

RAPPORT



Reformprogram för svensk hälso- och sjukvård

Diagnosen – En läkare om vad som måste
förändras i svensk sjukvård

INNEHÅLL

INNEHÅLL	1
FÖRFATTARE	3
INTRODUKTION	5
UTGÅNGSPUNKTER FÖR RAPPORTEN	9
En starkare primärvård	10
Patientmakt och tillgänglighet	10
Innovation och långsiktig hållbarhet	10
REFORM-PROGRAM	11
En starkare primärvård	12
Patientmakt och tillgänglighet	15
Innovation och långsiktig hållbarhet	19
REFERENSER	25

FÖRFATTARE

LUKAS JOHANNESSEN

Lukas är läkare inom akutsjukvård i Stockholm och har en bakgrund inom Centerstudenter.

Han har för närvarande uppdrag i Regionfullmäktige och Hälso- och sjukvårdsnämnden för Centerpartiet i Region Stockholm



©Tankesmedjan Synaps
AUGUSTI 2026
www.tankesmedjansynaps.se
Sättning: Erik Johnsson
Omslag: Erik Johnsson



INTRODUKTION

Nästan varje dag träffar jag patienter som väntat för länge.

En äldre patient med flera olika sjukdomar som inte får tid på vårdcentralen, och dessutom får träffa olika läkare varje gång. En patient som väntat länge på en höftoperation som isolerar sig för att promenaden ut blir för smärtsam. En patient vars remiss försvann i posten för att journalsystem inte pratar med varandra.

Det är inte enstaka händelser,
det är det normala.

Svensk sjukvård är, internationellt sett, varken dålig eller billig. Vi har välutbildad personal, modern utrustning och goda medicinska resultat på flera områden. Ändå har avståndet mellan vad systemet kan leverera och vad det faktiskt levererar växt så långt att det numera är en politisk fråga i sig. Patienter litar inte på att de får vård i tid. Personal litar inte på att deras tid används där den gör nytta. Och den som följer debatten kan med rätta undra om någon faktiskt har en plan för att vända utvecklingen — eller om politiken nöjer sig med att kommentera den.

Det är frestande att förklara situationen med pengabrist. Det är fel förklaring. Sverige lägger ungefär samma andel av BNP på sjukvård som jämförbara länder. Regering efter regering har skjutit till kömiljarder, riktade satsningar och stimulansmedel. Trots det väntar 36 procent av patienterna fortfarande över 90 dagar på vård — samma siffra som 2022. Mer pengar i en trasig konstruktion ger inte mer vård. Det ger mer av samma.

Det är lika frestande att skylla på ägarformen. Också där landar man fel. Den evinnerliga striden om privat kontra offentlig drift är politiskt explosiv och analytiskt ointressant. Vad som spelar roll är vem som har makten i den verkliga vårdrelationen: patienten, läkaren, regionpolitikern — eller en administrativ chef tre led bort. När patienten saknar valfrihet, läkaren saknar tid och regionen saknar reella incitament att leverera, så blir resultatet det vi har i dag.

Det riktiga problemet är strukturellt, och det är tredelat.

Primärvården, som borde vara systemets nav, klarar inte sitt jobb. En minoritet av svenskarna har en fast läkarkontakt, trots att kontinuitet är den enskilt mest evidensbaserade faktorn för bättre hälsoutfall, lägre dödlighet och lägre vårdkonsumtion. När den första kontaktpunkten inte håller väller patienter över till specialistvård och akuten — där belastningen sedan rapporteras som en sjukhuskris.

Vårdgarantin, som på pappret är en lagstadgad rättighet, är i praktiken tandlös. Den ger patienten inga verktyg och regionen inga konsekvenser. Den har förlorat sin moraliska tyngd.

Och informationsinfrastrukturen — journaler, remisser, dokumentationskrav — är så fragmenterad att läkare ägnar en betydande del av sin arbetstid åt att kompensera för system som inte talar med varandra. Det är inte en bisak. Det är en av de tyngsta enskilda anledningarna till att 14 000 legitimerade sjuksköterskor lämnat yrket.

Lägg till en demografi där allt färre yrkesverksamma ska bära kostnaden för allt fler patienter, och bilden blir tydlig: utan strukturreformer kommer inte ens stora resurstillskott räcka. Det är därför den här rapporten **inte handlar om mer pengar**. Den handlar **inte om privat eller offentlig drift**.

Den handlar om patientmakt, om tillgänglighet, och om vem som bär ansvaret när systemet inte levererar. Det är en rapport skriven inifrån vården — om hur svensk sjukvård kan leva upp till sitt eget löfte.

UTGÅNGS- PUNKTER FÖR RAPPORTEN

1. EN STARKARE PRIMÄRVÅRD

Primärvården bör fungera som sjukvårdssystemets första linje och som en stabil kontaktpunkt för patienten. När patienter har tillgång till en fast läkarkontakt kan medicinska problem hanteras tidigare och mer effektivt, samtidigt som behovet av specialistvård och sjukhusvård minskar.

2. PATIENTMAKT OCH TILLGÄNGLIGHET

Patienter bör ha bättre tillgång till information om väntetider och behandlingsalternativ. När patienter kan fatta informerade beslut och välja vårdgivare stärks både tillgängligheten och systemets effektivitet.

3. INNOVATION OCH LÅNGSIKTIG HÅLLBARHET

Sjukvården måste kunna utvecklas i takt med medicinska framsteg och demografiska förändringar. Institutioner och regelverk bör därför utformas så att de främjar innovation och effektiv resursanvändning.

REFORM- PROGRAM

EN STARKARE PRIMÄRVÅRD

1. Låt vårdcentralerna fokusera på kärnuppgiften

Sverige behöver primärvårdsreformer som faktiskt löser problemen med tillgänglighet, kontinuitet och goda arbetsvillkor för personalen. Rapportens förslag för vårdcentralerna bygger dels på en minskad administration och byråkrati, men också på att en stark primärvård med god kontinuitet är en av de viktigaste faktorerna för ett välfungerande sjukvårdssystem.

Svenska vårdcentraler har idag höga krav på vad som ingår i basutbudet. En allmänläkare som vill starta en vårdcentral behöver, utöver sedvanliga läkaruppgifter, ofta kunna erbjuda både psykologisk samtalsbehandling, diverse undersökningar exempelvis spirometri samt medicinsk fotvård¹. Detta kräver rekrytering av flertalet andra vårdprofessioner samt höga investeringskostnader. Det blir med andra ord dyrt och svårt att komma igång. På mindre orter där vårdcentralerna är få och fungerar närmast som minisjukhus är det såklart indicerat med ett större utbud men överlag skulle en förenkling av grundkraven möjliggöra fler vårdcentraler och öka attraktiviteten att bli specialist i allmänmedicin. Mindre, egenägda vårdcentraler är också standard i många EU-länder, exempelvis Danmark², där primärvården har generellt hög tillgänglighet och god konti-

1 Vårdgivarguiden 2026

2 Distriktsläkaren 2024

nuitet³. Här äger läkarna ofta sin egen klinik och patient-lista och blir en form av egenföretagare. Detta system ger mindre makt till byråkrater och politiker och mer makt till läkarna att driva sin klinik på bästa sätt.

2. Minskad administration i vården

En annan del av byråkratin handlar om höga dokumentationskrav, dubbeldokumentering och diverse extra administration som tvingar läkare och annan vårdpersonal till timmar framför datorn utan synbar patientnytta. Detta är inget nytt problem, men bör vara ett huvudbry för politiker i alla läger som säger sig vilja ha mycket vård per skattekrona. Mycket har skrivits om den växande administration och byråkratin i vården, och orsaken till den höga administrationen är mångfacetterad. Det kan handla om allt från krav från myndigheter till krångliga IT-system och etisk stress och rädsla att anklagas för fel och därmed behovet att ha ryggen fri hos vårdpersonal (vilket skapat fenomenet symtomnegering, att läkare ibland in absurdom listar alla potentiellt farliga symtom patienten INTE har; ingen bröstsmärta, ingen feber m.m.). Lågvärdevård, dvs vård som utförs men som inte har något eller mycket låg patientnytta orsakar också administration utan positiva effekter för patienten och kan dessutom orsaka både kroppslig och ekonomisk skada.

3 OECD 2025

Rapportens förslag är därför att dels initiera en övergripande statlig utredning kring vårdens byråkrati med fokus på ett nytt kvalitetsmått, ”documentation needed to treat” dvs hur mycket administration varje åtgärd eller krav tar, för att se vilka krav som kan lättas eller flyttas från klinisk vårdpersonal till medicinska sekreterare eller annan administrativ personal.

Politiken kan inte lösa allt, och på denna punkt ligger också ett stort ansvar hos den svenska läkarkåren att använda tidsmässiga och ekonomiska resurser på ett klokt sätt. Svenska Läkaresällskapets rapport om Kloka Kliniska val⁴ ett arbetssätt där man fasar ut lågvärdesvård och arbetar mer resurseffektivt, är ett gott steg på vägen men behöver implementeras och utvidgas. Socialstyrelsen har redan i uppdrag att stötta regionerna i detta, men mer behöver göras och principen behöver utvidgas till fler delar av vården.

4 Svenska läkaresällskapet 2023

PATIENTMAKT OCH TILLGÄNGLIGHET

3. En vårdgaranti som garanterar vård

Dagens vårdgaranti innebär att du ska kunna komma i kontakt med primärvården (i praktiken vårdcentralen du är skriven på) inom 0 dagar, tid för en första bedömning på vårdcentralen inom 3 dagar, tid till specialistvården inom 90 dagar och därefter påbörja medicinsk behandling eller operation inom ytterligare 90 dagar⁵. Dessa tidsgränser används flitigt som underlag vid tillgänglighetsanalyser och som kvalitetsmått men är godtyckligt satta och gör ingen medicinsk skillnad mellan olika diagnoser och sjukdomens allvarlighetsgrad. Dessutom är vårdgarantin ingen som helst garanti för vård i tid. Patienter har rätt att erbjudas en annan vårdgivare om förstahandsvalet inte kan ge vård i tid, men i övrigt finns inga som helst rättigheter för patienten och inga reella konsekvenser för regionerna när garantin inte uppfylls⁶. För att råda bot på en tandlös vårdgaranti och stärka patientens rättigheter föreslås här en förseningsavgift som betalas till patienten från regionen som kompensation vid för lång väntan. Systemet kan liknas vid det som finns inom flygbranschen där passagerare berättigas ekonomisk ersättning vid exempelvis ett försenat eller uteblivet flyg enligt EU-förordning 261/2004⁷. Detta skulle sätta press

5 SKR 2025

6 Socialstyrelsen.se 2026

7 EUR-Lex

på regionerna att prioritera vårdköerna på rikligt och ge viss upprättelse till patienten, även om summan knappast skulle motsvara det långa lidande som många patienter uthärdar. Kritiker till förslaget skulle säkert invända att detta tar pengar som skulle kunnat gå till vård, men väntetiden i sig kostar förmodligen mer än ersättningen⁸, och detta förslag är första hand en moralisk fråga, som ett sätt att erkänna patienters lidande och stärka individens rätt i vårdsystemet.

4. En nationell remissportal

Vid besök till specialistvården krävs som regel en remiss från vårdcentralen. Där kan du som patient i bästa fall få frågan vart du vill att remissen ska skickas, men i många fall skickas den närmaste klinik utan vidare diskussion. Den närmast obligatoriska frågan ”Hur lång tid tar det innan jag får tid?” är högst relevant. Kunskap är makt, även i sjukvården, och ett viktigt verktyg för ökad patientmakt vore en nationell remissportal där man dels kan jämföra väntetider och andra relevanta parametrar mellan olika kliniker över hela landet och dels som patient kan bestämma vart remissen ska skickas. Om det är långa väntetider till den närmaste kliniken ska man som patient inte heller behöva stå i kö om det finns tillgängliga tider någon annanstans i landet. För personer som väntar på en operation är

8 Synaps Rapport 2025:1

en resa till en annan stad ofta ett billigt pris att betala för att få operationen gjord. Frågan om nationell vårdförmedling och jämförartjänster är på gång från statligt håll, men att helt och hållet få äga sin remiss är det inte⁹. I regeringens förslag krävs också att man måste vänta upp till 90 dagar (enligt vårdgarantin) innan man får söka vård i ett annat län, även om väntetiderna är kortare utomlans. Detta är inte heller rimligt och riskerar att omöjliggöra utnyttjandet av kapacitet med kortare varsel i andra delar av landet.

5. En nationell journaldatabas

Många har rivit sitt hår över journalsystem som inte kommunicerar, på remisser som behöver postas eller till och med faxas och på det blanka bladet i journalen så fort en utomlänspatient kommer in till mottagningen. Förutom tröttsamheten hos patienten i att behöva upprepa sin medicinska historia är det också lätt att banala misstag får digra konsekvenser när vårdinformationen är svårtillgänglig. Längre har både politiker och profession talar om hur bra det vore med ett nationellt journalsystem, men inget har hänt. Med tanke på lärdomarna från Stockholms stads skolplattform, Arbetsförmedlingens matchnings-tjänst och inte minst upphandlingen av journalsystemet Millenium är det kanske klokt att som skattebetalare tveka

9 Regeringen.se 2026

inför en upphandling av ett nationellt journalsystem, men det finns andra sätta att lösa frågan. Rapportens förslag att upprätta en nationell journaldatabas snarare än ett gemensamt journalsystem kan låta som tekniskt hårklyveri, men är en bättre lösning på flera sätt. För det första kräver en gemensam databas ingen ny upphandling av journalsystem. Regionerna kan fortsätta upphandla det system som passar dem bäst, men med kravet att journalsystemet lagrar patientinformationen i den nationella databasen. På så sätt kan alla journalsystem komma åt samma information, och både skicka ut och hämta hem information från databasen. Dessutom kan en gemensam databas ge ett starkare cyberskydd för hälsodata än när 21 regioner ska ansvara för sin egen data.

INNOVATION OCH LÅNGSIKTIG HÅLLBARHET

6. Privata investeringar i folkhälsa

Redan idag finns möjlighet för privata aktörer att investera i projekt som bidrar till bättre folkhälsa, genom så kallade utfallskontrakt eller utfallsfonder, men här finns en stor potential som kan utnyttjas bättre. Som dagens system fungerar kan en offentlig aktör presentera ett utvecklingsprojekt som sedan finansieras med privat kapital. Om projektet leder till en positiv utveckling enligt fördefinierade utfallsmått återbetalar den offentliga aktören investeringen, oftast med de medel som förbättringen sparar i form av minskad ohälsa eller liknande¹⁰. Själva modellen innebär alltså att skattebetalarna slipper ta den ekonomiska risk som det ofta innebär att arbeta förebyggande eller ställa om till mer innovativa metoder. Systemet i sig fungerar bra idag, men skulle behöva skalas upp för att uppnå sin fulla potential. Offentliga aktörer skulle också kunna upprätta en slags platsbank med olika projekt eller problem som behöver en lösning där privata aktörer kan åta sig att lösa problemet mot betalning enligt principen om sociala utfallskontrakt.

10 Utfallsfonden.se 2026

7. En mer dynamisk läkemedelsmarknad

Marknaden för läkemedel är på goda grunder hårt reglerad med lagstiftning på både nationell och EU-nivå. Lagstiftningen tjäna ett gott syfte genom att säkerställa kvalitet, effekt och säkerhet hos de läkemedel som används, men karaktäriseras också av omfattande byråkrati, långsamma processer och fördröjningar vilket i slutändan minskar tillgången till läkemedel för patienter som behöver dem. EUs nya förslag på lagstiftning, det så kallade läkemedelspaketet, innehåller förvisso många förslag som stärker Europas innovations- och konkurrenskraft¹¹, men på nationell nivå finns mycket mer att göra.

För det första behövs enklare regler för parallellimport av läkemedel. Inom EUs inre marknad tillåts aktörer köpa in läkemedel från andra länder så länge de är godkända av Europeiska läkemedelsverket EMA, men sedan följer en byråkratisk process med tillstånd, uppmärkning, med mera. Denna process är dyr och långsam och skulle kunna effektiviseras och till viss del automatiseras. Slopade krav på fysisk bipacksedel och i vissa fall tillåta text på engelska skulle kunna vara två sätt att underlätta processen.

Det sistnämnda skulle exempelvis kunna vara aktuellt vid

11 Europeiska rådet 2025

restnotering av läkemedel. Apoteken skulle då kunna få tillåtelse att direktimporterna EU-godkända läkemedel utan att de behöver märkas om eller genom någon slags nödmärkning, allt för snabbare kunna tillgodose patienternas behov.

8. Möjlighet till delsubventionering av läkemedel

Möjlighet att delsubventionera läkemedel bör införas. Idag råder en ”allt eller inget”-princip och TLV (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket) beslutar att antingen subventionera helt eller inte alls. Det gör att svenska patienter inte får tillgång till läkemedel som används i andra delar av Europa och världen men som TLV bedömer är för dyra att subventionera. Med möjlighet att delsubventionera betalar patienten mellanskillnaden mellan priset och vad TLV anser att medicinen är värd. Det ger mer makt till patienten och större utbud av läkemedel. En invändning mot förslaget är förstås risken för ökad ojämlikhet då det alltid finns individer som inte kommer ha råd med de dyraste medicinerna. Förslaget kan dock ändå motiveras med att viss ojämlikhet kan accepteras då majoriteten får en bättre sjukvård.

9. Skatteväxling mellan stat och regioner

En central del av sjukvårdsdebatten handlar om finansieringen. Utformningen av regioner med sjukvårdsansvar och regionsskatten som främsta finansieringsunderlag har dock skapat

en ojämlikhet över landet med ojämna skatteunderlag. Regionskatten i sig är också en skatt på arbete, vilket i sig skapar negativa dynamiska effekter då höga skatter på arbete gör att människor arbetar mindre vilket genererar en lägre skatteintäkt. Rapportens förslag är att avskaffa regionskatten och i stället finansiera sjukvården genom indexerade generella statsbidrag. På så sätt kan regioner med mindre befolkningssunderlag ändå få en stabil finansiering över tid samtidigt som skatten på arbete sänks. Det skulle också leda till ett avslut på de riktade statsbidrag som regeringar älskar att kommunicera, men som av många andra ses som ett otyg som gör vården byråkratisk och svårplanerad. Knäckfrågan blir förstås hur de kraftigt ökade statsbidragen ska finansieras. Det finns en mängd olika lösningar, men närmast till hands ligger en statlig skatteväxling med höjda skatter på exempelvis kapital, höjd moms eller en särskild sjukvårdsavgift med ett tak (likt public service-avgiften).

10. Säkra konsumtionsrum

Även om narkotikafrågor traditionellt inte faller under sjukvård spelar narkotikapolitiken stor roll för folkhälsan. Sverige har länge haft en konservativ syn på narkotika, men med vissa ljuspunkter. Det första sprututbytet öppnade i Lund 1986

men var i övrigt förbjudet i svensk lag till 2006¹². LARO-läkemedelsassisterad behandling mot opioidberoende¹³ och tillgängliggörandet av naloxon, ett läkemedel som kan häva opioid-överdoser, är två andra skademinimerande åtgärder som succesivt införts på bred front. Forskningen på området är tydlig, sedan införandet av skademinimerande åtgärder har den narkotikarelaterade dödligheten bland dem som exempelvis deltagit i sprututbytesprogrammet minskat dramatiskt¹⁴. Det finns dock mycket mer att göra och nästa steg är att införa säkra konsumtionsrum för narkotika där människor med ett missbruk kan använda narkotika på ett säkrare sätt. Lokaler-na integreras med sprututbytesprogrammet och bemannas av sjukvårdspersonal och ofta även personal från socialtjänsten. På så sätt minskar tröskeln till sjukvård och sociala insatser och människor som annars är utelämnade till stor utsatthet och stigma får bättre chanser att få professionell hjälp. Detta är väletablerat i många europeiska länder, och har visat väldokumenterat goda resultat, både medicinskt och genom ökad allmän ordning i den lokala stadsdelen¹⁵. Det är heller inga problem att kombinera med kriminalisering av narkotika i övrigt. I de flesta länder som har konsumtionsrum är narkotika i

12 Lunds universitet, medicinska fakulteten 2022

13 Beroendecentrum Stockholm 2026

14 Holmén et Al 2026

15 EUDA 2018

övrigt olagligt. Där har man ofta överenskommelser med den lokala polisen vilket möjliggör att patienterna inte häktas vid besöket.

REFERENSER



1. Vårdgivarguiden.se, Förfrågningsunderlag, Förslag avtal Vårdcentral, läst 2026-03-18. <https://vardgivarguiden.se/avtal/avtalsomrade/lov-varldval-stockholm/varldcentral/>
2. Distriktsläkaren , Dansk primärvård bygger på småskalighet, Nr 3 2024, läst 2026-03-10 <https://etidning.distriktslakaren.se/p/distriktslakaren/nr-3-2024/a/dansk-primarvard-bygger-pa-smaskalighet/1735/1676467/57619649>
3. OECD, Health at a Glance 2025, (2025) https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_15a55280-en/denmark_8675bb29-en.html
4. Svenska läkaresällskapet, Rapport från arbetsgruppen för Kloka Kliniska Val (2023) https://forening.sls.se/media/iaskr2mo/rapport_sls_kkv-20230823-1.pdf
5. SKR, Om Vårdgaranti, publicerad 2025-03-05, läst 2026-03-15 <https://extra.skr.se/vantetiderivarden/omvantetider/omvardgaranti.43558.html>
6. Socialstyrelsen.se, Lägesbild och statistik- tillgänglighet, väntetider och vårdgaranti i hälso- och sjukvård, läst 2026-03-13. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/lagesbild-och-statistik-till->

ganglighet-vantetider-och-varldgaranti-i-halso-och-sjukvard/

7. European Union, EUR-Lex.europa.eu, Regulation - 261/2004 - EN - Flight Compensation Regulation, läst 2026-03-05. <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2004/261/oj/eng>
8. Tankesmedjan Synaps, Kostnaden för vårdkän (2025)
9. Regeringen.se, Kortare vårdkän genom nationell vårdförmedling, publicerad 2025-05-26 <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/regeringens-prioriteringar/halso--och-sjukvard/kortare-varldkoer-genom-nationell-varldformedling/>
10. Utfallsfonden.se, Så fungerar det, Hämtad 2026-02-12, <https://www.utfallsfonden.se/sa-fungerar-det>
11. Europeiska Rådets hemsida. Läkemedelspaketet: nya EU-regler om läkemedel, (2025), Hämtad 2026-02-13. <https://www.consilium.europa.eu/sv/policies/pharma-pack/>

12. Lund universitet, Medicinska fakulteten, Sprutbyte, naloxon och rehabilitering vid opioidberoende, publicerad 2022-10-05
13. Beroendecentrum .se, Region Stockholm, Högspecialiserade LARO-mottagningar, läst 2026-03-11. <https://www.beroendecentrum.se/vara-mottagningar/mottagningar-droger/laro-mottagningar/>
14. Holmén, E., Hammarberg, A. & Kåberg, M. All-cause mortality and overdose deaths among 4192 people who inject drugs in Stockholm: a 10-year register-based cohort study. *Harm Reduct J* 23, 41 (2026). <https://doi.org/10.1186/s12954-026-01407-z>
15. European Union Drug Agency, Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence (2018). https://www.euda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms_en

Det måste inte stå 200 000 personer i vårdkö

Synaps är en tankesmedja som har bildats för att utveckla och synliggöra de verktyg och metoder som finns för en bättre sjukvård för alla. I dag står hundratusentals i en vårdkö för att vårdsystemets fulla potential inte nyttjas.

Tankesmedjan Synaps kommer visa på hur en strukturell rättighetslagstiftning kan skapa stora positiva effekter för patienters möjligheter till vård i tid.