

Offentligt sammanträde om utvärdering av delar av beslutsprocessen för nationell högspecialiserad vård



Offentligt sammanträde om utvärdering av
delar av beslutsprocessen för nationell
högspecialiserad vård

ISSN 1653-0942
ISBN 978-91-7915-148-5 (tryck)
ISBN 978-91-7915-149-2 (pdf)
Tryck: Riksdagstryckeriet, Stockholm 2025

Förord

Socialutskottet anordnade den 12 juni 2025 en offentlig utfrågning i riksdagen om utvärdering av delar av beslutsprocessen för nationell högspecialiserad vård. I det följande redovisas program, deltagare och uppteckningar från sammanträdet. De bilder som visades av föredragshållarna under deras presentationer redovisas i en bilaga.

Innehållsförteckning

Förord3

Program5

Deltagare.....7

Uppteckningar från det offentliga sammanträdet.....10

Bilaga

Bilder från den offentliga utfrågningen36

Program

Offentligt sammanträde i socialutskottet om utvärdering av delar av beslutsprocessen för nationell högspecialiserad vård

Datum: Torsdagen den 12 juni 2025

Tid: Kl. 9.00–11.00

Plats: Riksdagens andrakammarsal

- 9.00–9.05 **Inledning**
Christian Carlsson (KD), ordförande i socialutskottet, inleder.
- 9.05–9.10 **Presentation av rapporten**
Malin Höglund (M), sammankallande i utskottets uppföljnings- och utvärderingsgrupp, presenterar gruppens iakttagelser och bedömningar.
- 9.10–9.20 **Socialstyrelsens reflektioner över och kommentarer till rapporten**
Kristina Wikner, chef för enheten för högspecialiserad vård vid Socialstyrelsen, kommenterar rapporten.
- 9.20–9.30 **Steg 2 i beslutsprocessen: Sakkunniggrupperna tar fram underlag**
Gunilla Gunnarsson, extern utredare, kommenterar steg 2 i beslutsprocessen.
- 9.30–9.40 **Steg 3 i beslutsprocessen: Remiss av underlaget och konsekvensanalys**
Systemexperter i beredningsgrupp 1 kommenterar steg 3 i beslutsprocessen.
Daniel Janson Thorfinn, representant i B1 för NPO akutvård
Håkan Wittgren, representant i B1
- 9.40–9.50 **Steg 6 i beslutsprocessen: Beredning av ansökningar inför beslut**
Representanter från beredningsgrupp 2 kommenterar steg 6 i beslutsprocessen.
Nina Fållbäck-Svensson, förbundsdirektör för Norra sjukvårdsregionförbundet och representant i B2 för samverkansregion Umeå

Anders Ahlsson, hälso- och sjukvårdsdirektör i Region Stockholm och representant i B2 för samverkansregion Stockholm

9.50–10.10 **Kaffepaus**

Kaffe/te och smörgås serveras.

10.10–10.20 **Steg 8 i beslutsprocessen: Uppföljning och utvärdering av tillstånden**

Johan Rinder, verksamhetschef, Kansliet för nationell högspecialiserad vård, Region Stockholm, kommenterar steg 8 i beslutsprocessen.

10.20–10.30 **Två universitetssjukhus erfarenheter av beslutsprocessen för nationell högspecialiserad vård**

Representanter för två universitetssjukhus berättar om sina erfarenheter av hur beslutsprocessen fungerar.

Klas Ekström, områdeschef, Akademiska sjukhuset, Region Uppsala

Sven Karlsson, avdelningschef, Strategisk vårdutveckling och säkerhet och NHV-kontaktperson, Skånes universitetssjukhus, Region Skåne

10.30–10.55 **Frågor från ledamöterna**

Utskottets ledamöter ges möjlighet att ställa frågor.

10.55–11.00 **Avslutning**

Karin Sundin (S), ledamot i socialutskottet, avslutar.

Deltagare

Inbjudna talare

Gunilla Gunnarsson, extern utredare

Region Stockholm

Johan Rinder, verksamhetschef, Kansliet för nationell högspecialiserad vård

Socialstyrelsen

Kristina Wikner, chef för enheten för högspecialiserad vård

Beredningsgrupp 1

Daniel Janson Thorfinn, representant i B1 för NPO akutvård

Håkan Wittgren, representant i B1

Beredningsgrupp 2

Nina Fållbäck-Svensson, förbundsdirektör för Norra sjukvårdsregionförbundet och representant i B2 för samverkansregion Umeå

Anders Ahlsson, hälso- och sjukvårdsdirektör i Region Stockholm och representant i B2 för samverkansregion Stockholm

Akademiska sjukhuset

Klas Ekström, områdeschef, Akademiska sjukhuset, Region Uppsala

Skånes universitetssjukhus

Sven Karlsson, avdelningschef, Strategisk vårdutveckling och säkerhet och NHV-kontaktperson, Skånes universitetssjukhus, Region Skåne

Inbjudna deltagare – beredda att svara på frågor

Socialdepartementet

Cecilia Halle, enhetschef, enheten för sjukvård och läkemedel

Helena Lagerholm, departementssekreterare, enheten för sjukvård och läkemedel

Socialstyrelsen

Pär Ödman, ersättare för ordföranden i Nämnden för nationell högspecialiserad vård

Sveriges Kommuner och Regioner

Kjell Ivarsson, nationell cancersamordnare och koordinator för NHV, avdelningen för vård och omsorg, sektionen för hälso- och sjukvård

Beredningsgrupp 1

Jan Zedenius, professor, Karolinska institutet

Beredningsgrupp 2

Jonas Claesson, hälso- och sjukvårdsdirektör för Region Örebro och representant i B2 för sjukvårdsregion Mellansverige

Ylva Pernow, chefsläkare och docent, Karolinska Universitetssjukhuset, representant i B2 för samverkansregion Stockholm

Representanter från regioner och universitetssjukhus

Helena Rexius, strateg med ansvar för NHV, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen

Eva-Lena Zetterlund, kontaktperson NHV, Region Östergötland

Neuroförbundet

Lise Lidbäck, förbundsordförande

Nätverket mot cancer

Lars-Ingvar Johansson, vice ordförande

Riksförbundet HjärtLung

Karin Thalén, ledamot i förbundsstyrelsen

Deltagare från socialutskottet

Christian Carlsson (KD), ordförande

Johan Hultberg (M)

Karin Sundin (S)

Carita Boulwén (SD)

Mikael Dahlqvist (S)

Jesper Skalberg Karlsson (M)

Anna Vikström (S)

Leonid Yurkovskiy (SD)

Malin Höglund (M)

Christofer Bergenblock (C)

Nils Seye Larsen (MP)

Christian Lindefjärd (SD)

Agneta Nilsson (S)

Thomas Ragnarsson (M)

Dzenan Cisiija (S)

Dan Hovskär (KD)

Nadja Awad (V)

Uppteckningar från det offentliga sammanträdet

Ordföranden: Klockan är 9, och jag förklarar socialutskottets sammanträde öppnat. Punkt 1 är Offentligt sammanträde.

Mitt namn är Christian Carlsson. I egenskap av utskottets ordförande vill jag hälsa er alla varmt välkomna till riksdagens andrakammersal och socialutskottets offentliga sammanträde som berör nationell högspecialiserad vård.

Statlig styrning och samordning behövs när det gäller högspecialiserad vård. Det är en förutsättning för ett smart och effektivt användande av skattebetalarnas pengar och vårdens samlade resurser. Men det är också nödvändigt för att skapa förutsättningar för en kvalitet och kunskapsutveckling som gör svensk sjukvård världsledande.

I mars 2018 beslutade riksdagen om en ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården. I april 2022 beslutade socialutskottet att inleda en förstudie om 2018 års lagändringar i fråga om nationell högspecialiserad vård. Ungefär ett år senare, i april 2023, beslutade vi i socialutskottet att hålla en offentlig utfrågning om den nationella högspecialiserade vården. Den genomfördes i september 2023. Temat den gången var bland annat hur den nya beslutsprocessen fungerar men också om reformen har lett till höjd kvalitet och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser.

Som en fortsättning på och uppföljning av detta beslutade socialutskottet i februari 2024 att genomföra en utvärdering av delar av den nya beslutsprocessen för nationell högspecialiserad vård. Den är nu genomförd av utskottets uppföljnings- och utvärderingsgrupp. Det här är en viktig del i socialutskottets uppdrag att följa upp och utvärdera riksdagens beslut. Därför vill jag redan inledningsvis tacka Malin Höglund, Mikael Dahlqvist, Carita Boulwén och Nils Seye Larsen som nu ingår i gruppen som har arbetat med utvärderingen.

Jag vill också tacka alla som har tagit sig tid att komma hit i dag och som befinner sig i Andrakammersalen. Det är roligt att vi kan samla så många företrädare från Socialdepartementet, Socialstyrelsen, beredningsgrupperna samt inte minst våra universitetssjukhus och flera av våra patientorganisationer. Ni är alla varmt välkomna hit i dag.

Efter att vi har fått lyssna på våra föredragande, fram till klockan 9.50, kommer vi att ajournera i 20 minuter för kaffe. Därefter fortsätter vi med ett par föredragande följt av ledamöternas frågor.

Vi ser mycket fram emot den här dagen. Vi hoppas att ni också ska trivas här i dag och att vi får en trevlig och lärorik stund tillsammans.

Dagens första talare är Malin Höglund, riksdagsledamot för Moderaterna och sammankallande i utskottets uppföljnings- och utvärderingsgrupp. Ordet är ditt, Malin. Jag ska bara förvarna om att klockan framme vid podiet inte fungerar. När tiden är ute kommer jag därför att picka lite diskret på mikrofonen, så att ni som talar får en hint om att det är dags att runda av.

Malin Höglund (M): Tack så jättemycket, herr ordförande! Jag ska kort presentera den här rapporten. Utvärderingsgruppen har, precis som ordföranden nämnde, utöver mig själv bestått av Carita Boulwén från Sverigedemokraterna, Mikael Dahlqvist från Socialdemokraterna och Nils Seye Larsen från Miljöpartiet.

Rapporten heter *En utvärdering av delar av beslutsprocessen för nationell högspecialiserad vård*. Fokus i redogörelsen är på några av rapportens sammanfattande iakttagelser. Som ni alla vet är bakgrunden till denna utvärdering den offentliga utfrågning om den nationella högspecialiserade vården som utskottet genomförde i september 2023. Under utfrågningen riktades en hel del kritik mot Socialstyrelsens beslutsprocess för koncentration av NHV. Beslutsprocessen består av åtta olika steg, från förslag om potentiella vårdområden till uppföljning och utvärdering av tillstånden. Den här utvärderingen har inriktats på att beskriva och analysera fem av dessa steg.

Innan jag kommer in på några av iakttagelserna som rör beslutsprocessen ska jag säga något om syftet med NHV. NHV avser offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje samverkansregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och för att hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna användas effektivt.

Vi konstaterade tidigt att det fanns allvarliga hinder för att utvärdera några av NHV-reformens ovannämnda lagbundna syften. Det saknas till exempel statistik och jämförbara ekonomiska indikatorer. Gruppen anser därför att det vore angeläget att regeringen på lämpligt sätt uppmärksammar dessa hinder och bidrar till en lösning på dessa.

En viktig anledning till reformen för högspecialiserad vård var att den tidigare berednings- och beslutsprocessen för rikssjukvården ansågs vara alltför tidskrävande och ineffektiv i förhållande till antalet beslutade tillstånd. Trots vissa brister i beslutsprocessen menar vi att det är viktigt att slå fast att beslutsprocessen i stort fungerar effektivt. Inte minst visar det större antalet nya tillståndsområden som har beslutats efter att reformerna trätt i kraft på detta.

Sakkunniggrupperna, som är steg 2, ska ta fram beslutsunderlag för vilka delar i vårdkedjan som kan vara aktuella för NHV, för olika vårdområden samt för hur många enheter som ska bedriva sådan vård. Såvitt gruppen kan bedöma håller dessa underlag genomgående god kvalitet. Gruppen menar emellertid att samverkan med andra NHV-områden kan tydliggöras i underlagen. Det skulle kunna underlätta arbetet med att göra en övergripande analys av systemeffekterna av en nivåstrukturering senare i beslutsprocessen.

Ett potentiellt problem är att det riskerar att uppstå oönskade inlåsningseffekter. Regioner som inte redan bedriver omfattande vård inom ett tilltänkt NHV-område har begränsade möjligheter att starta upp en sådan vård. Beredningsgrupp 1, som är steg 3, ska i sina yttranden till Socialstyrelsen belysa systemkonsekvenserna för hälso- och sjukvårdssystemet när viss vård koncentreras samt föreslå hur många enheter sådan vård kan bedrivas på.

Ett problem är att det är svårt att bedöma systemkonsekvenserna i hälso- och sjukvårdssystemet. Det beror på att yttrandena fokuserar på enskilda vårdområden, medan en nivåstrukturering också kan påverka angränsande vårdområden.

Beredningsgrupp 2, som är steg 6, ska i sina yttranden föreslå vilken eller vilka av de vårdgivare som har ansökt om att få bedriva NHV, som är steg 5, som ska beviljas tillstånd att bedriva NHV. Gruppen noterar att risken för eventuella systemeffekter är en viktig fråga, inte minst för de regioner där de mindre universitetssjukhusen är lokaliserade.

En annan iakttagelse är att risken för negativa systemeffekter ökar ju fler vårdområden som nivåstruktureras. Gruppen anser att det är en viktig uppgift för beredningsgrupp 2 att säkerställa en geografiskt sett ändamålsenlig fördelning av tillstånden i sina förslag till beslut.

Befintliga tillstånd förvaltas genom årliga uppföljningar, fördjupad uppföljning och tillståndsutvärdering, steg 8. Socialstyrelsen håller på att utveckla en process för att genomföra tillståndsutvärdering fyra till sex år efter beslut. Ett problem som gruppen har identifierat är att det primära syftet med tillståndsutvärderingen är att följa upp vården inom tillståndet och inte att fånga upp eventuella systemkonsekvenser som kan uppstå i hälso- och sjukvårdssystemet.

För att summera konstaterar gruppen att beslutsprocessen för NHV i stort sett fungerar tillfredsställande. Men det finns vissa problem som alltså behöver lösas.

Ordföranden: Tack så mycket för det!

Nästa talare i dag är Kristina Wikner, chef för enheten för högspecialiserad vård vid Socialstyrelsen. Välkommen fram att delge Socialstyrelsens reflektioner och kommentarer om rapporten!

Kristina Wikner, Socialstyrelsen: Tack, herr ordförande! Socialstyrelsen är förstas väldigt glada att vara inbjudna och att få möjlighet att kommentera det här arbetet.

Den här utvärderingen har, precis som vi redan hört, i första hand syftat till att utvärdera processen för nationell högspecialiserad vård. Det är en reform som snart firar sju år. Vi har under resans gång arbetat kontinuerligt med att förbättra arbetssätt och delar av den här processen. Men det är alltså de här åtta processtegen vi arbetar efter.

Utvärderingen syftade till att undersöka vissa av processtegen. De hänger dock väldigt nära ihop, som en kedja. Det finns alltså vissa utmaningar med att plocka ut enskilda processteg. Men vi kan ändå konstatera att processen har hög effektivitet. Vi har fattat beslut inom 65 vårdområden fram till i dag. SKG-underlagen och beredningen inför dem håller hög kvalitet. Ansökningarna och beredningen av dessa håller god och hög kvalitet. Och den årliga uppföljningen är förstas en bärande del i att följa hur systemet utvecklas.

Med de slutsatserna kan vi konstatera att de stora utmaningarna är, precis som vi hörde inledningsvis, just systemeffekter och svårigheten att i det komplexa hälso- och sjukvårdssystem vi har veta vilka effekterna blir av att ett beslut inom en liten del av vården fattas här och vilka konsekvenser det kommer att få på kort och lång sikt.

Det är fortfarande ett väldigt litet patientunderlag som koncentreras inom nationell högspecialiserad vård. I våra årliga uppföljningsdata har vi nu 12 400 patienter som har fått NHV, vilket är en försvinnande liten del av det totala antalet patienter som vårdas i hela den högspecialiserade vården.

Att följa kostnadseffektiviteten konstaterar man också är en svårighet. Det torde inte heller vara någon överraskning att det är svårt att följa kostnader och att på olika sätt utvärdera kostnadseffektiviteten av ett decentraliserat system som också saknar enhetliga och transparenta prismodeller och ersättningsprinciper. Att kostnadseffektivitet är svår att följa konstaterar man också vad gäller den andra stora reformen, det vill säga god och nära vård. Dessa reformer handlar ju om att ta ett samlat grepp om hälso- och sjukvården.

Andra perspektiv som Socialstyrelsen gärna hade sett att utvärderingen också fokuserade på är vikten av att det är patienten och patientnyttan som reformen faktiskt syftar till att åstadkomma en förbättring för. Patientperspektivet är det som behöver stå i fokus. Där tog Socialstyrelsen tidigt ett grepp och konstaterade att det handlar om att titta på den totala, samlade patientnyttan för Sveriges patienter, inte endast för de patienter som då var föremål för den absolut mest högspecialiserade vården.

Det är svårt att komma framåt när konsensus saknas. Även om sakkunniggrupperna konstaterar att patienterna inom vårdområdet skulle gynnas av att vården koncentrerades till färre ställen kan ibland andra perspektiv stå i fokus och innebära att vi faktiskt inte kommer vidare. Utvärderingen har inte på något tydligt sätt analyserat vad följderna av det blir.

Vi saknar som sagt ett enhetligt ersättningssystem för NHV. Vi ser risker och får tämligen ofta inspel om att det i det här systemet är svårt att veta hur till exempel prissättningen är mellan olika NHV-tillstånd och vad som ingår. Även ersättning vad gäller patienternas möjligheter att delta i vården – såsom resor, övernattnings, närstående som ska följa med etcetera – har också betydelse. Socialstyrelsen skulle önska en ökad framdrift vad gäller detta.

Det finns också en svårighet att föra över patientdata mellan olika vårdgivare. Det har väldigt stor betydelse när den sammanhängande vårdkedjan med NHV, som är en del av vårdkedjan, ska säkra att patientdata finns där de behövs.

Syftet med reformen var att uppnå vissa systemeffekter. Man kan fråga sig om den struktur vi har i dag alltid är det optimala sättet att organisera svensk hälso- och sjukvård utan att uppnå önskade systemeffekter. Vi har två alternativ. Ett är ett organiskt system där det sker förändringar, vilket det gör i svensk hälso- och sjukvård. Det händer mycket i detta komplexa system på alla nivåer, från lokal till nationell nivå.

NHV-systemet syftar till att på ett mer oorganiskt, det vill säga strukturerat, sätt fatta beslut där vi genom hela processen analyserar systemkonsekvenserna så långt det är möjligt fram till beslutet.

För att sätta det i ytterligare perspektiv är det viktigt att relatera detta till andra stora beslut som kanske på ett betydligt mer avgörande sätt påverkar systemet och ger eventuella undanträngningseffekter. Det handlar om beslut om ett sjunde universitetssjukhus eller att man lägger ned vårdenheter på vissa sjukhus där man av regionala skäl behöver göra den typen av förändringar i nuvarande system för att säkra kompetensförsörjningen.

Vi har också ett ganska stort beroende av eldsjälar. Inom till exempel ryggkirurgin åker enstaka kirurger runt och opererar. Den typen av organiskt framdrivna lösningar saknar ofta ett nationellt perspektiv. Man tittar i stället på konsekvenserna ur ett regionalt perspektiv.

I NHV-systemet försöker vi hela tiden ta ett samlat grepp, ha ett nationellt perspektiv, för att för hela Sverige, alla Sveriges patienter, möjliggöra en robust och kvalitetsdriven hälso- och sjukvård.

Alternativa frågeställningar i den här utvärderingen som vi kommer att följa i vår tillståndsutvärdering är snarare hur samarbetet har utvecklats mellan NHV-enheterna. Hur påverkas forskningen, vårdutvecklingen och inte minst tillgängligheten till vården? Syftet med NHV är också att man som patient boende i en region utan ett universitetssjukhus, utan spetskompetens, ska kunna få tillgång till den här vården. Tillgängligheten är en otroligt viktig del. Och i vår årliga uppföljning ser vi nu tydligt trenden att fler och fler får tillgång till och remitteras till den nationella högspecialiserade vården.

Internationella jämförelser är också viktigt. Det handlar som sagt även om kostnadseffektivitet och resursanvändning. Där kommer vi nu att koppla KVÅ-koder specifikt till varje tillståndsområde, för att möjliggöra att i bästa fall följa också vissa kostnadseffektivitetsaspekter.

Sammanfattningsvis är detta en mycket viktig reform för att ta ett samlat grepp om svensk hälso- och sjukvård. Även om det är en liten del är det en viktig del. Det är en spets som gör att subspecialiteterna kanske inte behöver finnas överallt, utan basen kan växa till förmån för att spetsen finns på ett utvalt antal enheter.

Socialstyrelsen tar ett stort ansvar för att följa systemeffekterna och effekterna på de enskilda NHV-områdena genom vår baslinjeundersökning, vår tillståndsutvärdering och de årliga och fördjupade uppföljningarna. Där kan vi följa tillgänglighet, volymer, vissa kvalitetsutfall, patientnöjdhet och så vidare. Därmed kan vi också möjliggöra att fördjupat titta på områden där det till exempel finns tillgänglighetsutmaningar.

Det skapar möjlighet att bygga ett robust hälso- och sjukvårdssystem där vi på lång sikt skapar de bästa förutsättningarna för kompetensförsörjning inom den mest sällsynta avancerade vården. Vi skapar bättre förutsättningar för forskning och utveckling inom områden som har låga volymer och är komplexa och där vi behöver ett större patientunderlag för att över huvud taget kunna göra kvalitativa studier.

Inte minst skapar det tillgänglighet; alla Sveriges patienter kan få ta del av den mest avancerade vården. Det i sin tur skapar ökad effektivitet genom att alla inte behöver ägna sig åt och ha kompetens för det som är absolut mest avancerat.

Ordföranden: Tack så mycket, Kristina!

Då ska vi fokusera på steg 2 i beslutsprocessen, då sakkunniggrupperna tar fram underlag. Jag välkomnar Gunilla Gunnarsson, extern utredare, som ska ge sina kommentarer.

Gunilla Gunnarsson, extern utredare: Tack, herr ordförande! Nu hoppar vi från lite övergripande resonemang ned till steg två.

Jag gjorde det här jobbet under april till augusti 2024 för socialutskottets räkning. Mitt uppdrag var att analysera alla sakkunniggruppsunderlag för att se om det finns kvalitet i underlagen eller brister och avvikelser. Jag skulle analysera de vårdområden som beslutats till och med mars 2024 men även de vårdområden som var under beredning, hade bordlagts eller hade avslutats under beredningsprocessen.

I uppdraget ingick inte att gå igenom remissvar på sakkunniggruppernas underlag eller efterföljande kompletteringar som gjordes av sakkunniggrupperna efter remissvaren eller yttrande från beredningsgrupp 1. Det är ju steg 3. Inte heller ingick de 14 vårdområden som överfördes från rikssjukvården. Där gjordes inget sakkunnigarbete. Inte heller de områden som nivåstrukturerats inom cancervården genom beslut i alla regioner ingick. Det var fem områden som hade överförts till NHV genom beslut av Socialstyrelsen och nämnden. De var oförändrade jämfört med tidigare regionbeslut.

Granskningen gick till så att jag tog del av 64 sakkunniggruppsunderlag gjorda 2018–2024. Jag gjorde granskningen utifrån de krav som Socialstyrelsen ställde på sakkunniggrupperna i uppdragsbeskrivning eller mall för gruppernas rapport. Jag vet att det finns även annat stödjande underlag som Socialstyrelsen har bidragit med till vissa grupper, till exempel statistik.

Man ska ha klart för sig att Socialstyrelsen sedan 2019 leder varje sakkunniggruppsarbete. Dessförinnan leddes arbetet i gruppen av en av gruppen utsedd ordförande. Men nu är det Socialstyrelsen som leder det.

I ett sakkunniggruppsunderlag ska de delar ingå som ni nu kan se på skärmen i salen. Som ni ser är det många delar som ska finnas i underlaget, utöver vad som föreslås bli NHV och vid hur många enheter. Man ska beskriva vårdområdet i dag och ha en framåtblick. Man ska ha förslag till särskilda villkor som till exempel inkluderar kritisk personalkompetens. Det ska finnas en konsekvensanalys med barnperspektiv, med patient- och närståendeperspektiv, forskning, utbildning, akutsjukvård, vårdkedjan och så vidare. Det ska också finnas förslag till uppföljning och utvärdering.

Eftersom vi i dag har kort tid på oss kommer jag att ta upp bara ett kort urval från granskningens resultat tillsammans med lite reflektioner som jag har gjort när jag har gått igenom det här.

Jag bedömer att underlaget håller en generellt god kvalitet, det vill säga att man besvarar Socialstyrelsens frågor i uppdragsbeskrivningen och rapportmallen. Det finns en stor patientrepresentation i arbetet, men det är svårt att bedöma i vilken grad patientrepresentanterna har fått gehör för sina synpunkter. Man ska också ha klart för sig att remissversionerna som granskats i flera fall har genomgått förändringar.

Två saker som jag tycker att det finns viss möjlighet att förbättra är till exempel att sakkunniggrupperna kan beskriva nationell samverkan eller vinster med samverkan med redan utsedd NHV. I dag finns det inte mycket av det i sakkunniggruppsutlåtandena, men i takt med att fler NHV-enheter har inrättats blir det än viktigare.

Något annat som är viktigt, inte minst för patienterna, är att hela vårdkedjans utseende beskrivs med när och hur remittering till NHV ska ske. Det är inte alltid tydligt beskrivet. Jag har frågat mig om det är möjligt att genom ett ännu bättre underlag underlätta remissbedömningarna, beredningsgrupp 1:s arbete och Socialstyrelsens beslut.

Jag tror att Socialstyrelsen kan ge mer vägledning till SKG gällande till exempel barnperspektivet men också ytterligheterna i antalet föreslagna vårdenheter. Jag tänker på när man föreslår en eller två eller när man föreslår fem. För en eller två enheter skulle sårbarhetsbegreppet kontra kvalitet kunna utvecklas ytterligare. Om man föreslår två enheter för någonting där det finns fem till tio ingrepp per år, hur klarar man det kvalitetsmässigt?

Man kan också ge viss vägledning vad gäller internationell samverkan. SKG skulle kunna diskutera det, just när man föreslår få enheter.

På samma sätt skulle man kunna ge viss vägledning när det handlar om fem enheter, där SKG har uppdraget att beskriva argument för fem respektive sex enheter. Vissa som föreslår fem skriver att det är ett stort antal ingrepp, att det finns risk att vårdgarantin inte kan hållas och så vidare. Då skulle man vilja veta varför det inte är en sjukvårdsregional eller samverkansregional nivåstrukturering med sex enheter i stället.

Jag tycker inte heller att SKG fullt ut har föreslagit uppföljningsparametrar som kopplar till de problem som SKG har beskrivit ska lösas genom den nationella högspecialiserade vården. Om man skriver att den ojämlika vården är ett problem att lösa måste man ju fundera över hur man ska följa upp det för just den här NHV:n.

Sakkunniggrupperna skriver samfällt att NHV kräver specialister med egen erfarenhet av den föreslagna vården. Jag har frågat mig om det är möjligt för en vårdenhet som inte redan före NHV hade omfattande erfarenhet att erhålla och starta en sådan verksamhet.

Sakkunniggrupperna har föreslagit omfattande områden för genomlysning för samverkansregional, eller det vi ibland kallar sjukvårdsregional, nivåstrukturering. I min rapport finns sex sidor med olika förslag från alla de här

grupperna. Dessa har överlämnats till Sveriges Kommuner och Regioner. Det har dock kommit till min kännedom att det inte riktigt har hänt någonting på dessa områden, och därför bör staten efterfråga och följa upp regionernas hantering och resultat.

Två saker som SKG har haft i uppdrag att bedöma är konsekvenser för akutvården och konsekvenser för sjuktransporter. Enligt SKG är konsekvenserna små. Däremot tycker jag att man av SKG:s underlag kan läsa ut att operations- och intensivvårdsresurser påverkas i stor omfattning. Därför har jag funderat på om det är läge för en statlig översyn av Sveriges intensivvårdskapacitet mot bakgrund av att många NHV-beslut nu har tagits.

Ibland skriver sakkunniggrupperna att de vill ha NHV för att få ordning på bristande struktur på området. Därför kan man fundera över om utseende av NHV är ett sätt att få kunskapsunderlag, riktlinjer, kvalitetsregister och samverkan när detta inte redan finns. Det borde kanske vara en förutsättning för att på ett lätt sätt kunna urskilja vad som ska föreslås till nationell högspecialiserad vård. Och vem följer upp hur vårdområdets struktur påverkas och fungerar?

Sakkunniggrupperna skriver också att bristande och ojämn kunskapsnivå över landet kan resultera i sena diagnoser. Sakkunniggrupperna räknar med att införandet av NHV ska höja kunskapsnivån och få en spridningseffekt, det vill säga att kunskapsnivån ska bli högre på alla nivåer. Vem följer upp att så sker?

Bedömningen av dagens vårdvolym är bristfällig i vissa fall. Kvalitetsregister kan saknas. Koder saknas. Det finns brister i patientregistret med mera. Min bedömning är att SKG har gjort vad som går att göra för att få fram ett underlag för dagens volymer, men om dagens volymer är osäkra blir skrivningarna om framtidens volymer ännu mer osäkra.

Till slut har jag haft att titta på avslutade och bordlagda områden. Det finns inte bara en anledning till att ett område avslutas eller bordläggs. Enligt min bedömning är det sällan SKG-underlagens kvalitet, med eventuellt bristande svar, som är anledningen till detta, utan det handlar snarare om vad som framkommit i underlaget. Det kan dock finnas många olika skäl, till exempel att bristande avgränsning mot ett annat område leder till oklarheter eller att oenighet i sakkunniggruppen gör att man inte tar området vidare.

Detta var några korta nedslag. Den del som jag har gjort är en offentlig handling som det finns möjlighet att ta del av.

Ordföranden: Tack så mycket Gunilla.

Då ska vi lyssna på ett par systemexperter i beredningsgrupp 1 som ska kommentera steg 3 i beslutsprocessen. Jag välkomnar fram Daniel Janson Thorfinn och Håkan Wittgren.

Daniel Janson Thorfinn, beredningsgrupp 1: Jag är NPO-ledamot i akut vård. Som sådan sitter jag i beredningsgrupp 1, vilket jag har gjort sedan 2021. Jag

är här för att prata om mina erfarenheter av steg 3 i processen, det vill säga arbetet i B1.

För mig handlar B1 om att skapa patientnytta, med den definition som jag tycker mig läsa i hälso- och sjukvårdslagens tredje och fjärde kapitelns första paragrafer. Vi vill skapa vård som är god, som prioriteras till den som behöver den bäst och som är kostnadseffektiv. Vissa tillstånd är så ovanliga och komplexa att det inte blir funktionellt att försöka organisera det hela på regional eller ens samverkansregional nivå. Det behövs vissa områden som har färre utförare. För de områden där man tänker att en till fem utförare nog är lagom har vi den här processen, alltså NHV.

Arbetet med att titta på ett förslaget vårdområde och processa det är ganska straightforward. Det finns ett väldefinierat område. Man får ett bra underlag och går igenom det. Efter lite nötande kommer man fram till antingen ett ja eller ett nej. Blir det ett ja föreslår man det antal enheter som verkar rimligast i förhållande till områdets natur. Den biten, dess delkomponenter och de svårigheter som uppstår i detta är så väl beskrivet i rapporten att jag inte tänker lägga mina minuter på att prata så mycket mer om det. Jag tänkte i stället ägna mig åt den besvärliga frågan om systemeffekter, som Kristina var inne på.

Som ledamot i B1 förvaltar man ett mycket märkligt undantag från ett fundament i svensk hälso- och sjukvårdsförvaltning. Man släpper fram en ventil som blir ett undantag för det regionala självstyret. Då vill man känna om det blir någonting bra av det på totalen. Att uttala sig om det i det enskilda ärendet kan kännas ganska lugnt och tryggt, men det är en annan sak att bedöma effekterna av att man gång på gång öppnar på lite skilda områden. Det ska sedan flöda ned i ett system. Det finns minst sagt många komplexa beroenden mellan olika fält.

Då kan man känna oro. Medverkar vi till någonting som ställer till mer än det hjälper? Man ser lite tecken som kan tyda på det. Man ser sakkunnigunderlag. Det är kanske en smula raljerande, men det ser ut som att man vill fortsätta exakt som förut fast med en NHV-stämpel. Då blir resultatet någonting annat än den patientnytta som jag vill åt.

Jag ser också en skillnad mellan regionerna. Glädjeyttringarna när man tilldelas ett NHV-tillstånd verkar mycket större än glädjeyttringarna över att de patienter som nu inte längre ska få vård i regionen ska få bättre vård någon annanstans. Man bygger in en prestige i systemet, och vi måste vara vakna inför att den skulle kunna påverka hur vården betar sig. Det är nog jättesvårt att uttala sig om hur stor den påverkan är, men jag tror att det är viktigt att känna av att den finns. Det här är väldigt svårt för Socialstyrelsen att mäta; jag tror inte att det går att utvärdera. Det kan skapa en viss oro när man sitter och fattar de här besluten.

Några saker har ändå skapat ett lugn i mig under de fyra år jag varit med i processen.

Den första är att en ganska stor del av den bruttolista med föreslagna ämnesområden som finns har gått igenom. När jag tittar på de områden som är

kvar har jag svårt att se att det finns någonting där som skulle kunna vända ett svenskt sjukvårdssystem.

Den andra är det som Kristina var inne på, nämligen att den andel av den totala vårdproduktionen som är NHV är oerhört liten – närmast mikroskopisk. På två månader passerar fler patienter genom min akutmottagning i Malmö, där jag lägger det mesta av min tid, än vad som någonsin har ingått i hela NHV-projektet.

Den tredje saken, som jag tycker nästan är det starkaste argumentet, i all sin enkelhet, är att detta nog faktiskt är det bästa sättet vi kommit på hittills att skaka fram ett fåtal utförare för någonting som är komplext och ovanligt. Jag ser ingenting som liknar ett bättre förslag.

Så känner jag för mitt arbete i B1!

Håkan Wittgren, beredningsgrupp 1: Jag är representant i B1 sedan två år tillbaka. Jag arbetade dessförinnan i B2, men det ska jag såklart inte kommentera. Risken är att jag upprepar en del av det Daniel sa, så jag ska vara ganska kortfattad.

Först vill jag säga att jag tycker att det är väldigt bra att man har gjort en så gedigen utvärdering av det här systemet. Jag tror att det är nödvändigt. Det är komplext, och det handlar om svåra saker i ett system.

Jag tror att de flesta är överens om att det är nödvändigt med en viss koncentration av sjukvård. Jag kommer att utgå från en sammanfattning, eftersom det fanns en del synpunkter på hur arbetet har varit. Jag tycker att detta är en arbetsform som hela tiden utvecklas. En stor mängd intressenter i sjukvårdssystemet får komma till tals i den här processen. I varje ärende tittar vi säkert på 30–40 tunga remissinstanser. Vi läser igenom allt det som kommer från dessa naturligtvis väldigt initierade remissinstanser. Det finns alltså ett gediget jobb att göra innan man går fram med förslag, och jag tycker att den här processen tar hand om det på ett bra sätt.

Synpunkter som kommer in vägs, tas om hand och arbetas in i relevanta delar. Jag tycker att hela processen har mognat och att man är vaksam på de aspekter som tidigare har redovisats här, som måste finnas med, bedömas och beaktas. Det betyder inte att man alltid tycker lika, men dessa aspekter beaktas.

Min bild är att B1 i stort – nu gör jag mig till lite av en talesperson för gruppen – har samsyn om att arbetet i den här delen av processen fungerar väl. Man har utvecklat arbetsbitarna på ett bra sätt. Jag tycker att vi får bra underlag. Jag tycker att det har blivit väldigt bra med de förmöten vi har inför de stora sammanträdena, där eventuella frågor, oklarheter eller funderingar fångas upp och bearbetas vidare inför mötena. Jag tycker att det fungerar bra. Jag tycker också att vi har utvecklat dialogen med andra intressenter i processen. Det är väldigt viktigt att det inte är slutna rum utan att det finns en öppenhet i det här, så att de olika parterna kan förstå varandras del i processen.

När man läser utredningar kan man se att det överlag verkar finnas acceptans för de förslag till beslut som beredningsgrupp 1 kommer med. Det är

också vår upplevelse. Jag upplever inte att vi får kritik. Dialog kan vi naturligtvis ha. Jag tycker att det finns acceptans för det som hittills har kommit fram.

Daniel och andra var inne på systemet. Det finns inget givet facit. Det finns inte bara ett sjukvårdssystem i världen, utan det finns väldigt många. Detta kan, om man ska titta lite mer upp i det blå och lite övergripande, illustreras av att vi haft två utredningar. Vi har haft Ansvarskommittén, dels 2004–2005 eller något sådant, dels tio år senare. Bägge dessa utredningar tittade på att göra större regioner av det här, men det blev inte så. Nu har vi det alldeles nya och färskta betänkandet från Vårdansvarskommittén, som kom häromveckan. Där har man inte tittat specifikt på detta utan i stället tittat på statligt huvudmannaskap. Man svarar tydligt nej på den frågan. Däremot är man positiv till statlig styrning på några punkter. Detta är ju en punkt där det redan finns.

Man kan säga att det just nu finns ett starkt stöd. Min bedömning är att vi kommer att behålla 21 regioner under lång tid framåt; det är väl det troliga. Min bedömning är också att den här typen av arbete för att koncentrera viss vård kommer att vara nödvändigt att göra löpande. Ur ett systemperspektiv är det också självklart att det arbete vi utför i dag, givet den organisation av svensk sjukvård vi har i dag, hade varit ett annat arbete om vi hade haft fyra eller sex större regioner. Det hade varit en annan ingång i dessa frågor då.

Ordföranden: Tack så mycket!

Då ska vi lyssna på representanter från beredningsgrupp 2 som ska kommentera steg 6 i beslutsprocessen. Jag välkomnar fram Nina Fållbäck-Svensson och Anders Ahlsson.

Nina Fållbäck-Svensson, beredningsgrupp 2: Jag representerar Norra sjukvårdsregionen i beredningsgrupp 2. Jag har varit förbundsdirektör för sjukvårdsregionförbundet men har nu gått i pension. Jag har deltagit i det här arbetet sedan man startade det, så jag har snart sju års erfarenhet av processen. Jag tänkte delge er lite av mina erfarenheter av detta arbete.

Min roll har varit att representera de ingående regionerna i Norra sjukvårdsregionen. Vi har delat upp det så att en som representerar universitetssjukhusen och en som representerar de ingående regionerna ska delta i beslutsprocesserna.

Jag måste säga att det har varit en väldigt intressant och givande grupprocess. Under de första mötena som jag deltog i var det mycket positionerande och revirbevakande. Man funderade på hur man kunde värna sin sjukvårdsregion eller sitt universitetssjukhus. Vi har under de här åren utvecklat arbetsformerna på ett väldigt positivt sätt. Vi har också haft väldigt bra stöd av Socialstyrelsen – de har varit lyhörda för våra inspel och synpunkter på arbetet.

Det har alltså gått från revirbevakande och positionering till ömsesidig respekt och öppenhet i arbetet. Jag tycker att det har varit stabilt under senare tid, och jag hoppas att det fortsätter så.

Våra arbetsformer har varit en kombination av fysiska möten, internet och, vid behov, korta digitala avstämningar. Vi sa ganska tidigt att de här besluten är svåra och behöver kunna diskuteras ordentligt, och vi ville därför undvika digitala möten. Pandemin inföll under den period då vi startade arbetet, vilket ställde till det lite för oss. Vi har ändå hela tiden försökt att prioritera att ses fysiskt för att kunna ha bra dialoger med varandra. De internet vi haft har också varit väldigt viktiga för att grunda vårt arbetssätt. Det här är som sagt väldigt svåra beslut att ta.

Den ordförande vi haft har också varit med under hela processen. Ordföranden har haft en väldigt viktig roll, för vi har absolut inte varit överens hela vägen. I sådana lägen krävs det någon som kan hjälpa till och möjliggöra konsensusbeslut i gruppen. Det har vi fått till.

När vi i beredningsgrupp 2 har diskuterat kriterier inför beslut har det handlat om den samlade patientnyttan, som naturligtvis är prio ett. Som Kristina sa är det just den samlade patientnyttan det handlar om. Hur det påverkar universitetssjukvården i de olika sjukvårdsregionerna har varit viktigt. Forskning, utbildning och utveckling är naturligtvis viktigt, liksom närliggande patientgrupper som kan påverkas av de beslut vi föreslår. Även geografisk fördelning är en aspekt vi har haft med i våra diskussioner, liksom transporter av patienter och påverkan på akutsjukvården.

Jag vill också dela med mig av några reflektioner från Norra sjukvårdsregionen. Vi hade en ganska stor oro hos oss när vi startade det här arbetet. Vår sjukvårdsregion är den minsta befolkningsmässigt men väldigt stor geografiskt. Vi har ett litet universitetssjukhus, Norrlands universitetssjukhus. Vi har utmaningar i Norra sjukvårdsregionen, både geografiskt och när det gäller kompetensförsörjning.

Det har funnits ett starkt politiskt engagemang i de här frågorna från regionernas sida. De har följt arbetet väldigt noggrant, och vi har rapporterat vidare till dem. Vi deklarerade tidigt att Norra sjukvårdsregionen inte skulle söka på alla områden som blev föremål för NHV. Vi uppskattade, utifrån ursprungliga bruttolistan, att det handlade om max 15–20 områden som det skulle bli aktuellt att söka. Som jag nämnde har oron varit stor för patientpåverkan av NHV. Jag tycker att det har gått bra hittills, men som flera har varit inne på behöver man titta på det här på lång sikt. Vi vet egentligen inte vilka konsekvenserna blir. Jag tror att det är jätteviktigt att vi fortsätter att följa det här.

Anders Ahlsson, beredningsgrupp 2: Herr ordförande! Jag tackar för möjligheten att få prata i denna magnifika sal. Jag ska försöka att göra den rättvisa.

Jag tänkte inte kommentera utredningen så mycket, men jag har några allmänna reflektioner i tillägg till det Nina sa.

Måns Roséns utredning *Träning ger färdighet – Koncentrera vården för patientens bästa* kom 2015. Då var jag hjärtkirurg i Örebro, på det minsta universitetssjukhuset, och hade möjlighet att ha dialog med utredningen innan betänkandet kom. Hela utredningen vilar ju på att volym ger kvalitet; det är hela hypotesen. Skulle det inte stämma rasar allt. Jag hade invändningen att

det inte automatiskt är så; det är inget kausalsamband. Volym kan ge kvalitet om man har rätt ledning och styrning på plats, men man behöver inte få kvalitet om man har dålig ledning och styrning. Det kan också vara så att man har liten volym men utmärkt styrning och kan ha väldigt god kvalitet. Detta är det viktiga att ha med sig.

Mitt budskap var, och är, att man ska studera kvalitet om man vill ha kvalitet. Det är avgörande i detta.

Jag tycker, som Nina, att arbetet i B2 har utvecklats väldigt bra. Vi har en bra ordförande och en bra struktur. Det som är bekymret som gör att man ändå kan ha lite ont i magen när man går därifrån med någon ny rekommendation är att vi saknar kvalitetsdata i stor utsträckning. Vi har nästan aldrig tillförlitliga kvalitetsdata. Vi har ibland volymdata, men ibland är även de rangliga. För att gå tillbaka till utredningen: Vad fattar vi beslut utifrån om vi varken vet hur kvaliteten är eller hur volymerna ser ut? Då blir det rangligt. Jag skulle vilja yrka på att man i tillägg till den här utvärderingen gör en utvärdering av om det vi håller på med blir bra för våra patienter. Det skulle jag hemskt gärna få svar på, för då skulle jag fortsätta arbetet med energi.

Jag skulle vilja säga något om universitetssjukhusens identiteter, som Nina var inne på. Vi gör små ingrepp hela tiden. Det är små skärvor, men de är symboliskt väldigt viktiga. Vad får det för effekter? Jag tror att vi hade varit betjänta av att ha en målbild för de sju universitetssjukhusen. Vad ska deras profil vara? Det skulle vara lättare att ta de här besluten då.

Jag tycker att NHV-lagen är lite för statisk. Till exempel tycker jag inte att det är riktigt ändamålsenligt att ha tillstånd för all framtid vad gäller metoder när sjukvården utvecklas så snabbt. Jag tycker att man borde ha tidsbegränsade tillstånd och utvärdera.

Det är också viktigt att komma ihåg att det här tillkom i en annan tid. Nu har vi ett väldigt mycket mer internationellt scenario. Jag sitter i regeringens rådgivande grupp för life science och i Swetrial. Där är frågan bara hur Sverige ska klara sig internationellt. NHV är ju bara inåtriktad och har ingenting med den internationella utblicken att göra. Jag tror att man borde titta på det. Vi har starka varumärken. Hur tar vi vara på dem?

Till sist vill jag säga någonting i min roll som hälso- och sjukvårdsdirektör. Det här är en liten skärva i systemet. Vi ser i den här utredningen hur mycket energi vi lägger på den och hur många timmar vi lägger på de här tillstånden. Tänk om vi lade samma energi på multisjuka äldre eller vuxna med funktionsnedsättning! Vad skulle vi inte kunna åstadkomma då?

Ordföranden: Tack så mycket för intressanta och värdefulla reflektioner så här långt!

Det har blivit dags för kaffepaus. Vi ajournerar sammanträdet till klockan 10.15.

(PAUS)

Ordföranden: Klockan har slagit 10.15, och vi återupptar socialutskottets sammanträde. Då ska vi rikta blickarna mot steg 8 i beslutsprocessen. Det handlar om uppföljning och utvärdering av tillstånden. Jag välkomnar fram Johan Rinder, verksamhetschef vid kansliet för nationell högspecialiserad vård i Region Stockholm.

Johan Rinder, Region Stockholm: Herr ordförande! Jag tackar utskottet för att jag fått förmånen att bli inbjuden att prata en liten stund under den här punkten.

Jag ska dock inleda med en liten disclaimer. I inbjudan från utskottet står det: *Du* ombeds att berätta om *dina* erfarenheter av steg 8. Men så modig är jag inte. De tankar som jag presenterar här och nu har jag för säkerhets skull filtrerat genom vår styrgrupp inom Region Stockholm. Jag vill dock understryka att de ord som kommer ur denna mun är mina och bara mina. Det kan vara viktigt att säga.

Det står även i instruktionen att det ska vara med rapporten som utgångspunkt. Så har jag också tänkt och gjort.

På upprepade ställen under punkten steg 8 återkommer det här med god och jämlik vård. Det är ett begrepp som ni kan leta fram på många ställen just i det avsnittet. Därför har jag satt det som en liten underrubrik med ett frågetecken efter. Har vi åstadkommit detta?

Jag vill inleda med tre positiva saker som hänt sedan jag hade förmånen att för Karolinska Universitetssjukhusets räkning prata här i september 2023.

Uppföljningen blir allt bättre. Det har varit en resa – jag tittar nu bort mot Socialstyrelsens representanter, och vi är överens om det. Men den blir allt bättre.

Det är en utvärderingsprocess på gång, något vi har tjatat om ganska länge. Vi har trots allt haft rikssjukvård sedan 2007/08, så det finns ju lite man kan titta på.

Vi är slutligen överens om att förändring och utveckling är av central betydelse. Jag kommer att återkomma till det på den sista bilden.

Jag har ett par kärnbudskap som jag med stöd av den region jag företräder vill framföra. Ett är att en NHV-enhet alltid också har andra patienter. När man räcker upp handen och får ett uppdrag – nu ska vi ta NHV-patienter – finns det andra patienter som nyttjar exakt samma infrastrukturella kompetenser och resurser. Det kommer att hända någonting där, på ett eller annat sätt, även om det bara är en skärva NHV-patienter.

NHV-patienterna är extremt privilegierade patienter i det här landet, skulle jag säga. Det är dem som är i randzonen som vi är lite oroliga för. Men det är alltså inte bara NHV-patienterna som är viktiga att analysera, utan någonstans i hälso- och sjukvårdssystemet, hos någon och av några, behöver man titta på vad som händer med de andra.

Nu ska jag äventyra min trygghet, höll jag på att säga, så tillvida att jag kanske begår ett normativt fel när jag pekar lite grann på rapporten. Enkäter

och svar är alltid en utmaning. Många i det här rummet har olika former av vetenskaplig grundutbildning och vet hur man ska tolka saker.

Analysfokus för mig när jag läser rapporten är att titta på de negativa svaren. Jag ska ge ett exempel. En fråga lyder: Är kapaciteten tillfredsställande? Detta har man frågat samtliga NHV-enheter i landet. Drygt 60 procent säger då att den är bra. Men 40 procent säger att den *inte* är bra, att kapaciteten *inte* är tillfredsställande. Drygt 20 procent har omfördelat patienter, men det framgår inte vilka NHV-enheter som gör det. Är det någon sektor som är med? Vilka patienter? Till vilka vårdgivare? Har randzonseffekterna någon påverkan på väntetiderna?

Man noterar alltså att det ändå finns synpunkter. Målbilden med sådana här reformer inom hälso- och sjukvård är ju alltid 100 procent nöjda.

En anekdot kanske: Villkorsuppföljningen i den årliga uppföljningen nämns också, och man konstaterar att vissa regioner och vårdgivare kanske inte riktigt uppfyller röd-gul-grön-villkoren. Jag tog med dem just för att illustrera hur svårt det kan vara.

I instruktionen till vilka det nu är som ska svara används begreppen tillståndshavare, region och NHV-enhet och ibland namnet på vårdgivaren. Jag som är där tillsammans med verksamheterna kan säga att ibland förstår de inte: Är det regionen som ska svara på om vi uppfyller villkoret? Är det vi som NHV-enhet? Är det jag som doktor? Vem är det?

När ni som utredare tittar på svarsfrekvensen ska ni veta att svaren bottnar i olika tolkningar: Hur definieras grönt, gult och rött? Det känns lite som frågan: Hur långt är ett snöre? Är en idé om forskning ett grönt ja? Eller är kravet att man ska ha minst en disputation per år? Detta är naturligtvis anekdotiskt, men samtidigt vill jag illustrera svårigheten att tolka data när man samlar in dem på det här viset.

Uppföljningsdelarna bygger på uppföljningssystemet Hugo hos Socialstyrelsen och på egenkontroller. Då är frågan: Räcker verkligen det? Har vi verkligen nått hela vägen fram? Uppföljningen har blivit allt bättre, men man misar som sagt en del randzonseffekter. Är det så att andra patienter har blivit åsidosatta eller fått vänta längre?

Jag som haft förmånen att hålla på med NHV i tio år – jag tycker faktiskt att det är en förmån, ska tilläggas – kan se att egenkontroller väldigt sällan utförs ur ett strikt NHV-perspektiv. Det åligger alla regioner och vårdgivare att utföra egenkontroller systematiskt, och det gör nog alla. Men man isolerar inte NHV som en egen del.

Det som är viktigt, vilket jag tycker blir allt tydligare, är att ”remittent- och patientkontroll” – jag har satt det inom citationstecken eftersom det inte finns på riktigt – är av stor betydelse. Det finns flera exempel där vi liksom tittar på varandra. En stor remittent kan fråga: Funkar verkligen systemet? Varför har vi olika väntetider? Varför är det en sådan underremittering från just den regionen?

Jag tror att systemet, och alla vi som är engagerade i det, måste tåla att granskas av våra patientföreträdare, regioner och andra. Det skulle jag

egentligen vilja att man mer systematiskt hade som en utvärderingsdel i uppföljningen.

På nästa bild har jag gulmarkerat ett citat. Under alla dessa år då jag hållit på med detta har det varit ett ganska vanligt förekommande citat, även om jag inte har en aning om vem som har sagt det: "Det skulle vara svårt att tänka sig att ett annat sjukhus skulle kunna ta över verksamheten med bibehållen eller bättre kvalitet efter ett antal år."

Men det är inte därför man gör utvärderingen. Det har inte med någon rättvisa att göra: Nu är det vår tur att få hålla på med levertransplantation eller vad det nu kan vara. Utvärderingen motiveras av att vi ska säkerställa att vårdkvalitet och FoUU håller en ledande position nationellt och internationellt.

Anders Ahlsson var inne på att svensk hälso- och sjukvård har ett väldigt starkt varumärke. Där vill vi vara väldigt ledande. Då måste vi försäkra oss om att de som har fått dessa uppdrag faktiskt är det och inte blir lite bekväma över tid och lutar sig tillbaka och tycker att det är härligt.

Man ska också utvärdera för att analysera förändrade vårdbehov som följd av skiftningar i volymer eller behandlingsmodaliteter, precis som Anders Ahlsson och Nina Fållbäck-Svensson var inne på. Det måste vara agilt – så skulle man kunna uttrycka det. *Därför* gör vi det, inte för att det ska vara rättvist eller för att det är någon annans tur. Vi gör det här bara för patienternas skull, inte för någon annan.

Här är en bild med en massa punkter som jag inte tänkte läsa upp var och en. Flera andra har varit inne på detta. Man skulle kunna lägga till fler potentiella utvärderingsparametrar, som det internationella perspektivet och, inte minst, att titta på andra tillgänglighetsfaktorer. Vi har SVF-mått – jag såg att regeringen precis nu har gett Socialstyrelsen i uppdrag att titta på SVF:erna i landet. Vi har vårdgarantin, naturligtvis, och sådana mått. Det skulle man mycket väl kunna lägga till i analysen.

Man skulle också kunna roa sig med att låta andra organisationer delta i detta. Vi har ett prioriteringscentrum i Linköping som gör en massa bra saker. De skulle kanske kunna ha synpunkter. Vi har SKR – Gunilla, som inte längre är i SKR, har stor erfarenhet därifrån. Vi har RCC i samverkan, och så vidare. Dessa kan man i lugn och ro titta på och fundera på om de skulle kunna vara bra dimensioner att titta på.

Och så står det här: Constant change is here to stay. Jag älskar det anglosaxiska uttrycket. Det är helt centralt. Huvudskälet till att många av oss har valt att stanna ett helt liv vid ett universitetssjukhus är att ingen dag är den andra lik. Vi driver. Vi är inte roade av att titta på förändring; vi vill driva förändring. Hela NHV och den lilla skärva av vården som NHV är – en del av en promille, eller vad det är, i antal patienter – är också det som driver väldigt mycket. Det är där hela denna kraftfulla utveckling ligger, och den får absolut inte hämmas av juridisk rigiditet eller fantasilöshet. Vi måste driva den här förändringen.

Jag såg bilder här tidigare där det frågades vad man kan göra för att skruva det här. Jag återkommer då till det budskap vi hade hösten 2023, nämligen att

man skulle kunna tänka sig tillståndspliktig vård med utrymme för samarbeten. Jag påstår att det skulle kunna vara så.

Med det tackar jag utskottet för att ha lyssnat på min lilla presentation.

Ordföranden: Innan vi övergår till ledamöternas frågor ska vi få lyssna till två universitetssjukhus erfarenheter av beslutsprocessen för nationell högspecialiserad vård. Jag välkomnar fram Klas Ekström, områdeschef för Akademiska sjukhuset i Region Uppsala, och även Sven Karlsson, avdelningschef och NHV-kontaktperson vid Skånes universitetssjukhus.

Klas Ekström, Akademiska sjukhuset: Herr ordförande! Jag representerar Akademiska sjukhuset, som är ett mellanstort universitetssjukhus i en relativt liten region. Vi har ungefär 20 NHV-tillstånd i dag. Jag tänkte ge några reflektioner om hur vi tänker runt beslutsprocessen så här långt.

Som vi har hört är det ett antal beslut som fattas och ett antal konsekvensanalyser som görs av olika delar i processen. Vi har mer än 60 vårdområden som nu är utvärderade. Detta leder successivt till ganska komplexa och kumulativa effekter som kan vara både positiva och negativa, som kan påverka framåt och som nu förstås påverkar vårt hälso- och sjukvårdssystem.

Vi har nämnt att vi just nu saknar möjlighet att veta om detta leder till ökad kvalitet. Vi vet inte om det leder till ökad patientsäkerhet. Vi vet inte heller om det leder till ökad resurseffektivitet. För de här utfallsmåtten saknas det data, vilket fler har lyft fram här i dag. Det är dock viktigt att säga att detta egentligen var syftet med den utredning som Anders Ahlsson här lyfte fram, *Träning ger färdighet*. Vi talar om processen i dag.

Vi har hört andra säga att det kan påverka kompetensförsörjningen, både för dem som har fått tillstånd och kanske framför allt för dem som inte får de tillstånd som söks. FoUU är viktigt att lyfta fram, som Johan sa alldeles nyss. Att vi ska utveckla vården och forska är en del av det hela, och vi måste förstås ha krav på det.

Vi har samverkansaspekter. Det är viktigt för oss som universitetssjukhus med NHV-enheter att samverka med andra tillståndsinnehavare, men också med våra remitter. Har det här systemet lett till en ökad samverkan eller inte? Både och, skulle jag säga – ibland bra, ibland mindre bra.

En ny punkt som kanske inte fanns med 2015 men som vi lever med i dag är beredskapsaspekter: Påverkar det här systemet vår robusthet i hälso- och sjukvårdssystemet? Det funderar vi på. Det handlar inte bara om att Region Uppsala har fått förmånen att starta ett beredskapskansli, utan detta är någonting som vi alla funderar över.

Sedan har vi tillgängligheten, den horisontella prioriteringen mellan patienter när NHV-vården kanske får företräde fast den inte är mest akut, samt vårdgaranti och geografi.

Här ser vi en bild från Socialstyrelsen som jag tycker är väldigt intressant. Den visar antalet folkbokförda patienter inom NHV-systemet per hemregion i relation till hur många 100 000 människor som bor i den regionen.

Då kan man bli lite fundersam. Stockholm har 337 folkbokförda patienter med NHV-diagnos per 100 000 invånare. Vi i Uppsala ligger näst högst med 263. Som ni kan se, och som Nina nämnde, är det få från Norrbotten. Varför ligger Halland lägst?

Är det så att patienter med ovanliga diagnoser väljer att flytta till regioner som får tillstånd? Ja, i något sammanhang kan jag säga att jag har erfarenhet av det, men jag tror inte att det är huvudförklaringen. Kan det vara underdiagnostik eller att man underrapporterar i sin uppföljning? Kan det vara överdiagnostik, att diagnostikkriterierna är lite luddiga och fransiga så att man väljer att ta ett lite större tag om diagnoserna?

Kan det vara korrekt diagnostik men att man är lite restriktiv med att remittera sina patienter? Där kan det finnas ekonomiska skäl; NHV-vården är dyr. Det är tankvärda tankar, tycker vi.

Här ser ni en processkarta. Vi har fått höra både B1 och B2 och sedan Johan prata om utvärderingen. B1:s uppdrag är komplext, nämligen att bedöma systemeffekterna. Inte minst barnperspektivet finns inte alltid med. Det säger jag delvis förstås därför att jag är barnläkare i grunden, men det är en viktig aspekt att se hela systemet.

Vi har hört tankar om akutsjukvårdens påverkan, och vi tänker på forskning och synergier.

Sedan har vi frågan om vad som händer när besluten ska fattas om vilka av de sökande som ska få tillstånd. Vad är det som styr? I första hand ska det vara patientens bästa förstås. Vi har hört om en konsensusberättelse, en god ordförandestruktur och att man har hittat arbetsformer över tid.

Jag tror att det tidvis har varit jobbigt när många tillstånd har hanterats samtidigt. Då måste man fundera över hur man prioriterar vid ett sammanträde. Hur ska jag hitta vägen fram så att det blir ett bra beslut för patienten och även ur ett geografiskt perspektiv och sjukvårds- och regionalperspektiv? Det kan vara värt att problematisera.

Sedan har vi hört Johan prata om behovet av uppföljning, utvärdering och omprövning. ”Ska det vara statiskt?” frågade Anders. Jag tror att man måste fundera över detta. Vi bygger nu ett system som sätter sig, och som det ser ut just nu finns inte mycket utrymme för förändring fastän vi vet att vi lever i en föränderlig värld.

Låt mig ge några korta aspekter. Det är en gråzonsprocess. Helt rätt och helt fel går förstås aldrig att definiera. Jag tror att systemet på lång sikt kan kompensera för vissa så kallade felbeslut, men det är viktigt att undvika icke önskvärda beslut. Vi måste hitta vägarna fram för att utvärdera och visa den eventuella nyttan med systemet. Vi måste vid behov justera både tillstånd och system. Har systemet nått förväntansbilden som fanns när beslutet om NHV-vård fattades?

Vi vet inte hur många de framtida besluten blir, men det är en delvis okänd terräng. Vi behöver vara anpassningsbara till en förändrad omvärld. Vi måste ha ett robust system med redundans, som klarar sig om det råder andra förutsättningar i vårt land framöver. Kanske det ska vara mindre tonvikt på internationell spets och mer på systems uthållighet.

Det här var tankar från oss i Uppsala.

Sven Karlsson, Skånes universitetssjukhus: Herr ordförande och övriga intresserade av nationell högspecialiserad vård! Jag arbetar till vardags som chefsläkare på Skånes universitetssjukhus, ett i storlek lite större universitetssjukhus än det föregående, som självt definierar sig som ett medelstort. Det betyder att vi har ett stort antal NHV-uppdrag. Vi arbetar till vardags med vår process i regionen och på universitetssjukhuset med remisser och med vårt ansökningsförfarande. Jag kommer att delge er lite grann om hur vi tänker.

Jag har också erfarenheter av NHV som ledamot av beredningsgrupp 2 och som kontaktperson för NHV gentemot Socialstyrelsen. Det perspektiv jag tar fram är universitetssjukhusets.

Universitetssjukhusets perspektiv, vill jag understryka, är samma perspektiv som patientens och medborgarens perspektiv.

Vi har naturligtvis också på ett universitetssjukhus utbildnings- och forskningsperspektivet att ta hänsyn till.

Låt oss börja med att titta på utvärderingen. Den kommer fram till att beslutsprocessen hittills i huvudsak har fungerat väl. Den uppfattningen delar vi på Skånes universitetssjukhus. Vi tycker att det belyses väl i rapporten. En annan sak som framkommer som bra och som vi också tycker är positivt är att processen har kunnat justeras efter hand utifrån de synpunkter och erfarenheter som har gjorts. Det har upplevts som positivt, till exempel att både ansökningsprocessen och ansökningshandlingarna ska se likartade ut.

Den bild jag visar er nu trodde jag att ni skulle säga att ni har sett förr, men jag konstaterar att det är första gången ni ser den i dag. Bilden visar stegen i processen. De två grönmålade delarna visar de steg som är triggern för att vi börjar agera i Region Skåne. När remissen kommer till oss i steg 3 sätter vi igång en process. Det finns också en lokal beslutsprocess kring NHV. Vi har tyckt att det är viktigt att ha en förankrad och konsensusbaserad process i hela regionen. Den sätter vi igång när remissen kommer till oss, och vi lämnar ett gemensamt remissvar från hela södra sjukhusregionen. Parallellt med detta tar vi också ställning till om de är NHV-områden, om de kommer att utlysas efter remissförfarandet. Vi har alltså som princip att vi ansöker om det vi kan, som vi är bra på och redan gör, och vi försöker också ta hänsyn till om vården är nivåstrukturerad på andra ställen, i ett försök att ta nationellt ansvar för resursfördelningen.

En del reflektioner har framkommit i dialogerna vi har med verksamheterna. En annan sak som är viktig att betona är att när vi lämnar in ansökan är den förankrad på förvaltnings-, hälso- och sjukvårdsdirektörsnivå. Det är

regionstyrelsen som fattar beslutet, och facket involveras också. Varför tycker vi att detta är så viktigt? Jo, det är viktigt för fortsättningen att hitta legitimitet för hela NHV-systemet och hela vården i sig. Det är så vi har resonerat.

Några reflektioner som delvis framkommer i utredningen är hur viktigt det är med valet av områden. Jag tycker att man har gjort ett bra arbete, men ibland undrar vissa av våra verksamheter varför man har valt ut ett visst område och ibland tycker de att de har hamnat fel i processen. Något som är bra med beslutsprocessen är att det finns ett remissförfarande där sakkunniggruppen tar tillbaka remisserna, och det finns en beredningsgrupp 1 som är klok och en klok socialstyrelse, som kan justera efter hand. Det är inbyggt i systemet att det ska bli så bra som möjligt.

En reflektion som görs när det gäller beslutsprocessen är att det ibland sker stora förändringar från det som har gått ut på remiss till det som kommer ut som en ansökan. Där gäller det att vara uppmärksam, och där blir de som har varit involverade i verksamheterna ibland lite förvånade över hur det kunde bli. Det gäller att ha förtroende för att det blev som det blev.

En annan fråga som kommer upp är om patienterna vinner på att koncentrera vården nationellt från fem till fyra enheter eller från fyra till tre. Vad är patientnyttan med det? Det är en fråga jag ofta får och som vi ofta diskuterar.

Låt mig slutligen få reflektera inför framtiden.

Hur många områden ytterligare ska bli NHV och varför? ”Varför?” står inte för att ifrågasätta systemet eller lagstiftningen som sådan, utan den frågan är viktig att ställa sig för att komma fram till om det är patientnyttan som styr. Finns det andra intressen som styr varför ett visst område kommer upp? Hur långt kan vi gå?

En annan reflektion är att när jag har fått återkoppling från verksamheterna har det framkommit att de har svårt att förstå själva definitionen av hur uppdraget är utformat. Mycket av diskussionerna handlar om gränsdragning, om vad som ingår i uppdraget och inte, vilka patienter som ska vara med, vilka åtgärder som ska vidtas eller inte, i stället för att det handlar om hur patienterna ska tas om hand på bästa sätt.

En viktig sak vi betonar är att om man får ett NHV-uppdrag får man ett nationellt ansvar. Man får ett ansvar för vården av patienterna i hela landet. Det är viktigt att betona det. En annan fråga som ibland kommer upp handlar om att när uppdragen går in i i förvaltning blir det mycket administration. Andra har varit inne på det tidigare. Är det dåligt med administration? Det kan vara bra administration. Det handlar om att lägga tid på att samverka med andra sjukvårdsadministratörer och kvalitetsarbete med patientens bästa för sina ögon.

Slutligen vill jag nämna något som kommer fram i många sammanhang, nämligen att NHV är ett starkt incitament för att samarbeta rationellt för medborgarnas och patienternas bästa. Vi behöver tänka på att inte alla bekymmer löses med NHV-konceptet, men NHV är ett starkt koncept för att sätta igång och samverka.

Ordföranden: Då ska vi övergå till ledamöternas frågor. Eftersom tiden är begränsad kommer vi att låta flera ledamöter ställa sina frågor i stöten, så får ni som ska svara vara flitiga med att anteckna frågorna. Så tar vi dem sedan i ett svep. Jag ber mina kollegor i utskottet att vara kärnfulla och tydliga med vem frågan riktar sig till.

Mikael Dahlgvist (S): Ordförande! Stort varmt tack för värdefull erfarenhet från era presentationer.

Jag var en av deltagarna i gruppen som tog fram rapporten. Jag har stor respekt för komplexiteten och svårigheterna, men när lagstiftningen antogs på nationell nivå var syftet framför allt att se på kvaliteten och patientnyttan. Därför har jag två frågor på det temat.

Min första fråga går till SKR. Hur ser SKR till att säkra att patienter i hela vårt land blir remitterade till enheterna, oavsett om de bor i Ystad eller i Kiruna? Frågan är generell. Hur ser SKR till att det sker? Hur tänker ni om frågan? Vad har ni för idéer? Uppenbarligen finns det brister i dag.

Min andra fråga går till Socialdepartementet eller till Socialstyrelsen. Utifrån erfarenheterna och synpunkterna i rapporten, hur kommer ni att ta till vara våra synpunkter? Till exempel saknas indikatorer för att mäta kvaliteten för patienterna. Det var ett av löftena. Hur tänker ni framöver se till att data för att mäta och följa upp på ett bättre sätt tas till vara, så att beslutsfattare får bättre underlag?

Dan Hovskär (KD): Jag tackar för bra föredragningar om ett viktigt ämne, nationell högspecialiserad vård.

Huvudanledningen till reformen för högspecialiserad vård var att tidigare berednings- och beslutsprocesser ansågs alltför tidskrävande och ineffektiva. Systemeffekter kan påverka mycket av tillgängligheten för vården.

Jag har en fråga till Socialstyrelsens Kristina Wikner. Har beslutsprocesserna effektiviserats så att patientnyttan är mer tillfredsställande från Socialstyrelsens utgångspunkt?

Nils Seye Larsen (MP): Tack för bra föredragningar! De har varit intressanta.

Nu nämndes utredningen av Måns Rosén, *Träning ger färdighet*. Den ger viktiga argument för kvalitet, patientsäkerhet och ekonomi. Något som jag ändå vill säga är att vi betonade i vår slutsats att det är allvarligt att data saknades just för de delarna i utredningsarbetet; kvalitet, patientsäkerhet och ekonomi. Det är viktigt om arbetet ska utvecklas och för att säkerställa legitimiteten för reformen.

Min fråga går till Nina Fållbäck-Svensson. Jag är Umebo och västerbottning, trots mina skorrande r, och jag ser att det har funnits en regional oro för vad systemkonsekvenserna kan bli och vilka risker man ser i arbetet, i synnerhet i de nordliga delarna av landet. Där finns redan en stor utmaning med att

bibehålla sjukhusinfrastrukturen i en glesbefolkad region. Där finns även kompetenskrisen, och frågan är hur vi kan säkerställa en god och specialiserad vård i norra Sverige.

Det vore intressant att få höra lite kort om dessa tankar.

Ordföranden: Jag får be ledamöterna att vara ännu mer kärnfulla med sina frågor så att vi hinner lyssna på svaren.

Karin Sundin (S): Precis som tidigare frågeställare vill jag också fokusera på risken för att NHV får systemkonsekvenser, exempelvis för förutsättningarna för regionerna att upprätthålla den regionala specialistsjukvården. Vi är alla väl medvetna om att det är för tidigt att dra slutsatser om de långsiktiga konsekvenserna av detta. Men utvärderingen ”pinpointar” detta, och flera av talarna har varit inne på frågan.

Jag vill fokusera på det faktum att man inte riktigt ser på vilka åtgärder som ska vidtas för att kunna följa dessa frågor på ett bra sätt. Mot bakgrund av detta har jag två frågor som jag vill rikta till två deltagare. De har inte varit föredragande, men jag tänker att de har förutsättningarna för att vara först att känna av konsekvenserna, och de är också företrädare för ej vinnande regioner och vinnare i det som lyftes upp som risken för att vi bygger vårt sjukvårdssystem på prestige snarare än patientnytta.

Jag ställer frågan dels till Jonas Claesson, som är hälso- och sjukvårdsdirektör i Örebro län, dels till Kjell Ivarsson från SKR.

Ser ni redan i dag tecken på systemkonsekvenser? Har ni i era roller några förslag på vilka åtgärder som skulle behöva vidtas för att vi ska följa effekterna på systemnivå framöver?

Christofer Bergenblock (C): Herr ordförande! Jag tackar för dragningarna.

Jag har först en fråga till Socialstyrelsen, Kristina Wikner. Hur ser utvecklingen ut framöver med fler NHV-områden? Tittar man på den period som har passerat har det varit en rätt jämn takt i hur många områden som har tagits fram. Det finns inget självändamål i att det ska fortsätta år efter år. Hur ser prognosen ut?

Min andra fråga går till SKR och Kjell Ivarsson. Den handlar om undanträngningseffekterna. Hur ser ni i SKR på dem? Kan man iakttä undanträngningseffekter i dag inom den ordinarie vården på de områden där man inte har fått NHV-områden?

Dzenan Cisija (S): Herr ordförande! Jag tackar för presentationen.

Min fråga går till Socialstyrelsen, Kristina Wikner. En av utmaningarna som man har listat är överföring av patientdata mellan vårdgivare. Jag vill gärna att man förtydligar vad det innebär eftersom det inte borde handla om

överföring av patientdata. Data stannar kvar i regionen där de har skapats; i stället handlar det om att göra data tillgängliga för andra regioner.

Ordföranden: Då är det dags att lyssna till svaren.

Kjell Ivarsson, Sveriges Kommuner och Regioner: Jag tackar för frågorna.

Jag har uppdraget som nationell koordinatör för högspecialiserad vård, men jag är också nationell cancersamordnare. De två rollerna gör att vi ligger nära. Cancerområdet är området där mycket av arbetet med nivåstrukturerings har skett. Det är en viktig erfarenhet som vi kan ta med oss i de breda kunskaper som vi behöver.

Jag tycker att vi här måste samarbeta. Jag tänker att SKR och Socialstyrelsen redan krokar arm på olika sätt för att kunna följa upp detta med en god tillgänglighet. Vi har ett viktigt arbete att göra att stödja regionerna, framför allt noderna som har fått uppdraget. Det är ett bilateralt fortsatt arbete. Det är inte bara att få ett uppdrag eller att tilldelas något. Här måste man också fortsätta ett aktivt arbete mellan remittent och utförare. Ett exempel är ryggmärkskadevården. Det gäller att ta fram kunskapsstöd för hela vårdkedjan, som också stöder de bitarna. Det är inte bara fråga om själva arbetet i den högspecialiserade vården, utan det handlar också om vad som händer senare med patienterna.

Här måste vi ha ett aktivt arbete tillsammans med Socialstyrelsen och andra intressenter för att stödja regionerna och ställa krav på de noder som har fått uppdraget.

Cecilia Halle, Socialdepartementet: Frågan gällde kvalitetsdata och uppföljning. Jag kan börja att svara, och sedan kan Socialstyrelsen säkert fylla på.

Vad gäller möjligheten att följa upp data pågår ett stort arbete på Socialdepartementet, E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsen för att skapa en nationell digital infrastruktur för hälsodata. Det är delvis påkallat av EHDS, det europeiska hälsodatautrymmet, som nu införs successivt. Det ställer krav på medlemsländerna att dela data över landet. Min bild är att ambitionerna är ännu högre än så i Sverige, att vi dessutom ska följa data på ett helt annat sätt. Det krävs semantisk interoperabilitet och teknisk interoperabilitet. Juridiken är ett mindre problem i frågorna just nu. Det är framför allt tekniken och semantiken som kräver jobb. Det pågår ett stort arbete. Jag ser fram emot att vi om ett par år – det går inte att uttala sig om hur lång tid det kommer att ta – kommer att se bättre möjligheter att få nationella data om kvalitet.

Socialstyrelsen kan säkert fylla på vad gäller NHV.

Kristina Wikner, Socialstyrelsen: NHV-uppföljningen är en viktig del av vår årliga uppföljning. Vi har sex års data från de första tillståndsområdena, och vi fyller årligen på med mer data som handlar om tillgänglighet och volymer

samt kvalitetsmått. Här är det viktigt att komma ihåg att det är fråga om små volymer. Följa kvaliteten kan vi göra med hjälp av trender, men det är naturligtvis svårt att dra säkra slutsatser eftersom det handlar om få patienter. När vi ska uttala oss om dödlighet eller reoperationer måste vi vara försiktiga med slutsatser. Men vi följer trenderna och mäter kvalitetsdata. Det är viktigt.

Vi kommer att införa specifika KVÅ-koder per tillståndsområde. Det ger en möjlighet att följa individdata genom att samköra till exempel patientregister med olika kvalitetsregister och på det sättet komplettera genom fördjupade uppföljningar hur kvaliteten utvecklas inom NHV-vården.

Det är 15–20 områden kvar på bruttolistan. Vi ser slutet på att skapa nya NHV-områden. Med det sagt syftar tillståndsutvärderingen till att titta på de befintliga vårdområdena. I tillståndsutvärderingen kommer vi att se på om intentionen med NHV-områden har uppfyllts och om det blivit så som önskats. Vi kan skruva på vissa definitioner för att vidga dem, krympa dem, helt återkalla tillstånd eller om det behövs ytterligare fler tillståndsenheter. Tillståndsutvärderingen skapar dynamiken som flera av er har efterlyst. Den skapar en systematik för att vi följer tillståndsområdena.

Cecilia tog upp patientdata. Här handlar det från ett NHV-perspektiv om att på ett praktiskt sätt dela data mellan olika vårdgivare, till exempel skicka rörliga bilder och samverka. Vi har en samverkansmodell när det gäller könsdysfori med så kallade underleverantörer. Där har vi sett problemet med att dela individdata mellan verksamheterna. Det är en förutsättning för att samverkan ska fungera fullt ut. Vi hoppas att många av de åtgärder som nu sker bidrar till en förbättring vad gäller möjligheten till att dela data.

Nina Fållbäck-Svensson, beredningsgrupp 2: Jag tackar för frågan.

Frågan som ställdes till Norra sjukvårdsregionens universitetssjukhus kan också gälla för andra mindre universitetssjukhus.

Man är sårbar när man är liten. I Norra sjukvårdsregionen definierade vi tidigt våra profilområden som vi ville föra fram i diskussionerna i beredningsgruppen när det gällde att fördela tillstånden. Det var saker som vi gick igenom tidigt i gruppen på ett av de internat vi hade för att diskutera hur vi skulle förhålla oss för att inte få de negativa konsekvenserna om viktiga profilområden drogs undan för ett universitetssjukhus. Det handlar om att säkra kompetensförsörjning och att säkra ett fullvärdigt universitetssjukhus.

Vi har också jobbat i beredningsgrupp 2 med att utveckla vilken dialog vi för. Jag tycker att vi har utvecklat en stor respekt och förståelse för varandras utmaningar. För norras del har vi stor förståelse och respekt för det vi har framfört, och det har gått bra. Jag ser inte några stora negativa konsekvenser av systemet så här långt. Men man behöver naturligtvis följa detta över tid.

Jonas Claesson, beredningsgrupp 2: Jag tackar för frågan.

Frågan var om vi ser några systemeffekter redan nu i Region Örebro län, och det gör vi egentligen inte. Det är en kontinuerlig brain-drain när våra mest

ambitiösa och duktiga gärna flyttar till större universitetssjukhus där de får större utmaningar, men det går inte att direkt koppla det till den här processen.

När det gäller möjliga förslag till lösningar tänker jag att man behöver definiera och komma överens om en miniminivå som universitetssjukhus ska klara av och kontinuerligt kalibrera processen mot denna. Jag tänker också att det förslag som Anders Ahlsson nämnde, att universitetssjukhusen bättre skulle kunna definiera tillsammans vilka uppdrag vi ska fokusera på inbördes, skulle kunna vara en väg framåt för att minska den här risken.

Ordföranden: Då är det dags för oss att runda av. Jag tänkte ge min kollega i utskottet från oppositionen, Karin Sundin från Socialdemokraterna, möjligheten att summera detta.

Karin Sundin (S): Tack så mycket! Jag är ledamot i utskottet och ersätter för stunden utskottets vice ordförande Fredrik Lundh Sammeli, som har förhinder.

Jag vill å socialutskottets vägnar rikta ett stort tack till alla dagens föredragande och också till dem som tagit sig tid och varit beredda att svara på våra frågor. Ni ska veta hur oerhört värdefullt det är för oss som politiker att få tillgång till den kompetens och den erfarenhet som ni besitter när vi ska följa upp de beslut som vi på politisk nivå redan har fattat, så som vi har gjort i dag.

Jag har själv erfarenhet av att axla det politiska ansvaret för hälso- och sjukvården på regional nivå. Ur det perspektivet kan jag konstatera att den här förmiddagen har blivit något av en summering men också en bekräftelse på några av de farhågor som restes kring processen i landets regioner när den först beslutades.

Med denna förmiddag sätter vi punkt för den utvärdering av processen som socialutskottets uppföljnings- och utvärderingsgrupp har arbetat med egentligen sedan förra mandatperioden. Under hela denna mandatperiod har man haft detta fokus. Vi är medvetna om att vi befinner oss i början av en omställningsprocess och att det egentligen är för tidigt att dra långtgående slutsatser om huruvida detta var kloka beslut eller inte, men ni har i dag gett oss god ledning på vägen.

Vi tar till oss era medskick kring kvalitet, patientsäkerhet och resurseffektivitet. Jag tror också att vi alla noterade Anders Ahlssons passning om att vi i tillägg till det vi redan har gjort också borde göra en utvärdering av huruvida detta blir bra för våra patienter.

Det är en grannliga uppgift att ha politiskt ansvar för ett sjukvårdssystem som till sin huvuddel vilar på regionerna och på landets 290 kommuner i samspel med staten och en rad statliga myndigheter, som ju är på plats här i dag. Det är ett komplext samspel. Vi vill tacka igen för att ni bidrar till det samspelet och gör våra förutsättningar för att fatta kloka beslut bättre.

Stort tack också till kansliets personal, som har lagt ned mycket arbete inte bara kring processen utan också rent praktiskt inför dagens öppna samman-

träde. Tack till ordföranden för trygg ledning genom dagen och för att ha sett till att vi hållit oss där vi ska vara. Jag önskar er en fortsatt trevlig dag.

(Applåder)

Ordföranden: Stort tack! Ha en fortsatt trevlig dag! Därmed förklarar jag dagens sammanträde avslutat.

BILAGA

Bilder från den offentliga utfrågningen

Bilder som visades av Kristina Wikner, Socialstyrelsen



Utvärdering av NHV-processen - frågeställningar • Vilken kvalitet har de underlag som tas fram av SKG i beredningsprocessen? • Vilken kvalitet har de underlag som skickas till B1 i beredningsprocessen? • Vilken kvalitet har regionernas ansökningar om tillstånd att bedriva NHV? • Hur arbetar B2 med beredningen av inkomna ansökningar och finns det några brister i arbetet? • Hur fungerar Socialstyrelsens uppföljning och utvärdering av de beslutade tillstånden?	SVERIGES  RIKSDAG Rapporter till riksdagen 2024/25/RFR11 Socialutskottet SoU En utvärdering av delar av beslutsprocessen för nationell högspecialiserad vård 
---	--

Slutsatser

- Hög effektivitet för process och arbetssätt 
 - För närvarande 65 NHV-vårdmråden
- Hög kvalitet på SKG-underlag och beredning 
- Hög kvalitet på regionernas NHV-ansökningar och beredningen av dessa 
- Årlig uppföljning (6 års data), planerad tillståndsutvärdering samt baslinjeundersökning om systemkonsekvenser genomförd 



Utmaningar

Utvärderingen

- Systemeffekter
- Följa kostnadseffektiviteten

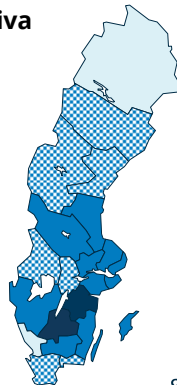
Socialstyrelsen

- Patientnytta vs andra perspektiv
- När konsensus saknas
- Enhetligt ersättningssystem saknas
- Överföring av patientdata mellan vårdgivare



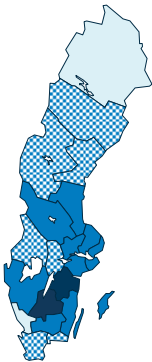
Systemeffekter – positiva och negativa

- Syftet med NHV är att uppnå vissa "systemeffekter"
- Är den struktur som finns idag det optimala sättet att organisera sjukvård utan att uppnå önskade systemeffekter?
- Två alternativ:
 - Ett organiskt system som är självreglerande
 - Ett system med viss systematik där man kan sträva efter att uppnå önskade systemeffekter samt upptäcka och parera för oönskade systemeffekter



Konsekvenser av ett organiskt system

- Vilka är systemeffekterna av
 - ett sjunde universitetssjukhus?
 - nedläggning av vårdenheter och sjukhus?
 - beroendet av eldsjälar, exempelvis kirurger, som åker runt i Sverige och opererar viss typ av komplicerad kirurgi?
- Vem tar nationellt ansvar för konsekvenserna av dessa beslut och för att helheten gagnar Sveriges patienter?



Socialstyrelsen

Viktiga frågeställningar utifrån intentionen med reformen

- Hur har samarbetet utvecklats?
- Hur har forskning och utveckling påverkats?
- Hur har tillgängligheten till vården utvecklats?
- Internationella jämförelser
- Kostnadseffektivitet och resursanvändning



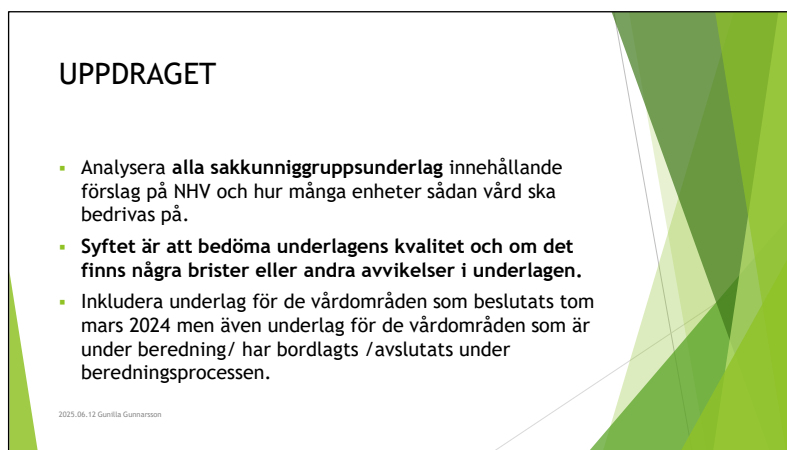
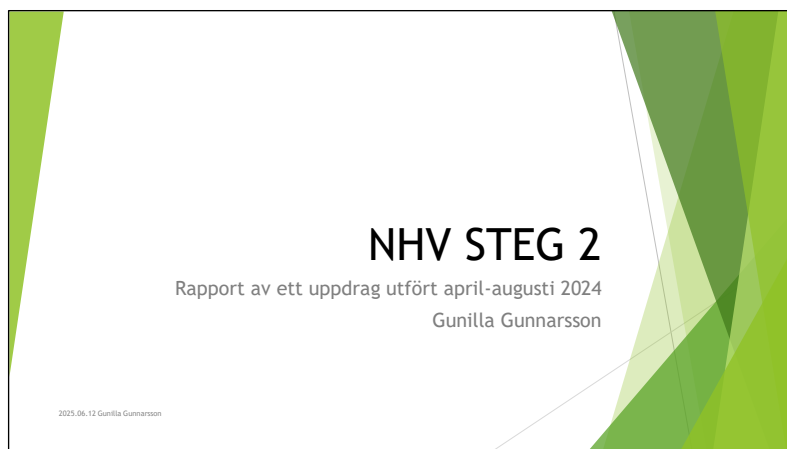
Socialstyrelsen

NHV-reformen – sammanfattning

- Viktigaste reformen för att ta ett samlat grepp om svensk sjukvård
- Socialstyrelsen tar stort ansvar för uppföljning och utvärdering genom
 - Baslinjeundersökningen
 - Tillståndsutvärderingen
 - Årliga och fördjupade uppföljningen
- Skapar ett robust system på lång sikt för att säkerställa
 - Kompetensförsörjning
 - FoU
 - Tillgänglighet och effektivitet

Socialstyrelsen



Bilder som visades av Gunilla Gunnarsson, extern utredare

I UPPDRAGET ingick INTE:

- Att gå igenom remissvar, **efterföljande kompletteringar från SKG** eller yttrande från Beredningsgrupp 1 - steg 3.
- De 14 vårdområden som överfördes från **rikssjukvården**, för dessa utfördes inget nytt sakkunnigarbete.
- Inte heller ingick **de områden som nivåstrukturerats inom cancervården genom beslut i alla regioner**. 5 områden hade överförts till NHV genom beslut av Socialstyrelsen och nämnden, i samtliga fall var dessa oförändrade jämfört tidigare regionbeslut.

2025.06.12 Gunilla Gunnarsson

GRANSKNINGEN

- **64 sakkunnigrupsunderlag** (remissversioner) 2018 - 2024 granskade.
- Granskningen gjord med utgångspunkt från **Socialstyrelsens krav** i uppdragsbeskrivning för gruppernas arbete samt mall för gruppernas rapport.
- Annat stödande underlag från Socialstyrelsen kan förekomma.
- Socialstyrelsen leder sedan 2019 varje sakkunnigarbete.

2025.06.12 Gunilla Gunnarsson

Det här ska ingå i SKG-underlaget:

- **Sammanfattande bedömning**
- **Definition** vad som föreslås bli NHV och vid hur många enheter vården ska bedrivas
- **Vårdområdet idag**
- **Forskning, internationell utblick och samverkan**
- **Framåtblick och förväntade vårdvolymer**
- **Förslag till särskilda villkor** inkluderande:
 - Kritisk personalkompetens
 - Kritisk utrustning eller speciella lokaler
 - Andra förutsättningar som krävs för vården
- **Konsekvensanalys** inklusive:
 - Barnperspektiv
 - Patient- och närståendeperspektiv
 - Kunskap- och kompetensöverföring
 - Forskning och utbildning
 - Närliggande vård
 - Akutsjukvård
 - Vårdkedjan
 - Verksamhetsperspektiv
 - Sjuktransporter
 - Uppföljning och utvärdering

2025.06.12 Gunilla Gunnarsson

Ett kort urval från granskningens resultat

Några reflektioner från utredaren

2025.06.12 Gunilla Gunnarsson

RESULTAT

- SKGs underlag bedöms hålla en **generellt god kvalitet** dvs Socialstyrelsens frågor i uppdragsbeskrivning och rapportmall besvaras i hög utsträckning.
- Det finns en **hög patientrepresentation** i arbetet, det är dock svårt att bedöma i vilken grad patientrepresentanterna fått gehör för sina synpunkter.
- De remissversioner som granskats har i många fall genomgått förändringar efter genomförd remiss och ev komplettering av SKG, dessutom bygger beslut om NHV på flera underlag.
- Nationell samverkan eller **vinster med samverkan** med redan utsedd NHV beskrivs ytterst lite.
- **Hela vårdkedjans utseende med när/ hur remittering** till NHV ska ske är inte alltid tydligt beskrivet.

2025.06.12 Gunilla Gunnarsson

RESULTAT och reflektioner

- Är det möjligt att **genom ännu bättre underlag underlätta** remissbedömningar, B1s arbete och Socialstyrelsens beslut?
- Mer vägledning från Socialstyrelsen till SKG gällande exempelvis barnperspektivet, ytterligheterna i föreslaget antal (1-2 enheter resp 5 enheter), sårbarhet kontra kvalitet, internationell samverkan, argument för respektive emot 6 enheter.
- SKG bör kunna föreslå uppföljningsparametrar med koppling till de problem SKG beskrivit som ska lösas genom NHV.

2025.06.12 Gunilla Gunnarsson

RESULTAT och reflektioner

- SKG skriver samfällt att NHV kräver specialister med egen erfarenhet av den föreslagna vården. Är det möjligt för en vårdenhet som inte redan före NHV haft en omfattande erfarenhet av blivande NHV att erhålla och starta en sådan verksamhet?
- SKG har föreslagit omfattande områden för genomlysning för samverkansregional nivåstrukturer. Staten bör efterfråga och följa upp regionernas hantering och resultat.
- Enligt SKG påverkas akutvård och sjuktransporter i låg omfattning. Däremot påverkas operations- och intensivvårdsresurser. En statlig översyn av Sveriges intensivvårdskapacitet skulle kunna initieras mot bakgrund av att många NHV-beslut nu tagits.

2025.06.12 Gunilla Gunnarsson

RESULTAT och reflektioner

- NHV föreslås ibland från SKG för att få ordning på bristande struktur av området. Men ska NHV vara ett sätt att få kunskapsunderlag, riktlinjer, kvalitetsregister och samverkan? Bör vara en förutsättning för att kunna urskilja vad som ska föreslås till NHV. Vem följer upp hur vårdområdets struktur påverkas och fungerar?
- Bristande och ojämn kunskapsnivå över landet kan resultera i sena diagnoser. SKG räknar med att införandet av NHV ska höja kunskapsnivån och få en spridningseffekt. Vem följer upp?
- Bedömning av dagens vårdvolymer bristfällig (kvalregister saknas, koder saknas, brister i Patientregistret mm) men SKG bedöms ha gjort vad som går.

2025.06.12 Gunilla Gunnarsson

Avslutade/bordlagda områden

- Inte en anledning till avslutning/bordläggning.
- Sällan SKG-underlagens kvalitet med eventuellt bristande svar på ställda frågor, snarare vad som framkommit i underlaget men många olika skäl finns, exempelvis bristande avgränsning mot annat område, oenighet i SKG eller annat.

2025.06.12 Gunilla Gunnarsson

Bilder som visades av Nina Fållbäck-Svensson, beredningsgrupp 2



Min upplevelse av arbetet



- Presentation
- Deltagit i B2 sedan start till juni 2025
- Intressant och givande grupprocess
 - Från revirbevakande och positionering till ömsesidig respekt och öppenhet
- Arbetsformer – kombination av fysiska möten, internat och vid behov korta digitala möten
- Ordförande har haft en mycket viktig roll

Kriterier som diskuterats i BG2 för urvalsprocessen

- Samlad patientnytta
- Universitetssjukvården
- Forskning och utbildning
- Närliggande patientgrupper
- Geografisk fördelning
- Transporter av patienter
- Akutsjukvården



Norra sjukvårdsregionens hållning

- Minsta sjukvårdsregionen befolkningsmässigt – men störst geografiskt
- Ett litet universitetssjukhus, Norrlands universitetssjukhus
- Utmaningar; geografiska avstånd och kompetensförsörjning
- Starkt politiskt engagemang från regionerna
- Norra sjukvårdsregionen kommer inte att söka allt - uppskattningsvis max 15-20 områden av ursprungliga bruttolistan
- Stor oro för systempåverkan av NHV
- Konsekvenser? Svårt att se i nuläget.....



Bilder som visades av Johan Rinder, Region Stockholm

 Region Stockholm

ARBETSMATERIAL

Nationell högspecialiserad vård

Uppföljning och utvärdering av tillstånden
(steg 8)

 Region Stockholm

ARBETSMATERIAL

NHV – GOD OCH JÄMLIK VÅRD?

- Uppföljningen allt bättre
- Utvärderingsprocess på gång
- Förändring och utveckling av central betydelse
- **KÄRNBUDSKAP**
 - En NHVe har alltid andra patienter också.
 - Det är inte enbart NHV-patienterna som är viktiga att analysera inom NHV. Övriga patienter i behov av samma resurser måste också beaktas.

NHV - GOD OCH JÄMLIK VÅRD?

Enkäter och svar – alltid en utmaning

- Analysfokus bör ligga på "negativa" svar
 - Är kapaciteten tillfredsställande...? Drygt 60% ja dvs knappt 40% nej. Drygt 20% har omfördelat patienter. Vilka NHVe? Vilka patienter? Till vilka vårdgivare? Effekter på väntetider?
- Villkorsuppfyllelse i den årliga uppföljningen
 - Begreppen tillståndshavare, region, NHVe och namn på vårdgivare blandas i uppföljningsfrågorna – vem är det som ansvarar för svaren?
 - Hur definieras grönt, gult och rött? Är en idé om forskning ett ja eller krävs det minst en disputation/år?

NHV - GOD OCH JÄMLIK VÅRD?

Uppföljning och egenkontroll – räcker det?

- Uppföljningen allt bättre men "missar" randzonspatienterna/systemeffekterna
- Egenkontroller utförs sällan ur ett strikt NHV-perspektiv utan som del av hela vårdgivarens kontroll
- "Remittent"- o/ el "Patientkontroll" är av stor betydelse

NHV - GOD OCH JÄMLIK VÅRD?

Utvärdering – varför och hur?

- *"Det skulle vara svårt att tänka sig att ett annat sjukhus skulle kunna ta över verksamheten med bibehållen eller bättre kvalitet efter ett antal år."*
- Utvärdering motiveras INTE primärt av att ersätta någon med exakt samma arbetsuppgifter/definition/avgränsning
- Utvärdering ska genomföras för att säkerställa att vårdkvalitet och FoUU håller ledande position nationellt och internationellt
- Utvärdering ska genomföras för att analysera förändrade vårdbehov som följd av skiftningar i volymer eller behandlingsmodaliteter

NHV - GOD OCH JÄMLIK VÅRD?

Utvärdering – varför och hur?

- Exempel på potentiella utvärderingsparametrar
 - Förändringar i diagnostik/behandling/volymer
 - Ändamålsenligheten/patientnyttan i de fall där det finns metodskillnader mellan NHVe
 - Fördjupade resultatjämförelser mot omvärlden
 - På systemnivå jämföra NHV med andra länders nivåstruktureringsprocesser och utfall
 - Inkludera systematisk monitorering av andra tillgänglighetsdata
 - Positiva/negativa randzonseffekter för andra patienter
 - Ekonomiska utmaningar – kostnadstäckning/betalningsförmåga
 - På systemnivå utvärdera NHV i samarbete med Prioriteringscentrum, SKR, RCC i samverkan

NHV - GOD OCH JÄMLIK VÅRD?

Constant change is here to stay

Bilder som visades av Klas Ekström, Akademiska sjukhuset



AKADEMISKA
SJUKHUSET

Akademiska sjukhuset - erfarenheter av beslutsprocessen för nationell högspecialiserad vård

Klas Ekström, Områdeschef, Akademiska sjukhuset

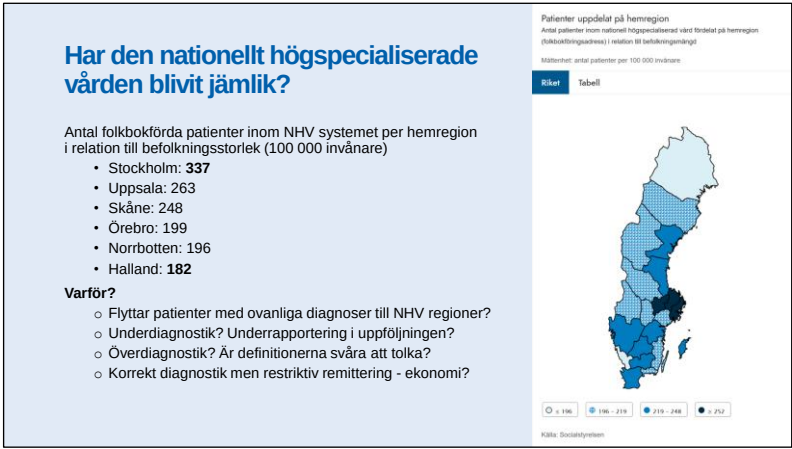
REGION UPPSALA

Beslutsprocessen - en serie beslut med komplexa samband

- För varje enskild vårdområde fattas ett flertal beslut och konsekvensanalyser utförs i flera steg
- Beslut för > 60 vårdområden har lett till komplexa kumulativa effekter (positiva och negativa) som kan påverka/- och påverkar hälso- och sjukvårdssystemet
 - **Kvalitet? Patientsäkerhet? Resurseffektivitet?** För dessa utfallsmått saknas ännu svar
 - **Kompetensförsörjning** - Både för de som fått tillstånd och de som inte fått tillstånd
 - **FoUU**
 - **Samverkan** - Mellan tillståndsinnehavare och remitterter och mellan tillståndsinnehavare
 - **Beredskapsaspekter**
 - **Tillgänglighet** - Horisontell prioritering, vårdgaranti och geografi



AKADEMISKA
SJUKHUSET



Beslut	Instans	Avvägningar
Nominering för genomlysning	Kunskapsstyrningen (NPO)	Rätt områden
Att genomlys	SoS	
Nominera experter till Sakskuniggrupper (SKG)	Kunskapsstyrningen (NPO) Kontaktpersoner	Rätt experter/personer/sammansättning
Sammansättning SKG	SoS	Sjukvårdsregionernas olika förutsättningar
Att avsluta	SoS	
Definition och antalet NHV enheter	SKG, remiss, Beredningsgrupp 1, SoS	Komplex uppdrag - bedöma systemeffekter inkl. barnperspektivet • Patientnytt • Påverkan på akutsjukvården • Forskning • Synergier inom NHV
Utlämnings	SoS	
Tilldelning	Beredningsgrupp 2 och NHV-nämnden	Grunden för beslut är patientens bästa • Kvalitet • Volym • Geografi • Förhandlingsöversväganden (Påverkas besluten av antalet tillstånd som hanteras vid samma beslutsmöte?)
Uppföljning och utvärdering	SoS	Omrövning...

kumulativa effekter på systemet

Några aspekter på NHV-processens beslut

- Besluten fattas i en gråzon – helt rätt och helt fel går inte alltid att definiera
- Systemet kan på lång sikt anpassa sig till mindre "fel"-beslut
- Tydligt icke-önskvärda beslut måste undvikas
- Hur gör vi för att utvärdera och visa den *eventuella* nyttan med NHV och Vb justera – tillstånden och systemet?
- Har systemet/processen nått den förväntansbild som fanns vid beslutet?
- **Framtida NHV beslut** – delvis okänd terräng – några tankar
 - Hur anpassar vi systemet till en förändrad omvärld?
 - Hur säkerställer vi ett robust system/redundans? Kan det innebära en förskjutning av hur tillstånd ska fördelas?
 - Mindre tonvikt på internationell spets och mer på systemets uthållighet



TACK!



Bilder som visades av Sven Karlsson, Skånes universitetssjukhus

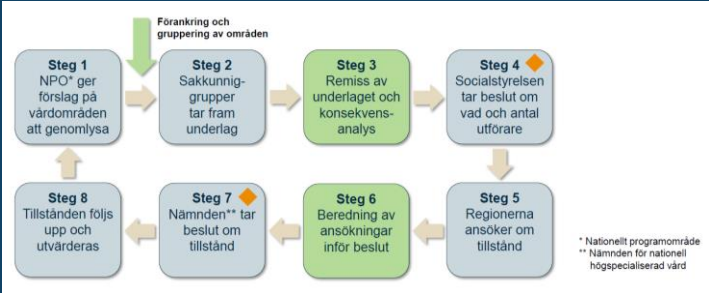
Erfarenheter av beslutsprocess NHV

Skånes universitetssjukhus

Sven Karlsson, Chefläkare



Arbets- och beslutsprocess NHV



* Nationellt programområde
** Nämnden för nationell högspecialiserad vård



Reflektioner inför framtiden

- Hur många områden ytterligare skall bli NHV och varför?
 - Balans utvecklingskraft - koncentration
 - Alltmer komplicerade definitioner
- NHV uppdrag innebär ett nationellt ansvar och administration - samverkan
- NHV är ett incitament för att samarbeta nationellt för medborgares och patienters bästa

2022/23:RFR1	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om den aktuella penningpolitiken den 20 oktober 2022
2022/23:RFR2	FINANSUTSKOTTET Översikt med internationella exempel på uppföljning och utvärdering av centralbanker
2022/23:RFR3	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om finansiell stabilitet i svensk ekonomi i ljuset av hög inflation och högre räntor
2022/23:RFR4	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om Riksbankens årsredovisning 2022 och det senaste penningpolitiska beslutet från februari 2023
2022/23:RFR5	FINANSUTSKOTTET Utvärdering av penningpolitiken 2022
2022/23:RFR6	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om Finanspolitiska rådets rapport, Svensk finanspolitik 2023
2022/23:RFR7	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om penningpolitiken 2022

RAPPORTER FRÅN RIKSDAGEN		2023/24
2023/24:RFR1	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om den aktuella penningpolitiken den 17 oktober 2023	
2023/24:RFR2	SOCIALUTSKOTTET Offentlig utfrågning om nationell högspecialiserad vård	
2023/24:RFR3	CIVILUTSKOTTET Offentligt sammanträde om vårdnad, boende och umgänge vid våld i familjen.	
2023/24:RFR4	NÄRINGSUTSKOTTET Näringsutskottets offentliga sammanträde om energilagring	
2023/24:RFR5	TRAFIKUTSKOTTET Offentligt sammanträde om artificiell intelligens (AI)	
2023/24:RFR6	SOCIALUTSKOTTET Offentligt sammanträde om reformen av EU:s läkemedelslagstiftning	
2023/24:RFR7	TRAFIKUTSKOTTET Planera laddinfrastruktur för vägtrafik – en kunskapsöversikt	
2023/24:RFR8	FINANSUTSKOTTET Den demokratiska granskningen av centralbanker – En forskningsöversikt	
2023/24:RFR9	CIVILUTSKOTTET Offentligt sammanträde – Hur säkerställer vi ett bostadsbyggande som möter behov och efterfrågan i hela landet?	
2023/24:RFR10	FINANSUTSKOTTET Offentligt sammanträde om finansiell stabilitet i en osäker omvärld – hur påverkas Sverige?	
2023/24: RFR11	MILJÖ- OCH JORDBRUKSUTSKOTTET Utvärdering av förädlingsindustrin och detaljhandeln för livsmedel	
2023/24: RFR12	TRAFIKUTSKOTTET Offentligt sammanträde om trafikens elektrifiering	
2023/24: RFR13	FINANSUTSKOTTET Riksbankens årsredovisning 2023 och den aktuella penningpolitiken	
2023/24: RFR14	SOCIALUTSKOTTET Offentligt sammanträde om civilt försvar och krisberedskap inom hälso- och sjukvården	
2023/24:RFR15	FINANSUTSKOTTET Svensk penningpolitik 2023	
2023/24:RFR16	NÄRINGSUTSKOTTET Näringsutskottets offentliga sammanträde om en forsknings- och innovationspolitik för ett konkurrenskraftigt näringsliv	
2023/24:RFR17	FINANSUTSKOTTET Offentligt sammanträde om Finanspolitiska rådets rapport, Svensk finanspolitik 2024	

2023/24:RFR18	FINANSUTSKOTTET Offentligt sammanträde med utfrågning av Riksbankens direktion om penningpolitiken 2023
2023/24:RFR19	CIVILUTSKOTTET Offentligt sammanträde om överskuldsättning

RAPPORTER FRÅN RIKSDAGEN		2024/25
2024/25:RFR1	SOCIALFÖRSÅKRINGSUTSKOTTET Arbetslivsinriktad rehabilitering för sjukskrivna med stressrelaterad ohälsa – en utvärdering	
2024/25:RFR2	FINANSUTSKOTTET Offentligt sammanträde med utfrågning av Riksbankens direktion om penningpolitiken 2024	
2024/25:RFR3	FÖRSVARsutskottet Uppföljning av det civila försvaret – erfarenheter från tre beredskaps-sektorer	
2024/25:RFR4	FINANSUTSKOTTET Finansutskottets offentliga sammanträde om finansiering av ny kärnkraft	
2024/25:RFR5	NÄRINGSUTSKOTTET Näringsutskottets offentliga sammanträde om företag som brottsverktyg	
2024/25:RFR6	CIVILUTSKOTTET Civilutskottets offentliga sammanträde om civilt försvar	
2024/25:RFR7	FINANSUTSKOTTET Offentligt sammanträde med utfrågning av Finansiella stabilitetsrådet	
2024/25:RFR8	ARBETSMARKNADSUTSKOTTET Arbetsmarknadsutskottets offentliga sammanträde om läget på arbetsmarknaden och arbetslösheten	
2024/25:RFR9	FINANSUTSKOTTET Offentligt sammanträde om Riksbankens årsredovisning 2024 och den aktuella penningpolitiken	
2024/25:RFR10	TRAFIKUTSKOTTET Offentligt sammanträde om det civila försvaret och transporter	
2024/25:RFR11	SOCIALUTSKOTTET En utvärdering av delar av beslutsprocessen för nationell högspecialiserad vård	
2024/25:RFR12	SOCIALFÖRSÅKRINGSUTSKOTTET Offentligt sammanträde om arbetslivsinriktad rehabilitering för sjukskrivna med stressrelaterad ohälsa	
2024/25:RFR13	FINANSUTSKOTTET Svensk penningpolitik 2024	
2024/25:RFR14	FINANSUTSKOTTET Offentligt sammanträde om Finanspolitiska rådets rapport Svensk finanspolitik 2025	
2024/25:RFR15	FÖRSVARsutskottet Försvarsutskottets offentliga sammanträde om civilt försvar	
2024/25:RFR16	FINANSUTSKOTTET Offentligt sammanträde med utfrågning av Riksbankens direktion om penningpolitiken 2024	

2024/25:RFR17

NÄRINGSUTSKOTTET

Näringsutskottets offentliga sammanträde om näringslivets roll för
att stärka det svenska totalförsvaret

**SVERIGES
RIKSDAG **

Beställningar: Riksdagens tryckeriexpedition, 100 12 Stockholm
telefon: 08-786 58 10, e-post: order.riksdagstryck@riksdagen.se
Tidigare utgivna rapporter: www.riksdagen.se under Dokument & lagar