från nationell nivå behövs för att underlätta strukturomvandlingen av hälso- och sjukvården och för att detta arbete ska kunna harmoniseras med de större investeringar i vårdbyggnader som genomförs på regional nivå?

Den **andra delstudien** fokuserar på vilken samverkan som sker inom de sex reglerade samverkansregionerna med avseende på strukturomvandlingen av hälso- och sjukvården och de investeringar i vårdbyggnader som behöver göras i respektive region. Frågorna för delstudien är:

- Hur är samverkansregionernas arbete organiserat och vilka områden samverkar man kring?
- Hur sker samverkan inom samverkansregionerna kring omställningen mot en nära vård, fördelningen av regional högspecialiserad vård och behovet av investeringar i vårdbyggnader?
- Vilka erfarenheter finns av att genomföra gemensamma investeringar inom samverkansregionen?
- Hur kan samverkansregionernas roll utvecklas för att bidra till ett helhetsperspektiv på hälso- och sjukvården?

Genomförande av studien

Delstudierna har genomförts under perioden februari till och med juni 2021 genom kvalitativ dokumentanalys och intervjuer med nyckelpersoner inom regioner och samverkansregioner. Dokumentanalysen syftar till att ge en övergripande bild av hur utvecklingen av hälso- och sjukvården på regional nivå förhåller sig till de nationella reformerna i omställningsarbetet. Den syftar även till att ge en överblick över samverkansregionernas mandat, uppgifter och organisation. Tio utvalda regioner och samtliga sex samverkansregioner omfattas av dokumentanalysen (se tabellen nedan).

Samverkansregion	Regioner
Samverkansnämnden Stockholm-Gotland	Region Stockholm
Sydöstra sjukvårdsregionen	Region Östergötland Region Jönköpings län
Södra sjukvårdsregionen	Region Skåne Region Kronoberg
Västra Sjukvårdsregionen	Region Halland
Sjukvårdsregion Mellansverige	Region Uppsala Region Gävleborg
Norra sjukvårdsregionförbundet	Region Västerbotten Region Jämtland-Härjedalen

Materialet för analysen består av offentliga dokument såsom de övergripande mål- och inriktningsdokument som regionerna har tagit fram för utvecklingen av hälso- och sjukvården, samt utredningar, rapporter och annat material från t.ex. regeringen och Socialstyrelsen. I analysen av samverkansregionerna har vi studerat avtal och överenskommelser som reglerar samverkansregionernas arbete, informationsmaterial från samverkansregionerna samt ett begränsat urval av protokoll från samverkansnämndernas möten.

För att fördjupa bilden har vi sedan genomfört intervjuer med ett urval av högre chefer och tjänstemän samt vissa regionpolitiker inom undersökta regioner och samverkansregioner. Totalt har 25 personer intervjuats utifrån en semi-strukturerad intervjuguide baserad på studiens frågeställningar. Intervjupersonerna har primärt intervjuats individuellt och intervjutiden har varierat mellan 45-60 minuter. Intervjuerna har transkriberats ordagrant och sedan analyserats genom deduktiv kvalitativ innehållsanalys.

Delstudie 1: Regionernas arbete

Nedan presenteras resultaten från den första delstudien som har fokuserat på hur regionerna arbetar med omställningen mot en nära vård och nivåstrukturering av högspecialiserad vård och hur detta arbete förhåller sig till den nationella styrningen. I avsnittet beskrivs även hur regionerna internt samordnar utvecklingen av hälso- och sjukvården med de investeringar i vårdbyggnader som behöver göras samt vilket stöd från nationell nivå som regionerna kan behöva för att underlätta strukturomvandlingen av hälso- och sjukvården och harmonisera detta arbete med de större investeringar i vårdbyggnader som genomförs på regional nivå.

Omställningen mot en nära vård

Målbilder och konkreta åtgärder för att uppnå en nära vård

Under de senaste tre åren har överenskommelser ingåtts mellan regeringen och Sveriges kommuner och regioner (SKR) för att stödja omställningen mot en nära värd (12–14). Överenskommelserna ger ekonomiska incitament för regionerna att arbeta med omställningen och konkretiserar i viss mån vilken typ av insatser som omställningen kan innebära. Under 2020 genomförde Socialstyrelsen en uppföljning av överenskommelsen för 2019 (12) som visar att ett arbete i riktning mot en mer nära vård med fokus på primärvården pågår i samtliga regioner. Nästan alla regioner har tagit fram målbilder eller strategier som på olika sätt berör omställningen mot en nära vård. Regionerna befinner sig dock i olika faser och det finns vissa skillnader i arbetssätt och åtgärder som genomförs eller planeras (15). Denna övergripande bild bekräftas även av den dokumentanalys och de intervjuer som vi genomfört i ett urval av regioner. Utifrån de mål- och inriktningsdokument som analyserats framgår att samtliga studerade regioner har inlett ett arbete med att utveckla en nära vård (16–25). Intervjuerna visar dock att omställningsarbetet till stor del befinner sig i ett inledande skede. De konkreta åtgärder som genomförs verkar ofta handla om avgränsade projekt, som ännu inte resulterat i några större strukturomvandlingar eller någon mer omfattande omfördelning av resurser.

En del av de studerade regionerna har genomfört någon form av eget utrednings- och analysarbete som utgångspunkt för omställningsarbetet mot en nära vård, vilket exempelvis har syftat till att identifiera utmaningar och förutsättningar för utvecklingen av hälso- och sjukvården i den egna regionen. Regionerna har också i varierande omfattning tagit fram mål, handlingsplaner och indikatorer för omställningsarbetet. I vissa fall har specifika strategidokument för omställningen mot en nära vård tagits fram (se exempelvis 26,27), i andra fall beskrivs omställningen mot en nära vård som en del i en mer övergripande strategi för hur hälso- och sjukvården ska utvecklas i framtiden (se exempelvis 21,28,29). Av dokumentanalysen framgår att omställningen betraktas som en långsiktig process och en del av regionerna beskriver hur arbetet kommer att bedrivas i olika faser under de närmaste 5–10 åren (26,27).

Det finns många likheter i de målbilder och strategier som tagits fram av de studerade regionerna. Det övergripande målet beskrivs ofta som tvådelat, dels handlar det om ökad kvalitet, dels om ökad kostnadseffektivitet. Överlag beskrivs att det behöver ske en förflyttning av vården från sjukhus till mer öppna vårdformer. Primärvården ska tydligare utgöra basen för hälso- och sjukvården och den nära vården ska utgå från invånarnas behov. Fokus ska flyttas från sjukdom och behandling mot mer av förebyggande åtgärder och hälsofrämjande levnadssätt. Andra målsättningar som lyfts fram handlar exempelvis om en mer personcentrerad vård, ökad patientdelaktighet, kontinuitet, samordning och tillgänglighet.

För att uppnå målen beskrivs olika konkreta åtgärder eller utvecklingsområden för det fortsatta arbetet. Det handlar till exempel om att erbjuda fast läkarkontakt och individuell planering. Andra åtgärder och utvecklingsområden är att utföra mer vård i hemmet och skapa bättre förutsättningar för egenvård och hemmonitorering, utveckling av mobila team och digitala lösningar, som digitala vårdrum och vårdmöten och distanskonsultation med specialister. Ytterligare åtgärder är utveckling av en enkel ingång till vården, exempelvis nämns begreppet ”en väg in” i intervjuerna. Även digital hälso- och sjukvårdsrådgivning lyfts

fram som ett utvecklingsområde för att skapa enkla vägar in i vården på rätt nivå. Vidare lyfts ökad samverkan och samordning mellan sluten och öppen vård samt mellan regioner och kommuner fram som viktiga förutsättningar för en nära vård. I samtliga intervjuer lyfts samverkan med kommunerna fram som ett avgörande utvecklingsområde.

En del regioner beskriver även att de planerar att etablera så kallade vårdcentrum eller närvårdscenter med större utbud och kapacitet än vanliga vårdcentraler (16,23,25). I Region Uppsala beskrivs att dessa centrum bland annat ska inkludera närvårdsplatser och samordning av mobil verksamhet. Tanken är att en del av den verksamhet som idag bedrivs vid sjukhus eller inom ramen för vårdval i framtiden ska kunna bedrivas i anslutning till vårdcentrum.

> *Ett vårdcentrum är en slags utvecklad vårdcentral, en geografisk nod med hälsocentral, närvårdsavdelning, geriatrik, mobila närvårdsteam och ett förstärkt hälsouppdrag där region, kommun och andra aktörer i området arbetar för att förbättra hälsan hos invånarna. Även olika kommunala verksamheter som korttidsplatser kan ingå i ett vårdcentrum. Närvårdsavdelningarna ska vara öppna dygnet runt och kommer erbjuda geriatrik, internmedicin och allmänmedicin, röntgen och laboratorium när de är fullt utbyggda. Även psykiatri och barnmedicin ska på sikt ingå i ett vårdcentrum* (30).

Region Östergötland har redan etablerat ett vårdcentrum och planerar att etablera konceptet på ytterligare platser i regionen (31). En av de intervjuade i en annan region beskriver att de vill vidga idén om vårdcentrum till att inkludera ett bredare hälsouppdrag som inte bara utgår från ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. I detta skulle även ytterligare kompetenser vid sidan av hälso- och sjukvårdsprofessionerna ingå, exempelvis hälsocoacher och andra rådgivande funktioner samt ett tätare samarbete med civilsamhället. Samtidigt framkommer ett fåtal lite mer kritiska reflektioner kring utvecklingen av vårdcentrum och närvårdsplatser i intervjuerna. En intervjuad pekar exempelvis på att etableringen av nya närvårdsplatser inte går i linje med utvecklingen av framtidens hälso- och sjukvårdssystem, där behovet av vårdplatser förväntas minska.

Sammanfattningsvis kan konstateras att regionernas omställningsarbete mot en nära vård inkluderar en lång rad åtgärder, idéer och lösningar. Det konkreta arbete som pågår för närvarande verkar ofta handla om att erbjuda fast vårdkontakt och individuella planer samt om att utveckla mobila team, digitala vårdmöten och tätare samverkan med kommunerna, exempelvis i samband med utskrivning från sjukhus. I viss mån förekommer även ett konkret arbete med att utveckla vårdcentrum. En del av dessa åtgärder är sådant som regionerna har arbetat med sedan en längre tid tillbaka, men valt att integrera eller presentera som en del av omställningsarbetet mot en nära vård, då de går i linje med de grundläggande idéerna i nära vård. I intervjuerna framkommer exempelvis att flera av regionerna sedan tidigare drivit projekt för att utveckla mobila team och att det även bedrivits en mängd projekt i ”nära vård-anda” som nu inkluderats i det strategiska omställningsarbetet. Det finns också exempel på regioner som sedan tidigare drivit gemensamma vårdverksamheter i samverkan med kommunerna. Till stor del befinner sig omställningen dock fortfarande i ett inledande skede och även om ett arbete har påbörjats inom vissa områden så är det i de flesta fall i en tidig fas. Många av de intervjuade pekar på att en del av de åtgärder som planerats har fått skjutas på framtiden på grund av pandemin. Samtidigt menar en del av de intervjuade att pandemin också påskyndat utvecklingen av vissa förutsättningar för omställningen till en nära vård, som exempelvis digitalisering och samverkan med kommunerna.

Organisering av omställningen mot en nära vård

De flesta regioner har inrättat någon form av organisation för att driva omställningen mot en mer nära vård och arbetet leds i många fall av hälso- och sjukvårdsdirektören tillsammans med hälso- och sjukvårdsledningen (15). I flera av de studerade regionerna har olika funktioner, styrgrupper eller liknande skapats för att driva på omställningsarbetet. I några av de studerade regionerna har programkontor etablerats för omställningsarbetet, som exempelvis i Region Uppsala där kontoret utgörs av en programchef

tillsammans med en samordnare och ett antal ytterligare funktioner. I utvecklingsprojekten ingår sedan verksamhetschefer och medarbetare från verksamheterna (15).

Vidare organiseras omställningsarbetet ofta i någon form av struktur, där övergripande program- eller strategiområden pekats ut inom vilka det bedrivs ett större antal utvecklingsprojekt. Detta kan exemplifieras med Region Gävleborg som organiserar omställningen mot en nära vård i sju programområden. För varje programområde finns en programansvarig samt en tvärsammansatt styrgrupp med verksamhetschefer från sjukhus och primärvård, privata vårdgivare och i vissa fall även kommunala representanter. Inom programområdena bedrivs olika utvecklingsprojekt och arbetet sker stegvis i treårsperioder där årliga mål sätts upp (32).

I många fall ligger nära vård-organisationen under hälso- och sjukvårdsdirektören. Alla regioner har dock inte valt att organisera sig på detta sätt. I intervjuerna framgår att en region istället lagt denna organisation direkt under regiondirektören. Ett argument för detta var att omställningsarbetet inte bara har ett hälso- och sjukvårdsperspektiv, utan ett bredare hälsoperspektiv. I intervjun beskrivs exempelvis att arbetet med hälsofrämjande och förebyggande insatser inkluderar regionens avdelning för regional utveckling. Därigenom nyttjas denna avdelnings kompetenser och nära kontakter med kommunerna, vilket man menar stärker det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

Sidoordnat utvecklingsarbete eller integrerat arbete i verksamheten

Alla regioner har inte heller valt att driva omställningsarbetet mot en nära vård genom en särskild organisation. I synnerhet en av de studerade regionerna beskriver att arbetet istället drivs mer integrerat i den ordinarie verksamheten och ledningsstrukturen. En av de intervjuade uttrycker en kritik mot idén att organisera ett omfattande och långsiktigt utvecklingsarbete som nära vård i en separat organisatorisk enhet vid sidan av den ordinarie verksamheten. Det huvudsakliga argumentet för detta är att en sidoordnad utvecklingsprocess löper stor risk att bli en parallellverksamhet som får svårt att bidra med långsiktig förändring av kärnverksamheten. I intervjun kopplas detta resonemang till att utvecklingen av en nära vård ses som en kontinuerlig förändringsprocess och fortsättning på en redan pågående utvecklingstrend snarare än en radikal omställning. Argumentet här är att stora och snabba förändringar som inte har fäste i historien löper stor risk att svänga tillbaka då de är svåra att tillvarata långsiktigt.

Flera av de intervjuade tar upp att även om det skapats särskilda strategier, organisationer och utvecklingsprojekt för omställningsarbetet, så är det viktigt att inte se det som ett avgränsat eller isolerat förändringsarbete, utan som något som måste genomsyra alla verksamheter. Några av de intervjuade pekar på att omställningen måste bäras av vården och professionerna. Omställningen kan väcka starka känslor och motstånd, inte minst då det handlar om att omfördela resurser, flytta eller lägga ner verksamheter eller förändra hur olika åtgärder ska prioriteras. Därför är förankringen av omställningsarbetet internt i verksamheterna en av de viktigaste frågorna. En intervjuperson beskriver hur arbetet med att ta fram målbilder och strategier för omställningen av hälso- och sjukvården involverar ett stort antal personer från verksamheterna. Syftet är att skapa engagemang, förankra arbetet och få igång diskussioner i verksamheterna. En annan intervjuperson beskriver vikten av förankring och delaktighet på följande sätt:

> *Jag är helt övertygad om att de dryga [xx] [förf ändring]medarbetare vi har, om de förstår varför det här görs och att det här görs i något syfte för att förbättra vården och deras arbetsmiljö och för patienterna förstås så kommer incitamenten att öka för att vara delaktiga och komma på de kreativa idéerna. Vi kan som hälso- och sjukvårdsledning komma på, med den lilla konstellation vi är, ett antal förslag, men de kommer bli väldigt mycket mer grundade och bättre om medarbetarna själva känner drivet för varför det här ska göras, så ett av de stora jobben är just att kommunicera […] I förlängningen sen, efter det, så måste man ju självklart ut till befolkningen och förklara för dem, men det är oftast vårdens medarbetare som bär det här i dialogen med sina patienter så att först måste vi få kläm på dem. (IP1)*

Att möjliggöra denna delaktighet från verksamheterna kan vara ett sätt att skapa mer integrerade utvecklingsprocesser som inte blir rena parallellverksamheter (33). Det ökar förutsättningarna att förändringarna får fäste och blir långsiktigt hållbara (34). Samtidigt beskriver några av de intervjuade att förankringsarbetet är svårt och långt ifrån färdigt. Det räcker inte med enstaka workshops eller att chefer och medarbetare får lufta sina synpunkter i olika forum. En del beskriver att det kommer att krävas en kulturförändring, då verksamheterna och professionerna ofta är djupt rotade i gamla strukturer, normer, värderingar och arbetssätt.

Sammanfattningsvis visar dokumentanalysen och intervjuerna att omställningsarbetet mot en nära vård genererar en mängd olika utvecklingsprojekt, där det varierar om de organiseras inom eller vid sidan av den ordinarie ledningsstrukturen. En bidragande orsak till detta kan vara att de nationella överenskommelserna med korta, riktade utvecklingsmedel tenderar att skapa denna typ av projekt.

Samverkan med kommunerna

Att regionerna utvecklar en gemensam målbild för nära vård tillsammans med kommunerna är något som flera regioner lyfter fram som en förutsättning för att lyckas med omställningen. Av Socialstyrelsens uppföljning framkommer att ett arbete med att ta fram gemensamma målbilder har påbörjats i flera regioner, men att det ännu inte kommit så långt (15). Analysen av dokument från de studerade regionerna och intervjuer bekräftar denna bild. Samverkan med kommunerna beskrivs som en viktig förutsättning för omställningen mot en nära vård och av såväl dokument (19,21,23–25) som intervjuer framgår att det krävs ett fortsatt arbete för att utveckla och förbättra samverkan med kommunerna. En intervjuad trycker på att samverkan med kommunerna, och framförallt äldreomsorgen, är ett av de viktigaste utvecklingsområdena i omställningen. Det motiveras av att nära vård till så stor del handlar om primärvård och att en fjärdedel av all primärvård tillhandahålls av kommunerna.

Frågor som det samverkas kring gällande nära vård är exempelvis målbilder för omställningen eller prioriteringar kring vilka insatser som ska genomföras. Det sker också en samverkan kring behovet av vårdcentraler, vårdcentrum och närvårdsplatser. En av de intervjuade beskriver hur regionen har samfinansierat familjecentraler med kommunerna och att de även delar vissa lokaler med kommunerna. En annan av de intervjuade beskriver hur de har gemensamma vårdavdelningar ute i glesbygdskommunerna. En annan intervjuad i samma region berättar hur regionen planerar att samordna personalresurser mellan regionen och kommuner, framförallt i glesbygd, för att säkra personalförsörjningen och undvika konkurrens om samma personal. På verksamhetsnivå sker det ofta samverkan kring utskrivningsprocesser och informationsutbyte kring patienter.

I regionerna finns vanligtvis sedan tidigare etablerade strukturer och forum för samverkan med kommunerna både på politisk nivå och på tjänstemannanivå. Samverkan regleras genom olika överenskommelser och organiseras i samverkansforum och nätverk på olika nivåer (15). Flera intervjuade beskriver dessa strukturer och forum som relativt välfungerande. De beskrivs även som en viktig grund att bygga vidare på vad gäller samverkan inom ramen för omställningen mot en nära vård. En av de intervjuade berättar exempelvis att frågor om nära vård lyfts i ett av deras redan befintliga samverkansforum för politiker och högre tjänstemän och att det numera är dessa frågor som till stor del sätter agendan i detta forum.

En annan intervjuad beskriver också att de har strukturer och forum för samverkan med kommunerna, men menar att det som framförallt saknas är tid och engagemang för samverkan. Enligt den intervjuade har flera kommundirektörer exempelvis meddelat att deras förvaltningschefer inte kunnat prioritera länsgemensam samverkan. De har dock försökt hantera och styra upp detta genom överenskommelser mellan regiondirektören och kommundirektörerna, men möjligheten att prioritera samverkan är fortsatt begränsad för de flesta chefer.

Samtidigt som samverkan med kommunerna lyfts fram som helt centralt för omställningen till en nära vård, ges några exempel på att kommunerna i några fall involverades sent och på regionernas villkor. En del

beskriver hur strategier för framtidens sjukvård arbetats fram utan att involvera kommunerna i processen och att man sedan försökt inkludera kommunerna när strategin skulle omsättas i konkret utvecklingsarbete. En intervjuad beskriver hur de nu jobbar för att engagera kommunerna i styrgrupper, arbetsgrupper och projekt kring nära vård, vilket dock försvåras av att kommunerna inte var delaktiga när den övergripande framtidsstrategin togs fram.

> *Det har väl inte varit helt enkelt, jag kan nog säga att kommunerna är väl inte helt nöjda med att vi tog fram vår strategi för framtiden utan att involvera dem. Det är klart att vi får en liten uppförsbacke när vi då kan uppfattas som att: "jamen nu har vi tagit fram vår strategi för framtiden" och så kommer vi i efterhand och säger "vill ni vara med?". Men vi försöker hantera det. (IP21)*

Flera av de intervjuade beskriver att det finns ett gott samarbete med kommunerna där man har tillit och förtroende för varandra. Många pekar även på att pandemin bidragit till att utveckla och stärka samverkan med kommunerna. Samtidigt ges det i intervjuerna även exempel på hur konflikter och bristande tillit försvårar samverkan och omställningen till en nära vård. Det kan exemplifieras med följande citat om patientansvar och betalningsansvar:

> *Det har ju varit en del konflikter om patientansvar och det har utfärdats lagar om säker utskrivning och annat för att få det att fungera bättre - man har bråkat om vem som ska betala helt enkelt. Och det är ju fortfarande så, men det går ju absolut åt det bättre hållet. (IP5)*

I en annan intervju beskrivs hur samverkan försvåras av att regioner och kommuner har olika organisationskulturer då hälso- och sjukvård och socialtjänst organiseras på olika sätt och styrs av olika lagar. Exempelvis menar den intervjuade att regionerna är skyldiga att tillhandahålla hälso- och vård medan kommunerna handlägger ärenden och fattar biståndsbeslut som reglerar insatserna. Det gör att kommunerna kan ha en bättre kostnadskontroll medan regionerna har "ett oändligt, aldrig avslutande krav vilket gör att pengarna rinner ur våra system på ett annat sätt". Dessa skillnader kan leda till konflikter då det i slutändan handlar om resurser. Ett generellt intryck från intervjuerna är att samverkan som rör resursfördelning och ekonomiska villkor för regionerna och kommunerna är svårt och riskerar att leda till mest spänningar och konflikter.

Andra hinder för samverkan som lyfts i intervjuerna är att regioner med många kommuner har svårare att organisera en effektiv samverkan. Därtill lyfter flera att samverkan försvåras om kommunerna skiljer sig mycket från varandra, exempelvis om vissa är små glesbygdskommuner och andra är större kommuner med större städer. En av de intervjuade påpekar exempelvis att det är stor skillnad att samverka med en kommun med över 100 000 invånare och en liten kommun med mindre än 3000 invånare. Den stora skillnaden mellan kommunerna gjorde att regionen inte samverkade med alla kommuner på samma organisatoriska nivå.

Ytterligare ett hinder för samverkan som framkommer i en av intervjuerna är att privata utförare i vissa fall involveras i samverkansarbetet utan mandat att fatta beslut eller föra huvudmannens talan. En av de intervjuade beskriver att de i en kommun enbart hade privata utförare som deltagit i samverkan med otydliga förväntningar på sig.

> *Vi har till exempel en kommun där vi bara har privata utförare och så tror vi att de ska kunna representera huvudmannen, men det kan man ju aldrig lägga över på en privat utförare, och det innebär att de kommunala representanterna har förväntningar på dem som de inte kan tillgodose. (IP24)*

Citatet visar att representationen i samverkan är en viktig fråga som behöver tas på allvar. Det behöver vara tydligt vad deltagarna representerar och vem som kan representera vilken organisation eller huvudman. Samverkan behöver involvera rätt aktörer i rätt frågor.

Ett sista hinder för samverkan som vi väljer att lyfta fram här handlar om lagstiftning kring informationsdelning, sekretess och datasäkerhet. Flera av de intervjuade menar att lagstiftningen försvårar

en effektiv samverkan mellan regioner och kommuner, vilket i sin tur försvårar omställningen mot en nära vård. Intervjuerna synliggör att olika intressen står emot varandra, där skydd för individens integritet står emot krav på digitalisering, men flera menar att regelverket behöver ses över för att bättre anpassas till den tekniska utvecklingen.

Nivåstrukturering och fördelning av högspecialiserad vård

Nivåstrukturering i strategier och planer

De flesta av regionerna i studien lyfter på olika sätt fram att de ser ett behov av en ökad nivåstrukturering och ofta beskrivs detta som en del av omställningen mot en nära vård, men det handlar också om hur den högspecialiserade vården ska fördelas inom regionen. Dokumentanalysen visar att flera regioner har som målsättning att vårdinsatser som förekommer sällan och kräver specifika kompetenser ska centraliseras och koncentreras på någon eller några få enheter, medan vårdinstanser som medborgarna behöver ofta ska decentraliseras och föras längre ut i systemet. Den generella bilden är att andelen vård som bedrivs på sjukhus behöver minska till förmån för den nära vården, där regional och kommunal primärvård utgör basen och där mer vård ska bedrivas i hemmen med egenvårdsstöd, hemmonitorering, mobila team och digitala lösningar. Samtidigt ska specialiserad sjukhusvård finnas tillgänglig när den behövs och vård som kräver större volymer för att kvalitet och patientsäkerhet ska kunna upprätthållas ska koncentreras till färre och större enheter i regionen eller organiseras som regional högspecialiserad vård genom avtal med andra regioner i samverkansregionen (21,26,28,29).

I strategidokument och planer för utvecklingen av hälso- och sjukvården beskriver flera regioner att omställningen delvis handlar om att etablera nya vårdnivåer eller vårdformer. Det tydligaste exemplet på detta är vårdcentrum med närvårdsplatser som i både dokument och intervjuer beskrivs som en ny mellannivå mellan sjukhusvård och primärvård. Men även mobila team och digitala vårdmöten beskrivs som nya vårdnivåer eller vårdformer som möjliggör att vård flyttas längre ut i systemet. Följande lista kan illustrera en vårdnivåstruktur. Listan är dock inte hämtad från en specifik region utan är en sammanställning av vårdnivåer eller vårdformer från flera regioner:

1. Egenvård och egenvårdsstöd
2. Vård i hemmet, mobila team, digitala vårdmöten
3. Digitala vårdrum
4. Närmottagningar
5. Vårdcentraler/hälsocentraler
6. Vårdcentrum med närvårdsplatser
7. Specialiserad vård utanför sjukhus
8. Specialiserad sjukhusvård
9. Regional högspecialiserad vård
10. Nationell högspecialiserad vård

I både dokumentanalysen och intervjuerna märks bitvis en principiell skillnad mellan två olika synsätt när det gäller relationen mellan nära vård och nivåstrukturering. För det första används nära vård som ett organisatoriskt begrepp där det åsyftar vissa vårdformer eller vårdnivåer. Enligt detta synsätt är nära vård liktydigt med de lägre vårdnivåerna eller vårdformerna utanför sjukhusen, exempelvis nivå 1–7. Sjukhusvården, dvs. där den högspecialiserade sjukvården bedrivs, skulle då inbegripa nivå 8–10. För det andra används nära vård som ett mer dynamiskt begrepp som ringar in en förändringsprocess som är tänkt att genomsyra hela hälso- och sjukvårdssystemet. Enligt detta synsätt betraktas nära vård som en process, där resurser, kompetenser, patienter och insatser så långt det är möjligt flyttas mot de lägre vårdnivåerna. Processen är dock inte enkelriktad utan viss vård kommer även behöva flyttas uppåt i systemet och koncentreras på de högre vårdnivåerna. Exempelvis är tanken att ett vårdcentrum ska samla mer avancerad vård än vad de vanliga vårdcentralerna kan erbjuda. De kan ta emot uppdrag från både sjukhusen och

vårdcentralerna. Detta andra synsätt innebär mer av ett systemperspektiv där omställningen mot en nära vård antas medföra förändringar på alla nivåer i systemet.

De två synsätten speglar i viss mån den distinktion som görs i utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (5), där det påpekas att nära vård inte ska betraktas som en ny organisationsnivå eller benämning på primärvården, utan istället ska ses som ett sätt att tänka kring hur man organiserar all hälso- och sjukvård med utgångspunkt i idén om personcentrerad vård (3). Vi kan konstatera att det andra synsättet ovan ligger mer i linje med utredningens intentioner och definition av nära vård. Vi kan dock inte se någon tydlig skillnad mellan regionerna som skulle innebära att vissa regioner betonar ett visst synsätt mer än andra. De två synsätten förekommer i flera fall parallellt i de studerade regionerna och i intervjuerna kan samma informant till och med skifta mellan synsätten i olika delar av intervjun.

Nivåstrukturering i praktiken

Det generella intrycket från intervjuerna är att ett mer systematiskt arbete med nivåstrukturering i praktiken ännu inte kommit så långt. Det finns enstaka projekt om vårdcentrum och projekt om mobila team och digitala lösningar, men få av de intervjuade beskriver något mer långtgående arbete, där man tagit ett helhetsgrepp på arbetet med nivåstrukturering utifrån ett systemperspektiv. Det förekommer en viss fördelning av regional högspecialiserad eller specialiserad vård mellan olika sjukhus, exempelvis mellan olika länssjukhus inom regionerna. Detta beskrivs dock mestadels som en horisontell förflyttning av vårduppdrag, och i mindre utsträckning som en vertikal nivåstrukturering där vårdinsatser antingen koncentreras till färre enheter eller flyttas ut till fler enheter. En annan aspekt som till viss del berörs i intervjuerna handlar om utifrån vilket perspektiv som arbetet med nivåstrukturering kopplat till omställningen bedrivs. Sker det främst genom att fokusera på vad som kan flyttas ut från sjukhusen, det vill säga utifrån ett organisatoriskt perspektiv, eller utgår det mer från vilken vård som medborgarna behöver i sin närhet, det vill säga utifrån ett personcentrerat perspektiv (se även 35)? En del av de intervjuade pekar på att arbetet behöver börja mer underifrån genom att se på vilka behov som finns och vilka effekter som nya arbetssätt ger.

Intervjuerna indikerar att det kan finnas olika utmaningar i arbetet med nivåstrukturering. Det är inte bara rationella överväganden och analyser som styr fördelningen av vården, utan processen påverkas även i hög grad av lokalpolitiska intressen, professionsintressen och snäva verksamhetsintressen. En del av de intervjuade pekar exempelvis på att det är politiskt svårt eller omöjligt att lägga ner avdelningar och sjukhus för att verksamheten ska flyttas. En intervjuad beskriver att invånarna har starkt förtroende för sjukhusen men sämre förtroende för primärvården. Det gör det svårare att flytta ut vård från sjukhusen. Det framkommer också att professionerna, i synnerhet läkarna, kan göra motstånd när verksamheter ska flyttas. I många fall är en verksamhet starkt knuten till den eller de enskilda läkare som byggt upp och utvecklat verksamheten och dessa läkare går inte att flytta på hur som helst. Olika arbetsplatser är dessutom olika attraktiva och har olika status och många dras till de större sjukhusen och universitetssjukhusen. Återkommande i intervjuerna nämns behovet av kulturförändringar, då professionerna och verksamheterna ofta upplevs sitta fast i gamla föreställningar och arbetssätt. Vidare framkommer att snäva verksamhetsintressen försvårar fördelningen av vården. Enskilda verksamhetschefer värnar sina resurser och uppdrag. En intervjuad beskriver exempelvis att det ofta är lätt att utöka verksamheten och ta nya uppdrag, men svårt att skära ner på verksamheten och släppa ifrån sig uppdrag.

Utifrån denna bild blir det tydligt att det är en svår utmaning att organisera nivåstrukturering och fördelning av regional högspecialiserad vård utifrån ett systemperspektiv. Det är en process som påverkas av många spänningsfält och även om det finns tydliga målsättningar att förändra vårdstrukturen utifrån kvalitets- och kostnadseffektivitetsskäl, så beskrivs ofta fördelningen av vård som en bitvis komplex och känslig process som kan vara svår att planera fram och styra uppifrån. En del av de intervjuade pekar på att det är svårt att se vilket stöd som staten skulle kunna bidra med för att underlätta denna process mot bakgrund av det är ett regionalt ansvar. En av de intervjuade tar dock upp att en tydligare dimensioneringsgrund på nationell nivå för hur många akutsjukhus som bör finnas i en region möjligen skulle kunna utgöra ett stöd inför regionernas beslut om lokalisering och utformning av verksamheterna.

Regionernas uppfattning av den nationella styrningen

En ytterligare fråga som undersöks i studien är hur regionerna uppfattar den nationella styrningen vad gäller den strukturomvandling av hälso- och sjukvården som pågår. När frågor kring detta ställts i intervjuerna är det främst den nationella styrningen mot nära vård som berörts av de intervjuade. Något som inledningsvis kan noteras är att även om det i huvudsak handlar om en mjuk styrning, så verkar den ha resulterat i ett visst förändringstryck på regionerna. Av dokumentanalysen framgår som tidigare beskrivits att någon form av omställningsarbete har inletts i alla regioner och att det på en övergripande nivå verkar råda en samsyn kring behovet av att ställa om hälso- och sjukvården mot en nära vård. Detta kan delvis förklaras av de gemensamma utmaningarna avseende exempelvis ekonomi, demografi och kompetensförsörjning som regionerna och kommunerna står inför och som på sikt kräver förändringar av hälso- och sjukvården. Något annat som sannolikt bidragit till att skapa legitimitet för reformarbetet är den omfattade dialog som utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (5) har fört med berörda aktörer under arbetets gång för att förankra utgångspunkter och förslag. Samtidigt visar Socialstyrelsens uppföljning att regionerna ser ett behov av att tydligare definiera vad nära vård är samt att en del önskar mer stöd i hur omställningen ska ske och hur den långsiktiga målbilden ska kunna nås (15).

Den övergripande bild som ges i intervjuerna är att den nationella styrningen mot nära vård uppfattas vara tydlig vad gäller vilken generell utveckling av hälso- och sjukvårdssystemet som eftersträvas. Däremot uppfattas styrningen inte vara lika tydligt kring vad regionerna förväntas göra för att nå dit, vilka åtgärder som krävs och vilka lösningar staten vill se. Samtidigt pekar flera av de intervjuade på att styrningen mot nära vård är så tydlig som den kan vara utifrån perspektivet att det är regionerna som är ansvariga för hälso- och sjukvården och har bäst förutsättningar att bedöma hur vården i den egna regionen kan och bör organiseras. Det finns också olika förutsättningar i olika regioner, inte minst beroende på om det är en storstads- eller glesbygdsregion. Målen kan vara gemensamma, exempelvis kring ökad patientdelaktighet och utveckling av en effektiv samverkan med kommunerna, men vägarna dit behöver vara olika beroende på de enskilda regionernas förutsättningar. Några av de intervjuade tar dock upp att staten inte agerar på ett samordnat sätt med en tydlig röst, då ansvaret för att stödja omställningen mot en nära vård är uppdelat på flera olika myndigheter. En del intervjupersoner efterfrågar en tydligare samordning på nationell nivå för att underlätta omställningen samt ökad tydlighet kring hur den nationella uppföljningen ska se ut.

Samordning med investeringar i vårdbyggnader

Behov av samordning

En farhåga som lyfts i utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (5) är att de investeringar i byggnader som pågår och planeras riskerar att cementera gamla vårdstrukturer och stuprör om det inte sker en samverkan mellan olika delar av regionens verksamheter och fastighetsfunktioner i omställningsarbetet (2). Denna farhåga tas även upp av en del av de intervjuade och de pekar på att det finns ett behov av att samordna den utveckling av hälso- och sjukvården som pågår med de investeringar i vårdbyggnader som planeras och genomförs inom regionerna. En av de intervjuade uttrycker det på följande sätt:

> *Om man inte kopplar det här till framtidens arbete: ja men hur vill vi jobba i framtiden? Vilka förflyttningar gör vi mot nära vård? Vilka saker gör vi idag på sjukhusen där det egentligen finns bättre alternativ, att göra det i hemmet eller på andra arenor, eller om man säger: i vilken mån kompenserar sjukhusens vårdplatser andra delar av samhället som inte fungerar? Och hur vill vi jobba med de sakerna? På vilket sätt använder vi teknik, digitalisering, så att man bara är på ett sjukhus när man verkligen behöver vara där men sen kan följas upp på distans. Om man inte jobbar in det i hur man beskriver behovet av framtidens fysiska infrastruktur, då kommer man att bygga stort och dyrt. Och så är det risk att man faktiskt cementerar gamla arbetssätt och det är klart att jag ser den farhågan […] (IP21)*

Vidare framkommer av intervjuerna att omställningen mot en nära vård i hög grad förväntas komma att påverka det framtida behovet av vårdbyggnader genom de förändringar av exempelvis arbetssätt och vårdstrukturer som planeras. En del av de intervjuade beskriver att det finns olika processer i regionerna för att identifiera och planera investeringar i vårdbyggnader, vilka involverar olika delar av organisationen i olika skeden. En del av regionerna har också tagit fram planer som beskriver behoven av fastighetsutveckling på längre sikt och i vissa fall uttrycks det en ambition att de investeringar som planeras ska samordnas med andra behov. Exempelvis anger Region Jönköping i sin budget för de kommande åren att när investeringar ska prioriteras inom regionen ska detta alltid prövas utifrån hur de stödjer förflyttningen till nära vård. Detta gäller allt ifrån lokaler och utrustning till IT (19). Vidare visar intervjuerna att flera av regionerna på olika sätt har initierat ett arbete för att samordna omställningen mot en nära vård med exempelvis fastighetsutvecklingen. Detta arbete befinner sig dock till stor del i en inledande fas och det ges inte så många exempel i intervjuerna på hur omställningen på ett mer systematiskt sätt har påverkat pågående planering av investeringar i vårdbyggnader och teknik.

Denna bild överensstämmer också med de resultat som Centrum för vårdens arkitektur (CVA) vid Chalmers presenterat i en nyligen publicerad rapport. CVA har genomfört en kartläggning och analys av vilket arbete som pågår inom regionerna avseende omställningen mot en nära vård och på vilket sätt lokal-, bygg- och fastighetsfrågor aktualiseras i detta arbete. I rapporten konstateras bland annat att även om regionerna lyfter fram lokalfrågan som en central aspekt av omställningsarbetet, så saknas det ofta konkreta planer för hur lokal- och fastighetsrelaterade frågor ska hanteras (35).

Hinder som försvårar samordningen

Ett av de övergripande hindren som tas upp av de flesta intervjuade handlar om att det är svårt att få en överblick över hur de förändringar som planeras och genomförs kommer att påverka hälso- och sjukvården och behovet av vårdbyggnader på längre sikt. Som tidigare beskrivits befinner sig de flesta regioner fortfarande i ett relativt tidigt skede av omställningsarbetet, vilket medför att det är svårt att redan nu bedöma effekter av förändrade arbetssätt och vårdstrukturer och hur detta kan påverka behov av fysiska lokaler.

> *Nej, men vi försöker titta på verksamheten och försöka blicka framåt och hur det kommer att se ut och så, men det är väldigt svårt att kunna säga att "jo om sju år, när det där huset ska stå upp, då har vi ställt om till god och nära vård" och då kanske vi skulle ha byggt någon form av mellanvård eller nåt sånt med kommunerna där vi skulle ha en stor del exempelvis av äldre och multisjuka som inte behöver ligga på specialistsjukhuset - men vi är ju inte riktigt där. (IP5)*

Även om några av de intervjuade bedömer att behovet av exempelvis slutenvårdsplatser och mottagningsrum sannolikt kommer att minska till följd av de nya arbetssätt som utvecklas, så framträder inte någon tydlig bild av huruvida lokalbehoven förväntas öka, minska eller vara oförändrade. Bristen på överblick beskrivs tydligt i en översyn som Region Gävleborg nyligen genomfört av hur samordningen mellan planerade och pågående byggnationer och andra utvecklingsprocesser såsom omställningen mot en nära vård kan stärkas. Även om nya arbetssätt som t.ex. digitala vårdmöten på sikt förväntas kunna få en stor betydelse för behov av vård och lokaler, så konstateras i översynen att det är svårt att överblicka vad omställningen mot en nära vård i praktiken kommer att innebära för hälso- och sjukvården och sjukhusen i framtiden. Till exempel är det ännu inte tydligt vilka verksamheter som ska vara kvar på sjukhusen och vilka som ska flyttas ut. Enligt översynen medför detta bland annat att de vårdplatsberäkningar som genomförs i nuläget enbart kan utgå från befintliga arbetssätt (36). Av intervjuerna framkommer vidare att det ännu är svårt att bedöma vilka behov av investeringar som kan krävas till följd av omställningen mot en nära vård. En del av de tillfrågade tar upp att åtgärder som etablerandet av vårdcentrum eller liknande satsningar är något som förväntas medföra vissa behov av investeringar på sikt. Andra menar att omställningen mot en nära vård inte primärt handlar om nya vårdbyggnader, utan om att utveckla nya digitala och mobila arbetssätt vilka kan utgå från strukturen med vårdcentraler samt om att förbättra samverkan mellan olika vårdnivåer och huvudmän.

En del av de intervjuade tar också upp att det svårt att få en överblick över vilken regional och nationell högspecialiserad vård som kommer att bedrivas i regionen på längre sikt och hur detta kan komma att påverka behov av investeringar i vårdbyggnad och teknik. Dels beror detta på att vad som betraktas som lämpligt att organisera som högspecialiserad vård förändras över tid beroende på utvecklingen inom medicin och teknik, vilket innebär att regionerna behöver förhålla sig till en slags kontinuerlig förskjutning av vård mellan olika nivåer. Dels beror det på att svårigheter att förutse vilken högspecialiserad vård som kommer att förläggas i den egna regionen och vilken vård som kommer att flyttas ut till andra regioner. Några pekar på att den osäkerhet som finns kring hur den nationella högspecialiserade vården kommer att fördelas även får en påverkan på möjligheterna att fördela den regionala högspecialiserade vården. En del menar att processen för att fördela den nationella högspecialiserade vården har gått ganska långsamt och att detta är en fråga som behöver lösas först.

Ett ytterligare hinder som lyfts av flera av de intervjuade handlar om de långa och komplexa planerings- och byggprocesserna, vilka är svårare att påverka ju längre de har fortskridit. Detta är svårt att förena med att behoven av och kraven på lokalerna förändras så pass snabbt, inte minst till följd av den medicinska och tekniska utvecklingen. I flera av de studerade regionerna pågår omfattande byggprojekt, vilka planerades och beslutades flera år innan omställningen mot en nära vård inleddes. Det finns även ofta akuta renoveringsbehov av vårdbyggnader, vilka kan vara svåra att pausa för att samordna med processen för omställningen mot en nära vård. Flera av de intervjuade diskuterar denna problematik och en del uttrycker en oro för att bygga fast sig i ett icke ändamålsenligt fastighetsbestånd. Investeringarna är ofta mycket omfattande och byggnaderna ska användas under lång tid, men det är svårt att möta framtida och ständigt förändrliga behov.

> *Det som ska byggas om nåt år måste ju planeras nu. Det är väldigt lång tid med förstudier och projekteringstider och planer innan man väl sätter spaden i marken, så när man väl gör det så har nog tiden ibland kanske sprungit förbi en. […] Ja, vi försöker titta på det tillsammans då, att försöka ha ett tänk framåt i tiden så att vi bygger så klokt som möjligt men jag tror inte att vi bygger rätt riktigt, det tror jag inte. Jag tror kanske att vi bygger lite för stort. (IP5)*

En fråga som kan ställas i detta sammanhang är vad som driver förändringsprocesser – är det idéer eller materiella villkor? I måldokument och planer är utgångspunkten att förändring drivs av nya idéer och visioner om hur sjukvården ska se ut. I praktiken kan det dock till stor del vara materiella villkor som begränsar och möjliggör utvecklingen. Det handlar inte bara om att ekonomiska begränsningar villkorar utvecklingen, utan också om att den fysiska infrastrukturen styr hur vården kan organiseras. En av de intervjuade pekade på att även om regionerna gärna vill arbeta utifrån att det är verksamhetsutvecklingen som ska styra fastighetsutvecklingen, så är det ofta i praktiken delvis den omvända relationen som råder.

> *Vi säger att vi har verksamhetsutvecklad fastighetsutveckling, jag säger att vi har precis det motsatta, eller har haft det motsatta. Vi har fastighetsstyrd verksamhetsutveckling. (IP7)*

Olika sätt att åstadkomma samordning

Utifrån intervjuerna kan vi urskilja fyra olika sätt på vilka regionerna försöker hantera behoven av samordning mellan investeringar i vårdbyggnader och den utveckling av hälso- och sjukvården som pågår. Det handlar om att avvakta med vissa delar av planerade investeringar, bygga flexibla vårdbyggnader, att ta fram olika kunskapsunderlag samt om att vidta organisatoriska åtgärder för att underlätta samordningen.

Ett första sätt för regionerna att hantera den osäkerhet som finns kring effekter av de förändringar som genomförs är att i möjligaste mån försöka **avvakta med vissa delar** av de investeringar i vårdbyggnader som planeras. Det är några av de intervjuade som tar upp att det finns vissa delar som är möjliga att skjuta något på framtiden och detta ses som en av de utvägar som regionen kan använda.

Som tidigare beskrivits kan det dock ofta vara svårt att pausa redan planerade eller pågående byggprocesser. En annan väg som då lyfts fram i intervjuerna är att så långt som möjligt försöka **bygga in flexibilitet** i

vårdbyggnaderna under resans gång, så att lokaler enklare ska kunna anpassas till nya användningsområden om behov uppstår. Det kan till exempel handla om att ställa om från en typ av slutenvård till en annan eller att kunna använda mottagningsrum för flera olika ändamål. Att det finns ett behov av flexibla lokaler är också något som synliggjorts och prövats under pandemin, när vården snabbt har behövt ställa om för att till exempel öka antalet intensivvårdsplatser och separera patientflöden. Samtidigt pekar en del av de intervjuade på att även mindre förändringar av lokaler kan bli kostsamma och att det därför är viktigt att så tidigt som möjligt planera för hur lokalerna ska användas.

> *Ritningen och grejerna är ju alltjämt utifrån det behov man i bästa fall har sett idag men i värsta fall har sett för fyra, fem år sedan, så att det man försöker göra där är att väva in […] en så ökad flexibilitet som möjligt, det är egentligen det vi kan göra för ingen av oss vet hur vården kommer se ut om 20 år. […] Jag tycker att det historien har visat, att de mest framgångsrika vårdbyggnaderna är de som har en möjlighet att snabbt kunna ställa om. (IP1)*

Ett ytterligare sätt som kan urskiljas i intervjuer och dokument handlar om att **ta fram olika kunskapsunderlag** för att bättre kunna bedöma vilka effekter som utvecklingen av hälso- och sjukvården kan ge upphov till. Flera av regionerna har initierat olika översikter, analyser och utredningar för att bland annat kunna bedöma hur förändringar av hälso- och sjukvården i den egna regionen kan påverka kommande investeringsbehov. Exempelvis genomför Region Stockholm sedan flera år tillbaka en långtidsutredning där förändringar i form av demografi, sjukdomar och behov analyseras och där resultaten löpande läggs till grund för beslut om hur verksamheten ska utvecklas (37). Ett annat exempel är Region Kronoberg som nyligen har låtit genomföra en genomlysning av hela hälso- och sjukvården för att bland annat se vilka effekter som omställningen till en nära vård kan ge. Regionen har fattat ett beslut om att bygga ett nytt akutsjukhus i Växjö som ska vara klart 2028 och mot bakgrund av detta har regionen sett ett behov av att dimensionera det nya sjukhuset efter framtida vårdbehov, men också av att se över arbetsformer, flöden och vårdstrukturen i regionen som helhet (38). Den genomlysning som genomförts på uppdrag av regionen har syftat till att ge en bild av det framtida vårdbehovet och möjligheterna att utveckla vårdstruktur och arbetssätt. I genomlysningen skissas på två huvudalternativ, ett där ett större sjukhus med fler vårdplatser byggs utifrån dagens vårdstruktur och utvecklingstakt och ett annat mer återhållsamt alternativ med färre vårdplatser. Det andra alternativet förutsätter dock att den planerade omställningen mot en nära vård genomförs så att patientflöden och arbetsprocesser kan förändras. Regionen ska nu ta ställning till detta underlag i det fortsatta arbetet med att utforma hälso- och sjukvården inom regionen (39).

Ett annat sätt att angripa behovet av ökad kunskap är att arbeta med lärande exempel. En av de intervjuade beskriver hur de försöker arbeta systematiskt med projekt kring detta för att se hur framtida arbetssätt som till exempel att utföra mer avancerade vård i hemmet kan komma att påverka hälso- och sjukvården i framtiden. Det handlar även om att ta tillvara de erfarenheter som finns från tidigare initiativ med koppling till nära vård. En annan av de intervjuade beskriver hur hens region har gjort en viss omstart och avsatt resurser för att parallellt med de stoppdatum som finns i fastighetsprocessen kunna arbeta mer med att tydliggöra vilka krav som nya arbetssätt och flöden kan innebära för fastigheterna. Den intervjuade pekar på att processen tidigare ofta har drivits för mycket av ett fastighetsperspektiv och för lite utifrån verksamhetsperspektiv.

> *Jag har sett flera sådana här exempel på att det är de här hårda frågorna som går före: lokalyta, antal kontorsrum, antal sängar och det är ju en stomme, men vi måste ju följa det med vad… Hur tänker vi att vi ska jobba? Om vi tänker att vi ska jobba mer teambaserat i framtiden för att det är bättre för patienten och det blir effektivare för vården, då måste vi ju också fundera: vad ställer det för krav på de här fastigheterna? Vad är det för möjligheter vi måste ha? (IP17)*

En ytterligare strategi som kan urskiljas i intervjuerna är att **vidta organisatoriska åtgärder** för att skapa förutsättningar för en bättre samordning. Det kan till exempel handla om att etablera styr- och arbetsgrupper där olika delar av regionens verksamheter som exempelvis fastighetsidan involveras och där möjligheter till dialog och inspel ges.

> *Men här är ju ambitionen, besluten tagna så och tillsättningen när man riggar de här olika arbetsgrupperna finns det representanter för egentligen alla förvaltningar och vi har från fastighetssidan representanter med i alla de här grupperna, just för att kunna fånga upp de här resonemangen, dialogerna. (IP7)*

Det kan också handla om inrättandet av nya funktioner och i en av intervjuerna beskrivs hur de tillsatt en planeringsfunktion som har kompetens att kunna fungera som en länk mellan vårdverksamheterna och fastighetssidan. Enligt intervjun har denna funktion insyn på såväl verksamhetssidan som fastighetssidan och därtill kompetens att förstå båda sidornas perspektiv, vilket underlättar dialog och samordning.

Behov av stöd från nationell nivå

I intervjuerna framkommer inte någon tydlig bild av vilket stöd från nationell nivå som man tycker behövs för att underlätta strukturomvandlingen av hälso- och sjukvården och harmonisera detta arbete med de större investeringar i vårdbyggnader som genomförs. Vad gäller omställningen mot en nära vård lyfts dock några behov av åtgärder på nationell nivå som de intervjuade bedömer skulle kunna bidra till att underlätta omställningen. Åtgärderna berör såväl lagstiftning, ekonomiskt stöd som kunskapsstyrning.

En del av de intervjuade efterfrågar en harmonisering och utveckling av lagstiftningen. Det nuvarande regelverket kring informationsöverföring, sekretess och datasäkerhet beskrevs som omodernt och i otakt med den nya digitala verkligheten. Lagstiftningen behöver ge bättre stöd för nya digitala lösningar, samverkan och informationsdelning över huvudmannagränserna och gemensamma journalsystem. Därtill lyfter en av de intervjuade särskilt fram att regelverket kring vårdvalet behöver ses över eftersom den digitala utvecklingen med nätläkartjänster utmanar systemets legitimitet. Rätten att välja vårdgivare står i konflikt med ambitionen om en sammanhållen vård, vilket är en grundkomponent i den nära vården. Eftersom nätläkartjänsterna har vuxit fram efter att vårdvalet infördes är regelverket inte anpassat till den nuvarande situationen där allt fler vårdmöten utförs digitalt av privata aktörer som tar patienter från hela landet.

I intervjuerna diskuteras också den ekonomiska styrningen från nationell nivå. Flera är kritiska till riktade statsbidrag, även om några också påpekar att de bidrog till att täcka vissa kostnader i omställningen mot en nära vård. Generellt efterfrågas dock generella och mer långsiktiga statsbidrag. De omställningsstöd till regionerna som beslutas i överenskommelser mellan staten och SKR beskrivs som kortsiktiga, svåra att använda strategiskt och omgärdade med höga transaktionskostnader. En av de intervjuade uttrycker följande om omställningsstöden:

> *Det är klart att det är en enorm administrativ överbyggnad att hantera alla riktade statsbidrag och vi har också gjort så att vi gör en grov uppskattning av hur bidragen kommer att se ut nästa år för att få in det i ordinarie budgetprocess så långt möjligt. Det är flera som inte gör detta vilket gör det svårare att få en långsiktighet i arbetet. (IP24)*

En intervjuad beskriver stöden som politiska utspel som inte är utformade för att göra någon verklig skillnad i praktiken. Kortsiktigheten med årliga pengar gör det svårt att planera långsiktigt och svårt att tillvarata och förvalta resultat från föregående år. Här följer ett utdrag från denna intervju:

> *Man skulle önska att staten inte skulle hålla på med de här nationella satsningarna med bara ett år i taget (även om de i och för sig ofta blir tre, fyra år) för de är ett elände. De kommer sent och det är massa tid som går åt och sen hinner man knappt blir klar med den ena så börjar nästa år. Det är så kort framförhållning. […] Och man får ju inte använda det exempelvis till personal för det är tillfälliga pengar och det är begränsat hur mycket du kan avvända tillfälliga pengar på ett konstruktivt vis. (IP5)*

I intervjuerna efterfrågas i viss mån även kunskapsunderlag, gemensamma uppföljningsindikatorer och bättre spridning av kunskaper och erfarenheter från omställningsarbetet. Nationella riktlinjer och vårdprogram beskrivs som viktiga verktyg för att motverka ojämlik vård med alltför stora lokala variationer

över landet, men flera av de intervjuade påpekar att de behöver implementeras lokalt för att kunna anpassas till regionernas skilda förutsättningar. Några av de intervjuade efterfrågar också ett tydligare nationellt grepp kring uppföljning och framtagande av gemensamma indikatorer för omställningen. En av de intervjuade tar dock upp att det inte nödvändigtvis behövs nya mätningar, då det kan finnas en möjlighet att sammanställa mätetal från olika undersökningar som redan görs. Några efterfrågar även ett nationellt initiativ för att organisera erfarenhetsutbyte om nära vård mellan regionerna, för att underlätta spridning av goda exempel och lärdomar från omställningsarbetet.

Några av de intervjuade tar också upp behov av stöd från nationell nivå som mer specifikt kan behövas för att bättre kunna samordna investeringar i vårdbyggnader med utvecklingen av hälso- och sjukvården. En del av de intervjuade tar till exempel upp behovet av nationella kunskapsunderlag som kan ge stöd för dimensionering för framtiden innan beslut om stora investeringar tas. Det handlar exempelvis om vilka erfarenheter som kan finnas från forskning och tidigare genomförda projekt kring effekter av nya arbetssätt och vilka förflyttningar som är möjliga att genomföra. En av de intervjuade efterfrågar också kunskapsbaserade rekommendationer, inte enbart för byggtekniska frågor, utan även för vårdens organisering och utformning, exempelvis kring vårdflöden, hur olika mottagningar och vårdavdelningar kan placeras i förhållande till varandra och hur en vårdcentral kan utformas. Enligt den intervjuade skulle det underlätta planeringen av hur lokaler och byggnader kan utformas.

> *Jag tror ju på standarder som bygger på forskning där man har tittat på: vad är bäst? Ska en mottagning ligga nära en vårdavdelning, till exempel? Då blir det mer praktiska grejer. Det hade ju varit fantastiskt om det fanns forskning som sa att "gör du så här och så här så minskar du bemanningen med 15%". Så att man har någonting att luta sig på. (IP20)*

Vidare efterfrågar en av de intervjuade mer nationell samordning i form av ett forum för erfarenhetsutbyte kring tidiga skeden av planeringsprocesser, där inte enbart fastighetsfrågor diskuteras, utan även frågor om flöden, samband och patientperspektiv kan lyftas. SKR pekas ut som en aktör som skulle kunna samordna detta.

Delstudie 2: Samverkansregionernas arbete

Nedan presenteras resultaten från den andra delstudien som har fokuserat på vilken samverkan som sker inom samverkansregionerna, särskilt med avseende på omställningen mot en nära vård, fördelning av högspecialiserad vård samt investeringar i vårdbyggnader och teknik. Vidare behandlas även frågan om samverkansregionens roll och hur den kan utvecklas. Studien bygger på dokument från alla samverkansregioner, samt intervjuer med ett urval av chefer, tjänstemän och regionpolitiker inom undersökta regioner och samverkansregioner. Ingen intervju har dock genomförts med representanter från samverkansregion Stockholm-Gotland och analysen av denna samverkansregion utgår därför endast från dokument.

Samverkansregionernas organisation, arbetssätt och mandat

Samverkansregioner är inte någon ny företeelse utan har funnits organisatoriskt ända sedan 1960-talet (40). I början av 1980-talet formerades de sex sjukvårdsregioner som motsvarar den indelning som finns idag (41). Regionernas samverkansskyldighet är reglerad i hälso- och sjukvårdslagen (42) där det anges att landstingen ska samverka i frågor om hälso- och sjukvård som berör flera landsting (7 kap. 8 §). Vidare anges att regeringen får meddela föreskrifter om att landet ska delas in i regioner för den hälso- och sjukvård som berör flera landsting (6 kap. 1 §). I hälso- och sjukvårdsförordningen (41) (3 kap. 1 §) anges en indelning av landet i sex samverkansregioner: Stockholm, Linköping, Lund/Malmö, Göteborg, Uppsala/Örebro och Umeå. Samverkansregionerna använder dock egna namn där de benämner sig som:

- Samverkansnämnden Stockholm-Gotland
- Sydöstra sjukvårdsregionen
- Södra sjukvårdsregionen
- Västra sjukvårdsregionen
- Sjukvårdsregion Mellansverige
- Norra sjukvårdsregionförbundet

Dessa benämns fortsatt i texten som Stockholm-Gotland, Sydöstra, Södra, Västra, Mellansverige samt Norra. Det finns relativt stora skillnader mellan samverkansregionerna vad gäller hur många och hur stora regioner som ingår, antalet universitetssjukhus och kommuner som omfattas samt geografisk yta (se tabell nedan). Norra präglas exempelvis av stora geografiska avstånd med ett litet befolkningsunderlag. I Stockholm – Gotland ingår den mest folkrika och den minst folkrika regionen i Sverige. Region Halland har delats mellan Västra och Södra, vilket gör att regionen deltar i två samverkansregioner. Mellansverige har det största antalet regioner och är även den enda samverkansregionen med två universitetssjukhus (Örebro och Uppsala).

Samverkans-region	Regioner	Regioner med universitetssjukhus	Befolkningsmängd	Yta (Km2)	Antal kommuner
Stockholm-Gotland	Stockholm Gotland	Stockholm	2 391 990 60 124 Totalt: 2 452 114	6 513 3 134 Totalt: 9 647	26 1 Totalt: 27
Sydöstra	Östergötland Kalmar Jönköpings län	Östergötland	467 158 246 010 365 010 Totalt: 1 078 178	10 557 11 160 10 436 Totalt: 32 153	13 12 13 Totalt: 38
Södra	Skåne Blekinge Kronoberg Södra Halland (Halmstad, Hylte, Laholm)	Skåne	1 389 336 159 056 202 263 336 748[a] Totalt: 2 087 403	10 965 2 931 8 423 5 427[a] Totalt: 27 746	33 5 8 3[b] Totalt: 49
Västra	Västra Götalandsregionen Norra Halland (Falkenberg, Varberg och Kungsbacka)	Västra Götalandsregionen	1 734 443 336 748[a] Totalt: 2 071 191	23 800 5 427[a] Totalt: 29 227	49 3[c] Totalt: 52
Mellansverige	Uppsala Örebro Gävleborg Värmland Dalarna Västmanland Sörmland	Uppsala och Örebro	388 394 305 643 287 502 282 885 287 676 277 141 299 401 Totalt: 2 128 642	8 189 8 504 18 113 17 519 28 030 5 117 6 072 Totalt: 91 544	8 12 10 16 15 10 9 Totalt: 80
Norra	Västerbotten Norrbotten Västernorrland Jämtland Härjedalen	Västerbotten	273 192 249 614 244 554 131 155 Totalt: 898 515	54 664 97 242 21 548 48 935 Totalt: 222 389	15 14 7 8 Totalt: 44

[a] hela Halland; [b] södra Halland; [c] norra Halland

Källa: SCB:s befolkningsstatistik från december 2020 och statistik för land och vattenareal från 2021.

Även om regionernas samverkanskyldighet pekas ut i hälso- och sjukvårdslagen, så preciserar inte lagen formerna för samverkan, vilket inneburit att samverkansregionernas organisation, mandat och arbetssätt utvecklats på något olika sätt (1). Nedan ges en översiktlig beskrivning av likheter och skillnader mellan samverkansregionerna vad gäller utformning av politiskt samarbetsorgan, beslutsmandat, tjänstemannaledning och administrativa resurser.

Politiskt samarbetsorgan och beslutsmandat

Varje samverkansregion har ett politiskt samarbetsorgan och i de flesta av samverkansregionerna kallas detta för samverkansnämnd (43–46). I Norra benämns dock detta organ som Förbundsdirektionen och i Södra som Regionvårdsnämnden (47,48). Samverkansnämnderna består i de flesta fall av ett jämnt antal politiska ledamöter från respektive region med lika många ersättare som har utsetts av respektive region. Till exempel består Mellansveriges samverkansnämnd av tre ledamöter från respektive region och tre ersättare (49). I Södra har dock Region Skåne sex ordinarie ledamöter medan de övriga regionerna har två (48). I Västra finns också en annan fördelning där Västra Götalandsregionen har fem ledamöter medan Region Halland har två (50). Ordförandeskapet och vice ordförandeskap i samverkansnämnderna beslutas oftast i samverkansnämnden och gäller under en viss mandatperiod. I Sydöstra och Västra roterar ordförandeskapet i samverkansnämnden mellan regionerna i tvåårsperioder (51,52). Samverkansnämnderna har också ett

presidium med det politiska ansvaret över beredning av ärenden och består ofta av nämndens ordförande, vice ordförande, samt ett fåtal ytterligare ledamöter (47–49).

Samverkansnämndernas beslutsmandat beskrivs vanligtvis i de samverkansavtal och tillhörande arbetsordningar som reglerar samverkansregionernas uppgifter och ansvar. I Västra anges att samverkansnämnden har en rådgivande och rekommenderande funktion. I Mellansverige och Södra anges att samverkansnämnden kan besluta i ärenden för regional samverkan som regleras i samverkansavtalet, men att det förutsätter att beslut kan fattas i enighet. I övrigt kan nämnden besluta om rekommendationer till sjukvårdshuvudmännen (46,48). I Mellansverige anges också att det finns en möjlighet att sluta överenskommelse mellan de parter som så önskar i de fall alla inte står bakom beslut.

Två av samverkansregionerna, Sydöstra och Norra, har valt något andra former för det politiska samarbetsorganets organisation och beslutsmandat. I Sydöstra är samverkansnämnden organiserad som en gemensam nämnd (51). Det innebär enligt Kommunallagen (53) att regionerna kan fullgöra uppgifter som preciseras i en överenskommelse mellan regionerna (9 kap. 19-35§§). Den gemensamma nämnden ska organisatoriskt också ingå i någon av regionernas organisation. Den Sydöstra samverkansnämnden har representation från Östergötland, Kalmar och Jönköping, men är formellt placerad i Region Östergötlands linjeorganisation och underställd dess regionfullmäktige. Detta innebär bland annat att samverkansnämnden ansvarar för att verksamheten bedrivs utifrån Region Östergötlands beslutade mål och riktlinjer (51). Samverkansnämnden har mandat att själv fatta beslut om vilken sjukvård som ska vara regionsgemensam och till vilken enhet den ska samordnas, vilken vård som inte ska bedrivas i sjukvårdsregionen, fördelning av tilldelad budget från respektive region, samt priser för såld vård (54).

Norra är organiserat som ett kommunalförbund och benämns som Förbundet i avtal och dokument (47). Att vara ett kommunalförbund innebär enligt Kommunallagen (53) att medlemmarna lämnar över regional verksamhet till förbundet som är en egen offentligrättslig juridisk person fristående från medlemmarna (9 kap. 1-18§§). Ett kommunalförbund kan organisatoriskt likställas med en region (55). Inom Norra har Förbundsdirektionen, vilket är det högsta beslutande organet inom kommunalförbundet, fått mandat att självständigt skriva avtal med bindande verkan över medlemsregionerna inom riks- och regionsjukvård (till skillnad från de samverkansavtal som finns i övriga samverkansregioner som måste beslutas i respektive huvudmannaregion). Förbundsdirektionen kan även skriva självständiga avtal om gemensamma verksamheter (47).

Oavsett de skillnader avseende organisation och beslutsmandat som finns mellan samverkansregionerna så betonas vikten av konsensus i samverkansregionernas arbete och att besluten fattas i enighet. Flera av de intervjuade pekar på att det måste bygga på att samtliga regioner ser ett tydligt mervärde av att samverka kring ett visst område och att detta också behöver vara väl förankrat i den egna regionen. En av de intervjuade pekar på att de områden där konsensus inte kan uppnås får man avvakta med.

Tjänstemannaledning och administrativa resurser

Utöver den politiska ledningen finns det också tjänstemannaledningar inom samtliga samverkansregioner. Dessa kan dock skilja sig åt något vad gäller uppdragsbeskrivning och sammansättning. Oftast finns det en ledningsgrupp med ansvar att bereda, verkställa, följa upp och återrapportera till samverkansnämnden. Dessa ledningsgrupper består vanligtvis av regionernas hälso- och sjukvårdsdirektörer, personal från kansliet, samt ytterligare tjänstemän. Exempelvis i Södra är det hälso- och sjukvårdsdirektörer från de respektive regionerna som deltar (biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör från Region Halland), en kommunikationsdirektör från en av regionerna, en HR-direktör från en av regionerna, förvaltningschefen från universitetssjukhuset och direktören över Södra regionvårdsnämndens kansli (56). Ledningsgruppen ansvarar för samarbetets genomförande, samt för att rapportera till politikerna (57). I Mellansverige finns det en regiondirektörsgrupp där samtliga regiondirektörer från regionhuvudmännen är representerade (58). Denna grupp fastställer uppdrag till ekonomidirektörsgruppen, HR-gruppen, kommunikationsdirektörsgruppen och ledningsgruppen. Ledningsgruppen består i sin tur av hälso- och sjukvårdsdirektörerna som bland annat ansvarar för samverkansnämndens operativa organisering, samt för

att bereda ärenden till samverkansnämnden (49). Mellansverige har också relativt nyligen förändrat sin ledningsstruktur för att få en tydligare koppling till linjeorganisationen i respektive region. Den Sydöstra ledningsstrukturen kallas för Regionsjukvårdsledningen och har ett omfattande ansvar att både ta fram underlag och verkställa samverkansnämndens beslut (51). Den ansvarar också för styrning, samordning och uppföljning av patientlöften, kvalitet, produktion, utveckling och ekonomi (51). Regionsjukvårdsledningen består dels av de tre regionernas hälso- och sjukvårdsdirektörer men även andra högt uppsatta tjänstemän (59).

För att tjänstemannaledningen i samverkansregionerna ska kunna genomföra sitt uppdrag tillsätts det ofta olika former av arbetsgrupper vilka kan bestå av verksamhetsföreträdare, tjänstemän och sakkunniga från regionerna och som arbetar mer operativt med specifika frågor eller områden för samverkan. Exempelvis har Mellansverige tillsatt ett stort antal verksamhetschefsgrupper för att stärka det operativa samarbetet i sjukvårdsregionen. I grupperna ingår verksamhetschefer från de olika regionerna och de arbetar exempelvis med att följa upp medicinska resultat och kvalitet, gemensam produktionsplanering och samverkan kring kompetensförsörjning (60). I Södra sätts arbetsgrupper ihop genom att varje region får utse företrädare som i sin tur utser ett team av personer från berörda verksamheter att arbeta med förslag för förbättrat samarbete och arbetsfördelning (61). Arbetsgrupperna leds i sin tur av processledare som är anställda av enskilda regioner som till exempel kan få en viss tid av sin tjänst betald av Södra samverkansregionen för att driva processer inom samverkansregionen.

För att bereda och verkställa ärenden har också samverkansregionerna resurser i form av fristående kanslifunktioner att tillgå. Vanligtvis är dessa formellt placerade i någon av regionerna. I Sydöstra finns dock ingen fast kanslifunktion, utan denna roterar med ordförandeskapet vilket innebär att den region som är ordförande även ansvarar för kansliverksamheten. Av intervjuerna framgår att kansliverksamheterna skiljer sig åt i storlek. I Västra är det endast en person som är anställd på kansliet, vilket kan jämföras med Södra som har ett kansli med nio tjänstemän vilka leds av en direktör. I Norra leds arbetet av en Förbundsdirektör med tillgång till sju tjänstemän. I Mellansverige leds kansliarbetet av en administrativ chef som har tillgång till en representant från respektive region vilka har en del av sin arbetstid avsatt för samverkansregionen.

Av intervjuerna framgår att involvering av samverkansregionernas tjänstemannaledningar ses som viktig för att kunna uppnå en framgångsrik samverkan. En av de intervjuade menar att även om samverkansnämnden har ett begränsat formellt beslutsmandat, så innebär deltagandet av regionernas ledningsfunktioner i samverkansnämndens möten att beslut kan förankras.

> *Samverkansnämnden har ju jättesmå mandat egentligen men eftersom vi träffas, regiondirektörerna, hälso- och sjukvårdsdirektörerna, och också våra ledande politiker så finns ju alla mandat även om inte de mandaten idag finns i samverkansnämnden. (IP6)*

En annan intervjuad beskriver att genom att ha regionernas ledande tjänstemän representerade i samverkansarbetet kan en starkare regional förankring uppnås, vilket är nödvändigt för att komma vidare med samverkansfrågorna. Det administrativa stödet ses också som viktig aspekt och en av de intervjuade pekar på att tillgången till ett stort kansli är något som kan bidra till att frågor kan drivas mer aktivt. Några pekar på att den modell med en roterande tjänstemannaorganisation som Sydöstra har kan utgöra en framgångsfaktor för samverkan eftersom det bidrar till att skapa en känsla av delaktighet och gemensamt ansvar mellan regionerna. Dock menar en intervjuad att det samtidigt kan riskera att minska kontinuiteten i kansliarbetet samt ett minskat driv av samverkansfrågorna inom kansliet. Vidare pekar en av de intervjuade på att vissa samverkansregioner tenderar att vara mer tjänstemannastyrda, vilket kan vara problematiskt sett utifrån ett legitimitets- och ansvarsutkrävande perspektiv.

Områden för samverkan

En av frågorna för studien handlar om vad regionerna samverkar kring inom samverkansområdena, och mer specifikt vilken samverkan som sker kring fördelning av den regionala högspecialiserade vården, omställningen till en nära vård samt investeringar i vårdbyggnader.

Övergripande målsättningar och samverkansområden

Samverkansregionernas uppgifter och ansvar regleras som tidigare beskrivits genom samverkansavtal (eller i Norras fall av en förbundsordning) mellan de ingående regionerna. Syftet med och målsättningarna för samverkan beskrivs till stor del på ett likartat sätt av samverkansregionerna. På ett övergripande plan uttrycker de flesta att samverkan förväntas bidra till att främja invånarnas hälsa och att de får tillgång till en jämlik hälso- och sjukvård av god kvalitet samt till ett effektivt resursutnyttjande av sjukvårdsregionens hälso- och sjukvård. Exempelvis beskrivs i Södras nya samverkansavtal målen för samverkanregionen på följande sätt (48):

- *Att tillvarata och utveckla gemensamma intressen och att effektivt utnyttja resurserna inom hela sjukvårdsregionen*
- *Att erbjuda tillgänglig, säker, jämlik och kunskapsbaserad vård*
- *Att bedriva högspecialiserad vård som en gemensam angelägenhet för hela sjukvårdsregionen*
- *Att via regionerna samverka med kommunerna för att främja hälsan hos invånarna i sjukvårdsregionen*
- *Att samverka kring klinisk forskning, utveckling, utbildning och kompetensförsörjning*

Dokumentanalys och intervjuer visar även att det finns många likheter kring vilka områden som regionerna samverkar kring och hur dessa utvecklats över tid. Nedan ges en översiktlig beskrivning av vilka områden som de flesta av samverkansregionerna samverkar kring, även om det sker på olika sätt och i varierande omfattning.

En grundläggande uppgift för samverkansregionerna är att samverka kring **regionsjukvård** vilket bland annat handlar om att fastställa prislistor som ska användas för ersättning vid vård av patienter utanför den egna regionen, men också om nivåstrukturering av den regionala högspecialiserade vården. Detta område för samverkan beskrivs närmare i nästa avsnitt. Vidare finns det även **solidariskt finansierade verksamheter** inom flera av samverkansregionerna, som till exempel centrum för sällsynta diagnoser, biobankscentrum, arbets- och miljömedicinska kliniker och högisoleringsenheter (62,63). En ytterligare gemensam verksamhet som finns i samtliga samverkansregioner är regionala cancercentrum (RCC) vilka sedan början av 2010-talet samordnar cancervården i Sverige (64). Dessa centrum har en central roll för nivåstrukturering av högspecialiserad cancervård inom sjukvårdsregionerna, vilket beskrivs närmare i nästa avsnitt.

Ett ytterligare område för samverkan är **utbildning och kompetensförsörjning** mot bakgrund av att kompetensfrågan utgör en stor framtida utmaning inom hälso- och sjukvården. Här kan det finnas vissa skillnader mellan samverkansregionerna kring former och omfattning av detta arbete. Det kan till exempel handla om att kartlägga gemensamma behov av nyckelkompetenser i hälso- och sjukvården, men också om att samverka med lärosätena inom samverkansregionen kring de utbildningar som ges. I samverkansregionerna pågår nu ett arbete med att etablera sjukvårdsregionala vårdkompetensråd i vilka samverkan mellan regionerna, kommunerna och lärosätena kan ske (65,66). Bakgrunden till detta är att det under 2020 bildades ett nationellt vårdkompetensråd på uppdrag av regeringen i vilket regioner, kommuner, lärosäten, Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet samverkar. Rådets uppdrag är att bedöma kompetensbehov och bidra till samverkan kring kompetensförsörjningsfrågor på nationell och regional nivå (67).

Ett ytterligare område för samverkan som utvecklats under de senaste åren är **kunskapsstyrning**. Sedan 2018 pågår utvecklingen av ett gemensamt system för kunskapsstyrning med stöd av SKR. Syftet är att

utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Inom systemet finns det 26 nationella programområden (NPO) vilka speglar hela vårdkedjan. För varje programområde finns ett sjukvårdsregionalt värdskap och inom varje samverkansregion finns en utpekad samordnare för etableringen av kunskapsstyrningsarbetet. Samverkansregionerna har sjukvårdsregionala programområden (RPO) vilka speglar de nationella programområdena. Uppgiften för de sjukvårdsregionala programområdena är bland annat att initiera frågor för den nationella samverkan samt anpassa och omsätta den kunskap som tas fram nationellt (68).

Det sker även i varierande grad en samverkan kring **forskning och utveckling** inom samverkansregionerna med mål att stärka den egna samverkansregionen på sikt. Det framgår att några av samverkansregionerna gemensamt vill stödja klinisk och patientnära forskning (44,46). Det kan också handla om att dela information om relevant forskning och utveckling för regionerna, men också att bygga upp gemensamma stöd och servicefunktioner till klinisk forskning inom samverkansregionen (48).

Vidare beskriver några av regionerna att de samverkar kring frågor som handlar om **digitalisering och e-hälsa** för att gemensamt ta tillvara möjligheterna som detta erbjuder. Detta kan bland annat ske inom informationssäkerhet med samverkan kring incidenter, skydd av IT-utrustning, samt upphandling av IT-system (46).

Ett annat område för samverkan som pekas ut av del av samverkansregionerna handlar om att bidra till ökad tillgänglighet till vården inom samverkansregionen. Det kan handla om att fördela patienter mellan olika verksamheter baserat på kapacitet. I Mellansverige beskrivs hur de har tillsatt en grupp för **produktionsplanering** som ska arbeta för att resursutnyttjande optimeras, liksom kvalitet, och att vård i möjligaste mån kan erbjudas inom den egna sjukvårdsregionen (69).

Ytterligare områden som framkommer av intervjuerna är att det ofta sker en samordning inom samverkansregionerna kring **remissvar och andra förfrågningar** som kommer från nationell nivå. Vidare utser samverkansregionerna också representanter till olika nationella grupperingar på förfrågan av till exempel Socialstyrelsen, Regeringskansliet eller SKR. Samverkansregionen kan även gemensamt **omvärldsbevaka** och hålla koll på utredningar och utlysningar. Flera av de intervjuade beskriver hur områdena för samverkan utökats över tid. Flera upplever även att statliga myndigheter i ökad utsträckning vänder sig direkt till den samverkansregionala nivån med olika förfrågningar eller stöd, istället för att vända sig till samtliga 21 regioner.

Vidare beskriver några av de intervjuade hur samverkansregionens arbete har förändrats över tid och att samverkan både breddats och fördjupats. En av de intervjuade beskriver hur samverkansregionen tagit flera steg från att endast samverka kring universitetssjukvård och att skriva avtal om att köpa och sälja vård, till att samverka kring hur hela hälso- och sjukvården kan utvecklas inom samverkansregionen. Några andra av de intervjuade menar dock att samverkan i deras samverkansregion fortfarande främst handlar om avtalsförhandlingar där de säljer och köper vård, men att de också diskuterar andra frågor.

Fördelning av den regionala högspecialiserade vården

Ansvaret för att koncentrera eller fördela den regionala högspecialiserade vården ligger som tidigare beskrivits på de enskilda regionerna och samverkansregionerna. Regeringen har tidigare pekat på att även den regionala högspecialiserade vården kan behöva koncentreras till ett begränsat antal enheter inom samverkansregionerna, men att det kan finnas skillnader mellan samverkansregionerna vad gäller deras mandat att fatta beslut om fördelning av vården och att detta kan behöva stärkas och tydliggöras för att åstadkomma en ökad koncentration av regional högspecialiserad vård (1,8).

Ansvaret att samverka kring regional högspecialiserad vård beskrivs på olika sätt i de samverkansavtal eller liknande dokument som reglerar samverkansregionernas arbete. Ibland kan detta arbete beskrivas med andra begrepp som samverkan kring regionsjukvård, regionvård eller sjukvårdsregional koncentration. I några av avtalen och överenskommelserna används begreppet nivåstrukturering för att beskriva arbetet med fördelning av vård. I Norras förbundsordning beskrivs det till exempel på följande sätt (47):

> *I det gemensamma ansvaret ingår nivåstrukturering vilket betyder att hälso- och sjukvården i norra sjukvårdsregionen ska samordnas till enheter där en tillräcklig volym, hög vårdkvalitet och en kostnadseffektiv verksamhet kan garanteras. Centralisering såväl som decentralisering av verksamheter ska genomföras efter behov och förutsättningar.*

Sydöstra använder även begreppet arbetsfördelning vilket de ser som en förutsättning för nivåstrukturering och de beskriver ansvaret på följande sätt i en överenskommelse som bygger på samverkansavtalet (51):

> *Kommande år innebär en omstrukturering av sjukvården genom en nivåstrukturering dels på nationell nivå dels på sjukvårdsregional nivå. I korthet innebär detta en koncentration till färre enheter med större fokus på volym och kvalitet. I Sydöstra sjukvårdsregionen förutsätts detta inte vara en ensidig riktning utan begreppet "arbetsfördelning" gäller i lika stor utsträckning.*

I intervjuerna ges olika exempel på hur samverkansregionerna arbetar med fördelning eller koncentration av den regionala högspecialiserade vården mellan sjukhus i olika regioner. Det är dock svårt att få en överblick över hur omfattande detta arbete är och det verkar skilja sig något åt mellan de olika samverkansregionerna. Det som främst tas upp av de intervjuade är den fördelning av regional högspecialiserad vård och nivåstrukturering som sedan en längre tid tillbaka sker genom det arbete som bedrivs inom de gemensamt finansierade regionala cancercentrumen (RCC). Varje RCC har som en av sina centrala uppgifter att medverka till en optimal nivåstrukturering av cancervården inom sin sjukvårdsregion och de lämnar rekommendationer till regionerna gällande regional nivåstrukturering (70). En av de intervjuade pekar på att nivåstruktureringen inom cancerområdet förenklas av att det finns goda kvalitetsregister och uppföljning inom samverkansregionen som tydligt kan visa hur många ingrepp som genomförts inom en viss verksamhet. En uppföljning som genomfördes under 2019 av RCC i samverkan visar bland annat att det pågår ett aktivt arbete med regional nivåstrukturering samt att de regionala rekommendationerna har införts i stor omfattning. Det har ofta skett till följd av tidigare sjukvårdsregionala beslut, men också ibland till följd av RCCs rekommendationer. Vidare konstateras att i de fall som rekommendationerna inte har följts så har det oftast motiverats med att mottagande sjukhus har kapacitetsproblem vilket har medfört långa väntetider samt att remitterande enhet befarar läkarflykt (71).

Några av de intervjuade tar upp att en stor del av den högspecialiserade sjukvården i huvudsak redan bedrivs på de universitetssjukhus som finns inom samverkansregionerna. Andra pekar på att det finns delar som fortsatt kan behöva fördelas eller koncentreras. Vad som betraktas som högspecialiserad vård förändras också över tid, vilket gör att fördelningen kan ses som en ständigt pågående process. Något annat som en del ser kan föranleda behov av omfördelning framöver är de beslut som förväntas tas om var olika delar av den nationella högspecialiserade vården ska bedrivas. I den utsträckning som universitetssjukhusen kan få bedriva mer nationell högspecialiserad vård kan behov uppstå av att fördela ut delar av den regionala högspecialiserade vården till andra sjukhus inom samverkansregionen. En representant uttrycker det som att fördelningen av den nationella högspecialiserade vården kommer få ringar på vattnet i hela samverkansregionen, vilket kan leda till nivåstrukturering. Ett problem som tas upp av intervjuade och som tidigare har beskrivits är att processen för fördelningen av den nationella högspecialiserade vården inte tycks ha kommit så långt.

Ett hinder för samverkan kring fördelning av högspecialiserad vård som tas upp handlar om läkarprofessionens intressen. En del av de intervjuade pekar på att det kan vara svårt att få acceptens inom professionen för att verksamheter flyttas till andra ställen, eller att de inte får önskad utrustning. Några av de intervjuade pekar på att det är viktigt att involvera professionen på olika sätt i arbetet med nivåstrukturering för att skapa acceptans för beslut om fördelning av vård. En intervjuad beskriver att arbetet med RCC varit framgångsrikt tack vare att de involverat professionerna i arbetet.

> *Däremot så har det ju varit väldigt positivt med det här regionala cancercentrat. Där känner vi väl att vi har byggt det tillsammans och där har ju strukturen ändå gått väldigt bra för där är det professionen som själv har gjort det, och sagt att "ja men det här blir ju jättebra" och då är det ju*

ingen som protesterar och annat. Men skulle man politiskt säga att nu ska vi flytta det och det och det så det är klart att om professionen slår bakut och går till media. (IP10)

Omställningen mot en nära vård

Det framgår inte av avtal och andra dokument att omställningen mot en nära vård utgör ett tydligt område för samverkan inom samverkansregionerna. Det ges dock vissa exempel på att frågorna om omställningen mot en nära vård berörs på olika sätt. Exempelvis beskriver Norra i sitt avtal att de ska bidra till regionernas arbete med att utveckla nära vård (47).

Norra har också erhållit ett särskilt statsbidrag på 12 miljoner kronor för att samordna utveckling för god och nära vård med ett glesbygdsperspektiv i de fyra medlemsregionerna (72). Samverkansregionens uppdrag är att förvalta och fördela dessa medel till respektive region inom samverkansregionen.

Vad gäller övriga samverkansregioner framgår vid genomgången av protokoll från de senaste sammanträdena i samverkansnämnderna att nära vård har diskuterats vid dessa tillfällen i ett par av samverkansregionerna (73,74). Detta överensstämmer också med vad som framkommer i intervjuerna där det beskrivs att omställningen mot en nära vård ofta diskuteras vid samverkansnämndens möten. Engagemanget gäller främst erfarenhetsutbyte och information. Till exempel har två av samverkansregionerna haft gemensamma workshops för politiker och tjänstemän i ledande ställning. I en samverkansregion har de skapat ett nätverk med nära-vårdchefer från respektive huvudman. En intervjuad tar upp att de inom samverkansregionen genomfört en kartläggning inom respektive region kring arbetet med nära vård som ska presenteras för samverkansregionen. Vidare påpekas att nära vård diskuteras i respektive verksamhetschefsgrupp inom samverkansregionen.

Flera av de intervjuade pekar på att omställningen mot en nära vård främst är ett arbete som bedrivs *inom* respektive region mot bakgrund av att det behöver anpassas till lokala förutsättningar och behov. Ett annat argument är att omställningen mot en nära vård sker genom samverkan mellan kommuner och regioner och att det blir för många aktörer att samverka med om dessa frågor även skulle hanteras på samverkansregional nivå. Samtidigt ser några av de intervjuade att det finns ett värde av att utbyta erfarenheter inom samverkansregionen kring hur omställningsarbetet bedrivs och hur det kan påverka hälso- och sjukvården på längre sikt.

Investeringar i vårdbyggnader

Inom samverkansregionerna finns vissa, vilket har nämnts tidigare, gemensamt finansierade verksamheter som finansieras solidariskt av regionerna. Av dokumentstudier och intervjuer framgår däremot att det inte sker några gemensamma investeringar i vårdbyggnader. Det främsta hindret som nämns för att genomföra gemensamma investeringar i vårdbyggnader är det faktum att samverkansregionen inte är en juridisk person vilket gör att investeringar eller upphandlingar inte kan uppköpas gemensamt (förutom Norra). Till exempel menar en intervjuad att det vore väldigt svårt att genomföra gemensamma investeringar utifrån att det skulle kräva en fjärde förvaltande nivå som inte finns i dagsläget.

Ja, för vi har ingen… Nämnden är som sagt ingen juridisk person och då blir väldigt svårt att göra investeringar eller upphandlingar på det sättet. Däremot, som sagt, så är det ju väldigt mycket överenskommelser och samverkan som görs. (IP16)

Av intervjuerna framkommer dock att det sker ett utbyte av information om planerade investeringar i förväg och att det förs dialoger om kommande vårdbehov. En intervjuad menar att det finns ett värde i att utbyta erfarenheter angående pågående arbete eller viktiga investeringar inom respektive region för att kunna lära av varandras misstag eller framgångar. En intervjuad från en annan samverkansregion pekar på att det är viktigt att informera om sina investeringsplaner eftersom en del av kostnaden för investeringarna förväntas täckas av patienter från de andra regionerna. I Södras nya samverkansavtal finns planering av framtidens hälso- och sjukvård med som ett nytt samverkansområde (48). I avtalet framgår att samverkansregionen vill

samverka och planera kring omställningen av hälso- och sjukvården för att kunna fatta kostnadseffektiva beslut. Exempel på områden för omställningen är nya journalsystem, nya byggnationer och investeringar.

Av dokumentstudier och intervjuer framkommer att det sker en mer operativ samverkan kring investeringar i medicinsk teknik i flera av samverkansregionerna. Till exempel framgår det att en samverkansregion samverkar kring upphandlingar av utrustning som pacemaker, stentar, droppräknare, MR-kameror, CT-maskiner. Det förekommer också samverkan kring upphandlingar inom IT-området. Det gäller exempelvis mjukvara och att regionerna strävar efter att synkronisera utveckling och användning av patientjournaler så att de blir tillgängliga för vårdpersonal oavsett var patienten befinner sig. Även digitalisering av remisser beskrivs som ett gemensamt utvecklingsområde.

Hur kan samverkansregionens roll utvecklas?

I intervjuerna framkommer överlag en positiv syn på betydelsen av samverkan inom samverkansregionen för att kunna uppnå en bättre helhetssyn kring hälso- och sjukvården. Flera betonar vidare att det finns ett värde av att utveckla samverkan mer, men att det samtidigt finns begränsningar i hur långt samarbetet kan sträcka sig utifrån hur dagens samverkansregioner är utformade. Exempelvis tar man upp det faktum att storregionsreformen aldrig genomfördes och att samverkansregionerna inte kan ses som ett substitut för dessa. Nedan beskriver vi några av de reflektioner som kan urskiljas i intervjuerna kring hur de tillfrågade ser på samverkansregionens roll och hur den kan utvecklas. Det handlar dels om vikten av att synliggöra samverkansregionernas olika förutsättningar för samverkan, dels om vilken betydelse som beslutsmandat och organisationsform har för att kunna utveckla samverkan. Vidare presenteras några ytterligare faktorer som de intervjuade ser kan vara av vikt för att möjliggöra utveckling av samverkan.

Olika förutsättningar för samverkan utifrån storlek, antal regioner som samverkar och ekonomiska förutsättningar

Samverkansregionernas storlek innebär skillnader i förutsättningar för samverkan. Till exempel är både Region Stockholm och Västra Götalandsregionen betydligt större än sina respektive samarbetsregioner. En intervjuad menar att dessa samverkansregioner är så pass stora att de främst agerar på egen regional nivå vilket har inneburit att den samverkansregionala nivån inte får samma betydelse som i de övriga samverkansregionerna. Stora skillnader i regionernas storlek kan medföra skillnader i hur de ser på värdet av samverkan. En av de intervjuade pekar på att större regioner har tillgång till det mesta av vården inom sin egen region och därför kanske inte ser samma värde av att samverka. Av intervjuerna framgår att samverkan kan gynnas av att regionerna är relativt likvärdiga avseende storlek och ekonomiska förutsättningar.

En annan förutsättning som är viktig för samarbetet är antalet regioner som ingår i samverkansregionen. Fler medlemsregioner innebär fler intressen och behov att ta hänsyn till vilket kan försvåra allt ifrån att fatta beslut till att boka in möten med alla huvudmän. Vidare kan regionernas ekonomiska situation också påverka viljan och möjligheten att bidra till samverkan inom samverkansregionen. Det är helt enkelt svårare att bidra till något gemensamt när ekonomin är svag i den egna regionen även om det på lång sikt kan vara mer resurseffektivt att samverka.

Mot bakgrund av att den nationella nivån i ökad utsträckning har börjat rikta sig till den samverkansregionala nivån med förfrågningar och behov pekar en del av de intervjuade på att kunskapen om samverkansregionernas olika förutsättningar kan behöva öka. De skillnader som finns kan medföra olika möjligheter för samverkansregionerna att hantera nationella förfrågningar.

Betydelsen av beslutsmandat och organisationsform

En annan reflektion kring hur samverkansregionens roll kan utvecklas handlar om betydelsen av beslutsmandat och organisationsform. Intervjuerna indikerar att ett starkare mandat inte nödvändigtvis betraktas som en avgörande förutsättning för att ytterligare kunna utveckla samverkan. Det viktiga är att synliggöra mervärdet av samverkan och att samverkan bygger på att det finns tillit och en vilja till samverkan bland regionerna. Några av de intervjuade lyfter fram Norra och Sydöstra som exempel på att det är möjligt

att välja en annan organisationsform med ett utökat beslutsmandat. Samtidigt tar en av de intervjuade upp att det kan finnas vissa nackdelar med mer formaliserade organisationer och beslutsprocesser och att samverkansavtal i likhet med de som de flesta samverkansregioner har kan möjliggöra en mer flexibel samverkan.

> *Man fastnar i annat om man är kommunalförbund. Då blir det väldigt gränser så, inte lika flexibelt att lyfta i och ur frågor som man vill ha med så att jag tror att vi kommer att leva med det här att man fattar inte juridiska beslut på det sättet utan det är rekommendationer. (IP19)*

Vidare framgår att även om Norra och Sydöstra till viss del har ett större beslutsmandat så betonar även de vikten av förankring och att alla beslut fattas i konsensus. En intervjuad nämner att oavsett mandatets storlek, så är politikerna fortfarande valda av sina respektive regioner och behöver därför förankra samtliga beslut i sin egen region.

Ytterligare faktorer som kan påverka utvecklingen av samverkan

Mot bakgrund av att konsensus eftersträvas inom samverkansregionerna utgör politiska intressen en viktig faktor för samverkan. Några av de intervjuade betonar att samverkansnämnden inte präglas av partipolitiska diskussioner vilket de menar kan underlätta en utveckling av samverkan. En intervjuad menar till och med att samarbetet fungerar bättre när det finns en blandning av politiska styren. Samtidigt kan lokalpolitiska intressen förstås påverka samverkansregionens arbete i vissa fall. Exempelvis finns det ofta ett lokalt politiskt tryck att ta hänsyn till vid förflyttning av vård.

Vidare tas tillit mellan de olika regionerna som ingår i samverkansregionen upp som en viktig faktor för att möjliggöra en utveckling av samverkan. Det nämns att detta förtroende ofta är eller har varit personberoende och några av de intervjuade menar att en stor omsättning bland hälso- och sjukvårdsdirektörer i vissa fall har utgjort en svårighet eftersom det tar tid att lära känna varandra och bygga upp förtroende. Som tidigare nämnts pekar en del av de intervjuade på att samverkan förenklas av att det finns en bred representation från regionledningen med i samverkansstrukturen, eftersom detta skapar ökad möjlighet att skapa välförankrade beslut inom regionerna.

En ytterligare faktor som tas upp som viktig för att kunna utveckla samverkan handlar om att få med sig vårdprofessionerna i det arbete som bedrivs inom samverkansregionen. Det ökar möjligheterna att uppnå ett mer operativt samarbete inom samverkansregionen kring exempelvis planering och fördelning av vård. Ett par av de intervjuade menar att en framgångsfaktor för att få med sig professionerna i samverkansprocessen är att skapa forum där de kan träffas kollegialt och diskutera sjukvård inom samverkansregionen.

Sammanfattning och reflektioner

Regionernas omställningsarbete mot en nära vård

Inledningsvis undersöktes hur regionerna arbetar med omställningen mot en nära vård. Resultaten pekar på att samtliga studerade regioner har påbörjat ett arbete med att ställa om, där man exempelvis arbetar med utveckling av mobila team, digitala vårdmöten och tätare samverkan med kommunerna. Den samverkan som sker med kommunerna kring omställningen behöver dock fortsatt utvecklas. Vidare har de flesta regioner inrättat någon form av organisation för att driva omställningen mot en mer nära vård, vilket kan innefatta programkontor, strategiska styrgrupper eller liknande. Flera regioner har även pekat ut fokusområden inom vilka åtgärder ska vidtas. En närmare genomgång visar att omställningsarbetet till stor del befinner sig i ett inledande skede och att en del av de insatser som pågår ofta bygger på arbete som inletts redan innan omställningen påbörjats. De konkreta åtgärder som genomförs verkar främst handla om avgränsade projekt som än så länge inte har resulterat i någon större strukturomvandling eller en mer omfattande omfördelning av resurser. Det verkar emellertid finnas en stor konsensus bland politiker och tjänstemän i regionerna kring behoven av att ställa om till en mer nära vård och en medvetenhet om att denna omställning behöver förankras i hela sjukvårdsystemet om den ska vara möjlig att realisera.

En **reflektion** är att omställningen mot en nära vård till stor del kan beskrivas som en underifråndriven utvecklingsstrategi (bottom up), där lokala projekt tillåts utvecklas relativt fritt med stort utrymme att testa och experimentera med olika idéer. En sådan strategi kan möjliggöra innovation och nya lösningar (75), men kommer med stor sannolikhet också ge en stor variation av olika projekt som inte tydligt hänger ihop med varandra (76). Denna variation inom regionerna kan utnyttjas som en möjlighet till lärande, men det förutsätter att variationen tas tillvara genom att de olika lösningarna utvärderas, jämförs och analyseras (76). I detta perspektiv blir en central uppgift för de regionala programkontoren eller liknande grupperingar att sätta ramarna för projekten, men samtidigt tillåta stort handlingsutrymme inom dessa ramar. I nästa steg behöver man aktivt efterfråga resultat, fånga upp kunskaper och prioritera bland de testade lösningarna för att kunna skapa förutsättningar för att de bästa och de mest effektiva lösningarna ska kunna skalas upp och spridas.

En annan iakttagelse är att samverkan kräver tid och resurser. Samverkansforskningen visar bland annat att bristande tid och resurser är ett av de största hindren för en fungerande samverkan (77). Chefer har nästan alltid ont om tid och om samverkan ska fungera effektivt krävs därför att det prioriteras av den högsta ledningen i berörda organisationer, att ledningarna tydligt står bakom samverkan, skapar förutsättningar och avsätter tid och resurser för samverkansarbetet (78). Annars är risken stor att det nedprioriteras och att andra frågor tar över.

Den nationella styrningen mot nära vård

Vad gäller frågan om hur den nationella styrningen av omställningen av mot en nära vård är utformad kan det sammanfattningsvis konstateras att det i huvudsak handlar om en mjuk styrning. Även om staten på ett tydligare sätt än tidigare uttrycker en tydlig önskan om att skapa en mer sammanhållen vård och omsorg genom att lyfta fram olika gemensamma, nationella utgångspunkter, ges samtidigt ett stort utrymme för regioner och kommuner att utforma och anpassa omställningsarbetet efter sina egna förutsättningar. Resultaten indikerar att regionerna uppfattar att statens intentioner vad gäller den nära vården är relativt tydliga, men att den närmare utformningen av hur omställningsarbetet ska bedrivas i praktiken primärt är ett ansvar för regionerna och kommunerna. För att underlätta omställningsarbetet efterfrågas däremot mer nationellt stöd vad gäller harmonisering och utveckling av lagstiftningen för att exempelvis öka möjligheter till samverkan och informationsdelning över huvudmannagränserna. Mer långsiktiga och generella statsbidrag för omställningsarbetet är också något som efterfrågas. De öronmärkta statsbidragen upplevs ofta som svåra att utnyttja. Något annat som önskas är olika former av kunskapsunderlag, gemensamma uppföljningsindikatorer och bättre spridning av kunskaper och erfarenheter från omställningsarbetet.

En **reflektion** kring detta är att ett mer strukturerat erfarenhetsutbyte är av vikt för att underlätta omställningen. Det är inte enbart variationen inom regionerna utan även den mellan regionerna som har potential att bidra till ett lärande. Regioner och kommuner har stort eget handlingsutrymme och tar sig därför an omställningen på delvis olika sätt. I princip kan alla aktörer på alla nivåer, från regeringen till enskilda verksamheter och professionella, tolka omställningen på olika sätt och fylla den med olika innehåll utifrån sina perspektiv (79,80). Ett lärande mellan regionerna kräver dock att det skapas nationella strukturer för att fånga upp, jämföra och analysera regionernas olika strategier, lösningar och åtgärder, samt nationella strukturer för att därefter sprida och implementera kunskaper om dessa mellan regionerna. I bästa fall kan variationen mellan regionerna då nyttjas för att kontinuerligt utveckla den nationella styrningen av omställningsarbetet.

Nivåstrukturering och fördelning av högspecialiserad vård

I rapporten undersöktes även regionernas arbete med nivåstrukturering. Resultaten indikerar att det finns en gemensam syn kring att andelen vård som bedrivs på sjukhus behöver minska till förmån för den nära vården, där regional och kommunal primärvård utgör basen och där mer vård ska bedrivas i hemmen med egenvårdsstöd, hemmonitorering, mobila team och digitala lösningar. Vad gäller den regionala högspecialiserade vården visar dokumentstudier och intervjuer att regionerna även strävar efter att centralisera och koncentrera vårdinsatser som förekommer sällan och kräver specifika kompetenser. I praktiken verkar dock det mer systematiska nivåstruktureringsarbetet inte ha kommit så långt. Ofta verkar det handla om en horisontell förflyttning av vårduppdrag, exempelvis mellan olika sjukhus, och inte en vertikal nivåstrukturering där vårdinsatser antingen koncentreras till färre enheter eller flyttas mellan vårdnivåer. Intervjuerna indikerar att det kan finnas olika utmaningar i arbetet med nivåstrukturering, bland annat beroende på att både horisontella och vertikala omfördelningar inom regionen påverkas av såväl lokalpolitiska intressen, professionsintressen som snäva verksamhetsintressen. En ytterligare komplicerande faktor i nivåstruktureringsarbetet handlar om att processen kring fördelningen av den nationella högspecialiserade vården ännu inte har kommit så långt, vilket försvårar regionernas möjligheter till överblick och planering av hur den övriga verksamheten ska fördelas.

En **reflektion** som kan göras kring detta handlar om vikten av att särskilt involvera professionen i nivåstrukturering och fördelning av vård. Även om det finns en bred uppslutning bakom de förändringar av hälso- och sjukvården som eftersträvas på en övergripande nivå, så kan det när det ska konkretiseras och omsättas i specifika åtgärder öka konfliktnivån vilket ofta tenderar att leda till stridigheter och motstånd från vissa grupper, exempelvis professionella i verksamheterna. Det kan därför vara viktigt att skapas utrymme för professionerna att utöva en reell delaktighet, där deras synpunkter, perspektiv och kunskaper tillvaratas i förändringsarbetet. Det kan givetvis finnas exempel på motstånd som bottnar i ovilja att bryta med etablerade vanor och traditioner, men det kan också finnas ett legitimt motstånd som bottnar i väl underbyggda argument. En effektiv förankring av omställningen behöver efterfråga dessa argument, ta dem på allvar, främja diskussion och kunskapsutbyte och väga in allt detta i förändringsarbetet.

Samordning av investeringsbehov

En ytterligare fråga som undersöktes i studien är hur regionernas investeringsbehov i vårdbyggnader samordnas med den utveckling av hälso- och sjukvården som pågår. Resultaten visar att de intervjuade ser ett tydligt behov av samordning med de investeringar som planeras och pågår. Omställningen mot en nära vård förväntas också påverka det framtida behovet av vårdbyggnader genom de förändringar av exempelvis arbetssätt och vårdstrukturer som planeras. Även om det i vissa fall har initierats en samordning av processer och behov, så befinner sig detta arbete till stor del i en inledande fas. Ett problem som tas upp är att det är svårt att få en överblick över hur omställningen samt även den medicinsk-tekniska utvecklingen kommer att påverka hälso- och sjukvården och behovet av vårdbyggnader på längre sikt. Vidare är det svårt att bedöma vilka behov av investeringar som kan krävas till följd av omställningen mot en nära vård och fördelningen av högspecialiserad vård. Ett ytterligare hinder handlar om svårigheterna att samordna redan planerade och pågående byggprocesser med omställningen. Regionerna hanterar detta på delvis olika sätt

och några övergripande angreppssätt kan urskiljas. Dels handlar det om att avvakta med vissa delar av planerade investeringar samt att sträva efter att bygga mer flexibla vårdbyggnader som kan möta framtida behov. Dels handlar det om att försöka bedöma vilka effekter som omställningen kan förväntas leda till för att bättre kunna dimensionera framtida vårdbyggnader samt att utveckla nya samarbetsstrukturer för att möjliggöra bättre samordning mellan fastighets- och sjukvårdssidan. Även om frågan om investeringar primärt betraktas som en regional angelägenhet efterfrågas ändå visst stöd från staten för att öka förutsättningarna för mer hållbara investeringar. Detta handlar exempelvis om erfarenhetsutbyte kring vilken kunskap som finns kring effekter av nya arbetssätt, som exempelvis förändrade vårdflöden, samt vad olika förflyttningar av vården kan få för betydelse för utformningen av framtida byggnader. Slutligen efterfrågas även ett forum för erfarenhetsutbyte kring tidiga skeden av planeringsprocesser.

En **reflektion** är att ett resurskrävande men ändå viktigt arbete framåt särskilt handlar om att på ett tidigt stadium involvera fastighetssidan i omställningsarbetet samt att så långt som möjligt analysera vilka potentiella effekter på behovet av vårdbyggnader som utvecklingen av hälso- och sjukvården kan ge upphov till. För detta krävs dock, som tidigare beskrivits, ett mer strukturerat erfarenhetsutbyte där den nationella nivån skulle kunna bistå med stöd i form av forum för kunskapsutbyte samt mer utvecklade underlag för prognoser.

Samverkansregionernas arbete och roll

I den andra delen av rapporten undersöktes vilken samverkan som sker *mellan* regionerna i de så kallade samverkansregionerna, och mer precist med avseende på omställningen mot en nära vård, koncentrationen av högspecialiserad vård och behovet av investeringar i vårdbyggnader. Inledningsvis kan konstateras att de sex samverkansregionerna skiljer sig åt vad gäller antalet och storleken på ingående regioner. Samverkansregionernas organisation, mandat och arbetssätt har också utvecklats på något olika sätt över tid och det finns vissa skillnader avseende politiskt samarbetsorgan, beslutsmandat, tjänstemannaledning och administrativa resurser. Samtidigt visar våra resultat att de grundläggande utgångspunkterna för samverkansregionernas arbete beskrivs på ett relativt likartat sätt. Man betonar vikten av konsensus och att det måste finnas ett tydligt mervärde av samverkan. Vad gäller områden för samverkan är det möjligt att skönja något olika roller för samverkansregionerna. Den första och kanske mest tydliga rollen är att bidra till ett operativt samarbete mellan regionerna vad gäller exempelvis samverkan kring fördelning av regionalt högspecialiserad vård, gemensamt finansierade verksamheter, upphandlingar, kompetensförsörjning och produktionsplanering. Den andra rollen handlar om att underlätta informationsspridning och kommunikation mellan den nationella och regionala nivån samt om att samordna regionernas deltagande i olika nationella processer. Slutligen identifieras en tydlig roll för samverkansregionerna att bidra till erfarenhetsutbyte och dialog, exempelvis kring regionernas arbete med omställningen mot en nära vård och viss mån även kring de investeringar i vårdbyggnader som regionerna planerar och genomför.

Resultaten indikerar att det sker en fördelning av regional högspecialiserad vård, både inom samverkansregionerna och enskilda regioner. Arbetet med fördelningen kan beskrivas som en delvis kontinuerlig process som sker på olika vårdnivåer och som drivs av de behov som uppstår inom sjukhusvården. I vilken omfattning som fördelningen av högspecialiserad vård sker inom samverkansregionerna är dock svårt att bedöma. Det som beskrivs tydligast är den fördelning av högspecialiserad vård och nivåstrukturering som sker genom det arbete som bedrivs inom ramen för RCC:s arbete och som har resulterat i en fördelning av cancervården.

Vad gäller omställningen mot en nära vård verkar samverkan vara mindre omfattande. I nuläget informerar regionerna främst varandra kring vad som pågår i respektive region. Detta beror bland annat på att omställningen mot en nära vård främst ses som process som behöver drivas i samverkan med kommuner och inte i första hand mellan regionerna. Samtidigt nämner flera av de intervjuade att samverkan kring nära vård sannolikt kommer att öka framöver då det finns ett värde av att utbyta erfarenheter kring hur omställningsarbetet bedrivs och hur det kan påverka hälso- och sjukvården på längre sikt.

Beträffande frågan om samverkan kring behov av investeringar i vårdbyggnader är svaret att detta sker i låg utsträckning inom samverkansregionerna. Det sker inte heller några gemensamma investeringar i vårdbyggnader i nuläget och det är inte heller något som de intervjuade ser som möjligt. Intervjuerna indikerar att samverkan främst handlar om ett utbyte av information om planerade investeringar. Däremot lyfts att det finns ett värde i att utveckla dialogen kring pågående byggprocesser eller viktiga investeringar inom respektive region för att kunna lära av varandras erfarenheter.

Den sista frågan handlar om hur regionerna ser på samverkansregionens roll och hur den kan utvecklas för att bidra till ett helhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. Resultaten indikerar att flera ser ett värde av att utveckla samverkan för att kunna uppnå en bättre helhetssyn. Samtidigt finns begränsningar i hur långt samarbetet kan sträcka sig utifrån hur samverkansregionerna är utformade och många pekar på att samverkansregionerna inte kan ses som ett substitut för de storregioner som tidigare har varit på förslag under det senaste decenniet. Resultaten visar att samverkansregionernas storlek och antal ingående regioner innebär skillnader i förutsättningar för samverkan och det finns också skillnader kring hur omfattande samverkan är inom olika områden. Något som kan noteras är att kunskapen om dessa olikheter ibland uppfattas saknas på nationell nivå när man lägger uppdrag på samverkansregionerna. Något annat som resultaten också indikerar är att ett starkare mandat inte nödvändigtvis betraktas som en förutsättning för att ytterligare kunna utveckla samverkan, utan att det i grunden handlar om att synliggöra vilka frågor och områden som man hanterar bättre tillsammans än var och en för sig och att samverkan bygger på tillit.

En **reflektion** är att frågan om huruvida samverkansregionernas beslutsförmåga kan och bör stärkas ytterligare är något som behöver diskuteras mer utförligt. Trots ett fortsatt relativt begränsat beslutsmandat verkar samverkansregionernas arbete över tid har utvidgats, exempelvis genom att flera områden för samverkan har tillkommit. Ett mer utökat beslutsmandat behöver inte nödvändigtvis vara en förutsättning för en mer fördjupad samverkan. Nyckeln till en väl fungerande samverkan tycks istället snarare handla om tillit mellan parterna. Dessutom kan ett utökat beslutsmandat innebära en risk för ett demokratiskt underskott och att ansvarsutkrävandet försvåras eftersom samverkansnämndernas politiker inte är direktvalda.

En annan iakttagelse är att det kan finnas ett stort värde av att utbyta erfarenheter och ha dialog kring investeringar som ska göras inom respektive region inom samverkansregionen. Att stärka samverkan inom detta område är logiskt eftersom investeringar som en region gör också påverkar övriga regioner, t.ex. vad gäller den högspecialiserade vården. Att utöka och strukturera informationsutbytet kring investeringar borde därför underlätta för en bättre koordinering av vården inom samverkansregionen. Detta kan exempelvis ske genom att tydligare ange att erfarenhetsutbyte och dialog kring investeringar utgör ett samverkansområde i samverkansavtalen eller mer aktivt involvera regionernas fastighetssida i samverkansstrukturen inom samverkansregionen.

Referenser

1. SOU 2020:15. Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården. Stockholm: Fritzes.
2. SOU 2020:19. God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. Stockholm: Fritzes.
3. SOU 2018:39. God och nära vård. En primärvårdsreform. Stockholm: Fritzes.
4. SOU 2016:2. Effektiv vård – Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Fritzes.
5. S 2017:01. Samordnad utveckling för god och nära vård.
6. SOU 2017:53. God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild. Stockholm: Fritzes.
7. SOU 2019:29. God och nära vård. Vård i samverkan. Stockholm: Fritzes.
8. Prop. 2017/18:40. En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården.
9. S 2019:03. Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård.
10. Dir. 2019:69. Ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård.
11. Dir. 2020:116. Tilläggsdirektiv till Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård. (S 2019:03).
12. Socialdepartementet (2019). God och nära vård. En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2019.
13. Socialdepartementet (2020). God och nära vård. En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020.
14. Socialdepartementet (2021). God och nära vård 2021. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2021.
15. Socialstyrelsen (2020). Uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Utvecklingen i regioner och kommuner och uppföljning av överenskommelsen En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare. Artikelnummer 2020-6-6826.
16. Region Gävleborg (2020). Samhällsbygget fortsätter. Budget 2021 och ekonomisk plan 2022-2023. Dnr: RS 2020/659.
17. Region Halland (2020). Mål och Budget 2021 med ekonomisk plan 2022-2025. Regionfullmäktige 17 juni 2020.
18. Region Jämtland Härjedalen (2021). Verksamhetsplan och budget 2021. Dnr: RS/593/2020.
19. Region Jönköpings län (2021). Budget med Verksamhetsplan 2021- Flerårsplan 2022-2023.
20. Region Kronoberg (2021). Budget 2021 - Med flerårsplan 2022-2023.
21. Region Skåne (2020). Region Skånes verksamhetsplan och budget 2021 med plan för 2022-2023.
22. Region Stockholm (2020). En stark region i en osäker tid. Budget 2021 för Region Stockholm. Dnr: RS 2020-0469.
23. Region Uppsala (2020). Regionplan och budget 2021-2023. Beslutad av Regionfullmäktige 2020-06-11.
24. Region Västerbotten (2020). Regionplan 2021.
25. Region Östergötland (2020). Treårsbudget 2021–2023 med fokusområden 2021.

26. Region Uppsala (2018). Effektiv och nära vård 2030 - Målbild och strategi.

27. Region Gävleborg (2018). God och nära vård i Gävleborg.

28. Region Kronoberg (2017). Närmare kronobergaren. Utvecklingsstrategi inom hälso- och sjukvård 2017-2027.

29. Region Jönköpings län (2020). Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård 2020-2030.

30. Region Uppsala (2020). Vårdcentrum i Tierp genomförs. [Internet]. Hämtad från: https://regionuppsala.se/politik-och-paverkan/handlingar/uppsnabbat/lista-nyhetsbrev/uppsnabbat-2020/regionstyrelsen-den-29-september/vardcentrum-i-tierp-genomfors/

31. Region Östergötland (2019). Beslut att utreda fler vårdcentrum i länet. [Internet]. Hämtad från: https://www.regionostergotland.se/Om-regionen/Pressrum/Nyheter/Beslut-att-utreda-fler-vardcentrum-i-lanet/

32. Region Gävleborg (2020). Sju programområden. [Internet]. Hämtad från: https://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/halsa-vard-tandvard/utveckling-och-uppfoljning/god-och-nara-vard/sju-programomraden/

33. Johansson S, Löfström M, Ohlsson Ö. Separation or integration? A dilemma when organizing development projects. Int J Proj Manag. 01 juli 2007;25(5):457–64.

34. Brulin, G. & Svensson L. Managing Sustainable Development Programmes. A Learning Approach to Change. Farnham: Gower; 2012.

35. Centrum för vårdens arkitektur (2021). Framtidens vårdbyggnadsstruktur. Hälso- och sjukvårdsbyggnader i regionerna efter omställningen. Publikation 2021:1.

36. Region Gävleborg (2021). Översyn av byggprojektet Framtidsbygget – Gävle och Hudiksvalls sjukhus.

37. Region Stockholm (2021). Hälso- och sjukvården 2040. [Internet]. Hämtad från: https://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-vard/halso--och-sjukvarden-2040/

38. Region Kronoberg (2021). Nytt akutsjukhus i Växjö - utveckling av vården och länet. [Internet]. Hämtad från: https://nyasjukhuset.se/om-satsningen/

39. Region Kronoberg (2021). Viktigt underlag klart för utveckling av vården och planering av nytt sjukhus. [Internet]. Hämtad från: https://www.regionkronoberg.se/nyheter/viktigt-underlag-klart-for-utveckling-av-varden-och-planering-av-nytt-sjukhus/

40. SOU 2018:10. Myndighetsgemensam indelning – samverkan på regional nivå. Volym 1. Stockholm: Fritzes.

41. SFS 2017:80. Hälso- och sjukvårdsförordning.

42. SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet.

43. Samverkansnämnden Stockholm-Gotland (2020). Samverkansavtal mellan Region Gotland och Region Stockholm 2020.

44. Sydöstra sjukvårdsregionen (2018). Samverkansavtal för Sydöstra sjukvårdsregionen.

45. Västra sjukvårdsregionen (2014). Samverkansavtal för Västra sjukvårdsregionen.

46. Sjukvårdsregion Mellansverige (2020). Avtal om samverkan i Sjukvårdsregion Mellansverige.

47. Norra sjukvårdsregionförbundet (2020). Förbundsordning för Norra sjukvårdsregionförbundet.

48. Södra sjukvårdsregionen (2021). Samverkansavtal 2021.

49. Sjukvårdsregion Mellansverige (2020). Arbetsordning för samverkansnämnden.

50. Västra sjukvårdsregionen (2005). Arbetsordning för Samverkansnämnden.

51. Sydöstra sjukvårdsregionen (2020). Reglemente för Samverkansnämnden i Sydöstra sjukvårdsregionen.

52. Västra sjukvårdsregionen (2019). Presentation samverkansnämnden lång version.

53. SFS 2017:725. Kommunallag. Stockholm: Finansdepartementet.

54. Sydöstra sjukvårdsregionen (2020). Samverkansnämnden. [Internet]. Hämtad från: https://sydostrasjukvardsregionen.se/samverkansnamnden/

55. Sveriges kommuner och regioner (2021). Gemensam nämnd, kommunalförbund. [Inte Hämtad från: https://skr.se/demokratiledningstyrning/driftformervalfrihet/gemensamnamndkomm d.1755.html

56. Södra sjukvårdsregionen (2021). Ledningsgrupp [Internet]. Hämtad från: https://sodrasjukvardsregionen.se/om-sodra-sjukvardsregionen/ledningsgrupp/

57. Södra sjukvårdsregionen (2019). Övergripande presentation av Södra sjukvårdsregione

58. Sjukvårdsregion Mellansverige (2021). Organisation. [Internet]. Hämtad från: https://www.sjukvårdsregionmellan.se/organisation/

59. Sydöstra sjukvårdsregionen (2021). Regionsjukvårdsledningen. [Internet]. Hämtad från: https://sydostrasjukvardsregionen.se/regionsjukvardsledningen/

60. Sjukvårdsregion Mellansverige (2021). Verksamhetschefsgrupper. [Internet]. Hämtad fr https://www.sjukvårdsregionmellan.se/verksamhetschefsgrupper/

61. Södra sjukvårdsregionen (2019). Presentation av Samarbete för bättre vård (ppt).

62. Sjukvårdsregion Mellansverige (2021). Gemensamt finansierade verksamheter. [Interne från: https://www.sjukvårdsregionmellan.se/gemensamt-finansierade-verksamheter

63. Södra sjukvårdsregionen (2021). Gemensamma verksamheter. [Internet]. Hämtad från: https://sodrasjukvardsregionen.se/verksamhet/gemensamma-verksamheter/

64. Regionala cancercentrum i samverkan (2021). Om Regionala cancercentrum i samverka [Internet]. Hämtad från: https://cancercentrum.se/samverkan/om-oss/

65. Södra sjukvårdsregionen (2021). Sjukvårdsregionalt vårdkompetensråd. [Internet]. Häm https://sodrasjukvardsregionen.se/verksamhet/sjukvardsregionalt-vardkompetensrad/

66. Sjukvårdsregion Mellansverige (2021). Regionalt vårdkompetensråd Mellansverige. [Int Hämtad från: https://www.sjukvårdsregionmellan.se/regionalt-vårdkompetensråd-mel

67. Socialstyrelsen (2021). Om Nationella vårdkompetensrådet. [Internet]. Hämtad från: https://www.nationellavardkompetensradet.se/om-radet/om-radet/

68. Sveriges kommuner och regioner (2021). Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. [Inter Hämtad från: https://kunskapsstyrningvard.se/

69. Sjukvårdsregion Mellansverige (2021). Produktionsplaneringsgrupp. [Internet]. Hämtad https://www.sjukvårdsregionmellan.se/produktionsplaneringsgrupp/

70. Socialstyrelsen (2017). Uppföljning av regionala cancercentrum 2016 Nivåstrukturering vårdprocesser. Artikelnummer 2017-4-19.

71. Regionala cancercentrum i samverkan (2019). Uppföljning av RCCs rekommendatione regional nivåstrukturering. [Internet]. Hämtad från: https://cancercentrum.se/globalas uppdrag/nivastrukturering/rapport-regional-nivastrukturering-faststalld-av-rcc-i-samve 190625-final.pdf

72. Norra sjukvårdsregionförbundet (2020). Överenskommelse om fördelning av medel – samordnad utveckling för god och nära vård i glesbygdsperspektiv.

73. Sjukvårdsregion Mellansverige (2020). Protokoll [Internet]. Hämtad från:

https://www.sjukvårdsregionmellan.se/samverkan/attachment/doc052022202012221824461.pdf

74. Sydöstra sjukvårdsregionen (2020). Protokoll [Internet]. Hämtad från: https://sydostrasjukvardsregionen.se/wp-content/uploads/2021/01/SVN_20201127_protokoll.pdf

75. Sense AJ. The project workplace for organizational learning development. Int J Proj Manag. 2011;29(8):986–93.

76. Matland RE. Synthesizing the implementation literature: The ambiguity-conflict model of policy implementation. J Public Adm Res Theory. 01 april 1995;5(2):145–74.

77. Auschra C. Barriers to the integration of care in inter-organisational settings: A literature review. Int J Integr Care. 2018;18(1):1–14.

78. Seaton CL, Holm N, Bottorff JL, Jones-Bricker M, Errey S, Caperchione CM, m.fl. Factors That Impact the Success of Interorganizational Health Promotion Collaborations: A Scoping Review. Am J Heal Promot. 01 maj 2018;32(4):1095–109.

79. Lipsky M. Street-level bureaucrats: The dilemmas of the individual in public services. (30th anniversary expanded ed.). New York: Russell Sage Foundation; 2010.

80. May, P. & Winter S. Politicians, Managers, and Street-Level Bureaucrats: Influences on Policy Implementation. J Public Adm Res Theory. 2007;19(3):453–476.

SJUKHUSBYGGANDETS BESTÅNDSDELAR: BRISTER OCH MÖJLIGHETER

FYRA FALLSTUDIER SAMT ANALYS AV PÅGÅENDE SJUKHUSBYGGEN I SVERIGE, VÅREN 2021

Jesper Meijling, fil dr, M.Arch

I undersökningen ingående sjukhus, med informanter knutna till dessa:
Västerås (NAV), Örebro (H-huset, USÖ), Växjö (Nya CLV), Malmö (NSM)

Introduktion

Här följer en sammanfattning av fynden i en case study-undersökning av fyra av de största byggprojekten vid centralsjukhus/regionsjukhus, byggd i första hand på intervjuer med aktörer som återgett utformningsprocessen i egenskap av arkitekter eller beställarföreträdare. De fyra projekten är Västerås nya centralblock, Örebros nya högspecialiseringshus, Växjös förslag till helt nytt sjukhus på ny tomt, samt två nya sammankopplade sjukvårdsbyggnader i Malmö. Fallstudiesammanfattningarna **åtföljs av en analysdel** som för en generaliserad diskussion med ledning av resultatet i undersökningen. Analysen lyfter fram resultat av särskilt intresse ur fallstudierna, fördelat i diskussionspunkter vilka kopplar ihop övergripande iakttagelser och slutsatser med **huvudfrågor för utredningen**. Det handlar om hur de största investeringsprojekten förhåller sig till en övergripande och nationell nivå, och om och hur samverkan och koordinering på olika plan framträder i dessa projekt. Undersökningen ger en bild av hur de är uppbyggda både internt och i förhållande till en eventuell större regional och/eller nationell kontext. Häri presenteras slutsatser om vad i den byggda strukturen som påverkar det nationellt övergripande investeringsperspektivet. Diskussionen blottlägger också vissa motsättningar mellan sättet att bygga upp sjukhusen och behovet att specificera och styra innehållet. Likaså synliggörs hur sättet att bedriva byggprojekten påverkar förutsättningarna för kunskapsöverföring och innovation.

Förutsättningar och tillvägagångssätt för undersökningen

Intervjuerna har genomförts i huvudsak per telefon under mars och april 2021. Ett tjugotal intervjuer och samtal har genomförts med informanter som är antingen konsulter eller medarbetare i regionförvaltningar (fastighets-, hälso- och sjukvårds- eller särskilda projektförvaltningar). En del av dem har bakgrund eller parallella uppdrag i vårdprofessioner. Några ytterligare typer av informanter kan förekomma. Följande arbetsuppgifter finns företrädda (i varierande antal): *arkitekt, byggprojektledare, fastighetsutvecklingschef, forskare, lokalplanerare, lokalstrateg, lokalutvecklare, programchef, projektchef, projekteringsledare, projektledare (bygg, verksamhet, vårdinnehåll, m.m.), regiondirektör, strategiansvarig, vårdinnehållsutredare, vårdutredare.*

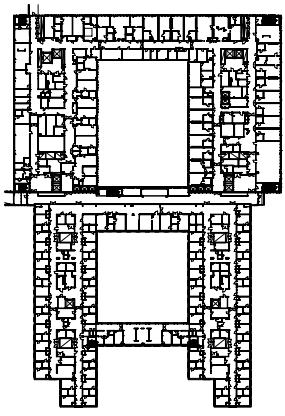
Undersökningen är i huvudsak kvalitativ, där svaren blir värderande och beroende av informantens perspektiv och omdöme, men samtidigt med inslag av konkreta och kvantitativa beskrivande uppgifter för respektive projekt. En del av dessa uppgifter har också kompletterats utifrån skriftligt redovisningsmaterial som hör till respekitve projekt. Intervjuerna kan beskrivas som semistrukturerade, de har utgått från ett frågeschema som beskrivs nedan, men varit öppen för att övergå i samtal vars riktning kan ledas av informanten i oväntade riktningar och mot förhållanden som inte förutsetts i frågeschemat. Detta ligger i fallstudiens form: den börjar och slutar inte vid en uppsättning frågor, utan varje fall är av intresse i sig självt och betraktas som unikt. Ur fallet utvinns kunskap som både kan vara specifik och generaliserbar. Undersökningen är intresserad av båda: de mer specifika resultaten presenteras i sammanfattningarna av projekten, det generaliserande utvinns i den påföljande analysdelen. I den meningen är fallstudierna instrumentella: förståelsen av de enskilda fallen/projekten används för att förstå mer om svenskt sjukhusbyggande överhuvudtaget. I detta avseende tar sig författaren relativt stora friheter i att låta analysdelen röra sig vidare mot öppen diskussion och värderande perspektiv, som tar utgångspunkt i undersökningens resultat men syftar till att leda fram mot för utredningen väsentliga diskussionspunkter.

Det centrala har varit att med stöd av intervjuer faktamässigt täcka in väsentliga faser av respektive projekt, från behov till slutlig utformning. Informanterna är anonymiserade – fokus skall inte ligga på personer, namn, eller att särskilt artikulera skilda perspektiv, utan skall vara på att sammanställa fakta om processerna med relevanta mönster som framträder, samt att föra ut observationer av särskilt intresse till en analys.

De fyra utvalda sjukhusen representerar sinsemellan en viss variation i funktioner emellan de största projekten – universitetssjukhus, regionsjukhus, centralsjukhus – samt olika faser, från skiss och förstudier till nyligen invigt. Projekten har studerats och informanterna intervjuats med frågor angående (i sammanfattning): Vad skulle lösas/uppfyllas i fråga om behov för vårdverksamhetens bedrivande? Vad har specificerats om innehåll/program? Hur har underlag/analyser tagits fram, av vem? Var skall det byggas – vilken lokalisering har det resulterat i? Vilken arkitektur har det resulterat i, i fråga om dimensionering, disposition, samband, planlösningar osv? Hur används normer och kunskapsstöd? Hur tillgodoses/inverkar aspekter som exempelvis koordinering och samverkan (regionalt, samverkansregionalt, nationellt), utbildning, specialisering, omställning till nära vård och kompetensförsörjning på de byggda lösningarna?

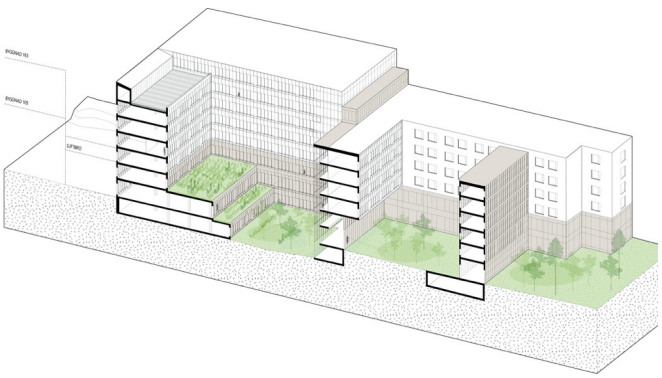
Analys- och diskussionsdelen värderar och för ut ett antal av de enligt författaren mest intressanta fynden och observationerna ur intervjuundersökningen. Deras intresse bedöms utifrån relevansen i förhållande till utredningens frågor: vad i undersökningens resultat som har särskild bäring på utredningens viktigaste teman. Detta innebär inte så att säga raka och förväntade svar, utan landar i flera av punkterna i vad som möjligen kan betecknas som oväntade observationer och perspektiv. Dessa har helt och hållet sin upprinnelse i intervjusvarens innehåll. Några saker skall särskilt framhållas angående analys- och diskussionsdelen. Den har formats av författarens bedömning och värdering av vad som är av störst intresse i sammanhanget. Denna bedömning och värdering lägger tonvikt på kritiska perspektiv, då uppgiften framförallt måste vara att hitta punkter och omständigheter som är problematiska och i behov av utveckling relativt de mål och syften som utredningen förhåller sig till. Analys- och diskussionsdelen utgår från intervjuundersökningens innehåll, inget annat. Den tar alltså inte ny utgångspunkt i någon viss litteratur, men kopplar undersökningen till referenser i de fall det är relevant. Den avser att utvinna mesta möjliga diskussion ur intervjuundersökningen, och bör uppfattas och användas som diskussionsunderlag för fortsatt värdering av möjligheter och vägval.

Jesper Meijling är disputerad forskare (KTH) och arkitekt, och har i sin avhandling *Marknadisering* (2020) behandlat introduktionen av marknadstanken i svensk sjukvård från 1970-talet och framåt. Hans publikationer *Marknad på villovägar* (2014) och *Nya Karolinska – ett pilotprojekt för marknadsstyrd vård* (2018) undersöker också frågor om sjukvård, organisation och byggande. Senast har han gett en översikt över det svenska vårdbyggandet som temaredaktör för tidskriften Arkitektur. För närvarande arbetar han på en ny bok om sjukvård med utgivning under 2022.



Ovan: NAV Västerås med s.k. generella vårdavdelningar. De kännetecknas bl.a. av genomgående enpatientrum, flexibla avgräsningsmöjligheter och arbetsstationer i hörn som kan övervaka i två riktningar.

Nedan: NAV Västerås, axonometri/sektion. Byggnaden är övergripande zonerad i två delar, där d till vänster kan rymma tyngre utrustning i "akutkärna" och den till höger framförallt lättare verksamheter i vårdavdelningar m.m.



Fallstudier: sammanfattningar av intervjuundersökning och beskrivningar

VÄSTERÅS

Nytt akutsjukhus i Västerås (NAV)
Centralsjukhus
Andra sjukhus i samma region: Köping, Fagersta, Sala
Nybyggnad av centralblock, 85 000 m²
Projektkostnad 6,8 mdr
Byggstart planerad 2021, invigning planerad 2029

Sammanfattning utifrån intervjuer och projektbeskrivningar

Behovet bakom Västerås nybyggnad (NAV) är lokalförsörjning för i stort sett samma arbetsuppgifter som tidigare tillgodosetts i andra byggnader – akutvård och delar av specialistvård – men med förändrade programförutsättningar för framtida vårdsätt och arbetsmiljö (tekniskt, standardmässigt). Projektet kan beskrivas som en ersättningsinvestering. Den har utgått från ett avgränsat/fokuserat underlag av lokalförsörjningsplan, förstudier 2018-2019, programutredningar med sikte på 2030. (Byggstart 2021, invigning planerad 2029.) Det som skulle förändras var alltså viss befintlig vårdverksamhets lokalmässiga förutsättningar, inom en lokal och regional kontext som i princip är oförändrad. Inom ramen för detta har det upprättats ett tämligen definierat program från början, samt ett tydligt ekonomiskt kriterium i form av en fastställd budgetram.

NAV beskrivs inte som en del av ett större framtidsprojekt för regionen som helhet eller integrerat med exempelvis det parallella (mindre) sjukhusbygget i Sala. NAV har en särskild projektorganisation med avgränsad kontroll över dess ekonomi, fast budget (6,8 mdr) som ska täcka ett *funktionsprogram* av rimlig kvalitet för uppfyllande av beställningen med bl.a. ett stipulerat antal vårdplatser och operationsplatser, samt målsättningar som flexibilitet.

Lokaliseringen har således inte varit en fråga. NAV blir ett tillägg på det befintliga sjukhusområdet. Det betyder samtidigt att NAV likaledes blir ett tillägg inom det befintliga större bebyggelsemönstret: den bibehållna och successivt utbyggda svenska "lasarettsstrukturen" som började konfigureras på 1860-talet, och som i Västerås fall bland annat inbegriper en ännu i bruk varande lasarettsbyggnad (f.d. huvudbyggnad) från 1920-talet. (Jfr särskilt avsnitt i analysdel nedan.) För den byggda lösningen finns formulerade mål om att vården ska kunna förändras, och inte ta hänsyn till alltför enskilda eller specifika önskemål. Den första utformningen har gjorts i form av en tänkt s.k. skalbyggnad på grundval av sådant som nyckeltal, PTS, ”konceptprogram” (utgående från CVA och PTS) samt vad som betecknas som ”konsultgruppens samlade erfarenhet”. De projekterande arkitekterna, Link/Carlstedt/WSP (LCW), upphandlades på grundval av tidigare erfarenhet av vårduppdrag och kom in efter förstudien.

Styrningen av ekonomin har haft inverkan på arkitekturlösningar: hur får man ut mesta möjliga vårdyta till det angivna programmet inom kostnadsramen? Detta medförde bl.a. att LCW ifrågasatte förstudiens föreslagna lösning som i sin skisserade planlayout hade en "stråkprincip" (liknande t.ex. Enskededalens sjukhus, jfr t.ex. Huddinge sjukhus nätprincip), medan LCW landade i en lösning med en mer kompakt byggnad – en "H-form" – som möjliggjorde högre vårdavdelningseffektivitet, med vårdavdelningar "över hörn". Det blev en byggnadskropp som när det gäller utformning, dimensionering och innehållstyper i huvudsak fördelar sig i två huvudzoner, vilka motsvarar olika *generalitetsnivåer* utifrån funktionskrav och till viss del samband. Denna planform – H:et, delvis sluten till en "8-form" – inbegriper då en "lättare" zon och en "tyngre" (en "funktionskärna" med akutflöden), dock utan att gränsen mellan dem är fastbyggd.

Den tyngre byggnadsdelen avses utformas och lösas enligt en teknisk *autonomitetsprincip* (kring ”flödescentrum” med akut, röntgen, operation, förlossning o.s.v.). Den andra, lättare byggnadsdelen mer *flexibel* eller ”svagt” programmerad med framförallt generella vårdavdelningar. Det görs heller inte definitiva specialutformningar/placeringar för exempelvis ortopedi, kirurgi eller BB. Denna "zonerade" generalitet medger vidare att *sambanden* kan planeras för sig och huset för sig, i viss utsträckning. Samband och flöden har dock ett slags hierarki, utifrån vilket sjukhusets ovan beskrivna beståndsdelar byggs och delas upp efter vissa grundläggande funktionskrav – sammanfattningsvis en "modererad" generalitet och flexibilitet med vissa differentierande funktionella nivåer.

I programarbetet har regionens egna funktionsplanerare fastlagt utförandet av grundrum/standardrum. Regionens tjänstemän har en aktiv roll, med bibehållen kontroll och styrning av dokumenten, eget praktiskt ansvar för ändringar o.s.v. samt styrning av konsulterna fram till entreprenörens inträde. På nivån *rumsfunktionsprogram* (RFP) har man två huvudkategorier: grundrum/standardrum (samma för alla, utgör flertalet rum, ej personal/verksamhetsdeltagande i utformningen) och specialrum (utarbetas av personal tillsammans med arkitekten). Vårdavdelningsblocket följer ett mönster med så kallade *generella vårdavdelningar*, som uppvisar likheter med typlösningarna i PTS. Det innebär bl.a. genomgående *enpatientrum*. I flödes- och sambandstänkandet i denna lösning ingår en relaterad princip om att patienten skall vara så still som möjligt, med effektiva flöden runt patienten. Vårdrummet (enpatientrummet) blir, bland annat i konsekvens med detta, en central och konfigurerande del för vårdavdelningar och vårdavdelningsblock.

Generalitetens syfte är sammanlänkad med flexibilitet: både förändringsmöjligheter i utformningen under *byggprojektets gång* och under *verksamhet/användning*. Men, värt att notera, inte i samma grad för fortsatta byggnadsdelar (på det sätt som var vägledande princip i Huddingemodellen). Med andra ord, med ett syfte att kunna effektivisera och förändra inom givna ramar (exempelvis vårdavdelningars ytor), alltså inom upplägget i stort (”H” – en form som s.a.s. inte uppmuntrar till omedelbara utbyggnadsidéer, så som en axel- eller nätprincip skulle göra.)

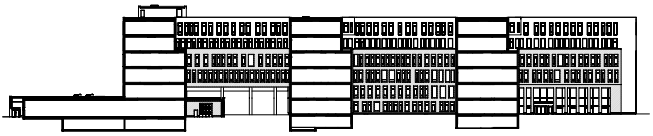
Koordinering i förhållande till nivåstrukturering och högspecialisering (i första hand andra sjukhus i samverkansregionen Mellansverige, tidigare Örebro resp. Uppsala) är en aspekt i avgränsning av *vissa bestämda/begränsade* delar av programmet, där det kan har inverkan på dimensionering, rumsutformning, utrustning, och som kopplar bl.a. till vissa kliniker och patientgrupper. Mer generellt i utförandet eller programmeringen är en sådan koordinering inte framträdande eller närvarande. Centraliseringen av sjukhusanknuten vård inom det egna länet är en fortgående process i förhållande till de övriga sjukhusen (Köping, Fagersta, Sala),

som har viss inverkan på dimensioneringen av antalet vårdplatser – denna process och de faktorer som driver den ligger dock utanför projektets ramar (jfr ovan). Frågor om hur lösningen integrerar utrymmen för *utbildning och forskning* bortfaller, då Västerås inte är ett utbildningssjukhus.

I fråga om *omställning till nära vård* finns en viss inverkan, som dock inte kan kallas primär eller präglande, och heller inte följer av något formulerat "omställningsprojekt". Den är inte tydligt specificerad eller beräknad: en del slutenvårdsplatser ersätts i samband med dimensioneringen av vårdplatser, t.ex. geriatrik, bl.a. till andra mindre sjukhus som Sala och Fagersta. Det bygger dock på antaganden och demografiska uppskattningar, bl.a. med vägledning av en utredning från Region Gävleborg – den är inte en exakt projekterad lösning för Västmanland. För NAV-projektets del har det således inte räknats på effekterna av "nära vård", ej heller konkretiserats någon "utskiftning" av vårdplatser som i Stockholmsregionen (vilken dock har en annan kontext av marknadiserat vårdutbud).

Digitalisering eller "digifysisk" vård, som potentiellt kan ha ett viktigt samband med omställning till nära vård, är heller inget som påverkar lokalutformning, typologier eller program (vad som finns/inte finns i program). *Kompetensförsörjning* uppges finnas med som en faktor i synen på hur vårdavdelningarna utformas och bemanningsberäknas (för personaleffektivitet) och hur man därigenom kan matcha utformning och personaltillgång, t.ex. i fördelningen av s.k. team-expeditioner, eller operationsverksamhetens rumsliga lösningar (möjlig effektivisering, automatisering). Hur exakt eller styrande detta samband är är inte helt klart. *Hållbarhetsfrågor* har integrerats genom följandet av Boverkets standard, dock ej egentlig miljöcertifiering (bl.a. med hänvisning till att en sådan utgör en avsevärd utgiftspost).

När det gäller *standarder* och *kunskapsstöd* framhåller man snarare användandet av samlad erfarenhet, d.v.s. den som finns företrädd i projektet eller tas in i projektet, och som går utanför regionens organisation. Verktyg av typen PTS har fått en begränsad användning i den tidigare, dimensionerande delen av projektet, och har inte använts i projekteringen. I fråga om rumsfunktionsprogram (RFP), som är den faktiska rumsbeskrivning som "översätts" till 1:50-planer och uppställningsritningar av enskilda rum, har arkitekten valt att inte använda PTS, utan har i stället skrivit in RFP i verktyget/databasen *dRofus*. Användningen och användbarheten av PTS beskrivs i stort sett samstämmigt. PTS har varit en utgångspunkt ”i så stor utsträckning som var möjligt”, men omdömet är samtidigt att den inte räckt till, och skiftar alltför mycket i användbarhet från rumstyp till rumstyp. Det standardbetonade verkar snarare än PTS vara ett inflytande från andra sjukhusprojekts utformningar, och som i första hand gäller "generella vårdavdelningar" som typologi. Det standardliknande är alltså "utgångspunkter", inte utformningsstyrande i sig. I NAV-fallet tycks dock användandet av dessa verktyg ha en mer konkret koppling till den ekonomiska styrningen av projektet.



USÖ Örebro, H-huset, längdsektion. Zonering i höjdled, där delar med lättare funktionskrav (vårdavdelningar) lagts högst upp. Möjligt att bygga på med ytterligare två våningsplan. Ansluter i tre punkter till befintliga byggnader på tomten, bl.a. i anslutning till ny akutmottagning.

USÖ Örebro, H-huset, med vårdavdelning ögon, generell vårdavdelning samt NIMA. Planlösningen följer en generell indelning med enpatientrum och arbetsstationer i hörn som kan övervaka i flera riktningar. Vårdavdelningarna för ögon resp. NIMA har särskilda utformningar av vårdrum och andra utrymmen. Planfigurens "T-kopplingar" är typiska för hur dagens "generella vårdavdelningar" löses.

ÖREBRO
USÖ, H-huset
Regionsjukhus, universitetssjukhus. (Ett av två i den sammanslagna Samverkansregion Mellansverige, d.v.s. Uppsala-Örebro)
Andra sjukhus i samma region (landsting): Lindesberg, Karlskoga.
Större tillbyggnad, ca 34 000 m²
Projektkostnad 1,5 mdr
Arkitekter: Sweco och Aart
Invigt vintern 2021
Projektet presenterat i tidskriften Arkitektur 3/21.

Sammanfattning utifrån intervjuer och projektbeskrivningar

Det nya så kallade H-huset är en relativt stor utbyggnad, men utgör endast en avgränsad del av sjukhusområdet och akutsjukhusets verksamhet. Den är sammanbunden med två befintliga delar, men likväl byggd som ett självständigt block med en egen inre logik vad gäller stomme, planlösningar, funktionsanalys o.s.v. I fråga om behov är det i första hand en *ersättningsinvestering* för byggnader uppförda under 1960- och 70-talen, uttjänta med hänvisning till såväl teknisk livslängd som lokalutformningskrav. Förnyelsebehoven och dess lösning inom det befintliga området kan således sägas vara av ”dominotyp”, alltså en lösning som sker i en successiv men ej förhandsplanerad sekvens över tid av ersättande/nybyggande inom ett gradvis föråldrat byggnadsbestånd på det begränsade tomtutrymmet. *Lokaliseringen* av investeringen har alltså inte varit någon övergripande fråga (annat än vad som gäller tillgängligt utrymme inom den befintliga anläggningen) på grund av programinnehåll och samband med övriga byggnader.

”H-huset” står (bland annat) för ”Högspecialiseringshuset”, och är därför också en *samverkansregionsgemensam* satsning. Specifikationen av behoven och önskemålen utgick närmast från den befintliga *verksamheten*, med i stort sett samma program i ny byggnad. Sammanfattat består det klinikvis av plastikkirurgi, käkkirurgi, öron-näsa-hals, hud, ögon, neuro. Ögonkliniken är större än de övriga. Till detta kommer kompletterande IVA-platser, sammanlänkade i plan (plan 4) med en äldre byggnadselsdel befintliga IVA, men i den nya byggnaden kopplade till neuroklinik. Enheten NIMA (neurointermediär, som regionklinik) tillkom i programmet efter arkitekttävling (se nedan), liksom en helt ny akutmottagning i viss anslutning till den tidigare.

Arbetet med H-huset och dess program har resulterat i en övergripande form som kan liknas vid en "kam" av kopplade T-komponenter i plan, en lösning som framförallt har med organiseringen av vårdavvdelningar att göra (mer om det nedan; jfr illustration). Nybyggnaden har 6 våningar ovan jord, och har i fråga om generalitet/specificitet i de övergripande funktions- och dimensioneringskraven en viss vertikal zonering (jfr nedan om liknande lösning för NSM Malmö, samt ovan om Västerås horisontella zonering; jfr även illustration). Bjälklagen har samma dimension rakt igenom huset i vertikalled, men pelarsystemets bärning utgår från "tyngre" avdelningar i lägre del (där det bl.a. finns operationsavd.); de översta två planen är dessutom smalare, varav det översta är för vårdavdelningar. Byggnaden ska kunna byggas på med ytterligare två "lätta" våningar. Denna

typ av "generalitetslösning" för funktionskrav och konstruktiv dimensionering skiljer sig alltså från NKS-modellen, som inte zonerar, utan bygger en "klump" utan differentieringar.

Vårdavdelningarna är organiserade utifrån T-formernas korsningspunkter. Viktigaste förebild för detta uppges av arkitekten vara det s.k. T-huset i Borås (som arkitekten i fråga själv arbetade med att utforma), både som plantyp och som lösning för "generella vårdavdelningar". Planerna är organiserade kring enkelkorridor i mitt (ca 16 m mellan ytterväggarna, mot ca 20 m i de lägre planen), och en genomgående förändringsbarhet för i stort sett alla mellanväggar. Plandispositionen utgår från enpatientrum, som adderas till 6 eller 7 kring en s.k. teamstation och till 32 vårdplatser/vårdrum för en hel vårdavdelning kring en gemensam kärna med funktioner i T:ets korsningspunkt. En större del är avdelad för ögonkliniken, och resterande del av våningsplanet har något mer flexibel användning – men alla har samma grundläggande planlösning. Denna följer huvuddragen i de lösningar och "koncept" som återges i CVA/PTS-publikationen "Den goda vårdavdelningen". I en del av bottenplanet är en ny akutmottagning inredd, som knyter ihop en "akutkärna" med intilliggande tidigare läge i en befintlig byggnad, och där den tidigare akutmottagningen byggs om för en ny traumaavdelning.

Operationsenheten i H-huset är avsedd som samlad, *central operationsenhet* för klinikerna i H-huset, men redan i samband med drifttagandet förändras användandet av den. Operationsenheten blir nämligen intressant också för kliniker utanför H-huset med typer av operationer som den inte är utformad för. På så vis prövas gränserna för generalitet och flexibilitet, när nya önskemål tillkommer och kräver ändringar; samtidigt blir enheten central för flera användare och beläggningsgraden ökar. Behovet av *flexibilitet* är mer förutsett i utbyggnadsmöjligheter, som dock inte beror av någon fastighetsplan eller lokalförsörjningsplan, men har byggts in från och med systemskedet "som en *teknisk* aspekt".

Eftersom H-husets program framförallt handlar om högspecialiserade regionkliniker finns en faktiskt verkande *koordinering* som är styrande för utformningen, nämligen den *samverkansregionala*. För denna specialitetssamverkan är klinikerna själva viktiga aktörer. Någon *nationell* samverkan eller centralisering skall däremot ej ha spelat in, annat än för traumavården. Det *regionala koordineringsperpsektivet* blir underordnat eller obefintligt, eftersom större delen av programmet inte har någon motsvarighet på övriga sjukhus i regionen. Inte heller det som allmänt benämns *omställning till nära vård* har varit aktuellt som en faktor i arbetet med programmet, delvis av samma orsaker. Således har sådan "omställning" inte inverkat på utföranden av lokaler i H-huset, t.ex. för så kallad digifysisk vård. Något arbete med särskild inriktning på "omställning" bedrivs heller inte i relation till USÖ eller vårdbyggandet i regionen i övrigt. *Utbildning* spelar större roll, då Örebro universitet numera har egen medicinutbildning. Denna finns med i lokalprogram, bl.a. i form av övningslokaler för undervisning och praktik. Deras placering i byggnaden har ägnats uppmärksamhet, men behoven har inte ökat ytan med mer än 500 m^2, d.v.s. relativt smått i sammanhanget. *Forskning* däremot har inte gett något särskilt genomslag i programmet, då det är fråga om för liten volym och för små behov i de aktuella verksamheterna.

Upprinnelsen till denna bygginvestering kommer således från två håll: dels är det en "intern fastighetsförsörjningshistoria" utifrån regionens eget ekonomiska perspektiv, dels är det verksamhetsbehov i förhållande till samverkansregionen genom specialistmiljöerna. I den meningen har klinikerna själva alltså haft en åtminstone indirekt roll som beställare och formulerare av specifikationen, samtidigt som det mest styrande (fälla avgörandet) tycks vara det fastighetsekonomiska utrymmet, snarare än en strategisk och proaktiv behovsanalys i

relation till verksamheten. (I Orebrofallet betonar man avsaknaden av det strategiska perspektivet, jfr kommentar nedan.) Den första förstudien på initiativ av vårdverksamheterna (med dåvarande placering i A-huset) genomfördes omkring år 2000. En ytterligare förstudie 2010 gav slutsatsen att nytt hus behövdes och inriktningsbeslut togs. Arkitekter fick i uppdrag (Sweco, inom deras ramavtal) att utreda dimensionering och "grovt" program (delvis utifrån schabloner och nyckeltal för ytor och lösningar) i samarbete med fastighetsavdelningen inom regionen. Denna avdelning hade vid den här tiden inte kvar någon egen vårdbyggnadskompetens, då den delen av verksamheten delvis medvetet hade avvecklats genom ett ungefär femtonårigt "byggstopp" för vården. Därför fick kompetensen genom olika åtgärder och rekryteringar byggas upp igen "från scratch", utan möjlighet till direkt relation med tidigare kompetens, och nådde under arbetet med H-huset tillbaka till en kritisk nivå.

Projektet har genomförts som "generalentreprenad/utförarentreprenad med utökad samverkan" (s.k. partnering), med NCC som entreprenör. Detta innebär att *regionen* ansvarar för bygghandlingarna. Vårdverksamheterna har varit företrädda under hela processen enligt vad som uppges, och enligt regionföreträdares egen beskrivning haft en hög närvaro i arbetet i jämförelse med andra projekt/regioner. Det vårdprofessionella deltagandet har skett bl.a. i form av "designdialog", ett begrepp som kommer från CVA och de arkitekter och forskare som är knutna till den miljön. Efter att projektbeslut tagits 2011 fick en second opinion-grupp bestående av en arkitekt samt två externa läkare/verksamhetsexperter granska och bearbeta förstudiens förslag vidare, vilket ledde till bantning och en ny sammanställning av lokalprogrammet som kunde ligga till grund för ett arkitekttävlingsprogram omfattande 24 000 m^2. Arkitekttävlingen vanns av Sweco och Aart, som i sitt vinnande förslag utarbetade en möjlig lösning där en helt ny akutmottagning hade adderats till programmet och den nya byggnadens innehåll, och förlagts på ett sådant sätt att den kunde ansluta till den befintliga. Den nya akuten ihop med en viss generell ytutökning av de givna funktionerna/programmen gjorde att programarean växte till 36 000 m^2.

I Örebro uppger man sig ha en tradition att jobba nära både verksamheterna och arkitekterna, och att verksamhetens behov har fått styra. Även om generella lokaler fanns som en ambition blev det svårt att genomföra dem i H-huset utifrån de särskilda kraven från de högspecialiserade klinikerna: utrustningskrav och plankonfigurationer kunde skifta. Exempelvis har operationsrummen inom H-huset olika storlek och förutsättningar: ögonoperation har speciella krav, och standardytan 60 m^2 behövs inte till dem. I processen med dessa olika lösningar blev det ett tidvis "bökigt" arbete kring dimensioneringsfrågor och specifika önskemål med verksamhetsföreträdarna, "men de uteslöts inte, de måste vara med för att det ska bli funktionella lokaler". Förhandlingssituationen stabiliserades av att regionen/beställaren hade kontroll över dokumenten, även i den påbörjade partneringprocessen.

Att försöka arbeta med standarder och kunskapsstöd var nytt i Örebro, och hade inte använts sedan Spri-tiden. Implementeringen började i och med detta projekt, och har fått möta de särskilda förutsättningarna. PTS har använts som stöd i programarbete och projektering, men i form av en "egen" regionanpassad PTS inom dess fastighetsavdelning efter en särskild "översättnings"- och implementeringsprocess initierad av H-hus-projektet. Standarder och kunskapsstöd i denna tappning beskrivs som "hjälpmedel", inte som normer (jfr övriga projekt i studien). D.v.s. standarden uppfattas som ett "avstamp", en "startpunkt" för olika uppgifter och situationer, inte som en standard styrande på alla nivåer. Exempelvis definierades inga typrum. Först på RFP-nivån (de individuella rumsbeskrivningarna) användes PTS som "utgångspunkt" för utrustning och inredning. Ett mått av generalitet har

snarare uppnåtts i de administrativa utrymmena, "opersonliga arbetsplatser" och arbetsrum som tenderar mot landskap.

När man tog beslutet om projektet 2011 var den egna kunskapen om vårdbyggnad avvecklad efter ett antal års "byggstopp". Den fick byggas upp igen bl.a. med hjälp av konsulter och vidareutbildning vid CVA för lokalplanerare, och utvecklades (åter) till en relativt sett stor egen organisation för vårdbyggnad. Med den återupprättade egenkompetensen beskriver regionens beställarföreträdare det som att den samlade "kunskapsbanken" för sjukhusprojektets genomförande finns i projektet och fördelar sig på egen organisation, arkitekter och erfarna entreprenörer; det vill säga, någon typ av särskild vårdkonsult behövs ej. Regionen har här alltså "klivit fram" och ökat sitt kunskapsansvar. Däremot är jämförandet och kunskapsutbytet utåt svagare. När det gäller någon form av gemensam ”normnivå” i tillämpandet av standarder och lösningar *i förhållande till andra projekt och regioner* är en uppfattning som uttrycks inom Örebro-projektet att ”det vi frågar oss är hur ska vi få den bästa kvalitativa nivån i det enskilda projektet". D.v.s. ett relaterande till standarder som syftande till en gemensam nivå bortom det egna projektet verkar inte förekomma. Även om den egna kunskapen har sina begränsningar sätts således stor lit till den, oavsett bristerna i dess upprätthållande och försörjning.

VÄXJÖ
Nytt Centrallasarett i Växjö (CLV)
Centralsjukhus
Andra sjukhus i samma region: Ljungby
Nyanläggning på ny tomt, ca 105 000 m²
Projektkostnad 5,3 mdr (beräknad)
Planerad invigning 2028

För Växjö finns ännu inget lämpligt illustrationsmaterial, då byggnadsförslaget under arbetet med undersökningen endast varit en dimensioneringsskiss.

Sammanfattning utifrån intervjuer och projektbeskrivningar

Förslaget att bygga ett helt nytt sjukhus utanför staden – Nytt CLV – har sitt ursprung i en fastighetsfråga: tekniskt och fysiskt åldrande i förhållande till verksamhetskraven; samt en uppfattning om att sjukhustomten i centrala Växjö är fullbyggd och utan återstående utbyggnadsmöjligheter. (Det finns en viss historisk bakgrund, även om den inte verkar ha spelat någon roll i diskussionerna idag: redan på 1970-talet fanns planer på att flytta hela sjukhusverksamheten till en ny externetablering utanför staden.) Vid revision av fastighetsutvecklingsplan 2018 var ett beslut på väg att tas om nytt block på det befintliga sjukhusområdet, men regionens fastighetsavdelning initierade en utredning med jämförelse av alternativ. Regiondirektören fick i januari 2019 i uppdrag att ta fram en förstudie (lokaliseringsutredning) med alternativ: nybyggnad på den befintliga sjukhustomten eller på ny tomt utanför staden, med ett antal alternativa lägen. Efter en kort utredningsperiod, att döma av regionens egen information före avslutad utredning av lokaliseringsalternativ, togs i maj 2019 ett inriktningsbeslut om ny sjukhusbyggnad på Räppe-området väster om Växjö tätort, med hänvisning bl.a. till en något lägre kostnad för total nybyggnad än att utveckla befintlig anläggning, samt optimerade flöden (både inre och yttre). Fram till våren 2020 genomfördes ytterligare studier, som fastighetsplan, lokalförsörjningsutredning och tidig dimensionering (”skalbyggnad”) tillsammans med Sweco arkitekter. Man har då räknat och ”typritat” utifrån nyckeltal och skisserade block: 32 m breda för behandlingskärna med operation m.m. och 16 m breda för vårdavdelningar och administration, där vårdavdelningar konfigurerar T-former med enpatientrum (d.v.s. typlösningar, "koncept" som ligger nära PTS och andra sjukhusprojekt). Zonering går efter verksamhetsblock; d.v.s. på snarlikt sätt som andra sjukhusprojekt, exempelvis Västerås, Karlstad, Örebro och Borås; samt MSB:s riktlinjer (rekommendationer) för *Det robusta sjukhuset*.

Underlag och analys har tagits fram utanför regionens egen organisation, av en vårdkonsult. Regionen har gett ett omfattande uppdrag till denna konsult, och satsar alltså inte på kontroll över processen i den meningen eller att utveckla egen kompetens i dessa avseenden.
För formulerandet av specifikation till studierna av en ny byggnad levererades således (juni 2020, slutrapporterad mars 2021) en vårdbehovsanalys av vårdkonsultföretaget Sirona, för att ge bl a underlag till nyttjandegrad av lokaler: framtida vårdbehov, vårdstruktur, arbetssätt osv med sikte mot 2030, samtidigt konkret om vårdplatser, operationssalar osv. För dimensionering bl a med vårdplatsbehov, har Sirona i sin rapport formulerat tre alternativ och förordat ett. De bygger på en kombination av data från Region Kronoberg, SCB och jämförelseprojekt (andra sjukhus, med utgångspunkt i vissa lösningar). Utifrån Sironas

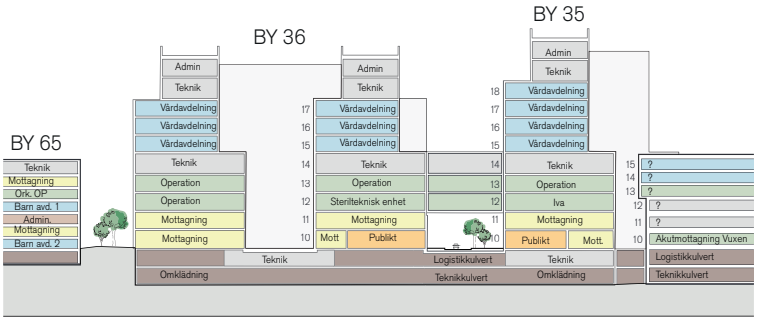
rapport och rekommendation bör antalet vårdplatser på CLV minskas med nästan en tredjedel. Att utredandet i sin helhet är utlagt på konsulttjänster motiveras bl a av att regionen saknar egen utredningsorganisation som kan matcha en etablerad vårdkonsult, samt att vårdkonsulten i fråga skall vara en neutral part i att producera en behovsbeskrivning (det arbete som går direkt in i funktionsprogram och tidig projektering: utformning, lösningar) att ställa mot dem som kommer från vårdprofessionerna.

Runt detta projekt finns ett uttalat större vårdsammanhang och avsedd "koordineringsfaktor", som visserligen inte är orsak, men medverkande. Koordinering *inom* regionen är en starkt uttalad *ambition*, en del av det som presenteras som grundläggande för utformningen och dimensionering av det föreslagna nya sjukhuset. På beställning av regionen genomfördes 2017 en utredning av samma vårdkonsult, Sirona, om "omställning till nära vård". Detta arbete, kallat *Närmare kronobergaren*, löper som ett *parallellt* spår till *Nytt CLV* . De är åtskilda projekt och organisationer, men samverkar med samma tidshorisont mot ca 2030 i ett uttalat samlat sikte där ”det nya sjukhuset bara är en del” av vad som ska vara "vården i regionen snarare än sjukhus", och som löper in i avgöranden om antal vårdplatser, vårdavdelningars planlösningar, enpatientrum, placering av mottagningar, hur öppenvård organiseras och dimensioneras. Detta kommer således att ligga i beställningen till en arkitekt som dock kommer att kontrakteras först efter sommaren 2021. Vårdkonsultens CLV-rapport har inte någon formell status (t ex genom något beslut), verkar det ha en status i praxis där andra uppfattningar ”prövas” mot rapportens slutsatser, men inte i någon fastlagd ordning. Under sommaren 2020 började *verksamheter/personal* inom sjukhuset att involveras i arbetet med vårdens innehåll i det tilltänkta sjukhuset. Medarbetarinvolveringen sker i arbetsgrupper från resp. klinik, med ”delprojektledare” tillsammans med vårdkonsulten. När det gäller vårdorganisationen är den under utarbetande och diskussion tillsammans med övrig planering – inte fastställd.

Man hänvisar till att skapa förutsättningar och lösningar för ”nya vårdbehov och arbetssätt”: den pågående ”omställningen av hela hälso- och sjukvården till nära vård” samt ”mer individanpassad vård”, ”nytt sätt att se patienten”, ”vård i öppna och flexibla former utanför sjukhusen”. *Närmare kronobergaren* har konkretiserats, så här långt, främst genom det arbete som vårdkonsulten Sirona utfört. Det pågår med deras hjälp ett implementeringsarbete som bland annat resulterat i ett större antal 60-tal "initiativ” (jfr Sironas rapport). Kopplingen mellan *Närmare kronobergaren* till *Nytt CLV* kan enligt uppgift handla t ex om s k *digifysisk vård* och egenmonitorering (d.v.s. digitalisering) i förhållande till omräknat vårdplatsantal. Förslagen ger intryck av att beskriva ambitioner som fortfarande är en bra bit från konkretion och nya, etablerade former.

När det gäller *samverkansregionen* (Södra regionen: Skåne, Sydhalland, Blekinge, Kronoberg) och dess nivåstrukturering har det *inte* inverkat på frågor i vårdplaneringen eller byggnadsutformningen så här långt, har inte ”styrt in i processen”. Detsamma gäller nationella perspektiv på sjukhusvård: någon diskussion av dem har heller inte varit en del av processen så här långt. *Konsultrapporterna* – som ju framstår som mycket definierande i Växjöfallet – tar inte upp denna typ av koordinering specifikt. (Att kontrollera närmre.) Frågor om *forskning och utbildning* ”kommer senare, andra tunga beslut om byggnaden går före”. *Kompetensförsörjning* uttalas som *en av de viktigaste frågorna* för den fortsatta utvecklingen och planeringen av hälso- och sjukvården i Kronoberg (rekryteringsbehov av ca 500 medarbetare de närmsta åren enligt uppgift).

När det gäller ”standarder” i projekteringen uppger man att det är ”för tidigt att svara på” i det skede *Nytt CLV* ligger nu. Projektet kommer att utgå från PTS, enligt beslut i regionen, men svaret till undersökningen går alltså i riktning mot att det kan bli en förhandlingsfråga inom projektet. Likaså framhålls CVA och exempelsamlingen ”Den goda vårdavdelningen”, som kopplar till PTS. D.v.s. det är en utgångspunkt som ska väljas, snarare än ett givet "ingångsvärde". Projektchefen relaterar det till kostnadsfrågor, att kunna definiera och lägga en (egen) ”minstanivå” och ”hitta smarta lösningar” i samarbete med entreprenör och hantera alternativ om prioriteringar blir nödvändiga. Även här ges (i förhållande till normer och standards) uttryck för *situationsanpassning och flexibilitet* (jfr andra sjukhusprojekt).
När det gäller ”kunskapsutbyte” nämns framförallt de kunskaper som entreprenören (Skanska) har, hittills enbart med NKS i bagaget som fullbordat sjukhusprojekt. Här nämns också PTS funktion som nätverk, samt utbyten och samtal mellan regioners fastighetsavdelningar.



NSM Malmö, sektion genom vårdbyggnaderna 35 och 36. Byggnaderna är zonerade på höjden för generella användningsområden: tyngre funktioner längre ned i huskroppen, vårdavdelningar och administration på de översta våningsplanen.

NSM Malmö, byggnad 35, generell vårdavdelning som följer ett upplägg utan precisering för viss verksamhet eller program. Planen innehåller enpatientrum på liknande sätt som i andra projekt, men bildar däremot inte en F- eller H-liknande figur.

MALMÖ, NSM
NSM Vårdbyggnad, även benämnd Byggnad 35-36
Del av SUS, med anläggningar i Malmö och Lund
Andra sjukhus i samma region: Helsingborg, Kristianstad, Ystad, Trelleborg, Landskrona, Hässleholm, Ängelholm.
110 000 m²
7,5 mdr
Beräknat färdigställande 2025

Sammanfattning utifrån intervjuer och projektbeskrivningar

NSM, *Nytt Sjukhus Malmö*, består av flera projekt, varav *NSM Vårdbyggnad* är störst, 2/3 av hela NSM. Det benämns också *Byggnad 35-36*. Det är i huvudsak att betrakta som en *ersättningsinvestering* för att uppdatera lokalkvalitet (teknisk och funktionell standard) samt att stärka försörjningssystem. Det byggs inte i förhållande till ett utarbetat funktionsprogram. Däremot har det i formulerandet av denna beställning kommit önskemål om förändrade *samband* mellan verksamheter samt mellan kliniska och icke-kliniska utrymmen inom verksamheterna, t.ex. i fråga om administrativa ytor som kan minskas och flyttas ut. Till det har kommit en förändrad beställning av lokalisering av verksamheter och program genom skiften i den politiska majoriteten i regionen under arbetets gång, som gäller sammanförande av psykiatrisk och somatisk (= kropps-) vård. Malmöprojektet har överhuvudtaget kommit att präglas av en rörlighet i förutsättningar och beslut. Framträdande är då att specifikation av ett definierat programinnehåll inte driver byggnadsbeslutet och projektet, utan programmeringen löper som en parallell och rörlig process.

Lokaliseringens något större kontext är det sammanslagna sjukhuset SUS, i vilket sjukhusområdet i Malmö ingår. Sammanslagningen av sjukhusen i Malmö (MAS) och Lund (LUS) till Skånes universitetssjukhus (SUS) skedde år 2010. I bakgrunden finns därmed en fortlöpande diskussion om vilka verksamheter som skall vara i Malmö respektive Lund. Men den har inte varit avgörande för detta byggnadsbeslut, eftersom det i första hand är fråga om en investering för att ersätta och förnya i byggnadsbeståndet – att så att säga skaffa nya och fräscha kvadratmeter till sjukhuset i Malmö – och där det alltså inte har funnits något tydligt specificerat funktionsprogram som drivit fram investeringen. Processen har således inte gällt att finna en adekvat lokalisering för ett sådant, utan saken gäller lokalförsörjningsverksamheten i Malmö i sig. Den något större SUS-kontexten finns emellertid närvarande i den meningen att det också handlar om att upprätthålla nivån på lokaler och utrymmen *i förhållande till* Lund. På regionnivå finns en fastighets- och lokalförsörjningsdiskussion som gäller fördelningen mellan fler sjukhus, och därmed *lokalisering av fastighetsinvesteringar*. På denna nivå konstaterades att Malmö hade störst behov av investeringar, framförallt på grund av byggnadernas tillstånd. (Helsingborg fick dock gå före, men stoppades sedan tillfälligt.)

Lokaliseringen och arkitekturlösningen inom sjukhusområdet har styrts av starkt begränsande förutsättningar i en redan tät sjukhusbebyggelse, vilket har lett till en lösning där man zonerar på höjden. Byggnaderna får skjuta uppåt, bryta tvärt mot den befintliga bebyggelsens hittills jämna profil (successivt höjd med några våningar i taget sedan 1890-talet), så att

sjukhusområdet blir en del av den skyline som växer fram i Malmö. Fördelningen följer ett slags Manhattanprincip med gatuskala, kvartersskala och himmelsskala: de rätt kompakta byggnadskropparna trappas av uppåt i förhållande till vad verksamhetstypen kräver, från mottagningar i botten, förbi de tunga behandlingsplanen med förbindelser till andra byggnader, vidare upp till vårdavdelningar med maximalt dagsljus och längst upp administrationsplan och takterrasser. En särskild och ovanlig omständighet när det gäller den yttre gestaltningen är relationen till Malmö stad (Stadsbyggnadskontoret), som har varit en betydelsefull part när det gäller sjukhuset och dess närmaste omgivning, med framtagandet av ett gemensamt dokument för gestaltningsprinciper för hela sjukhusområdet tidigt i processen.

De nya byggnaderna beskrivs som "generella vårdbyggnader" med "generell teknisk struktur", med standardrum och standardavdelningar (typrumsritningar och standardfunktionsprogram). En uppfattning som uttrycks av Regionfastigheter i anslutning till denna typ av lösningar är att de "inte kan skräddarsys för dem som skall flytta in först", d.v.s. den verksamhet som skall använda lokalerna. Detta att bygga generellt och flexibelt betonas starkare i Malmö än annorstädes. Man tänker i form av s.k. skalbyggnader även fortsatt in i projekterings- och byggfasen – något som i andra jämförbara projekt används mer avgränsat för de tidigare faserna. I Malmö har man under denna något ovanliga princip således *arbetat parallellt med programmet och ytornas funktionsprogrammering*. Det har lett till vissa omtag i den dimensioneringen, när större förändringar skedde längs vägen i det programinnehåll som alltså arbetas fram parallellt. Det har även inneburit ett parallellt och kontinuerligt arbete med att utveckla verktyg för att kunna hantera den parallella projekteringen (jfr nedan om vägledande standard m.m.).

Koordineringsfrågor är, som framgår av beskrivningen ovan, omfattande på ett lokalt plan när det gäller Malmö och Lund. De utgör en sammanslagen organisation sedan 2010, men de har också en många decennier lång (och komplicerad) historia av koordinering kopplad till den gemensamma universitetssjukhusuppgiften. Däremot framstår det mer oklart hur dessa frågor formuleras och kommer in när det gäller övriga sjukhus och verksamheter i regionen, till exempel i förhållande till Helsingborg: denna koordinering tycks inte ha varit någon synlig/påtaglig faktor i arbetet med NSM. Den aktuella byggorganisationen verkar snarare än att omhänderta vårdbyggandet regionalt byggas upp för projektet (för genomförandet av bygget). Likväl finns en sedan länge pågående *centralisering/omfördelning* mellan de större och mindre sjukhusen i Skåne, som framförallt påverkat verksamhetsinriktningen i Ängelholm, Hässleholm och Landskrona.

Den *samverkansregionala koordineringen* är en självklar delaspekt vid planeringen av verksamheter vid SUS, då sjukhuset är regionsjukhus inom Södra sjukvårdsregionen. Dock har den inte varit aktualiserad eller uppenbar som en faktor i arkitektens arbete med NSM, närmast till följd av det oklarheterna i programprocessen. Fördelningen av *nationell specialisering* utifrån rikssjukvården är också ett moment som berör SUS. Sjukhuset skall exempelvis vara ett s.k. traumasjukhus (i likhet med USÖ i Örebro), men enligt uppgift finns också en fördelning mellan de ingående enheterna, där Lund skulle vara traumasjukhus "nivå 1" (d.v.s. en högre klassning). När det gäller eventuell inverkan av en *omställning till nära vård* kan någon sådan inte konstateras i NSM. Det kan troligen förklaras med projektets art, alltså typen av verksamheter som är i fråga för de nya lokalerna och att ett eventuellt sådant omställningsarbete inte når in till processerna i just detta projekt (jfr beskrivningarna ovan).

Som beställare agerar Regionfastigheter, bildat i januari 2017 genom en sammanslagning. En fastighetsplan för sjukhusområdet antogs 2011, och det politiska beslutet togs december 2013

varefter projektet började bygga upp sin organisation från 2014. Detta skedde utan att det förelåg klarhet i övergripande programinnehåll (jfr ovan och nedan). White arkitekter, nu ansvariga arkitekter, kom in i projektet 2015, vars arbetssätt med konsulter och byggentreprenör följer den modell som brukar kallas partnering. 2015 fastställdes en *lokalförsörjningsplan*, som också inbegriper Lund, med grov dimensionering och inplacering av och samband mellan funktioner.

Bygge och programinnehåll beskrivs som att de har löpt parallellt, ej särdeles integrerade i varandra, som en vald strategi för projektet. De första åren började de gå i otakt. Bygget gick fortare fram än de parallella programdiskussionerna, och det uppstod också en bristande samordning mellan de beslut som redan fattats och den politiska ledningens förändrade vilja. 2016 skedde ett omtag med anledning av detta, bl.a. med tillsättandet av en ny projektchef. I juni 2017 togs ett nytt politiskt beslut, och en blocköverskridande "parlamentarisk grupp" bildades för att stabilisera politikens inverkan. Programarbetet för NSM har således i praktiken bedrivits under redan pågående systemhandlings- och bygghandlingsprocess och till viss del påbörjat bygge, med vissa fysiska ändringar i redan byggda delar som följd. Längs vägen har skett en ökning av programytan från 60 000 till 100 000 m^2 som beror dels på programutvidgning, dels på "inkrementell" ökning genom framförallt tekniska krav. Denna ökning av ytan har enligt vissa röster "hopat sig" som en följd av processens utseende.

När det gäller standarder och kunskapsstöd har man till viss del utgått från det slags verktyg som finns att tillgå idag, men till detta fört en egen utvecklingsprocess som man tycker relaterar mer direkt till behoven och situationen i projektet. Från 2015 påbörjades ett eget arbete med "vägledande standarder" som tagit viss utgångspunkt bl.a. i PTS. Dessa beskrivs som att de *för denna byggnad har ersatt program*, det vill säga att ett program inte ska behöva sättas för utformningens och utförandets skull om "vägledande standard" följs. "Vägledande standard" har dock inte kunnat ersätta ett fastställt programs *dimensionerande* funktion, och den avsevärda ökningen av ytan kan tänkas få en delförklaring i detta förhållande. En slutlig dimensionering har av naturliga skäl inte kunnat undvikas (husen och våningsplanen måste till slut få sina mått), men den har alltså nåtts på annan väg. Det "parallella" programmerandet, dimensionerandet och byggandet i NSM-processen kan därför också beskrivas som *uppskjuten definiering av behoven*, och där ser "vägledande standard" ut att ha getts en ersättande roll. Detta gäller inte bara resultatet men också processen, då denna således har placerat tidsresurser i förhandlings- och arbetsprocesser för framtagandet av en sådan lokal standard snarare än i definierandet och fastställandet av program.

En mer konkret funktionell (materiell) avsikt med "vägledande standard" tycks vara att fixera det "generella byggandet" i ett slags bygglåda, som möjliggör grundläggande kostnadsberäkning. Den utgår då från vårdrum i form av *enpatientrum*, som adderas och blir till *vårdavdelningar* om 24 enpatientrum (4 enheter av 6 enpatientrum kring ett personalteam); dessa ger våningsplan och därmed byggnadens mått. Projektering av själva byggnaden har kunnat påbörjas genom de yttermått som då kunnat erhållas och att systemhandlingar kunnat upprättas. Framtagandet av generella lösningar och skalbyggnad har därmed ansetts kunna löpa parallellt med att man går in i detaljprojekteringen. Nästa programnivå har kunnat gå igång i tre nivåer av programhandlingar: "vägledande standard" (för typrum gemensamma för olika verksamheter); "generella programhandlingar" (vissa krav definierade); "specifika programhandlingar" (när typen av verksamhet definierats). Specificiteten i de "specifika programhandlingarna" tycks dock vara begränsad då kommunikationen med vårdverksamheten inte har kunnat vara genomgående tät på grund av

processens utformning (jfr ovan), bland annat till följd av osäkerheterna i beställningen i fråga om exakt vilken verksamhet och avdelning som ska in var.

När det gäller kunskapsinnehåll och den vägledning som kan erhållas genom exempelvis standarder finns kritiska kommentarer. De har också beröring med kompetensfrågor generellt i projektet. Om PTS som utgångspunkt för NSM:s "vägledande standard" förekommer kommentarer som "ett lapptäcke", "ibland precis, ibland föråldrad, ibland bristfällig", "av tveksam användbarhet", något som man nödgas "göra mycket avsteg från". När man lokalt vidareutvecklat PTS till sin "vägledande standard" har denna blivit ett bättre alternativ, "men inte så vasst eller stabilt som man hade hoppats: det händer hela tiden saker, [vilket gör att] den måste hela tiden ändras och uppdateras". En del av en lösning på detta problem vore (enligt samma informant) att det funnes "en kritisk massa av personer på regionen som tar hand om dokumenten och uppdateringen till nästa generation, nästa projekt, nästa projektledare o.s.v., för att undvika att det glöms bort och därmed blir en angelägenhet bara för detta projekt. D.v.s. en kontinuitet inom beställarledet, med mer långsiktig egen kompetens."

Organisationen som driver NSM Vårdbyggnad har till stor del byggts upp för just detta projekt, bl.a. med rekrytering från byggsektorn. Kompetensen har till betydande del fått köpas in externt, och konsulter står för stor del av kunskapen om sjukhuset i förhållande till regionens egen projektledningsnivå. Genom detta arbetssätt förmedlas en avgörande del av kunskapen in i projektet: entreprenören kommer in med sin förvärvade kunskap om sjukhusprojekt (i det här fallet Skanska, som etablerade sig som sjukhusbyggare med NKS). En viss kunskapsreserv finns även i tidigare medarbetare med kunskap från andra sjukhusprojekt som ligger några år tillbaka i tiden, t.ex. nya akutmottagningen i Malmö (2011). I fråga om den *erfarenhetsåterföring* som efterfrågas, både för utvecklande av projektverktyg och för kompetensens upprätthållande, finns enligt regionföreträdare planer på att bygga upp någon form av "kompetenscenter" där kunskap och erfarenheter från NSM-projektet skall kunna samlas systematiskt och nyttiggöras för kommande projekt inom regionen.

Analys och diskussion i anslutning till de fyra fallstudierna

Detta avsnitt innehåller analys och diskussion, med kommentarerna fördelade i sju diskussionspunkter som lyfter fram resultat av särskilt intresse ur fallstudierna. Det är diskussionspunkter som kopplar ihop generella iakttagelser och slutsatser, alltså resultat som till större delen sammanfaller mellan de olika projekten, med huvudfrågor för utredningen. Tonvikten ligger helt på kritiska perspektiv: att finna fram till sådana problematiska aspekter som behöver belysas för att hitta lösningar i förhållande till viktiga vårdintressen. Avsikten är att analysera sjukhusprojektens byggnadslösningar, tillvägagångssätt och målsättningar som redovisats i studierna, för att dels syntetisera dem till sammanvägda problembilder, dels peka på specifika punkter som påverkar utredningens frågeställningar. Dessa problembilder och punkter kan i sin tur utgöra ett underlag i policydiskussioner.

Det är viktigt att påpeka att analysdelen helt och hållet utgår från fallstudierna och de svar som informanterna i undersökningen har lämnat. När förhållanden i respektive sjukhusprojekt diskuteras, utgår det alltså från vad sagespersonerna meddelat. Denna del är således inte jämkad mot andra typer av källor för projektens vidkommande, annat än att en viss mängd skriftlig redovisning av respektive projekt också har använts som komplettering till intervjuerna. Däremot har ett antal referenser från ämnesrelaterade källor förts in där diskussionen har gjort det påkallat.

Innehållsöversikt

1. Sjukhusbyggnadsbehoven: tendens att fastighetsperspektiv dominerar
2. Lokalisering och byggnadsbeslut: den gamla lasarettsstrukturens inverkan
3. Generella lösningar – effektiv metod eller osäker styrning?
4. Kunskapsstöd och standarder: PTS-verktygets brister och fenomenet "projektisering"
5. Koordinering med externa faktorer och intressen: svag närvaro
6. Kunskapsöverföring och innovation
7. Kunskapsstöd: frånvaron av övergripande vårdprofessionella perspektiv

1. Sjukhusbyggnadsbehoven: tendens att fastighetsperspektiv dominerar

Dagens vårdbyggande har en tendens att mer definieras som en bygg- och fastighetsfråga än som en fråga för vårdens strategier och utveckling. Denna slutsats kan dras med ledning av intervjumaterialet, tillsammans med beskrivningar i övrigt från regionerna av de studerade projekten. Det handlar då om att ge en mer faktisk inramning åt projektens utgångspunkter, snarare än policy- och målbeskrivningar, värdeord o.s.v. Skillnaden mellan "fastighetsfråga" och "vårdfråga" är inte alltid definitiv, "svartvit", men ett mönster framträder av att fastighetsperspektivet får en dominans: avgöranden kring fastigheter och lokaler sker inom ramen för en redan befintlig byggnadsmassa snarare än inom ramen för en sjukvårdsplanering eller -strategi. Detta väcker frågor kring förutsättningarna för dessa frågors optimala hantering, med hänsyn till såväl regionala som nationella strategier och intressen.

Undersökningens frågor har inledningsvis berört *vad* som ska byggas. En slutsats av intervjusvaren blir att förnyelsen av vårdbebyggelse och sjukhus till överraskande stor del har sin upprinnelse i fastighetsfrågor. De största nu pågående investeringarna (jfr undersökningens fall, som är fyra av de mest omfattande nu aktuella sjukhusprojekten) kan då hävdas lösa frågor som mer rör ett fastighetsbestånd än ett vårdsystem eller vårdstrategier. Vårdfrågorna kommer förvisso in på olika sätt, i utvalda aspekter som gäller respektive byggnadsuppgift – men inte i någon tydligt drivande form, på det sätt som kan exemplifieras med den pågående sjukhusreformen i Danmark (se vidare nedan). Uttryckt på annat sätt: av intervjusvar framkommer inga exempel på att beslut om nya investeringar skulle ha uppkommit direkt ur frågor kring själva vårdarbetet och dettas organiserande eller ur strategier för större vårdsammanhang (regionala, nationella). I samtliga studerade fall är det fråga om ersättningsbeslut som relaterar direkt till befintliga byggnader/tomter och pågående verksamheters behov. (Detta gäller även för Växjö-förslaget, som är en omlokalisering inom Växjöorten föranledd av lokalfrågor och en tomtutredning.)

Regionernas fastighetsavdelningar kan, som det visar sig av exemplen i undersökningen, både själva ha initiativet – som i att aktualisera och definiera behovet, t.ex. via en egen utredning – och fälla avgörandet när initiativet kommer från verksamheten och/eller politiken, genom att då ställa det mot tekniska och ekonomiska fastighetsfrågor som gäller de befintliga anläggningarna och sjukhustomterna. Detta kan t.ex. handla om rumsliga eller budgetmässiga prioriteringar inom fastighetsförvaltningen, och begränsningar som primärt rör fastighetsekonomiskt utrymme, snarare än vårdverksamhetens prioriteringar och utvecklingsbehov eller frågor om sjukvårdsplanering.

Med vissa viktiga undantag är det fastighetsavdelningar utan (eller med avvecklad) egen specifik vårdbyggnadskompetens som har mycket av dessa avgöranden i sin hand, genom att de formulerar problemen och lösningarna, levererar underlag, vägleder i de ekonomiska besluten, och har det direkta inflytandet över det tillgängliga fysiska och fastighetsjuridiska utrymmet (bebyggelse, utbyggnadsutrymme). De fastighetsmässiga planeringsperspektivens längd och bredd skiftar lokalt, men verkar som regel koppla till de närmast liggande behoven – alltså främst det man benämner ersättningsinvesteringar, att ersätta tekniskt uttjänta kvadratmeter byggnad med nya inom samma bebyggelse.

Vårdintressen som då inte kommer till definierande uttryck i strategier för det pågående sjukhusbyggandet kan vara sådana som är av central betydelse för vårdens utveckling. I

nuläget finns en stor strategisk och systemrelaterad fråga i *omställning till nära vård*. Det är ett centralt reformarbete för vårdverksamheten vars utgångspunkter och målsättningar hunnit utvecklas i ett flertal utredningar (se t.ex. SOU 2017:53, SOU 2018:39, SOU 2019:29, SOU 2020:19). Det finns också andra uppdrag från högre nivå, framförallt utpekade nationella vårduppdrag, som kan vara av betydelse i sammanhanget och som också framhålls i uppdraget till denna utredning. De förhåller sig t.ex. till det som uttrycks i HSL, nationella mål och reformer, kompetensförsörjning, forskning och utbildning, beredskapsfrågor, lösningarnas ändamålsenlighet och kostnadseffektivitet. Det är lämpligt att i detta sammanhang framhålla den möjliga jämförelsen med det föregående stora sjukhusbyggnadsskedet omkring 1960-1980, då byggnadsinitiativen och projektens framväxt *framförallt* var uttryck för förändrade vårdverksamheter och krav samt de övergripande intressena och uppdragen (jfr Åman 1976; även Björklöf 1976).

Om större vårdsammanhang och övergripande vårdintressen inte har prioritet och formuleringsföreträde framför fastighetsperspektiv kan det också skapa konfliktytor. Detta åskådliggörs av Nya Karolinska i Solna (NKS), ett stort sjukhusprojekt i bruk sedan några år som i hög grad drevs framåt av ett fastighetsutvecklingsprojekt. Där fanns också ett syfte för verksamhetens förändring, men såväl fastighetsprojektet som organisationsidén saknade tydlig förankring i de omgivande regionala likaväl som de nationella behoven och vårdstrategierna. Följden kan sägas ha blivit att själva byggnads- och fastighetsprojektet väsentligen *tog över* syftet. Det möjliggjordes av att projektet inte kopplade till någon konkretiserad sjukvårdsplan eller annan tydlig behovs- och strategisättande planeringsram för regionens sjukhusverksamheter. Den mängd obesvarade frågor som inte fick någon definierad lösning i byggnadsprojektet NKS lämnades vidare som bestående konfliktkällor (Se vidare Ennart & Mellgren 2016; Öhrming 2017; Meijling 2018; SOU 2020:15; Grafström, Maria, Qvist, Martin & Sundström, Göran, red., 2021.)

Fastighetsfrågornas precedens – eller problemformuleringsföreträde – kan således illustrera risker med att ha alltför separerade organisationer, om fastighet och byggande som syften börjar divergera i förhållande till det *överordnade* syftet och uppdraget som torde vara vården och inget annat. Det bör i detta sammanhang påpekas att regionerna inte har något särskilt politiskt uppdrag eller ansvar att bedriva fastighetsrörelser. Regionernas fastighetsförvaltning har vuxit fram som en integrerad del i byggandet för ett avgränsat syfte och en specifik verksamhet – vårdverksamheten – och först i efterhand separerats ur denna verksamhet och försetts med särskilda, efterhandskonstruerade mål.

Tendensen till fastighetsperspektiv, och de problem denna tendens kan generera, har direkt bäring på de av undersökningens frågor som mer specifikt handlar om koordinering med övergripande vårdintressen. Det gäller då i vilken mån det går att värdera regionala/lokala möjligheter och planerade nästa steg i förhållande till möjligheten föra in utifrån kommande behov, kunna påverka inriktning o.s.v. för vårdens utveckling och strategiska riktning. Det berör direkt och aktuellt de ännu outredda byggnadsmässiga formerna och lösningarna för omställning till nära vård. Men det kan också gälla byggnadsfrågor som redan nu är på väg att etablera vissa mönster, t.ex. för dimensionering, antal vårdplatser, vårdavdelningars utformning, och liknande (se vidare nedan) – vilka är förutsättningarna för att lösningarna görs med alla relevanta utgångspunkter i beräkning?

Jag har pekat ut tendensen till "fastighetsfrågebegränsning" – det kan också aktualisera en strategiskt viktig fråga: var finns vårdperspektivets egna problemformuleringsplats(er) för byggnaders och lokalers form? D.v.s. en plats där vården mer självständigt kan artikulera vad

som behöver utvecklas, för att från en tydligare egen position kunna möta de mer konkreta och tekniska fastighetsfrågorna. Kan det vara så att de arenor som finns uppbyggda och tillgängliga idag är för nära bundna till ett fastighets- och byggandeperspektiv? Tendensen att vårdfrågor i stället blir fastighetsfrågor riktar därför också uppmärksamheten vidare mot ett ytterligare annat problem, nämligen frånvaron av representation i vårdbyggandet av de generella medicinska och vårdprofessionella perspektiv som kan avspegla överordnade – exempelvis nationella, samverkansregionala o.s.v. – intressen och aspekter mer neutralt, d.v.s. som inte förhåller sig till partsfrågor i den enskilda byggprocessen eller den enskilda byggorganisationen. (Mer om det nedan.)

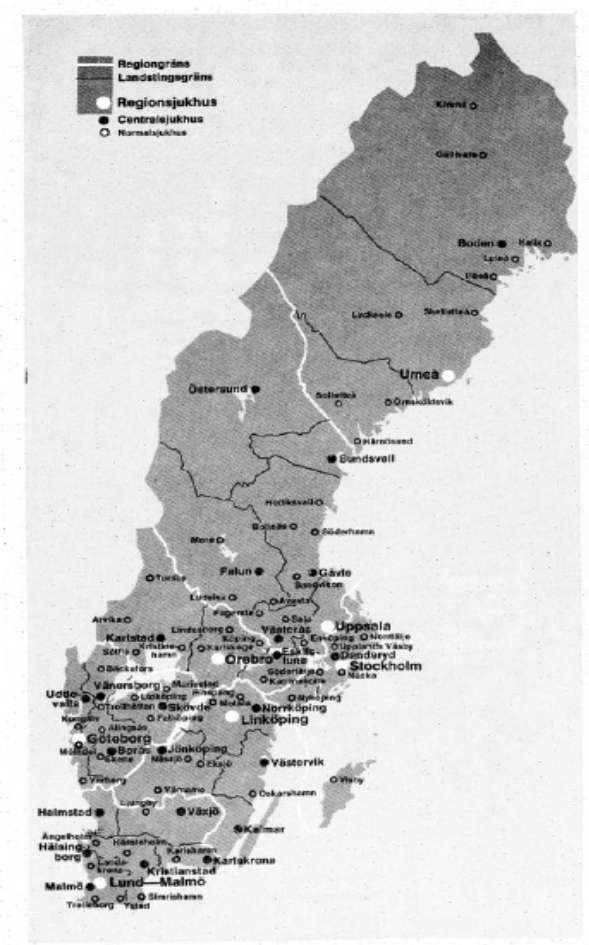
2. Lokalisering och byggnadsbeslut: den gamla lasarettsstrukturens inverkan

En mer övergripande analys – som för ett ögonblick lyfter blicken ett stycke ovanför undersökningens fallfokusering – handlar om den befintliga svenska sjukhusstrukturen och dess hittills ouppmärksammade avgörande betydelse för styrningen och lokaliseringen av vårdens byggnadsinvesteringar. Analysen sätter intervjusvaren i samband med en tidigare studie av författaren: underlaget finns alltså delvis utanför denna undersökning, men är väsentligt för kontexten runt beslut i projekten. En preliminär slutsats är att denna befintliga byggnadsstruktur tenderar att redan på förhand besvara viktiga strategiska frågor av den typ som utredningen väcker, utan att de således får någon mer öppen prövning. Exempelvis: Var skall sjukhus ligga? Lokaliseringsfrågor är i de allra flesta fall avgjorda på förhand på grund av ett mycket starkt stigberoende i det sedan länge fast etablerade byggnadsmönstret. Vilka uppgifter skall sjukhusen utformas för inom ett system, d.v.s. i relation till omkringliggande sjukhus eller sjukhus med mer centrala uppgifter? Hur skall sådana systemuppgifter förhållas till befintliga anläggningar eller tänkbara nya konfigurationer? Också denna typ av frågor får en stor del av sina svar på förhand från det existerande, nedärvda mönstret.

Undersökningens frågor har även berört *var* det ska byggas. Karakteriserande för den samlade svenska sjukhusbebyggelsen är att befintliga sjukhusmiljöer och -anläggningar fortsatt utgår från det mönster som etablerades genom landstingssystemets inrättande på 1860-talet. Lokalisering av ny sjukhusbebyggelse ser som regel inte ut att vara föremål för någon egen, fristående diskussion av alternativ (med ett undantag i undersökningen): förutsättningarna uppfattas som givna av det befintliga mönstret. Det genererar ett naturligt fokus på det begränsade tomtutrymmet, där man är hänvisad till ett återkommande "läggspel" av att riva och ersätta med nya byggnader i någon form av sekvens.

Det nuvarande sjukhusbyggnadsmönstret har byggts upp i en *samverkansmodell* mellan landsting och statliga organ, där det lokala demokratiska självbestämmandet gick hand i hand med statligt överinseende. (Ang. samverkansmodellens tillämpningar på olika områden, se t.ex. Kaijser 1994, s. 178-184.) Denna modell utvecklades så att säga organiskt: landstingen definierade sina behov och sin struktur efter hand, staten fick vartefter en tydligare rådgivande och granskande roll utifrån ett övergripande medicinskt ansvar. Detta samspel ledde via ett antal lagstiftningssteg under första halvan av 1900-talet, vilka formaliserade det som redan hunnit byggas upp av landstingen, fram till det mönster vi känner idag. I och med den stora expansionen och de omfattande investeringarna under 1960- och 70-talen växte detta mönster sig mycket fast, och det är inom det som dagens investeringar fortsätter. När sjukvårdsregionerna (idag kallade samverkansregioner) inrättades omkring 1960 innebar detta

ingen ny nivå av anläggningar eller lokaliseringar, utan enbart en utveckling inom de *befintliga* anläggningarna (utbyggnad eller nybyggnad av kliniker med regionansvar).



Aktuell status för det svenska "lasarettssystemet" i början av 1970-talet. Kartan visar landsting och samverkansregioner samt platser för sjukhus på olika nivåer. Värt att notera är hur pass oförändrad denna kartbild är idag: med en del nedläggningar och kvalitativa förändringar är det i allt väsentligt samma platser och anläggningar som idag – och de bygger vidare i stark kontinuitet på 1800-talets etableringar. Ur Arkitektur 3/1970.

Eftersom staten *inte* styrde utbyggnaden i meningen peka ut och besluta om etableringar – detta låg helt i landstingens egna händer – kom statliga godkännanden och samordning att utgå från det mönster som landstingen själva etablerat och arbetade vidare i. Samverkansmodellen var här som på andra samhällsområden en fördelning av makt och arbetsuppgifter som utvecklades efterhand, med ett antal specifika organ som knöt ihop beslutsvägar, kommunikation och kunskapsspridning. Landstingen lämnade som regel in översiktliga ritningar och uppgifter om sina planerade sjukhusprojekt för förhandsbedömning hos Spri, ofta också hos NSB, organ som med tiden byggde upp stor kunskap. Granskning och godkännande av förslagen gjordes av NSB, ett förfarande som ytterst sällan ledde till några åtgärder eller överklaganden, och där heller ingen efterhandskontroll fanns. Statlig styrning skedde i större utsträckning genom Socialstyrelsens kontroll av läkartjänsttilldelningen och av sjukhusbyggnadsprojektens prioritering i förhållande till byggnadsinvesteringsramarna i den statliga konjunkturpolitiken (Hultén 1975). Vi kan alltså konstatera att även om landstingen själva skapade ett byggnadsmönster, så hade styrningen och beslutsprocessen kring sjukhusinvesteringarna ett flertal statliga eller samverkansorganiserade inflöden som berörde ekonomi, vårdintressen och kunskapsspridning. Överföringen från samverkansmodellen stat-landsting till en helregional styrning skedde först från och med 1990-talet. (Albinsson, red., 1962; Åman 1976; Meijling 2020; Meijling 2021)

Tendensen till en "fastighetsperspektivets dominans" (se ovan) har sannolikt en av sina orsaker i detta att sjukvården är så pass starkt kopplad till ett fast etablerat och i det stora hela oföränderligt byggnads- och bebyggelsemönster. Mönstret består alltså av befintliga fastigheter och anläggningar på byggnadslägen vilka som regel är oförändrade sedan slutet av 1800-talet. Det bildar den byggnadsstrukturella utgångspunkten för de allra flesta nyinvesteringar idag – med en vetenskaplig term skapar det ett starkt stigberoende (eng. path dependence), d.v.s. att nya beslut och steg fortsätter att tas i spåren av de föregående (Magnusson & Ottosson, red., 2009). Detta mönster och denna fasta utgångspunkt sätts inte i fråga, varken för enskilda byggnadsbeslut eller de övergripande, vilket betyder att det som byggs för vården till avsevärd del inte styrs av frågor om vårdens utveckling eller strategier. Effekten av detta stigberoende av landstingens gamla byggnadsmönster blir att kartan över Sveriges sjukhus och vårdinrättningar fortsatt alltid ritas direkt på tomt- och detaljnivå, aldrig med någon verklig översikt. Till och med när en helt ny etablering – som i exemplet Växjö – diskuteras, initeras och drivs projektet fram som en tomtutredningsfråga utifrån ett antal förhållandevis näraliggande alternativ. Det befintliga mönstret blir därför, på grund av den ordning som de pågående och kommande investeringarna fortsätter att följa, i princip aldrig föremål för en bedömning och värdering mot ett större perspektiv: hur det befintliga skulle kunna användas på ett genomtänkt och koordinerat sätt, eller också i vilken utsträckning det behöver ersättas av ett annat, nyskapat mönster som ger rätt rumsligt och organisatoriskt stöd åt dagens och framtidens vårdbehov.

I förhållande till denna markerade svaghet i förutsättningarna för att planera och investera rätt finns möjligheten att göra intressanta och lärorika jämförelser med Danmark, vars stora sjukhusbyggnadsreform under senare år har utgått från en Danmarkskarta och nationell vårdplanering, inte från befintliga byggnader och tomter. Där byggs 16 nya sjukhus, varav flera på den högsta kapacitetsnivån, utan att den befintliga byggnadsstrukturen eller begränsade fastighetsfrågor tillåts styra. Nybyggnadsprogrammet ingår i en större strategi för att modernisera sjukhusstrukturen och hälsosektorn som sådan. Resultatet blir en helt ny systemkonfiguration som utvecklas kring bl.a. patientcentrering, vårdflöden, ny

arbetsorganisation och ny teknologi, och bygger på ett aktivt innovationsarbete som delas mellan regionerna. Förutsättningen för planen är att staten deltar som aktiv part och finansiär. Staten står för 60% av investeringskostnaderna, medan regionerna tar resterande 40%, och statens direkta bidrag till enskilda projekt är villkorat av en kravnivå för hela satsningen som har hanterats av en granskande expertpanel tillsatt av regeringen. (Uppgifter hämtade från godtsygehusbyggeri.dk)

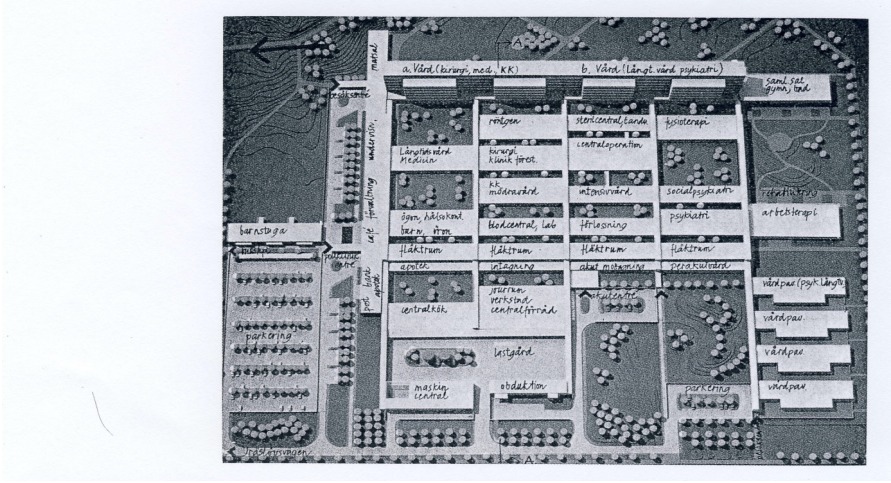
3. Generella lösningar – effektiv metod eller osäker styrning?

Undersökningen har – med sina givna förutsättningar och begränsningar – visat att ett visst begrepp är mer centralt än andra för målsättningarna och de valda lösningarna i sjukhusprojekten. Detta begrepp är *generalitet*, med den ofta använda varianten "generella lösningar". Det kopplas ibland samman med ett annat begrepp, *flexibilitet*. Det syftar idag mest på utformningen av byggnadernas inre, med en begränsning av funktionsplaneringen genom färre specifika lösningar eller möjlighet att enkelt ändra i dessa. En mer definitiv betydelse kan begreppet dock inte sägas ha, det får delvis olika innebörder beroende på aktör och perspektiv. Att generalitetsbegreppet visar sig ha så stort genomslag idag tycks bland annat ha att göra med detta. Det ser ut att bli ett objekt med hjälp av vilket olika aktörer kan förhandla om lösningar. En sådan praxis kan ha problematiska konsekvenser när det gäller att hålla sig till standard eller att följa program, och därigenom kan det påverka också den kritiska tidsekonomin i ett projekt.

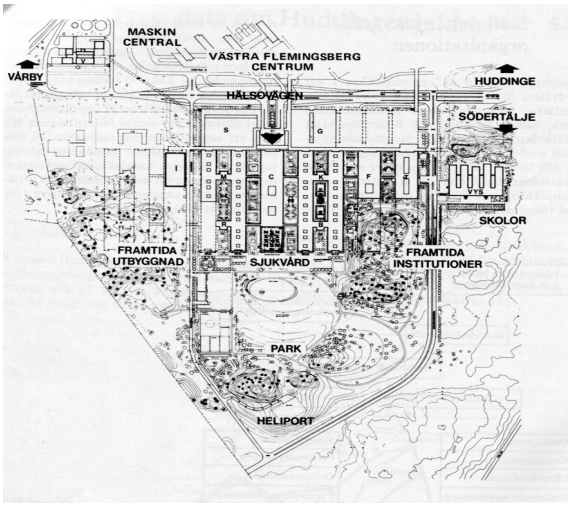
"Generalitet" är, tillsammans med "flexibilitet", det begrepp som verkar få mest konkret genomslag i byggnadsfrågorna – vid sidan av ett antal andra återkommande begrepp, som *patientsäkerhet*, *patientcentrering, omställning av vårdformer, effektiva flöden*, *orienterbarhet*, *hållbarhet*. (Om dessa begrepp, jfr Meijling 2021, s. 39-40.) Dessa kan förekomma i beskrivningar av målsättningar, men materialiserar sig inte nödvändigtvis tydligt inför de frågor undersökningen ställt om faktiska byggnadslösningar. Förklaringen kan vara att flera av begreppen har betydelser och lösningar som skiftar beroende på kontext. Det gäller t.ex. det i praktiken ganska svårdefinierade och mer socialt präglade begreppet patientcentrering, som är svårtolkat i byggnadshänseende: det kan dock ha inverkan på byggandets lösningar när det gäller samverkan och kontinuitet i vården, d.v.s. hur olika delar och aktörer fördelas och kopplar till varandra. (Se vidare Docteur & Coulter 2012, s. 91-105.) Begrepp som flöden och samband är visserligen centrala i byggnadsfrågorna, men även de har ganska vida tolkningsmöjligheter. Det som vid sidan av flöden framträder med konkretion i byggprocesserna är alltså generalitet och flexibilitet. Att det är så pass närvarande är ett oförutsett fynd i undersökningen, liksom att generalitet även har en oväntad funktion i flera av undersökningens projekt som ser ut att koppla direkt till utredningens frågor.

Generalitet har en grundbetydelse som begrepp i byggande och arkitektur, i korrespondens med flexibilitet. Generalitet står då för att en byggnad kan förbli oförändrad med nya funktioner, medan flexibilitet står för att en byggnad kan ändras efter nya funktioner. Dessa begrepp kom in i sjukhusbyggandet genom arkitektfirman Whites (på den tiden WAAB) arbete med Varbergs nya sjukhus 1964-1973. Det var det första större sjukhusprojektet där idéer om att kunna anpassa för en snabbare förändring med växlande krav på organisation, utrymme och standard blev definierande för utformningen. "Generaliteten" etablerades i byggnadsstommen och s.k. primära installationsstråk, d.v.s. det som kallades *teknisk struktur* och hade längre förväntad livslängd, medan "flexibiliteten" etablerades i

verksamhetsanknutna delar som innerväggar och närinstallationer, d.v.s. *funktionell struktur* med kortare livslängd. Denna princip löstes som ett rutnät med huvudstråk och tvärgator och däremellan "kvarter" där rumsindelningen lätt kunde göras om. Man tänkte sig i detta sammanhang att de allra flesta utrymmen inte var "starkt verksamhetsberoende", utan kunde vara av standardtyp. Viktigt för tillämpningen av detta sätt att arbeta var att det fanns klara utgångspunkter att utgå ifrån i de politiska målen och en helhetssyn, samt en ordentlig analys av programbehoven och den funktionella strukturen för verksamheter, samband, flöden och närmiljö – bara därigenom kunde man hitta rätt grad av generalitet för den aktuella byggnaden. (Caldenby, Borglund, Imberg & Barne, red., 2018; Alm & Nilsson 1972) Det stora projektet för Huddinge sjukhus kom under samma period att få drag av samma filosofi, såväl i fråga om projektering som byggprocess (se Björklöf 1976). Båda dessa projekt hade samband med en långt större och mer kvalificerad diskussion, bland annat utifrån teoribegreppet strukturalism, och kopplingar till det organiserade forsknings- och innovationsarbete som bedrevs bland annat av Byggnadsstyrelsen och Spri (se t.ex. Sigge 2017, s. 73-92).



Modell av projektet för Varbergs nya sjukhus 1972, av WAAB arkitekter (nuvarande White). I anslutning till detta uppdrag utvecklades idéer om *generalitet* för byggnadens övergripande struktur och stomme, och *flexibilitet* för verksamheter och funktioner. Ur Åman 1976.



Situationsplan för Huddinge sjukhus med utbyggnadsmöjligheter. Arkitekt HLLS, taget i bruk 1974. Verksamhetskärna i mitten, på ömse sidor H-formade figurer med vårdavdelningar. Ur Björklöf 1976

Idag framhåller många arkitekter åter generalitet och flexibilitet. I synnerhet uppmärksammas generalitetsbegreppet, i förbindelser som exempelvis "generella byggnader", "generella planlösningar" och liknande. Intrycket som intervjuundersökningen ger är dock att de analyser och de äldre projekt som begreppet närmast förknippas med – refererade här ovan – idag mer används som "inspiration". Det verkar ha skett en *förskjutning* i användningen av begreppet generell mot en betydelse av "standardiserade", "samma utförande" för planlösningar, rumstyper o.s.v. mer i allmänhet. Då riktar det sig mera – detta är vad undersökningen indikerar – mot uppkomna diskussioner inom projektet om speciallösningar och enskilda klinikers önskemål. Denna nya användning har då avlägsnat sig från det ursprungliga generalitetsbegreppet, som ju har varit kopplat till byggnadsstommen och en differentiering mot ett förändringsbart innanmäte, samt en metod för program och utformning. "Generellt" tycks nu bli mer av utgångspunkt och ledord för lösningar, och försök till utjämning mellan funktionsprogram på olika nivåer (olika detaljeringsgrad) där de detaljerade och differentierade nivåerna (som rumsfunktionsprogrammering, RFP) närmas till de mer övergripande (som AFP och HFP, alltså avdelningsfunktions- respektive huvudfunktionsprogrammering).

Det mest genomgående mönstret som framträder i relation till detta ledord är så kallade *generella vårdavdelningar*, som kan definieras ungefärligt av vissa gemensamma drag i planlösningarna. De har som regel omkring 14-20 vårdplatser i enpatientrum, fördelade på s.k. teamstationer för omkring 6-8 vårdplatser/vårdrum (se planer vid resp. projekt ovan), med en standardiserad utformning som inte tar hänsyn till typ av verksamhet. De läggs upp i planmönster som bildar L, T, H eller 8, så att avgränsningen mellan olika avdelningar kan göras flyttbar utan att tillgänglighet och kommunikationsvägar försvåras. (Jfr

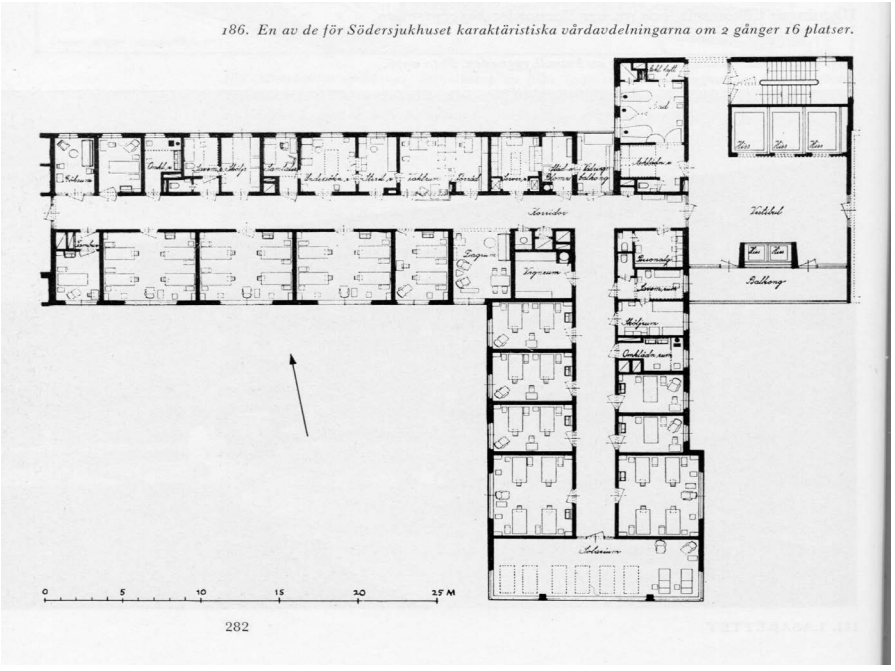
planillustrationer till de studerade projekten.) Avdelningarnas "sängkorridorer" läggs alltså utifrån hörn- eller korsningspunkter där gemensamma utrymmen och resurser centraliserats. Detta sätt att lägga upp avdelningarna avser att utöver flexibiliteten kunna stödja ett effektivare personalutnyttjande. Denna typ av generalitet gäller alltså utformning och utföranden av avdelningar – när det gäller hela byggnader är diskussionen inte lika artikulerad, och generalitet framhålls där inte med samma emfas i de studerade projekten. Det finns dock ett tydligt mönster av att arbeta med "zonerad generalitet", alltså en fördelning i generella men skilda funktionskrav på exempelvis bjälklagsbelastning, dagsljus etc. för olika verksamhetstyper som kan föras ihop i större zoner (byggnadsdelar).

Det kan vara av intresse i sammanhanget att fråga sig hur kunskapsgrunden för denna lösningstyp växer fram och sprids till nya projekt, apropå karakteristiken ovan. I vilken grad är det ett systematiskt avprövande och undersökande? Tillämpningarna tycks återgå på såväl jämförelser med tidigare erfarenheter som de exempel som förmedlas av CVA (*Den goda vårdavdelningen*, 2019). De ser också ut att föras från projekt till projekt. T.ex. nämns Södra Älvsborgs Sjukhus i Borås (klart 2010) som en viktig referenspunkt för T-formade planer där tre team-enheter strålar ut från avdelningens knutpunkt som och i stort bygger på enpatientrum (Se Arkitektur 7/2007, s. 17). Planformen med vårdavdelningar "över hörn", d.v.s. utifrån en knutpunkt med centraliserade/delade funktioner, är dock inget nutida påhitt utan går tillbaka på Södersjukhusets planlösningar, noga utredda av arkitekterna Cederström och Imhäuser (Åman 1976). När det gäller referenser och vidareförda förebilder från projekt till projekt får det också noteras att NKS – som var det första projektet på senare år som framhöll generalitet som ett ledord – utgör ett särfall. (Se t.ex. Arkitektur 8/2019, s. 36-43) Den fortsatta svenska sjukhusplaneringen, såsom den gestaltat sig i de fyra studerade projekten, har inte utfallit som tillämpningar av en NKS-modell. Den viktigaste skillnaden är att generaliteten inte genomförs "in absurdum" utan är mer fördelad, samt att planformer och vårdavdelningsdisponering skiljer sig åt.

Framträdande – som en del av det som förs vidare i projekten inom ramen för "generella vårdavdelningar" – är *enpatientrummet*. (Jfr illustrationerna till de studerade projekten.) Enligt flera svar i undersökningen kommer enpatientrum som genomgående lösning till stor del in som en del av beställningen från politiskt håll, även om det är arkitekterna som har kunskapen om lösningen och "erbjuder produkten". Argumenten för enpatientrummet är bl.a. patientintegritet, minskad smittspridning och minskat behov av andra rusmtyper. Men denna rumslösning har också andra möjliga effekter som är värda diskussion. En är att det genererar en fortsatt minskning av antalet vårdplatser, något som både kan vara en uttrycklig önskan och en inte fullt avsedd effekt. Det aktualiserar frågor – oavsett om detta faktiskt vägts in i det enskilda projektets planering eller ej – om koordinering med externa faktorer och övergripande intressen, däribland beredskapsaspekter och behovet av olika typer av utrymmesbuffertar i relation till hur och av vem vårdplatsantalet kan styras. Enpatientrummet kopplar på så vis till (eventuell) sjukvårdsplanering och föreställningar om minskning av antalet vårdplatser, bl.a. motiverat med de alltjämt outredda lösningarna för den nära vårdens utformning och därmed associerad "utskiftning" från sjukhusen.

Här finns kritiska perspektiv som rör större vårdfrågor, utöver de lokalt funktionella om sämre överblick över patienter och lägre effektivitet. Vilka perspektiv är det exempelvis som pekar mot att fenomenet överbeläggning skulle försvinna? Kan enpatientrum i realiteten komma att användas som tvåpatientrum i utsträckta överinskrivningslägen? En informant ser det starka genomslaget av enpatientrum som ett uttryck för ett bitvis orealistiskt "lyxperspektiv" från regionens beställarsida, med omfattande arrangemang runt varje patient. (För en kritisk

diskussion om enpatientrum och evidensbasering, se vidare Frid 2021. Diskussionen om evidensbasering förs också inom arkitekturforskningen och inom CVA.) För att ta ställning till denna lösning ur ett större, vårdstrategiskt perspektiv krävs bättre genomlysning och avvägning mot fler intressen och effektområden än dem som aktualiseras bara av respektive byggprojekt.



Vårdavdelningsprincipen med "dubbelavdelningar"som utvecklades i utredningsarbetet för Södersjukhuset och blev stilbildande. 16 vårdplatser i vardera riktningen från en gemensam funktionsknutpunkt.

Generella lösningar har uppenbarligen en retoriskt stark ställning: de ligger i tiden, och är omgivna av ett antal positiva argument. Dessa argument anknyter både till investeringen och driften, nämligen att *inte binda sig* vid alltför specifika och tidsbundna lösningar och att därigenom ha flexibilitet för olika typer av användare. Generalitetsprincipen kan då till och med hävdas vara ett villkor för att klara ett stort projekt med relativt kort byggtid: ett lokalprogram skulle behöva omprövas under vägen, och då menar man att inget är vunnet med ett sådant. Mer programstyrd och definierad utformning, hävdas det, är ett hinder därför att vården "utvecklas så snabbt" och "lokaler blir föråldrade bara på några år". Verksamhetens förändringstakt anses helt enkelt driva fram generalitet som en lösning. Underbyggnaden till

den uppfattningen framstår i intervjusvaren emellertid som otillräckligt undersökt. Det verkar finnas en föreställning om att "alla" behov och förändringar ska kunna mötas. Men kan man svara på vilken den faktiska påverkan av verksamhetsförändringar är på byggnadslösningar över tid? Hur stort är egentligen det kontinuerliga förändringsbehovet? Enkla empiriska nedslag visar stor spridning i lokalers ålder och användning. Tesen om snabb förändring har faktiskt hängt med sedan 1970-talet (jfr ovan), och redan då påpekades att det kunde vara fråga om en överdrift, dessutom med oklar ekonomisk motivation (Hultén 1975). Att från början bygga in stor generalitet och flexibilitet är kostsamt, men det kan också bli dyrbart att vara utan dessa egenskaper. Någon bestämd uppfattning om avvägningen kan helt enkelt inte finnas, utan behöver studeras från byggnadsuppgift till byggnadsuppgift med en medveten gränsdragning mellan vad som är bygge, inredning och utrustning. Det behövs mer kunskap, och ett större empiriskt underlag som kan ge mer konkretiserade riktlinjer för en bra avvägning.

Inför önskan att kunna möta "alla" behov måste generalitet vägas av mot ett program i någon form för att bli meningsfull. Man kan jämföra med Huddinge sjukhus och hur dessa frågor avvägdes och genomfördes där (se Björklöf 1976). Men också med NKS, där det genomfördes utan avvägning (Ennart & Mellgren 2016). Det finns också möjliga jämförelser med byggnadsprogram av den typ som Byggnadsstyrelsen utvecklade (Sigge 2017). Ett belysande undantag och pedagogiskt exempel bland de studerande exemplen i undersökningen utgörs av H-huset i Örebro (publicerat i Arkitektur 3/2021, s. 22-33). Detta sjukhusutbyggnadsprojekt har de ifrågavarande klinikerna och uppgifterna definierade i ett större sammanhang – nämligen Samverkansregion Mellansverige – och har därför programstuderade lösningar i tydlig relation till generella inslag i högre grad än övriga sjukhusprojekt i undersökningen.

Samtidigt verkar det finnas annat som motiverar strävan mot generella lösningar. Det kan handla om ett sätt att *hålla organisationsbeslut öppna* om exempelvis klinikorganisation kontra flödesorganisation, eller liknande vägval (Meijling 2018). Då kan planlösningsfrågor få en koppling till frågor om bemanning. I vilken utsträckning kan man göra olika typer av (generella) funktionsprogram för lokalerna utan att känna till organisationen? Vilka beslut skjuter man upp (med en avsikt att "hålla öppet"), och riskerar därmed att skapa behov av snara ändringar? Vilka anpassningar och ombyggnader kan det innebära, som hade kunnat förutses i ett programarbete knutet till en organisationsidé? Frågor som dessa har redan blivit konkreta i ett par av de undersökta projekten. Just på denna punkt kan jämförelse göras även med NKS-projektet, trots olikheter i övrigt, då man genererade problem genom att undvika att anpassa lokaler till verksamhetsbehoven (jfr Ennart & Mellgren 2016).

En annan möjlig tolkning av denna förskjutning – i riktning mot generella *utföranden* – är att den hänger ihop med förändringar i projekterings- och byggprocessen på flera plan, som bland annat berör arbetet med program. Det "generella" i den ändrade betydelsen kopplar i så fall mindre till en idé om själva byggnaden och dess arkitekturlösningar, och mer till ett behov hos de inblandade parterna och aktörerna att *hitta vägar i processen* förbi vissa svårigheter med program och specifikationer. Dessa situationer och behov skiftar förvisso en hel del mellan olika regioner och projekt, från dem där man har sammanhållna processer med tydligt definierade funktionsprogram som skall projekteras, till mer öppna och rörliga processer där programmeringen och projekteringen löper mindre målstyrt. Det är i den senare typen av process som generaliteten, i sin nyare förståelse, verkar få större utrymme. (Det ser ut att finnas en parallellitet i hur mycket beställarorganisationen i respektive region själv definierar och aktivt håller i styrande dokument för utformning och utförande, gör ändringar o.s.v.)

I de mer öppna och rörliga program- och projekteringsprocesser, där man söker vägar fram utan tydliga programspecifikationer, verkar generella lösningar t.ex. för vårdavdelningar kunna få funktionen att undvika beslut (eller beslutskomplikationer) och samtidigt få till något byggbart av en för alla acceptabel kvalitet. Då kan generella lösningar framstå som något byggprocessinriktat, snarare än mottagar- och verksamhetsinriktat. De kan också framstå som ett slags ersättning för att utgå från differentierade standarder för olika ändamål, och med dem i stället skapar en *förhandlingspunkt*. Denna tar utrymme i projekten eftersom den behöver fixeras. En effekt, utöver det konkreta resultatet i en planlösning, ser alltså ut att vara att det tar en viss plats i byggprocessen, oavsett att en del av avsikten kan ha varit att eliminera eller reducera faser av funktionsprogrammering.

En slutsats utifrån vad undersökningen ger om användandet av så kallade generella lösningar är att det behövs tydliga analyser i varje projekt av *vad* det är generaliteten ska inbegripa och avse i relationen mellan byggnad, verksamhet/program och eventuella standarder. "Generellt" kan inte vara "allt", varje generalitet har ett slags yttermått, en "spännvidd" som arkitekten måste fastställa i det aktuella projektet: generellt mellan *x* och *y*. Detta för att säkerställa att den blir kostnadseffektiv och ändamålsenlig inte bara för bygge och investering utan också för drift och användning på lite längre sikt. Vilka konsekvenser får den? Vad väljer man bort? Vad ger man avkall på, för något som eventuellt mer riktar sig mot byggprocessen och bygginvesteringen än mot driften eller andra prioriteter? Om man exempelvis föreställer sig att en generell lösning ska kunna "hålla öppet" för förändringsbehov kopplade till *nära vård*, fungerar det troligen inte väl om detta inte är tydligt utrett som ingångsvärde. Man måste också fundera över i vilken utsträckning generalitet kan komma i konflikt med andra uttalade mål för byggandet och arkitekturen, t.ex. omsorgsfullt arbete med "läkande miljöer" (jfr From & Lundin 2009, s. 229-248, 251-269). Ingångsvärdena, d.v.s. vilka krav och intressen som skall bevakas, behöver läggas fast för att säkerställa att man uppnår det man önskar i fråga om ändamålsenlighet och kostnadseffektivitet och för att undvika att "generalitet" blir en mötespunkt i en öppen förhandling. Vikten av detta torde öka i förhållande till utredningens frågor, alltså hur mer övergripande intressen än de lokala och projektanknutna måste säkerställa en plats i utformningen av sjukhus.

4. Kunskapsstöd och standarder: PTS-verktygets brister och fenomenet "projektisering"

Det projekteringsstöd alla tillfrågade i undersökningen använder eller förhåller sig till är PTS, *Program för teknisk standard*, som betecknar ett verktyg och exempelsamling för funktionsplanering och teknisk specificering av vårdavdelningar och vårdrum. PTS har skiftande användning och förståelse beroende på lokal kontext, och beskrivs som en "utgångspunkt". Det blir på så sätt splittrat och ostrukturerat, och fungerar ej som standard. Därmed kan det inte bidra till genomslag för ett övergripande, normgivande perspektiv, utan riskerar i stället att bidra till ett avgränsande "fastighetsperspektiv" och till det jag benämner "projektisering". Då bidrar verktyget heller inte på det sätt som det borde kunna till systematisk kunskapsöverföring och innovationsspridning. En del av problemet kan finnas i själva verktyget, nämligen att det är överanvänt och inte adekvat. Genom dessa olika brister hindras det också från att fylla funktionen att effektivt och stabilt föra in neutrala medicinska perspektiv i lösningarna och projekteringen.

PTS, *Program för teknisk standard*, utgör den viktigaste gemensamma referensen för aktörer i sjukhusutformning och -projektering: alla intervjuade hänvisar till detta instrument, och användningen och användbarheten av PTS beskrivs också på likartat sätt av alla intervjuade, inklusive sådant som är problematiskt och motsägelsefullt. Enligt PTS Forums egen beskrivning är det ett projekteringsstöd som är ett IT-system, ett nätverk, och ett uppslagsverk. Det märks en viss tvetydighet och oklarhet kring verktyget och dess funktion och syfte. Det har inte en normerande eller styrande roll. PTS aktualiserar därför en större kunskaps- och tillämpningsmässig samordningsfråga: vad är det som gäller? PTS presenterar många svar, och tycks enligt flera intervjuade anpassa sig efter användaren.

PTS präglas av en skiftande användning och tolkning beroende på lokal kontext i respektive region och sjukhusbyggnadsprojekt. Detta tar sig bl.a. uttryck i att det av aktörerna beskrivs som "en utgångspunkt", eller "ett avstamp", alltså något som är frivilligt på de flesta nivåer: inte bara huruvida det skall användas (vilket är normalt när något är en branschstandard) utan också i vilken omfattning och hur det ska användas och eventuellt omtolkas och bearbetas lokalt. Samtidigt ger informanterna klara uttryck för en efterfrågan på något som fungerar som en verklig standard, alternativt något normerande och styrande från en nivå över regionerna. Denna efterfrågan verkar dock inte har nått någon formulerad riktning eller artikulation.

Av svaren i undersökningen framgår således att tillämpningen och en del av utvecklingen är lokal, ”för att nå den bästa kvalitativa nivån i det enskilda projektet". D.v.s. användningen relaterar i första hand *in* till det enskilda projektet i långt i högre grad än till gemensamma nivåer utanför detta. Denna bild bekräftas för övrigt i ett pågående forskningsprojekt vid KTH, Chalmers och Uppsala universitet. (Se vidare Havenvid et al., påg. forskningsprojekt SBUF:13781, 2019-2021.) Det finns en helt etablerad praxis med lokala (d.v.s. regionala) eller i byggprojektet situationsbestämda tillägg och ”bearbetningar” av PTS, utifrån förutsättningar och fordringar i de enskilda projekten, något som alla användare verkar göra i någon form.

Med den praxis av lokal bearbetning och fritt förhållningssätt som informanterna beskriver tycks PTS komma tämligen långt ifrån vad man lägger i begreppet standard, namnet till trots *(Program för teknisk standard*). Resultatet av de lokala bearbetningarna är, enligt flera informanter, ett hjälpmedel som i viktiga avseenden blir splittrat, ostrukturerat, inkonsekvent och delvis självmotsägande i sina funktioner som kunskaps- och projekteringsstöd. En återkommande uppfattning är att PTS inte räcker till (inte täcker allt som skulle behövas) och skiftar i tillämplighet från rumstyp till rumstyp, samtidigt som det sägs tillhandahålla för många parallella varianter. Variationen (regionvis) i form av lokala bearbetningar verkar öka just genom att de egna tilläggen behövs p.g.a. hjälpmedlets brister. Det ser ut att ha drag av ond cirkel: avsaknaden av tydlig struktur överordnad det lokala gör att variationen ökar och användbarheten minskar.

Till bilden av den bristande systematiken hör också att det inte finns någon organiserad avstämning av kunskapstillämpandet eller resultatet. Denna bristande systematik ligger både på den lokala (d.v.s. regionala) nivån och på den gemensamma eller nationella. Detta är vad som i praktiken skapar det största avståndet till funktionen hos en standard i egentlig bemärkelse. En stor del av poängen med en standard kan knytas till dess *kunskapsinnehåll*, att den är en "transportör" av kunskap – förutsatt att den följs. "Standarder är expertkunskap lagrad i regler", d.v.s. de behöver följas för att kunskapen i fråga inte ska luckras upp eller gå förlorad. (Jacobsson, i: Brunsson & Jacobsson 1998, s. 135.) Standarden kan i bästa fall lösa

en stor del av kunskapsspridningen i ett decentraliserat system, och göra att fullständig centralstyrning undviks, genom att den skapar generalitet och tillämpbarhet – men just genom att *precisera* innehåll och användning (jfr ovan om generalitet). Dock måste man ta ställning till och organisera vem som ytterst – och överst – ansvarar och står till svars för innehållet i en standard, liksom huruvida det adekvata är standarder (frivilliga) eller normer (tvingande). Likså behövs en medvetenhet om hur den förhåller sig till *praktiserad* expertkunskap, så att den inte blir ett hot mot expertens omdöme, ett "manualrytteri" som ersätter förnuftet. Om den på så vis förknippas med orimlig tilltro till "kvalitetssäkring" finns risken att den snarare än kvalitet i egentlig bemärkelse kommer att syfta till att underlätta utförandet av granskningsprocedurer. (Jfr Jacobsson, i: Brunsson & Jacobsson 1998, s. 140-141.) Men om den typen av fallgropar kan undgås och standarder kan organiseras bättre i sjukhus- och vårdbyggnadsplaneringen, kan de då vara ett möjligt sätt att "förpacka" delar av ett reformarbete?

Den ovan beskrivna dubbelheten hos användarna – å ena sidan en önskan om mer definitiva standarder eller t.o.m. normstyrning, å andra sidan en nöjdhet med den rådande situationen – antyder att ett förändringsinitiativ behöver komma utifrån. Det finns ett intressant bromsande argument som några intervjuade ger uttryck för i form av farhågor att mer av fastställda standarder eller normstyrning skulle innebära kostnader, därför att utrymme för kreativitet och egen kunskapsutveckling kombinerat med förhandlingar kring lokala lösningar och "genvägar" då skulle minskas – ett argument som i realiteten troligen mest skyddar det enskilda byggprojektets handlingsfrihet, snarare än att bevaka ett optimalt sjukhusbyggande. Om PTS-verktyget således inte kan utgöra en standardiserande motvikt till variation och specifika anpassningar utan håller öppet för anpassningar och bearbetningar, kan det tvärtom förmodas *bidra* till ett begränsande "fastighetsperspektiv", alltså att lokala byggnadsfrågor tar överhanden, och på så sätt till en sjukhusplanerandets "projektisering". Med "projektisering" avses här att lokala bearbetningar stannar i regionen och det enskilda projektet, medan de mer generaliserbara kunskaperna i stället förs vidare via projektens enskilda aktörer. Konsekvensen blir att de lokala erfarenheterna inte heller förs upp till en gemensamt tillgänglig nivå, och övergripande, generaliserbara erfarenheter binds i stor utsträckning till projektaktörernas egna miljöer och utbyten. Kunskapen och kunskapsinflödet begränsas på så vis till varje sjukhusprojekt och en "horisontell" rörelse dem emellan, snarare än ett flöde till och från en övergripande och mer oberoende kunskapssamlande instans.

Som en illustration till fenomenet projektisering: den viktigaste föregångaren – själva "portalprojektet" – verkar vara Nya Karolinska i Solna (NKS). NKS exemplifierar mönstret mycket konsekvent och tydligt, och har också varit byggentreprenören Skanskas väg in till svenska sjukhusprojekt där de numera är på väg att etablera sig starkt. Hela NKS-projektet lades upp som ett konstruerande av en sådan lokal projektkultur, vilken på ett antal väsentliga punkter skars av från omgivningen, t.o.m. från sin egen regionkontext (jfr Meijling 2018; Grafström, Qvist & Sundström, red., 2021). En intressant poäng med NKS-exemplet är alltså att om det på andra områden har lett till avståndstagande och kritik, har det i just detta avseende blivit en föregångare och kanske också mönsterbildare.

Det troligen största enskilda problemet med projektisering är att viktig kunskap därigenom i stor utsträckning "traderas", snarare än systematiseras (jfr de preliminära slutsatserna hos Havenvid et al., 2019-2021). Då går sjukhusbyggandet miste om en mer organiserad kunskapsöverföring och innovation, något som har direkt bäring på utredningens problemställningar kring kunskapsstöd och kunskapsöverföring. Felet ligger alltså inte i att lokal kunskap genereras och exempelvis förs in i lokala bearbetningar av PTS – det innebär

ju att instrumentet (i sina lokala tappningar) tillförs en myckenhet kunskap och erfarenheter. Problemet är det finns ett kontinuerligt inflöde av uppdaterad kunskap om sjukvårdens aktuella lösningar som inte återförs och systematiseras i ett gemensamt, övergripande system. Problemet finns även på lokal nivå: de informanter som yttrat sig i undersökningen uttrycker att de bearbetningar som görs lokalt inte erfarenhetsåterförs på något strukturerat sätt som ett stärkande av instrumentet och av kontinuiteten i regionalt förvaltad kompetens (jfr ovan). (I ett av de studerade fallen uppges det dock finnas ett försök eller en ambition att komma till rätta med detta – detta exempel har emellertid endast ett lokalt syfte.)

En del av problemen skulle också kunna beskrivas som en överanvändning av PTS – något som kopplar till verktygets bakgrund. Det har vuxit fram ur en mer begränsad funktion för just teknisk programmering i byggprocesser, allra först i Huddinge-projektet. Där utvecklades det som en integrerad del i den projektorganisatoriska verktygsarsenalen, "för att på ett tidigt stadium fastställa lämplig byggnadsteknisk och utrustningsteknisk standard", och med ekonomistyrning som ett yttersta syfte. PTS skulle vara en fortsättning på det detaljerade rumsfunktionsprogrammet, RFP, för att styra val av byggnadsdelar, installationer, material, inredning och utrustning till en standardiserad, jämn ambitionsnivå projektet igenom (Björklöf 1976, s. 75-78). Verktyget skulle alltså inte inkludera frågor om funktionsprogrammering mer i allmänhet, eller arbete med planering, planlösning o.s.v. i sig. Enligt den beskrivning som fanns hos Spri skulle det vara en programhandling till för att att förenkla, förbilliga och kommunicera programmerings- och projekteringsarbetet i byggprocessen, genom att begränsa antalet varianter och samordna lösningar inom och mellan byggnadsobjekten. Det överordnade syftet var enligt Spri att förtroendemännen (alltså politikerna, beställarna) skulle få beslutsunderlag som möjliggjorde bedömning av investeringarna i förhållande till årskostnadskalkyler samt en smidigare beslutsprocess. (*Att utarbeta PTS*, Spri 1986.) PTS har alltså inte varit avsett att ha med lösningen i sig att göra, eller någon form av koncept, utan ett verktyg för att *översätta* en viss lösning till en standardiserad komponent och en nomenklatur. En möjlig förklaring till nutidens inkonsekvenser och bristande struktur kan alltså vara en framvuxen överanvändning, där PTS idag används och fortsatt bearbetas i brist på andra verktyg som inte finns (för standarder, för normering, för kunskapsstöd till bredare frågor om funktionsplanering och -programmering, m.m.). Eftersom PTS har klarat sig vidare efter andra förändringar och avskaffanden – inte minst ett slags vakuum efter Spri, NSB och SBN – används och "laddas" detta överlevande verktyg då med förväntningar som går utöver vad det egentligen är avsett för och kan bära, och blir till någon del ett substitut för det som egentligen efterfrågas.

Flera av de i undersökningen tillfrågade menar att den praktiska lösningen kan vara någon form av "gemensamt eller statligt ägande av frågan". Denna reflektion är dock oftast inte närmre artikulerad. Det framträder en viss svårighet att diskutera frågan (om avsaknaden av standarder, kunskapsstöd, normering o.s.v. och om möjliga lösningar), som om den vore något imaginärt där ingen riktigt kan visualisera hur alternativet skulle kunna se ut. Tolkningar och innebörder blir olika för varje informant. Detta indikerar att frågan inte har nått någon mognad som diskussionspunkt och att det inte verkar finnas föreslagna lösningar och modeller i omlopp. Man tycks bunden till det som finns, samtidigt som de befintliga institutionella strukturerna (som exempelvis CVA och FVB) i sin nuvarande form uppenbarligen inte räcker till för att föra in den förändring som informanterna efterfrågar.

Till sist i detta avsnitt kan vi notera ett förhållande med potentiellt stora konsekvenser, nämligen en bristande närvaro av generella medicinska perspektiv. Genom att bearbetningen och tillämpningen av lösningar och även föregivna standarder är lokal, och genom att

kunskapsmassan i övrigt i huvudsak förs av enskilda byggaktörer från projekt till projekt, präglas hela sjukhusbyggnadssituationen generellt av en brist på eller till och med hinder för för neutrala medicinska perspektiv. (Neutrala i meningen icke anknutna till byggprojektens parter eller till enskilda representanter för vårdprofessioner.) Att den kunskaps- och erfarenhetsbank som främst kan få genomslag är lokal eller projektanknuten måste utgöra ett problem för det medicinska kunskapsinnehållet, både i det enda verktyg (PTS) som har en uttalad roll som "kunskapsöverförare" och i den "projektiserade" kunskapsmassa som byggaktörerna för vidare. (Om standarder som expertis överförd i form av regler, jfr Jacobsson, i: Brunsson & Jacobsson 1998, se ovan.) Medicinsk och erkänd vårdprofessionell kunskap kan per definition inte organiseras lokalt, utan är beroende av normering och normstyrning alternativt överföring via standarder. Men genom att de standardliknande och normersättande verktyg som finns är lokala, har denna kunskap ingen säker väg in. (Mer om detta nedan.)

5. Koordinering med externa faktorer och intressen: svag närvaro

Undersökningen har via konkreta frågor till informanterna jämfört utformningen av enskilda projekt med utredningens perspektiv på överordnade och nationella vårdintressen. Dessa intressen kan vara av olika art, men genomgående är att de efterfrågar någon form av koordinering mellan överordnat/gemensamt och lokalt/enskilt. Därför kan olika sådana vårdintressen också ses som komponenter i en samlad systemnivå. Koordineringsfrågorna kan ligga på flera nivåer, som regionala, samverkansregionala och nationella, och de kan handla om frågor som nivåstrukturering och den omfattande frågan om omställning till nära vård och digitalisering, eller exempelvis om utbildning, kompetensförsörjning och beredskap. Undersökningen har sökt att få indikationer på om och hur dessa tas tillvara och kommer till uttryck i de enskilda projekten: förekommer en koordinering med sådana externa faktorer och intressen? Slutsatsen är att koordineringen är svag och att gemensamma/överordnade vårdintressen generellt har svårt att hitta in i de olika sjukhusprojekten. I denna analys diskuteras möjliga förklaringar till frånvaron av koordinering och risker förknippade därmed, samt koordineringsbehov som aktualiseras särskilt.

Utredningens perspektiv på överordnade och nationella vårdintressen har jämförts med utformningen av enskilda projekt. Det handlar om koordinering på olika nivåer, som de regionala med de samverkansregionala och nationella. Det kan handla om konkreta frågor som centralisering, nivåstrukturering och högspecialisering, liksom den omfattande frågan om omställning till nära vård som en aktuell agenda med politisk prioritet. Det kan vidare handla om utbildningens och forskningens intressen, liksom om framtida kompetensförsörjning. Det kan slutligen handla om strategier för digitalisering, beredskap och hållbarhet. Tar regionerna hand om dessa intressen och koordineringsbehov i de enskilda sjukhusprojekten? Slutsatsen av undersökningen är att koordinering med denna typ av externa och överordnade intressen inte görs. Om vi betraktar det som sjukvårdens system- eller strukturnivå, har den, med vissa bestämda undantag, en generellt sett svag närvaro i de olika sjukhusprojekten.

Det framkommer att det saknas upparbetade vägar till att föra in intressen på denna nivå i projekten. Inga svar tyder heller på att något sådant skulle vara på väg att uppstå i anslutning till de pågående projekten, t.ex. på någon självorganiserad väg. Det finns visserligen grundläggande olikheter och fördelningar i projekttyper och förutsättningar i jämförelser

mellan de olika studerade sjukhusprojekten. I vissa fall kan förstås sådana perspektiv vara mindre aktuella, eller bara aktuella i något visst avseende, medan det i andra fall kan handla om mycket angelägna intressen och program – närmast till hands att nämna bland externt formulerade perspektiv med svag närvaro är *omställning till nära vård*. I denna fråga uppges visserligen återkommande någon form av inverkan, i ett av projekten med en klar ambition att öppna för detta, men den är inte i något fall tydligt specificerad eller beräknad. Omställning till nära vård förekommer i alla händelser inte som ett på förhand utrett och beskrivet ingångsvärde i ett sjukhusprojekt. Frågan om omställning till nära vård är av svaren att döma fortsatt präglad av föresatser och antaganden. Denna mycket viktiga koordinerings- och transformeringsuppgift spelar alltså generellt sett inte in på något framträdande sätt.
Ett liknande mönster kan iakttas även angående *digitalisering*. Heller inte denna för sjukvården centrala utveckling är något som i någon påfallande utsträckning påverkar lokalutformning (t.ex. med någon form av rumstyp eller inverkan på rumstyp) eller program.

En gemensam systemnivå blir således inte synlig i projekten. Snarare ser det ut som att kapaciteten i respektive region nätt och jämnt når upp till att hantera ett eget sjukhusprojekt. I de flesta fall krävs dock expertbistånd eller olika särskilda lösningar för att säkerställa därtill nödvändig kompetens. Ambitioner i den vägen – att från början skriva in programarbetet för sjukhusprojektet i ett vidare sammanhang – framstår just som ambitioner. (Det finns i alla fall ett exempel på detta bland de undersökta projekten, även om det inte har kunnat specialundersökas ur just denna aspekt, d.v.s de reella utsikterna för de uttalade ambitionerna.)

Ett delvis undantag från mönstret med svag närvaro av koordinering av externa intresssen finns när det gäller *kompetensförsörjning och bemanningsfrågor*. Dessa uppges som regel komma in som en tydlig fråga i projektens utformning, och då som en fråga om att ekonomisera med en knapp resurs där kraven på lokalernas utformning förhåller sig tydligt till bemanningsmöjligheter. Kompetensförsörjning och bemanning som utformningsfråga har bäring på trenden mot enpatientrum, som å ena sidan sänker antalet vårdplatser/patienter, men å andra sidan i vissa avseenden försvårar ett effektivt arbete (sämre överblick, sämre synergier, större ytor och längre sträckor per patient).

En mer generell förklaring till frånvaron av koordinering som antyds av intervjusvaren är *otydliga mandat* (d.v.s. att sådana externa faktorer inte förekommer i någon tvingande form som i så fall skulle bli ett direktverkande incitament) och att det därför inte är påkallat att föra in dessa perspektiv som styrande och definierande för projektens utformning i alla delar. Det kan även gälla mandat för nivåer av *nationell nivåstrukturering/specialisering eller centralisering*, eller vilka sjukhus som i förhållande till lokalmässiga, tekniska och försörjningsmässiga förutsättningar klarar avstängning p.g.a. en krissituation. En informant pekar på otillräckligt systemtänkande just i förhållande till *beredskap och redundans*, aktualiserat av pandemin: inom Covid-vården hade man i Stockholm "kohortvårdmässiga förutsättningar" att disponera om kapacitet *inom* regionen och dess olika anläggningar medan inget driver på att skapa sådana möjligheter också *mellan* regioner i övriga landet, en nödvändig förutsättning när man inte har samma interna kapacitet. Detta skulle kunna tänkas ha direkt bäring på frågor om regionernas dimensionering av vårdplatsantal och vårdavdelningars utformande – men dessa frågor hanteras idag till stor del utan ett sådant perspektiv, att döma av svaren till undersökningen.

I utredningens kontext bör den viktigaste aspekten av utebliven koordinering i utformningen av sjukhusprojekt vara de risker denna frånvaro medför. Det aktualiseras med stor tydlighet

av *omställning till nära vård* som reformagenda. Förutsättningen för att denna reform ska kunna föras ut i livet och omvandlas till fungerande arbetssätt är att den kan hitta stabila vägar in i och koordineras med sjukhusbyggnadsplaneringen. Passerar denna uppgift (omställning till nära vård) olöst, utan att integreras i de pågående stora investeringarna? Det är ett absolut sammanträffande i tid – ett tillfälle, på vanlig svenska – som i så fall riskerar att missas, där reformansträngningar och investeringar görs samtidigt utan att kopplas ihop. Denna risk är såväl ekonomisk som medicinsk. Den blir större, eller närmar sig den konkreta felinvesteringen, om förändringar likväl görs inom sjukhusplaneringen med hänvisning till omställning till nära vård, ifall denna omställning ännu inte har utprövade och etablerade former, byggnadsmässigt såväl som vårdmässigt och medicinskt (jfr CVA-rapporten *Framtidens vårdbyggnadsstruktur*, 2021:1).

Denna konkretiserade risk – investeringar och lokala formförändringar utan förankring i gemensamma system och normer – förstoras ytterligare av att den nära vårdens former med stor sannolikhet kan bli ett fält för markant lokala idéer och viljor i långt högre grad än sjukhusen och sjukhusprojekten (jfr om projektisering och lokalt begränsade perspektiv ovan). Det understryks av de osäkerheter som finns i reformagendan, vilken är beroende av fungerande utbyten för att komma framåt. ("Nära vård är ingen ny organisationsnivå [...], det beskrivs snarare som ett nytt sätt att arbeta med hälsa vård och omsorg", CVA 2021:1.) Behovet av koordinering kring den nära vårdens former är inte en fråga om att "föra ner" system och lösningar till utförande – poängen med koordinering är att utvecklandet och utprövandet måste kunna löpa i minst två riktningar för att nå de resultat som krävs, mellan de lokala initiativen och de övergripande politiska, vårdstrategiska och medicinska.

Oavsett vilka samverkansformer och lösningar som skulle kunna utvecklas är kunskapsdimensionen i nära vård är ett koordineringsbehov som i viss utsträckning måste fixeras. Just av den anledningen måste det kunna implementeras med någon form av granskning av de valda lösningarna – en kunskapsstyrning. Man behöver vara tillräckligt överens om vad kunskap är på ett visst område, t.ex. genom en avvägd evidens, och den koordinerade implementeringen av detta måste få formen av ett kunskapsstöd med en stabil väg in i byggprojekten.

6. Kunskapsöverföring och innovation

Undersökningen indikerar att perspektiven i praktiken är riktade mot mer lokalt präglade byggnadsfrågor (jfr analysavsnitt 1). Övergripande vårdintressen och reformbehov, som exempelvis omställning till nära vård, har inte någon stabil väg in (jfr analysavsnitt 5). Faktorer som dessa innebär en begränsning inte bara för koordinering och styrning, utan också för kunskapsöverföring och kunskapsutveckling. Men det betyder även hinder för organiserad innovation, t.ex. av former för omställning och nära vård-organisering. Sådana förutsättningar som nu saknas för koordinering och kunskapsöverföring krävs för en fungerande innovation, framförallt i utvecklandet och implementerandet av lösningar för övergripande vårdintressen och behov. De specifika bristerna i former för kunskapsstöd och kunskapsöverföring ser ut att leda till ett olyckligt sammanträffande där stora investeringar görs som inte kan relateras till en gemensam kunskapsnivå.

Att perspektiven i den rådande praktiken riktas mot mer lokalt präglade byggnadsfrågor inverkar på sjukhusbyggandets kunskapsutveckling. Flertalet av de undersökta projekten

präglas av en form av "återhållsamhet" och begränsning när det gäller byggnadsuppgiftens formulering och målsättningar – detta sagt konstaterande, inte som en värdering, men med observationen att de inte programmässigt siktar mot strategiska utvecklingsfrågor för sjukvården. Det avser således inte projektens storlek – det är i flera fall fråga om mycket stora och ekonomiskt vågade investeringar – men om hur dessa projekt behandlas i fråga om vad de kan potentiellt kan fånga upp och bearbeta för det framåtsyftande lösandet av förändrade vårdbehov. I dagsläget liknar projektens ambitionsnivåer och framåtblickande mer av ett "benchmarkande" från projekt till projekt, i meningen att jämföra och vara jämförbar, även om det kan vara en hög nivå i och för sig. En jämförelse kan göras med NKS-projektet, färdigställt 2018, som hade en (om än förfelad) systemsyftande ambitionsnivå: denna återkommer inte i de studerade projekten, med en möjlig reservation för Växjö.

När externa faktorer och övergripande intressen, som exempelvis förändrade nationella vårduppdrag eller omställning till nära vård, inte har någon stabil väg in i de lokala överväganden eller inte påverkar ambitionsnivåerna innebär det också en begränsning för kunskapsöverföring och kunskapsutveckling. Den beskrivna "återhållsamheten", som i väsentliga avseenden relaterar och begränsar projekten till fastighetsfrågor och omedelbara lokalförsörjningsfrågor, är kongruent med det regionala ägandet av byggnadsfrågorna som ligger hos fastighetsavdelningar eller i fastighetsbolag. Detta kan tänkas påverka syftesformuleringar och projektlogik, så att ingångarna till att arbeta planerat innovativt blir färre och mindre. Kunskapsutvecklingen behöver kunna drivas på som ett eget syfte, bortom överväganden om enskilda fastighetsfrågor, och med incitament som kan kanaliseras på ett stabilt och ordnat sätt. Idag ser alltför mycket av de eventuella – och i så fall potentiellt riskfyllda – möjligheterna ut att ligga i kraftfulla och antagligen till en god del personberoende initiativ. Då saknas en systematik utanför den egna projektkontexten och en organiserad relation till oberoende kunskap. Detta behöver alltså inte underkänna pågående initiativ och försök – men det pekar på behovet av att sätta samman dem med systematisering av kunskap och övergripande och gemensamma intressen. (Jfr Havenvid et al. 2019-2021.)

Det saknas en oberoende *värdering* av möjliga lösningar, såväl genom den egna organisationen som i någon central instans – detta kan ses som ett känt faktum, men det bekräftas också genom undersökningens olika fall. I fråga om kunskapsöverföring och kunskapsstöd är det mer eller mindre samstämmiga svaret från tillfrågade att det i hög grad sker ”kollegialt, från projekt till projekt” och att enskilda personer/konsulter därvid är viktiga som kunskapsbärare mellan regioner snarare än regionerna själva. En återkommande beskrivning i konsekvens med det är att kunskapen så att säga sitter i respektive projekt, och rör sig mellan projekt. Rekrytering av personer ur denna "projektkultur" blir avgörande, i stället för en inhämtning av kunskap genom sådana mer neutrala kanaler som inte finns. Här ser vi alltså ytterligare en aspekt av "projektiseringen" (jfr ovan), att kunskapen och kompetensen om sjukhusbyggande knyts till pågående projekt och däri ingående aktörer och målsättningar snarare än att den i större utsträckning upprätthålls och utvecklas någonstans utanför och fristående från dessa. Det aktualiserar också en viktig diskussion om hur goda lösningar på denna fråga ser ut, och om fora som CVA och FVB står tillräckligt oberoende från enskilda aktörer och processer och därmed kan fylla en sådan funktion som åtgärdar de nuvarande bristerna.

Men frågan om överföring och implementering av kunskap och innovation är inte komplikationsfri. I några intervjusvar ställs den egna, projektanknutna erfarenheten *mot* sådana definierade modeller och standarder som kommer ur en organiserad kunskapsprocess. T.ex. kan det heta att ”ett projekt ritat enbart på grundval av standardiserade modeller och

utprövade koncept skulle bli för dyrt, man måste ha folk som vet hur man gör, hittar vägar och lösningar baserat på erfarenhet och omdöme, för att säkra projektets ekonomiska genomförbarhet." En del av det upplevda problemet kan dock vara att det just uppfattas som ett fritt val: om standardiserade lösningar som för över kunskap inte är normgivande och styrande, hamnar dessa i ett slags förhandlingssits mot andra möjliga lösningar och tillvägagångssätt. Då kan en standard framstå som "det dyrare alternativet". Men kostnaderna kanske då inte sätts i tillräcklig relation till syften och kalkyler bortom själva byggprojektet och det byggnadsmässiga utförandet, exempelvis årsdriftskostnader och framtida behov.

Den beskrivna "återhållsamheten" (med begränsningen av perspektiv och syften) och de instabila strukturerna för kunskapsöverföring utgör också hinder för organiserad *innovation*, t.ex. av organisering och former för omställning till nära vård, eller relaterad automatisering och digitalisering. Stora innovationsuppgifter finns som bekant här, och behöver troligen kunna bedrivas mer systematiskt i förhållande till reformavsikterna. De studerade projekten innehåller många goda lösningar, men kan som projekt inte sägas utgöra exempel på systematisk innovation. Det skulle fordra att behov, uppgifter och olika typer av mål analyseras och differentieras noga från början, utan förutbestämd relation till en redan befintlig byggnadsstruktur eller lokalförsörjningsmodell, och där de viktiga utgångspunkterna i stället blir behov, framtidsperspektiv och verksamhetens större kontext (Håkansson & Waluszewski, 2007).

När det gäller möjligheter till innovation framhålls ibland den lokala avgränsningen (projektiseringen) och de bristande gemensamma strukturerna som ett fördelaktigt förhållande. Frånvaron av koordinering sägs då öka utrymmet för prövande och experimenterande. Det finns med det synsättet alltså någonting värdefullt och positivt i att samtliga regioner och projekt under dagens fria villkor och självständighet inte behöver stöpas i samma form och därmed tvingas in i att upprepa andras misstag, utan står fria att pröva nya lösningar på egen hand och hämta in det som man upplever fungerar på andra håll. Hur mycket som egentligen sker av sådant experimenterande kan inte denna undersökning svara på, intrycket är ju som sagt snarare återhållsamhet. Det enda dokumenterade fallet i större skala på senare år är NKS, en medvetet "regelbrytande" byggnadslösning som kan vara exempel på det fria prövandets möjligheter. Detta projekt hade siktet inte bara på en fastighetsfråga utan just på en förändring av vårdens former och organisering (Meijling, 2018). Men NKS blir i innovationshänseende framförallt ett exempel på vad som då saknades, nämligen systematik. Variation och vildvuxenhet blir inte intressant i sig, d.v.s. om det inte finns någon form av systematik och granskning. Innovation är en planerad och organiserad verksamhet där man stämmer av mot en större kontext och siktar mot en möjlig spridning. (Håkansson & Waluszewski, 2007.) Syftet måste vara att ändra processer systematiskt.

Ett värdefullt exempel i nära anslutning till undersökningen kommer från Region Kronoberg, där det pågår aktivitet kring omställning till nära vård. Denna aktivitet bedrivs lokalt, som en "experimentverkstad" för regionen. Det betyder att den kopplar aktivt till omställningen, men så att säga ensidigt: det finns ingen definierad återkoppling, utvärdering eller erfarenhetsåterföring till en övergripande nivå. Det kan alltså vara så att intressant utveckling bedrivs på sina håll, som i Kronoberg – men frågan är: systematiseras kunskapen i den? I den mån ett utvecklingsarbete bedrivs inom regionen, som i Kronoberg, bör det ur innovationshänseende liksom ur ett resursperspektiv drivas framåt på med mer systematik.

Innovation förutsätter även på (sjukhus)byggandets område en större organiserande och utvärderande kontext, där systematik kring evidens och arbetets kumulativitet inte bara säkrar

ett mått av progression utan också att samma sak inte görs om och om igen på åtskilda platser. Det fordrar att försöket eller lösningen sätts i tydlig relation till befintlig systematiserad kunskap, tidigare erfarenheter, målsättningar, systematiskt undersökta lösningar och former för oberoende värdering och förmedling. Enligt litteraturen på området definieras en innovation bl.a. av att det är "something new that has been developed, produced *and* brought into widespread use", d.v.s. något som tar sig vidare förbi själva idén och försöket och blir en ny och vida accepterad lösning (Tidd, Pavitt & Bessant, 2001). Centralt är då hur en ny lösning kan integreras och skapa värde i hela sitt relevanta sammanhang – den är inte till för sig själv, utan beroende av en bedömande och interagerande kontext (Wagrell 2017, s. 19-20). Det förutsätter någon form av organisering och systematik, precis som inom vilket annat kunskapsfält som helst – däri kan inte sjukhusbyggande utgöra något särfall. Till det behövs någon form av gemensamma och accepterade normer, och evidens på vad som är bättre lösningar måste bedömas utifrån gemensamma kriterier bortom den enskilda aktören och verksamheten. (Jfr t.ex. van de Ven, *The innovation journey*, 2008.)

Det viktigaste svenska jämförelseexemplet i detta avseende är fortfarande Huddinge sjukhus (HS, numera del av Karolinska Sjukhuset). Detta projekt var systematiskt såväl i den behovsanalytiska utgångspunkten som i sjukhusprojekteringen, med stor betydelse som referens även idag. Avsikterna var noga beskrivna, och arbetet dokumenterades utförligt. HS som planerad innovation hade tydliga utgångspunkter *dels* i sjukvårdsbehovens utveckling och förändring (vilka behov som skulle mötas, var de skulle omhändertas, hur), *dels* i själva sjukhusbyggnadsprojektets utformning och organisering. Denna planerade innovation hade i sin tur sin närmsta föregångare i Södersjukhuset, det första på förhand verkligt utredda och studerade moderna sjukhusprojektet i Sverige. Detta projekt var inledning såväl till sjukhusplanering som modern arkitekturforskning överhuvudtaget i Sverige, med lösningar som har fortsatt betydelse i dagens sjukhusbyggande – t.ex. de delade vårdavdelningar som är den konfigurativa kärnan i dagens lösningar (Birch-Lindgren 1934; Björklöf 1976; Åman 1976; From 2007; CVA 2019). Ett senare exempel på medvetna förnyelseavsikter är NKS, dock inte genomfört med den typen av systematik eller involvering av legitima aktörer, och därför av långt mer tveksam betydelse i sina resultat.

Idag finns en pågående och levande forskningsdiskussion om vårdmiljöer, om än inte särdeles bred. Den är begränsad till ett fåtal miljöer, där CVA är den viktigaste, och omsätter inte enorma summor. Den har en tradition och utgångspunkt i just vårdens miljöer, men det finns ett behov av att vidga mot större sammanhang, något som inte minst indikeras av rapporten om framtidens vårdbyggnadsstruktur (CVA 2021:1). Forskningen kring vårdmiljöer har särskilda utmaningar. I stor utsträckning är det samma typ av utmaningar som präglar arkitekturforskning generellt sedan lång tid, i korta drag relationen mellan teoretiskt och praktiskt vunnen kunskap samt vad olika lösningar har för dokumenterbara effekter och om dessa kan avgränsas och förklaras "evidensbaserade". Detta kan observeras också i den forskning som rör vårdbyggnader och -miljöer, i fråga om hur kopplingar till övergripande normer i kunskapsutvecklingen görs: här företer den rörliga och svårbestämda gränser mellan vad som *tillämpas* i ett projekt och vad som *utvecklas* i ett projekt, där olika forskningsparadigm möts över inte helt klargjorda gränsdragningar och definitioner. Denna osäkerhet eller öppenhet kopplar ihop vårdarkitekturforskning och vårdarkitekturpraktik, och behöver inte vara per definition problematisk. Men när den i ett förlopp rör sig mellan paradigmatiskt olika begrepp som evidensbasering, intuition och dialogplanering, kan den skapa osäkerhet om specifikt och generellt: vad som går utanför arbetet med ett enskilt projekt, alltså överordnade intressen och normer som det behövs universell acceptans av. Framförallt (föregivet) evidensbaserade arkitekturlösningar möter svårigheter, där analogin

med evidensbaserad vård (EBM) haltar när det gäller vetenskapliga villkor. (Se vidare: Lundin 2015, som problematiserar relationen mellan olika vetenskapliga metoder inom forskning om vårdmiljöer; Marcus 2000; Steen & Koch 2012.)

Med allt detta taget i betraktande – den regionala fragmenteringen, de systematiska bristerna i kunskapsutvecklingen och forskningens utmaningar – ser det ut som en utmaning som kräver både målmedvetenhet och samverkan för att etablera en planerad innovation som kan bidra till utveckling och strategisk förändring inom sjukvårdens byggande. Likväl framstår det, både av medicinska/vårdmässiga och ekonomiska skäl, som nödvändigt. Det är sådana förutsättningar som krävs för att utveckla, överföra och implementera adekvata former för övergripande vårdintressen och behov. Bristerna på detta område ser dessvärre ut att leda till ett olyckligt sammanträffande, kanske av historiska mått, där mycket stora investeringar görs som inte fångar upp samtidiga mycket stora behov av innovation och omställning. Det problemet tydliggör den organiserade innovationens frånvaro: att ett tillräckligt ambitiöst innovationsarbete inte har satts i direkt relation ens till den politiskt uttalade omställningsagendan, utan släpar efter även i förhållande till denna.

7. Kunskapsstöd: frånvaron av övergripande vårdprofessionella perspektiv

Undersökningen ger tydliga indikationer om att neutrala medicinska och vårdprofessionella perspektiv inte har någon stabil representation i projekten. Ibland kan externa konsulter tas in, men oftare är det lokala synpunkter som får utrymme – i ingetdera fallet är deltagandet formaliserat. Av intervjusvaren framkommer också att vårdprofessionella yrkespersoners deltagande i projektprocesserna av beställarrepresentanter och konsulter återkommande beskrivs som "besvärligt" samt "fördyrande". Dessa observationer pekar på problem i relation till utredningens huvudfrågor, då ett neutralt medicinskt och vårdprofessionellt perspektiv torde höra till de övergripande vårdintressena. Två relationer – idag mer eller mindre frånvarande – kan då pekas ut som väsentliga: i fördelningen av projektens aktörsroller samt via fastlagda vägar in i projekten genom kunskapsstöd eller standarder. Ett särskilt problem i den nu föreliggande situationen uppstår när lokala vårdprofessionella företrädare i byggprojekten på ett outrett sätt får representera de generella medicinska och vårdprofessionella perspektiven, vilket troligen leder till oklarhet och sammanblandning mellan medicinska frågor och lokala medarbetarfrågor. Det beskrivna mönstret aktualiserar centrala frågor för utredningen: vilka intressen som företräds i styrningen av sjukhusbyggena, och på vilka villkor.

Undersökningens studerade exempel ger en samstämmig bild av att neutrala medicinska och vårdprofessionella perspektiv inte har någon stabil representation i projekten. Den finns, men kan se mycket olika ut. Den verkar ha svårigheter att få utrymme och att komma in naturligt i de befintliga strukturerna och processerna. Ibland kan externa konsulter på hög nivå och med stor erfarenhet tas in, men oftare är det lokala synpunkter som får ett visst utrymme. I ingetdera fallet är deltagandet dock formaliserat. Parallellt med detta återkommer snarlika beskrivningar från tongivande aktörer i projekten (beställarrepresentanter, konsulter) av de medicinska/vårdprofessionella yrkespersonernas deltagande i processerna som någonting "besvärligt" och "fördyrande", exempelvis med antaganden att det leder till fler och större utrymmen än nödvändigt. Sammantaget ser det ut som att det finns en tendens till aktiv exkludering av denna grupp ur projektprocesserna. Hur bakgrunden till den bristande eller

instabila representationen än ser ut, är detta något som direkt rör sjukhusbyggenas utformning och bevakandet av övergripande medicinska och vårdmässiga intressen.

Ett neutralt medicinskt och vårdprofessionellt perspektiv är ett övergripande intresse för vården. (Med "neutralt" avses här endast att perspektivet inte är knutet till ett visst projekt, en viss huvudman o.s.v. utan primärt till generella medicinska och vårdprofessionella utgångspunkter, lika för alla.) Bevakandet av ett sådant perspektiv eller intresse kan både vara utvecklingsorienterat (kunskapens frontlinje) och tillsynsorienterat (utövandets vetenskapliga och professionella reglering). Den till synes osäkra närvaron av detta perspektiv i sjukhusbyggnadsprocesserna kan pekas ut i två relationer: dels är inte representationen fastlagd i fördelningen av projektens aktörsroller, dels har representationen inte fastlagda vägar in i form kunskapsstöd, standarder eller normer.

Denna situation och denna tendens kan knytas till utredningens centrala frågor om sjukhusinvesteringarna och deras styrning: vilka intressen företräds, på vilka villkor? Det kopplar både till koordinering och kanaler för kunskapsöverföring i sjukhusbyggnadsprojekt och till beskrivning och värdering av vårdmässiga riskfaktorer. Förhållanden och rollfördelningar i frågan är inte givna, de beror på vad som skall uppnås och på ambitionsnivå. De är också (uppenbart) något som har förändrats över tid. Vid planerandet och byggandet av Huddinge sjukhus, vars projektformer ligger till grund för mycket av det som är helt etablerat idag (bl.a. PTS, jfr ovan), fanns en klart mer organiserad involvering av verksamheter/professioner/primära användare än vad som verkar vara vanligt idag, att döma av de studerade projekten (se Björklöf 1976). Detta förfarande stabiliserade sannolikt frågor om förhandlingssituationer och inflytande i Huddingeprojektet (oavsett diskussioner och uppfattningar om det precisa utfallet) i förhållande till generella medicinska perspektiv och den centrala granskningen av detta projekt.

Ett specifikt problem uppstår i förhållande till den representation som likväl finns av lokala vårdprofessionella företrädare i byggprojekten idag. Där uppstår med stor sannolikhet en sammanblandning mellan lokalt betonade frågor (ibland av ren personalkaraktär) och generella medicinska och vårdprofessionella aspekter. När det generella inte har en stabil representation och medverkan tycks de lokala vårdprofessionella företrädarna få representera *båda* perspektiven, både det lokala/personalbetonade och det generella/medicinska, under odifferentierade och organisatoriskt delvis oklara former. På så vis riskerar alltså medicinska perspektiv att uppfattas som personalpolitiska, t.ex. i diskussioner om behovet av vissa typer av utrymmen. Exkluderingen av det neutrala medicinska och vårdprofessionella perspektivet kan tänkas bli förstärkt av den projektsamverkansform som samtliga projekt arbetar med, s.k. partnering, där de ingående konsulternas och entreprenörernas roll och samhörighet med beställaren förstärks (jfr Havenvid et al. 2019-2021). Denna form kan nämligen tänkas försvåra tillträdet för intressen som formuleras utanför projektgruppen, och som troligen skulle vara betjänt av en mer redovisad och artikulerad rollfördelning.

Svaren till undersökningen ger således vid handen att det finns en sammanblandning, eller åtminstone bristande åtskiljande, mellan ett uppfattat "verksamhetsförsvar" inifrån och vad som borde representeras av ett expertperspektiv utifrån. En eventuell exkluderingstendens kan ytterligare distansera det tillgängliga medicinska och vårdmässiga kunskapsperspektivet från problemformulerandet. Med sammanblandningen av lokalt och generellt – där man inte vet i vilken grad den ena eller det andra företräds – blir det svårt att i programarbetet i respektive sjukhusprojekt avväga mellan lokala, personbestämda önskningar och generella vårdmässiga och medicinska perspektiv. Effekten, i praktiken, torde bli att de enda som nu alls har

möjlighet att företräda det generella perspektivet är de lokala medicinska och vårdprofessionella företrädarna. Men i den konkreta projektsituationen är det sannolikt att de då inte tolkas rätt av övriga aktörer. Det är också sannolikt att de inte heller själva kan separera sina ofrivilligt dubbla roller.

Slutligen väcker det frågor om beslutskvalitet och kostnadseffektivitet. Vad är det som kan gå förlorat i utformningsprocesserna av vårdmiljöer om en rollsammanblandning och/eller exkludering påverkar hur projekten läggs upp, kompetensbesätts och styrs? Om vårdprofessionerna (framförallt läkare) återkommande uppfattas som "besvärliga", "krävande" o.s.v., vad kan vinnas med att systematisera arbetet tydligare för att undvika eventuella sådana effekter? Men det kopplar också till den bredare frågan om koordination och styrning av flera övergripande vårdintressen som organisation, nationell arbetsfördelning och kunskapsöverföring. Konkret kan det – återigen – beröra arbetet med former för den för närvarande mest aktuella och angelägna reformen, omställning till nära vård, om detta arbete bedrivs som ett mer lokalt och dialogbetonat experimenterande utan någon form för klargjord representation av neutrala medicinska och vårdmässiga perspektiv.

Avslutande kommentar

Det kan konstateras att samtliga fyra undersökta sjukhusprojekt exemplifierar höga ambitioner, och byggande och arkitektur på hög nivå. De bygger också i hög grad vidare på förutsättningar i det som redan finns uppbyggt (om än med inbördes variationer). Det går också att konstatera ett mönster: att vårdbyggandet – utifrån undersökningens exempel och informanternas beskrivningar – har en tendens att mer definieras som en bygg- och fastighetsfråga än som en fråga för vårdens strategier och utveckling. Det tycks ha att göra med den befintliga bebyggelsestrukturen, "lasarettsstrukturen": en fastighetsstruktur som hängt med i över ett sekel, och som nu ser ut att vara en begränsande faktor för såväl verksamhetens som vårdbyggandets utveckling. Det är en trolig följd om man ser sjukhusen som ett antal anläggningar och byggnadstomter. Ser man dem så, är man i någon mening tillbaka till tillståndet före 1930-talet, med ett stort antal solitärer, var och en byggd med individuella former, lösningar och uttryck. Det vill säga, man har då tappat bort tanken att primärt se den som ett system och ett nätverk.

Det visar sig vara ett mönster också i övrigt: uppdelning och fragmentering, såsom beskrivet i analysen exempelvis i form av "projektisering" av sjukhusbyggnadskompetensen, stark betoning av de lokala förutsättningarna, strukturella brister i kunskapsstöd och erfarenhetsåterföring, förhandlingar och skiftande lösningar kring standarder, förnyelse som inte är systematisk, kunskap och vårdintressen som inte hittar vägar in i det lokala sammanhanget. Inget av det som framkommit i intervjuerna pekar på att det primärt skulle vara en ekonomisk fråga som hindrar initiativ till att förändra mönstret, d.v.s att det skulle *finnas* en konkretiserad vilja eller ett framarbetat program hos sjukvårdshuvudmännen, men inga pengar. (Detta skulle förstås kunna undersökas ytterligare på andra sätt.) Det verkar snarare handla om de nu befintliga strukturernas "aktörskap": vilka intressen som ryms i dem och tillgodoses, eller inte. Det verkar också handla om frånvaron eller närvaron av sådana förändrande avsikter: huruvida det finns en faktisk intention att "tänka efter före" (ett klassiskt uttryckssätt i byggnadssammanhang) för att tillskapa de förutsättningar som idag saknas.

Vilken stor och till och med avgörande roll detta kan spela visas av en stor och högaktuell vårdfråga. Intervjusvaren i denna undersökning ger ett övervägande intryck av att den inte ger avtryck eller hittar in i de pågående sjukhusprojekten: omställningen för den nära vården. (Det finns undantag, men som innehåller frågetecken kring systematik och kunskapsstöd.) De stora förändringar som finns i denna reformagenda avser inte att vara en ny nivå, utan handlar just om att *arbeta fram nya former* i det som görs och byggs. Nu ser det inte ut att ske. I stället uppstår ett olyckligt sammanträffande av ganska avsevärda mått: stora sjukhusbyggnadsinvesteringar görs samtidigt med att en stor omställning till nära vård lanseras, utan att någon koppling uppstår dem emellan. Det blir alltså den tämligen raka följden av de brister i förutsättningar och strukturer som har beskrivits: omfattande satsningar och investeringar görs, utan att de nya former som efterfrågas blir en del av det som arbetas fram och byggs.

Vilka är då de väsentligaste slutsatserna man kan dra av det som framkommit, först i själva undersökningen, och sedan i analysen och diskussionen av dess resultat? Jag ser det som en viktig poäng att inte stanna vid enbart observationer, heller inte dem som jag har gjort på den analytiska nivån. De behöver föras vidare till slutsatser som också kan öppna mot och indikera en handlingsriktning. Hur beskriver vi observerade problem, om vi är intresserade av att hitta deras lösning? Det väsentliga som kan utvinnas ur en undersökning som denna,

inklusive analysdel, bör helst inte bara ligga på symptomnivån, utan också formulera det som ligger under symptomen. Allt det som jag konstaterat och återgett ovan är inte bara en lista med kritiska punkter och brister i allmänhet, utan också delbeskrivningar av en strukturell brist. Detta pekar mot att även lösningar behöver vara av strukturell art (eller institutionell om man så vill), där man griper sig an problemen samlat – om det nu handlar om "projektisering" och fragmentering, brister i kunskapsstöd, erfarenhetsåterföring och koordinering, eller något annat av det som observerats och diskuterats – på en *strukturell* nivå.

Jag har identifierat **fyra punkter**, som sammanfattar och formulerar om problemen till vad jag uppfattar som en initial problemformulerings- och problemlösningsnivå. Exempelvis är då inte fastighetsperspektivet, lika lite som lasarettsstrukturen och den därmed associerade sjukhuspräglingen av vårdsystemet, problemet *i sig*. Problemet är *effekten* av det perspektivet, nämligen att det *skapar låsningar*. Det skapar mycket sannolikt hinder för de former som behöver skapas och den koordinering som behöver etableras utifrån ett annat perspektiv, där man i stället för byggnadstomter kan lyfta blicken och se en hel karta – en karta som också beskriver vårdens nätverk och alla förbindelser och nivåer inom det. Det är rimligen ett sådant perspektiv som de stora investeringar som görs behöver komma i stabil kontakt med.

Av den anledningen finns ett uppenbart behov att **(1) bryta låsningar.** Det första steget är att uppfatta att låsningarna finns där som en *path dependence*, alltså ett stigberoende, vilket blir medaktör genom de befintliga strukturer som på olika nivåer bygger upp det (själva bebyggelsen, samt organisation, och aktörer runt denna – jfr Magnusson & Ottosson, red., 2009; jfr även Latour 1998, 2005) Strukturerna (beroendet) ligger kvar, men beskriver andra syften och tidssammanhang. De låsningar de skapar kan både vara poänglösa och ha fortsatt stark inverkan också i det större perspektivet. Det gäller då att tillskapa strukturer som kan operera utanför dem. Det viktigaste för *den* analysen torde vara att reflektera över och identifiera rätt behov, efterfrågan och intressen – vilket givetvis inte har något förutbestämt svar eller uttolkning, utan utgör delar av en dialog som behöver föras. Därifrån behöver man gå till rätt verksamhet. Och därifrån vidare till en struktur som stöder den verksamheten, så att denna får rätt lokaliseringar och bästa möjliga rumsliga organisation.

Detta har skett i de tidigare faserna av den svenska vården och dess sjukhusinvesteringar, som gav sina lösningar på då aktuella och relevanta problem och uppgifter. Först 1800-talets breda sanitära och hälsomässiga uppgifter, som gav en statligt "läkartjänstkonfigurerad" verksamhet och en landstingsbyggd lasarettsstruktur. Sedan 1930- till -50-talens specialisering och ökade behov (och efterfrågan), vilka mer eller mindre kunde byggas vidare på de befintliga verksamheterna och strukturerna. Därefter 1960-talet och fram till idag, med ett sjukhusbyggande till stor del utifrån samma bas, men också ett alltmer haltande förhållande mellan den befintliga sjukhusstrukturen och de otillfredsställda behoven av öppen vård och nära vård, som identifierats men ej kunnat lösas. Samtidigt har under samma senaste 50-årsperiod själva verksamheten utvecklats på ett sätt som alltmer påverkat utförandet och gränsdragningarna mellan etablerade vårdformer. Idag har det, till sist, lett till att vi står inför en stor omställning av hur hela systemet behöver informeras, differentieras, styras, och knytas ihop i nätverk med andra delar och aktörer. Då behövs förändring och innovation. Men hur?

När det gäller ett övergripande svar på frågan "hur?" pekar analysen på ett tydligt behov av att systematiskt kunna **(2) kanalisera** kunskap, förnyelse och koordinering av vårdintressen på skilda nivåer och i kompatibla nätverk. Det handlar om "gemensamma strukturer", ja – men inte för sakens egen skull, utan för vad gemensamma strukturer kan och skall *göra*. De kan skapa vägar för att överföra och koordinera kunskap, innovation, standarder o.s.v. i nätverk

som knyter ihop verksamheter och faciliteter, och där kommunicerandet går i minst två riktningar. Om standarder och kunskapsstöd finns och upprätthålls systematiskt i en gemensam, övergripande dimension, kan kunskapsspridandet och erfarenhetsåterförandet liksom tillgodoseendet av strategiska vårdintressen göras stabilt och hållbart.

När vi har identifierat olika begränsningar i perspektiv, kommunikation, vårdbyggnadskompetens och "projektisering", är dessa alltså inte avgränsade problem, utan visar på ett principiellt och övergripande behov som behöver hitta sin lösning. Vad är det, givet det vi konstaterat hittills, lösningen behöver definieras av? Likt de tidigare faserna behöver formerna som skapas för verksamhetens behov och intressen, och de system och nätverk de knyts ihop till, bidra till att **(3) skapa långsiktighet**. Den behöver ta sin utgångspunkt i de svar som behövs idag och framåt, men inte förändra för den närmsta perioden inom det befintliga, utan se längre och större. De specifika strukturer som behövs för att utföra detta arbete kontinuerligt kommer högst sannolikt att kunna ske i någon form av statlig-regional samverkansmodell (d.v.s. sådana som också byggt tidigare fasers gemensamt nationella-lokala strukturer – jfr Kaijser 1994, 2007 m.fl.), för att säkra olika intressens inflytande på respektive nivå, med dessas respektive politiska och demokratiska mandat, och som kan förena ändamålsändlighet och optimal funktion på flera nivåer samtidigt.

Slutligen är en mer övergripande slutsats som kan dras ur analysen att det finns ett stort och inte löst behov av att kunna se *vad* det är som behöver etableras och byggas, och hur det kan säkras att de olika dimensionerna och intressena kommer in – som kunskap, innovation, rätt nivåstruktureering, beredskap o.s.v., och i nuläget ännu mer betonat omställning till nära vård. Därför behöver sjukhusbyggandet på ett annat sätt än idag garantier för att det kan **(4) definiera vad** som ska uppnås i ett byggprojekt i förhållande till mål för verksamheten och de behov denna ska uppfylla. (D.v.s. inte i förhållande till byggprocesserna.)

Om det finns omständigheter som komplicerar eller avleder programarbetet lokalt (gör det oklart vilka intressen och prioriteter som vägs in) på ett mindre ändamålsenligt sätt för verksamheten och mindre kostnadseffektivt för huvudmannen (d.v.s. medborgarna och skattebetalarna), bör sådana omständigheter förstås åtgärdas – och då inte fortsatt lokalt, utan med övergripande (gemensamma) och långsiktiga lösningar. Det betyder att sannolikt att något i större utsträckning måste reglera hur en sjukhusbyggnadsprocess går till: vilka steg, vilka aktörer och kunskapsbärare som behöver iakttagas och involveras samt vilka intressen som måste tillgodoses i varje givet läge, hur standarder kan implementeras och hur det kan förhållas till någon typ av revideringsprocess. (Här skulle kanske programutredningsarbete och byggnadsprogram som redovisningsform kunna få en möjlig roll.)

Definitioner och specifikationer är inget som bör undvikas i den mån de är kopplade till en optimal utformning, både av interna förhållanden i ett projekt och av projektets anknytning till vårdintressen som ligger utanför det lokala. I förhållande till bevakandet av andra intressen än de fastighets- och byggnadsmässiga, alltså bevakandet av *vårdens* intressen, är den generella insikten från undersökningen och analysen således att en diskussion om *vad* som ska byggas *måste artikuleras intialt*. Den måste ställa och besvara funktionella frågor först, och bygga sedan, för att säkerställa att rätt intressen, ingångsvärden och kriterier blir delar av ett projekt från början. Om det är klart definierat vad som ska göras, och hur det ska fungera, och det också finns en ordning för hur det utförs – oavsett alla olikheter i övrigt i skilda projekt – kan det genomförda också efterföljande revideras och stämmas av i fråga om ändamålsenlighet och kostnadseffektivitet, som en del av den demokratiskt kontrollerade sjukvårdens krav på ansvarighet (*accountability*).

Kompletterande referenser utanför undersökningsmaterialet

Albinsson, Gillis, "Sjukvården under kommunalt huvudmannaskap", i: Palme, Sven Ulric, red., *Hundra år under kommunalförfattningarna, 1862-1962: en minnesskrift*, 1962, s. 640-673.

Alm, Bruno & Nilsson, Nils, *Vårdbyggnader: krav och strukturer*, Byggforskningen R20:1972
Att utarbeta PTS: program för teknisk standard, Spri 1986.

Birch-Lindgren, Gustaf, *Svenska lasarettsbyggnader: modern lasarettsbyggnadskonst i teori och praktik* [avhandl.], 1934.

Björklöf, Sune, *Det stora projektet: planeringen av ett sjukhus*, 1976.

Caldenby, Claes, Borglund, Magnus, Imberg, Sten & Barne, Anna, red., *Whiteboken 1951-2018,* 2018.

Den goda vårdavdelningen, CVA och PTS, 2019.

Docteur, Elizabeth & Coulter, Angela, *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård: en extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring*, 2012.

Ennart, Henrik & Mellgren, Fredrik, *Sjukt hus*, 2016.

Framtidens vårdbyggnadsstruktur, CVA 2021:1.

Frid, Ylva, "Förnuft och känsla", *Arkitektur* 3/2021, s. 68-73.

From, Lena, "Vårdbyggnadsboom: med patienten i centrum", *Arkitektur* 7/2007, s. 14-21.

From, Lena & Lundin, Stefan, red., *Arkitektur som medicin: arkitekturens betydelse för behandlingsresultatet inom psykiatrin*, 2009.

Grafström, Maria, Qvist, Martin & Sundström, Göran, red., *Megaprojektet Nya Karolinska Solna: beslutsprocesserna bakom en sjukvårdsreform*, 2021.

Hultén, Göran, *Statlig styrning av landstingens byggnadsverksamhet: ett led i byggprocessen*, 1975.

Havenvid, Malena, et al., påg. forskningsprojekt SBUF:13781, 2019-2021.

Håkansson, Håkan & Waluszewski, Alexandra, red., *Knowledge and innovation in business and industry: the importance of using others*, 2007.

Brunsson, Nils & Jacobsson, Bengt, red., *Standardisering*, 1998.

Kaijser, Arne, *I fädrens spår: den svenska infrastrukturens historiska utveckling och framtida utmaningar*, 1994.

Latour, Bruno, *Artefaktens återkomst: ett möte mellan organisationsteori och tingens sociologi*, 1998,

Latour, Bruno, *Reassembling the social: an introduction to Actor-Network-Theory*, 2005

Lewan, Tomas, "Skyltfönster för vården", *Arkitektur* 8/2019, s. 20-26.

Lundin, Stefan, *Healing architecture: evidence, intuition, dialogue* [lic-avhandl.], 2015.

Magnusson, Lars & Ottosson, Jan, red., *The evolution of path dependence*, 2009.

Marcus, Lars, *Architectural knowledge and urban form: the functional performance of architectural urbanity* [avhandl.], 2000.

Meijling, Jesper, *Nya Karolinska: ett pilotprojekt för marknadsstyrd vård?*, 2018.

Meijling, Jesper, *Marknadisering: en idé och dess former inom sjukvård och järnväg* [avhandl.], 2020.

Meijling, Jesper, "Vårdens alla frågor", *Arkitektur* 3/2021.

Sigge, Erik, *Architecture's red tape: government building construction in Sweden 1963-1973*, 2017.

SOU 2017:53, *God och nära vård:en gemensam färdplan och målbild*.

SOU 2018:39, *God och nära vård:en primärvårdsreform*.

SOU 2019:29, *God och nära vård:vård i samverkan*.

SOU 2020:15, *Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården: lärdomar från exemplet NKS*.

SOU 2020:19, *God och nära vård:en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*.

Steen, Jesper & Koch, Daniel, *Samspelet på vårdavdelningen*, 2012.

Tidd, Joseph, Pavitt, Keith & Bessant, John R., *Managing innovation: integrating technological, market and organizational change*, 2001.

van de Ven, Andrew H., *The innovation journey*, 2008.

Wagrell, Sofia, *Drivers and hindrances in med-tech Innovation: a device's guide to the Swedish healthcare galaxy* [avhandl.], 2017.

Zimm, Malin, "Staden går vården till mötes", presentation av H-huset USÖ i *Arkitektur* 3/2021, s. 22-33.

Åman, Anders, *Om den offentliga vården: byggnader och verksamheter vid svenska vårdinstitutioner under 1800- och 1900-talen*, 1976.

Öhrming, Jan, *Allt görs liksom baklänges: verksamheten vid Nya Karolinska Solna*, 2017.

Statens offentliga utredningar 2021

Kronologisk förteckning

1. Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering. I.
2. Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. Ju.
3. Skolbibliotek för bildning och utbildning. U.
4. Informationsöverföring inom vård och omsorg. S.
5. Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. Ju.
6. God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. S.
7. Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. Ju.
8. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). S.
9. Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. I.
10. Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. M.
11. Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. U.
12. Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. Ju.
13. En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. Ju.
14. Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. S.
15. Föreningsfrihet och terroristorganisationer. Ju.
16. En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. Fi.
17. Ett moderniserat konsumentskydd. Fi.
18. Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. Ju.
19. En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. S.
20. Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. Ju.
21. En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. M.
22. Hårdare regler för nya nikotinprodukter. S.
23. Stärkt planering för en hållbar utveckling. Fi.
24. Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. M.
25. Struktur för ökad motståndskraft. Ju.
26. Använd det som fungerar. M.
27. Ett förbud mot rasistiska organisationer. Ju.
28. Immunitet för utställningsföremål. Ku.
29. Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. I.
30. Kampen om tiden – mer tid till lärande. U.
31. Kontroller på väg. I.
32. Papper, poddar och ... Pliktmateriallagstiftning för ett tryggat källmaterial. U.
33. En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. U.
34. Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. S.
35. En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. Ju.

36. Gode män och förvaltare – en översyn. Ju.
37. Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. S.
38. En ny lag om ordningsvakter m.m. Ju.
39. Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. S.
40. Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. Fi.
41. VAB för vårdåtgärder i skolan. S.
42. Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. Fi.
43. Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar. Ju.
44. Tillgänglighetsdirektivet. S.
45. En EU-anpassad djurläkemedelslagstiftning. Del 1 och 2. N.
46. Snabbare lagföring – ett snabbförfarande i brottmål. Ju.
47. Ett nytt regelverk för bygglov. Del 1 och 2. Fi.
48. I en värld som ställer om. Sverige utan fossila drivmedel 2040. M.
49. Kommuner mot brott. Ju.
50. Fri hyressättning vid nyproduktion. Ju.
51. Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar. Vol. 1 och 2. M.
52. Vilja välja vård och omsorg. En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. S.
53. En rättssäker vindkraftsprövning. M.
54. Ändrade regler i medborgarskapslagen. Ju.
55. Mikroföretagarkonto – schabloniserad inkomstbeskattning för de minsta företagen. Fi.
56. Nya regler om utländska föräldraskap och adoption i vissa fall. Ju.
57. Om folkbokföring, samordningsnummer och identitetsnummer. Fi.
58. Läge och kvalitet i hyressättningen. Ju.
59. Vägen till tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. S.
60. Förenklingar för mikroföretag och modernisering av bokföringslagen. N.
61. Utvisning på grund av brott – ett skärpt regelverk. Ju.
62. Användning av e-legitimation i tjänsten i den offentliga förvaltningen. I.
63. Sveriges säkerhet – behov av starkare skydd för nätverks- och informationssystem. Fö.
64. Ersättning till brottsoffer. Ju.
65. Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur. U.
66. Rätt mottagare. Demokrativillkor och integritet. Ku.
67. Vägen mot fossiloberoende jordbruk. N.
68. Skärpta straff för brott i kriminella nätverk. Ju.
69. En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet. Volym 1 och 2. S.
70. Läromedelsutredningen – böckernas betydelse och elevernas tillgång till kunskap. U.
71. Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur. S.

Statens offentliga utredningar 2021

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. [16]

Ett moderniserat konsumentskydd. [17]

Stärkt planering för en hållbar utveckling. [23]

Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. [40]

Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. [42]

Ett nytt regelverk för bygglov. Del 1 och 2. [47]

Mikroföretagarkonto – schabloniserad inkomstbeskattning för de minsta företagen. [55]

Om folkbokföring, samordningsnummer och identitetsnummer. [57]

Försvarsdepartementet

Sveriges säkerhet – behov av starkare skydd för nätverks- och informationssystem. [63]

Infrastrukturdepartementet

Säker och kostnadseffektiv it-drift rättsliga förutsättningar för utkontraktering. [1]

Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. [9]

Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. [29]

Kontroller på väg. [31]

Användning av e-legitimation i tjänsten i den offentliga förvaltningen. [62]

Justitiedepartementet

Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. [2]

Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. [5]

Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. [7]

Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. [12]

En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. [13]

Föreningsfrihet och terroristorganisationer. [15]

Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. [18]

Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. [20]

Struktur för ökad motståndskraft. [25]

Ett förbud mot rasistiska organisationer. [27]

En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. [35]

Gode män och förvaltare – en översyn. [36]

En ny lag om ordningsvakter m.m. [38]

Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar. [43]

Snabbare lagföring – ett snabbförfarande i brottmål. [46]

Kommuner mot brott. [49]

Fri hyressättning vid nyproduktion. [50]

Ändrade regler i medborgarskapslagen. [54]

Nya regler om utländska föräldraskap och adoption i vissa fall. [56]

Läge och kvalitet i hyressättningen. [58]

Utvisning på grund av brott – ett skärpt regelverk. [61]

Ersättning till brottsoffer. [64]

Skärpta straff för brott i kriminella nätverk. [68]

Kulturdepartementet

Immunitet för utställningsföremål. [28]

Rätt mottagare. Demokrativillkor och integritet. [66]

Miljödepartementet

Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. [10]

En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. [21]

Äga avfall
– en del av den cirkulära ekonomin. [24]

Använd det som fungerar. [26]

I en värld som ställer om.
Sverige utan fossila drivmedel 2040. [48]

Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar. Vol. 1 och 2. [51]

En rättssäker vindkraftsprövning. [53]

Näringsdepartementet

En EU-anpassad djurläkemedelslagstiftning. Del 1 och 2. [45]

Förenklingar för mikroföretag och modernisering av bokföringslagen. [60]

Vägen mot fossiloberoende jordbruk. [67]

Socialdepartementet

Informationsöverföring inom vård och omsorg. [4]

God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. [6]

När behovet får styra
– ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). [8]

Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. [14]

En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. [19]

Hårdare regler för nya nikotinprodukter. [22]

Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. [34]

Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. [37]

Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. [39]

VAB för vårdåtgärder i skolan. [41]

Tillgänglighetsdirektivet. [44]

Vilja välja vård och omsorg.
En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. [52]

Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. [59]

En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet.
Volym 1 och 2. [69]

Riksintressen i hälso- och sjukvården
– stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur. [71]

Utbildningsdepartementet

Skolbibliotek för bildning och utbildning. [3]

Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. [11]

Kampen om tiden
– mer tid till lärande. [30]

Papper, poddar och ...
Pliktmateriallagstiftning för ett tryggat källmaterial. [32]

En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. [33]

Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur. [65]

Läromedelsutredningen
– böckernas betydelse och elevernas tillgång till kunskap. [70]

Regeringskansliet

103 33 Stockholm Växel 08-405 10 00 www.regeringen.se

ISBN 978-91-525-0197-9 ISSN 0375-250X

Omslag: Elanders Sverige AB