

# Sammanfattning av diskussionerna på rundabordssamtal:

“Åk till akuten: hur mycket sjukvård har vi råd med?”



## Sammanfattning

Tisdagen 31 mars 2026 organiserade Handelshögskolans **Center for Resilient Health** och **Centrum för hälsokriser**, på **Karolinska Institutet**, ett rundabordssamtal kring temat i **Fanny Nilssons bok Åk till akuten: hur mycket sjukvård har vi råd med?**; om svensk vård- och sjukvårds och sjukvårdspolitik, och hur vi prioriterar, organiserar och finansierar sjukvård i ett samhälle med höga förväntningar men begränsade resurser.

Ett femtiotal särskilt inbjudna, från bland annat universitet, näringsliv, politik och professionsföreningar, diskuterade tre övergripande frågeställningar. Övergripande märktes en samstämmighet kring problembilden, och aspekter som tillgänglighet, brist på kontinuitet, primärvårdens status, överspecialisering, (över)konsumtion av vård och onödig vård, nämndes flera gånger. Liksom aspekter som rör nationell kontra regional styrning och målsättning, kort och

långsiktighet i beslut, samt inter- och intraregionella skillnader inom landet. Liknande samstämmighet fanns dock inte kring lösningsförslagen, där samtalen och förslagen istället rörde sig brett från specifik reglering i enskilda frågor och hos enskilda aktörer, till bredare diskussioner om till exempel beteendeförändringar i befolkningen.

Det som följer är en sammanfattning av hur diskussionerna gick kring de tre frågeställningarna som samtalet fokuserade på. Det är inte en analys av diskussionerna eller övervägande av de åsikter eller idéer som togs upp.

**1. Hur kan Sverige nå en “riktig primärvård” som t.ex. Nederländerna, Norge, Spanien och Danmark? Vem är ansvarig för att vi når dit? Vad behöver rikspolitiker, regionpolitiker och allmänläkarna själva göra?**

Diskussionerna kring primärvården präglades av en bred samsyn kring att kontinuitet utgör både det största problemet och den viktigaste lösningen. Avsaknaden av en fast vårdkontakt eller ett tydligt patientansvar lyftes återkommande som en central brist, vilket i sin tur kopplas till för få allmänläkare, pressade arbetsvillkor och bristande incitament. Samtidigt betonades att ökad kontinuitet inte enbart kan uppnås genom att utbilda fler läkare, utan kräver mer genomgripande systemförändringar. Förslag som diskuterades inkluderade fasta läkarkontakter eller team, tydligare ansvarsfördelning kring patienten samt bättre triagering för att säkerställa rätt vårdnivå.

Ett annat genomgående tema var primärvårdens relativt låga status och begränsade attraktionskraft. Flera deltagare menade att detta hänger samman med hur utbildningssystemet premierar specialisering, i kombination med hög arbetsbelastning och mindre konkurrenskraftiga villkor. För att vända utvecklingen lyftes behovet av att stärka allmänmedicinens status, förbättra arbetsmiljö och ersättningsnivåer samt i större utsträckning organisera vården kring team snarare än enbart läkare.

Vidare framkom att problemen inte enbart handlar om resursbrist, utan i hög grad om hur resurser fördelas och styrs. Den nuvarande strukturen med 21 regioner ansågs försvåra en sammanhållen nationell riktning, samtidigt som resurser ofta prioriteras till specialistvården. Avsaknaden av en aktör med helhetsansvar pekades ut som en central utmaning. Många argumenterade därför för behovet av tydligare nationell samordning, kombinerat med lokal flexibilitet.

Flera grupper betonade också vikten av en omställning till en mer teambaserad och systemorienterad primärvård, där olika professioner samverkar och där läkaren inte alltid är första kontakt. Detta kopplades även till behovet av att hantera patientbeteenden och efterfrågan. Bristande tillit till primärvården ansågs bidra till överutnyttjande av akutsjukvården och till att patienter söker vård på fel nivå.

Slutligen lyftes de svåra prioriteringar som krävs. Det finns en inneboende konflikt i att samtidigt vilja stärka både sjukhusvård och primärvård, vilket i praktiken innebär att resurser måste omfördelas och att politiska beslut behöver fattas om vad vården inte ska göra.

## **2. Hur ska vi stävja ojämlikheterna och följa hälso- och sjukvårdslagen när vi samtidigt ser en ökande efterfrågan på privata sjukvårdsförsäkringar?**

### **Vem har ansvaret för att principen om vård efter behov följs? Staten, regionpolitikerna, försäkringsbolagen, vårdgivarna?**

När det gäller ojämlikhet fanns en tydlig samsyn om att de största skillnaderna i vården inte i första hand drivs av privat vård, utan av systemets struktur. Geografiska och socioekonomiska skillnader, liksom variationer i patienters förmåga att navigera systemet, lyftes som mer avgörande faktorer. Ojämlikheten tar sig uttryck både mellan och inom regioner.

Å ena sidan framhölls att privata aktörer kan bidra med innovation, ökad tillgänglighet och avlastning av den offentliga vården. Samtidigt lyftes risker kopplade till att personal dras från offentlig sektor, att parallella system växer fram samt att incitament kan leda till överbehandling eller överdiagnostik.

Den gängse bilden var att problemet inte ligger i ägandeformen som sådan, utan i incitamentet för verksamheten, där det finns risker kopplade till avsaknad av styrning och kring om incitamenten blir allt för ensidigt vinstdrivande. Ett återkommande inspel var att det inte primärt är finansiella resurser som begränsar systemet, utan vårdens tillgänglighet och då framför allt i fråga om personal.

Flera deltagare pekade på brister i styrning och uppföljning. Principen om vård efter behov ansågs inte följas konsekvent, och regionernas beställarkompetens ifrågasattes i vissa fall. Förslag som lyftes var bland andra: tydligare krav i upphandlingar, ökad transparens – exempelvis kring köhantering – samt möjligheter att sanktionera aktörer som inte lever upp till kraven.

Samtidigt diskuterades även den växande efterfrågan på vård, där flera beskrev en utveckling mot mer konsumentdriven vård. Som i sin tur gör det svårare att dra gränsen mellan medicinskt motiverade behov och upplevda behov, och understryker behovet av tydligare prioriteringar och ett samhällskontrakt kring vad vården ska leverera.

Avslutningsvis betonades vikten av tillit. För att upprätthålla tilliten till den offentligt finansierade vården behöver den upplevas som både tillgänglig och rättvis. I annat fall riskerar efterfrågan på privata alternativ att öka ytterligare.

**3. Hur ska vi främja innovation och forskning men samtidigt stävja oseriösa aktörer, organiserad brottslighet och marknadsmisslyckanden, så vi uppnår så effektiv, jämlik och kostnadseffektiv vård så möjligt för hela befolkningen? Vad behöver politiskt förändras för att reglering inte drabbar innovation och utveckling?**

*På den här frågan fanns det en osäkerhet kring hur den skulle tolkas, som klargjordes på plats.*

*Frågeställningen handlar om hur innovation främjas och bevaras, samtidigt som kontroll bibehålls för att förhindra oönskade konsekvenser och oseriösa aktörer.*

I diskussionerna om innovation och kontroll framträdde behovet av en balans mellan tillit och reglering som ett centralt tema. Deltagarna var eniga om att systemet varken kan vara helt tillitsbaserat eller överreglerat, utan att det krävs en kombination av tydliga spelregler, fungerande uppföljning och reella möjligheter att ingripa mot oseriösa aktörer.

Flera pekade på brister i dagens tillsyn, där det upplevs som svårt och tidskrävande att stänga ned aktörer som inte uppfyller kraven. Detta kopplades till svag beställarkompetens och otillräcklig uppföljning. Förslag som lyftes inkluderade stärkt tillsyn, exempelvis genom myndigheter som IVO, samt tydligare kravställning i upphandlingar.

När det gäller innovation framhölls att hindren inte enbart ligger i regelverk, utan i systemets utformning i stort. Byråkratiska processer, kortsiktiga politiska beslut och bristande implementeringsförmåga gör att innovationer ofta stannar i pilotprojekt och inte sprids i systemet. Det fanns också en kritik mot ett alltför starkt fokus på tekniska lösningar, på bekostnad av organisatorisk utveckling.

Ett återkommande förslag var att tydligare strukturera innovationsprocessen i tre steg: utveckling, testning (med evidens, exempelvis genom randomiserade studier) och implementering. I dagsläget ansågs dessa steg ofta sammanblandas, vilket försvårar både utvärdering och spridning.

Primärvården lyftes särskilt fram som en möjlig motor för innovation, inte minst i arbetet med att öka effektivitet och kontinuitet. Samtidigt betonades vikten av samverkan mellan offentlig och privat sektor, där privata aktörer kan bidra med innovationskraft – förutsatt att incitamenten är rätt utformade och att marknadsmisslyckanden hanteras.

Slutligen diskuterades behovet av bättre data, transparens och lärande i systemet. Bristande datadelning och informationsbarriärer ansågs i dag hämma utveckling och uppföljning. Ett mer datadrivet och lärande system lyftes därför som en förutsättning för både innovation och effektiv kontroll.

## Tack till alla deltagare!

### Kontakt:

- **Center for Resilient Health**

- **Email:** [Karl.Wennberg@hhs.se](mailto:Karl.Wennberg@hhs.se)
- **Besök vår hemsida:**  
[hhs.se/en/research/centers/crh](https://hhs.se/en/research/centers/crh)

- **Centrum för hälsokriser**

- **Email:** [healthcrises@ki.se](mailto:healthcrises@ki.se)
- **Besök vår hemsida:**  
[ki.se/healthcrises](https://ki.se/healthcrises)