Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi

Förväntningar och farhågor inför en ny styr- och ersättningsmodell för läkemedel – en intervjustudie

Sofia Puman, Thérèse Eriksson, Lars-Åke Levin

CMT Rapport 2026:2



LINKÖPINGS UNIVERSITET

Förväntningar och farhågor inför en ny styr- och ersättningsmodell för läkemedel – en intervjustudie

2026

Sofia Puman, Thérèse Eriksson, Lars-Åke Levin

CMT Rapport 2026:2

CMT – Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi www.liu.se/cmt

LIU CMT RA/2502 ISSN 0283-1228 eISSN 1653-7556

Förord

Föreliggande rapport utgör den första delrapporten inom ramen för CMT:s utvärdering av den styr- och ersättningsmodell för läkemedel som infördes i Region Östergötland den 1 januari 2026. Rapporten baseras på en intervjustudie och har som övergripande syfte att analysera hur beslutsfattare inom regionen uppfattade modellen före dess införande. Särskild uppmärksamhet ägnas åt de föreställningar, förväntningar och farhågor som formulerades i anslutning till reformen. Intervjuerna genomfördes under de två månader som föregick införandet och ger därmed en bild av de förutsättningar och tolkningsramar som präglade mottagandet av modellen innan den började tillämpas i praktiken.

Vi vill framföra vårt tack till de personer inom Region Östergötland som generöst har bidragit med sina erfarenheter och reflektioner genom att medverka i intervjuerna. Vi vill även tacka de personer som på olika sätt har bistått arbetet med information och stöd under rapportens framtagande. Ansvaret för eventuella kvarstående felaktigheter eller brister vilar dock helt på rapportens författare.

2026-09-10

Lars-Åke Levin

Föreståndare och professor

Sammanfattning

Region Östergötland införde i januari 2026 en ny ekonomisk styr- och ersättningsmodell för sjukhusklinikernas läkemedelskostnader. Den nya modellen var ett svar på de ökande läkemedelskostnaderna och behovet av ett mer hållbart och transparent system av införande. Målet var att skapa bättre förutsättningar för vården att erbjuda effektiva läkemedelsbehandlingar, och samtidigt säkerställa god kostnadskontroll och kloka prioriteringar. Den nya modellen bygger på tre huvudkomponenter: basersättning, introduktionsfinansiering och regelbundna läkemedelsdialoger. Utöver dessa huvudkomponenter blev läkemedelsersättningen, som tidigare ingått i ordinarie ersättning för sjukhusklinikernas uppdrag, separat.

Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT) har fått i uppdrag att utvärdera den nya styr- och ersättningsmodellen. Utvärderingen undersöker modellens konsekvenser för läkemedelsförskrivning, läkemedelskostnader samt personalens inställning till och förståelse av förändringen. Denna första delrapport beskriver beslutsfattarnas inställning till och förförståelse av modellen före införandet.

Studien hade en kvalitativ design och baserades på 15 semistrukturerade intervjuer med verksamhetschefer, medicinskt ledningsansvariga läkare, centrumchefer, politiker, ekonomer och controllers. Intervjuerna genomfördes mellan november 2025 och januari 2026, de ljudinspelades och transkriberades ordagrant. Det empiriska materialet analyserades med tematisk analys utifrån en abduktiv ansats.

Intervjupersonerna beskrev ett tydligt behov av att reformera den tidigare modellen, vilken förknippades med bristande kostnadskontroll, otydlig ansvarsfördelning och begränsad transparens i prioriteringsprocesserna. Inställningen till den nya modellen var övervägande positiv. Modellen förväntades främja mer systematiska, transparenta och jämlika prioriteringar samt förbättra uppföljningen av läkemedelsanvändning och kostnader. Den separata läkemedelsersättningen och introduktionsfinansieringen bedömdes kunna stärka förutsättningarna för införande av nya läkemedel utan att enskilda verksamheters ekonomi belastades oproportionerligt. Samtidigt identifierades farhågor avseende minskat lokalt handlingsutrymme, försvagade incitament till kostnadsmedvetenhet, ökad administrativ belastning, förlängda ledtider och en alltför kort introduktionsperiod om två år. Centraliserade beslut

ansågs kunna stärka det regionala helhetsperspektivet, men samtidigt medföra en risk för ökad distans till den kliniska verksamheten. Läkemedelsdialogerna var den komponent som förknippades med de tydligaste positiva förväntningarna och framhölls som ett centralt forum för stöd, uppföljning, framförhållning och samverkan. Resultaten visade emellertid att kännedomen om modellen var begränsad samt att informationen och verksamhetsförankringen hade skett sent i införandeprocessen.

Sammantaget visar resultatet att förutsättningarna för införandet av den nya styr- och ersättningsmodellen är relativt goda. Att den tidigare modellen upplevdes som otillräcklig, i kombination med höga förväntningar på läkemedelsdialogerna och en förståelse för att initiala utmaningar kan uppstå, bidrog till en grundläggande acceptans för förändringen. Modellen förväntas bidra till mer jämlika, transparanta och strategiska prioriteringar samt bättre stöd till verksamheterna. Samtidigt kan bristande information, otydlig ansvarsfördelning och ökad administration försvåra införandet. Fortsatt dialog, uppföljning och möjlighet att anpassa modellen framstår därför som centralt för ett framgångsrikt införande.

Slutsatser:

- Det fanns ett behov av en förändring av den gamla styr- och ersättningsmodellen.
- Den nya modellen förväntades kunna bidra till mer rättvisa, transparenta och strategiska prioriteringar.
- Det fanns en oro för ökad administrativ börda.
- Förväntningarna var höga på ett utökat centralt stöd rörande läkemedelsfrågor.
- Modellens resiliens bygger på i vilken utsträckning de ekonomiska ramarna överensstämmer med vad som är kliniskt acceptabelt.
- Förankring, information och lärande blir avgörande för implementeringen framöver där läkemedelsdialogerna har en viktig funktion.
- Även om läkemedelsdialogerna är viktiga så förutsätter modellen ett aktivt läkemedelsarbete ute i verksamheterna.
- Osäkerheten kring hur verksamheterna skulle anpassa sig till den nya modellen, i kombination med höga förväntningar på centralt stöd, indikerade ett behov av förstärkta stödinsatser under en övergångsperiod.

Summary

In January 2026, Region Östergötland introduced a new financial governance and reimbursement model for pharmaceutical expenditure in hospital clinics. The model was developed in response to rising pharmaceutical costs and the need for a more sustainable and transparent system for introducing new medicines. Its aim was to improve the conditions for providing effective pharmaceutical treatments while ensuring sound cost control and appropriate priority setting. The model comprises three main components: base reimbursement, introductory financing, and regular pharmaceutical dialogues. In addition, pharmaceutical reimbursement, which had previously formed part of the standard reimbursement for hospital clinics, was separated from the ordinary reimbursement structure.

The Centre for Medical Technology Assessment (CMT) was commissioned to evaluate the new governance and reimbursement model. The evaluation examines the model's consequences for pharmaceutical prescribing and expenditure, as well as staff attitudes towards and understanding of the change. This first interim report describes decision-makers' attitudes towards and prior understanding of the model before its implementation.

The study employed a qualitative design and was based on 15 semi-structured interviews with heads of clinical departments, physicians with medical management responsibilities, centre directors, politicians, economists, and controllers. The interviews were conducted between November 2025 and January 2026, audio-recorded, and transcribed verbatim. The empirical material was analysed using thematic analysis with an abductive approach.

The interviewees described a clear need to reform the previous model, which was associated with inadequate cost control, an unclear allocation of responsibilities, and limited transparency in priority-setting processes. Attitudes towards the new model were predominantly positive. It was expected to promote more systematic, transparent, and equitable priority setting and to improve the monitoring of pharmaceutical use and expenditure. Separate pharmaceutical reimbursement and introductory financing were considered likely to improve the conditions for introducing new medicines without placing a disproportionate financial burden on individual services. At the same time, concerns were raised about reduced local discretion, weaker incentives for cost-consciousness, increased administrative burden, longer lead times, and

an introductory period of two years that might be too short. Centralised decision-making was considered capable of strengthening a region-wide perspective, but also of increasing the distance from clinical practice. The pharmaceutical dialogues were associated with the clearest positive expectations and were highlighted as a key forum for support, follow-up, forward planning, and collaboration. However, the findings also showed limited awareness of the model and indicated that information and organisational anchoring had occurred late in the implementation process.

Overall, the findings indicate that the conditions for implementing the new governance and reimbursement model were relatively favourable. The previous model was perceived as inadequate, which, together with an understanding that initial challenges could arise and high expectations regarding the pharmaceutical dialogues, provided a basis for acceptance of the change. The model was expected to contribute to more equitable, transparent, and strategic priority setting and to provide better support for healthcare services. At the same time, insufficient information, an unclear allocation of responsibilities, and increased administrative burden could impede implementation. Continued dialogue, follow-up, and opportunities to adapt the model therefore appeared central to successful implementation.

The study resulted in the following conclusions:

- There was a need to change the previous governance and reimbursement model.
- The new model was expected to contribute to more equitable, transparent, and strategic priority setting.
- There were concerns about an increased administrative burden.
- Expectations were high regarding expanded central support for pharmaceutical-related matters.
- The resilience of the model depends on the extent to which its financial parameters align with what is considered clinically acceptable.
- Organisational anchoring, information, and learning will be crucial to future implementation, with the pharmaceutical dialogues playing an important role.
- Although the pharmaceutical dialogues are important, the model also requires active pharmaceutical management at the clinic level.

- Uncertainty about how clinics would adapt to the new model, combined with high expectations of central support, indicated a need for enhanced support during a transitional period.

Innehåll

1 Introduktion 11
1.1 Syfte och frågeställningar 12
2 Styrning och organisation i Region Östergötland 13
2.1 Regionens uppdrag och struktur 13
2.2 Politiken och tjänstemän 13
2.3 Beställar-utförarmodell 14
2.4 Läkemedel 15
2.4.1 Kostnadsutvecklingen för läkemedel 15
2.4.2 Tidigare styr- och ersättningsmodell för läkemedel 17
2.4.3 Framtagande av ny styr- och ersättningsmodell 17
2.4.4 Den nya modellens konstruktion 18
3 Teoretisk bakgrund 20
3.1 Styrning och prioritering av hälso- och sjukvård 20
3.2 Professionell autonomi och ekonomisk styrning 21
3.3 Möjligheter och utmaningar för ersättningsreformer 22
4 Metod 24
4.1 Val av intervjupersoner 24
4.2 Utformning av intervjuguide 24
4.3 Genomförande av intervjuer 24
4.4 Analys 25
4.5 Etik 25
4.6 Användning av Artificiell intelligens 26
5 Resultat 27
5.1 Behov av en förändrad styr-och ersättningsmodell för läkemedel 27
5.1.1 Svårigheter att upprätthålla en budget i balans 27
5.1.2 Prioritering utan transparens 28
5.2 Separat läkemedelsersättning 28

5.2.1 Bättre förutsättningar för aktivt arbete med läkemedelsfrågor 28
5.2.2 Minskad möjlighet till lokal omfördelning och prioritering av resurser 29
5.3 Introduktionsfinansiering 30
5.3.1 Mer jämlika möjligheter att införa nya läkemedel 30
5.3.2 Stärkt samarbete mellan olika verksamheter och funktioner ... 30
5.3.3 Jämlika förutsättningar för införande av nya läkemedel men beslut längre från verksamheten 31
5.3.4 Oro för ökad administration, långa ledtider och kort finansieringsperiod 32
5.4 Läkemedelsdialoger 33
5.4.1 Stöd, uppföljning och framförhållning i läkemedelsarbetet 33
5.4.2 Likvärdig hantering av läkemedelsfrågor mellan kliniker 33
5.5 Ansvarsfördelning och styrning av läkemedelskostnader 34
5.5.1 Centrala prioriteringar och upplevelser av minskat lokalt inflytande 34
5.5.2 Förskrivning och ekonomiska ramar i praktiken 35
5.5.3 Utmaningar i att definiera och utkräva kostnadsansvar 36
5.6 Utveckling och kommunikation av den nya modellen 37
5.6.1 Delaktighet och förankring av den nya modellen 37
5.6.2 Informationsspridning och kommunikation om den nya modellen 37
6 Förutsättningar för införandet av den nya styr-och ersättningsmodellen 39
6.1 Förväntningar och farhågor 39
6.1.1 Modellens konstruktion 40
6.1.2 Ansvarsfördelning och styrning av läkemedelskostnader 40
6.2 Möjligheter och utmaningar 41
7 Diskussion 43
7.1 Slutsatser 45

8 Referenser 47

1 Introduktion

Sveriges regioner står inför utmaningar kopplade till stigande läkemedelskostnader (1), och Region Östergötland (RÖ) är inget undantag. Att begränsa kostnadsökningen utan att försämra vårdkvaliteten är en komplex uppgift. RÖ har sedan länge haft ett decentraliserat kostnadsansvar, vilket innebär att varje klinik och vårdcentral ansvarar för de kostnader som uppstår inom den egna verksamheten (2). Mot bakgrund av ett förändrat kostnadsläge, präglat av alltmer effektiva men också allt högre prissatta läkemedel som introduceras på bred front (1), ökar behovet av styrning där ökad kostnadskontroll och transparanta prioriteringar ges en central roll i enlighet med den etiska plattformen (3).

Läkemedel utgör en central del av sjukvården, men har samtidigt en särskild ställning eftersom de till stor del produceras utanför sjukvården och köps in för att användas i vården. Därutöver är läkemedelsområdet speciellt ur ett styrningsperspektiv, eftersom beslut om behandling i stor utsträckning fattas av den medicinska professionen utifrån patientens behov och medicinsk evidens. Samtidigt bär regionen det slutgiltiga ekonomiska ansvaret för finansieringen. Detta innebär att beslutsmandat och kostnadsansvar inte alltid sammanfaller, vilket kan försvåra ekonomisk styrning och prioritering. Frågans aktualitet understryks också på nationell nivå genom den pågående utredningen om hur statens ansvar för läkemedel och vaccin ska utökas, stärkas och organiseras (4).

I RÖ har det tidigare saknats riktade medel för introduktion av läkemedel. Ansvaret har därmed legat på verksamhetschefen att bedöma om nya, ibland kostsamma, läkemedel kan inrymmas inom befintlig budget, exempelvis genom omprioriteringar mellan olika budgetposter. Detta har i vissa fall försvårat klinikernas möjligheter att upprätthålla ekonomisk balans.

Med bakgrund av allt fler kostsamma läkemedel och läkemedels svårstyrdhet, initierade RÖ en utredning om en ny ekonomisk styr- och ersättningsmodell för läkemedel inom slutenvården. Syftet var att öka kostnadskontrollen och förbättra förutsättningarna för ett rättvist och strukturerat införande av nya läkemedel samtidigt som ekonomisk balans kunde upprätthållas. Utredningen resulterade i en ny ekonomisk styr- och ersättningsmodell för slutenvårdsläkemedel, som infördes den 1 januari 2026. Den nya modellen syftade

till att skapa bättre förutsättningar för vården att erbjuda effektiva läkemedelsbehandlingar och samtidigt säkerställa god kostnadskontroll (5).

1.1 Syfte och frågeställningar

Utvärderingen av den nya styr- och ersättningsmodellen redovisas i två delrapporter och en slutrapport. Detta är den första delrapporten och syftar till att analysera hur den nya styr- och ersättningsmodellen för slutenvårdsläkemedel uppfattades av beslutsfattare inom regionen före införandet samt att identifiera möjligheter och utmaningar med modellen. Analysen fokuserade särskilt på hur beslutsfattare inom regionen:

- uppfattade modellens konstruktion
- upplevde förutsättningarna för modellens införande

Rapporten belyser därmed utgångsläget, det vill säga beslutsfattares uppfattningar av den nya styr- och ersättningsmodellen innan den infördes, för att analysera förutsättningarna för implementering.

2 Styrning och organisation i Region Östergötland

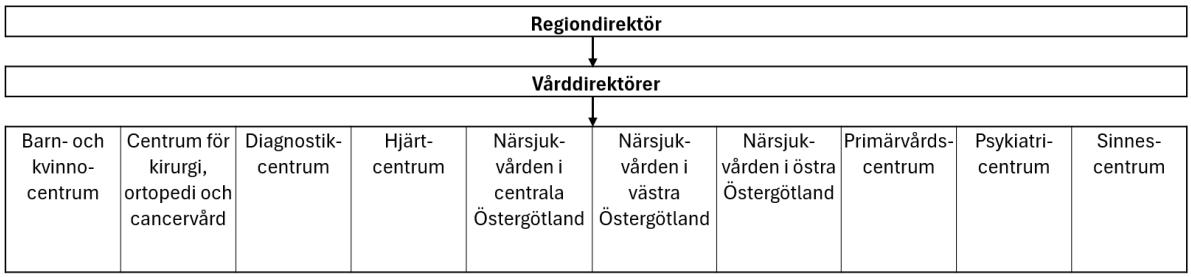
I detta kapitel redogörs för Region Östergötlands styrning och organisation av hälso- och sjukvården samt läkemedelskostnadernas utveckling i Sverige.

2.1 Regionens uppdrag och struktur

Region Östergötlands huvudsakliga uppdrag är att erbjuda hälso- och sjukvård, inklusive tandvård, till regionens invånare på ett sätt som säkerställer god och jämlik vård (6). RÖ:s uppdrag regleras till stora delar av kommunallagen, hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen, patientlagen, lagen om kollektivtrafik samt lagen om regionalt utvecklingsansvar. Denna lagstiftning utgör utgångspunkten för regionens grunduppdrag, mål och strategier. Regionens organisation präglas av decentralisering samt krav på öppenhet och effektivitet.

Verksamheten omfattar såväl primärvård som specialiserad sjukhusvård samt högspecialiserad vård. Regionen driver flera sjukhus, Universitetssjukhuset i Linköping, Vrinnevisjukhuset i Norrköping och Lasarettet i Motala, samt ett antal vårdcentraler och specialistmottagningar (7).

Regionens hälso- och sjukvårdsorganisation är uppbyggd av sju länsövergripande centrum och tre närsjukvårdscentrum. Dessa centrum omfattar de patientnära verksamheterna.



Figur 1. Illustration över Region Östergötlands Vårdcentrum

2.2 Politiken och tjänstemän

RÖ är en politiskt styrd organisation. Det innebär att regionen styrs av politiker som invånarna i Östergötland väljer i allmänna val vart fjärde år. Det är politikernas uppgift att bestämma mål för verksamheten, fördela de resurser som finns och följa upp resultaten i relation till de mål som satts upp (8). De förtroendevalda ska företräda medborgarna i styrningen och ledningen av

regionens verksamhet. De förtroendevalda har många uppgifter. Två av de främsta är att (9):

- *Via kunskapsinhämtning och framtidsanalys ha tillräcklig kunskap om befolkningen, de behov hälso-och sjukvården står inför och de behov som regionen i övrigt har ansvar för att möta,*
- *Genom kontinuerliga uppföljningar säkerställa att beslut förverkligas och ger avsedd effekt. Se till att regionens resurser används effektivt, att all verksamhet grundas på dokumenterat verkningsfulla metoder och att kontinuerligt utvecklings- och kvalitetsarbete bedrivs.*

Det är Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) som ansvarar och tar beslut i frågor som rör hälso- och sjukvården. Nämnden leds av en ordförande och två vice ordföranden, varav en representerar oppositionen (10). HSN har huvudansvaret för att östgötarnas behov av en god hälso- och sjukvård tillgodoses inom de ramar som regionfullmäktige beslutar om (11). Nämnden ska verka för en god hälsa i befolkningen genom att lyfta fram och prioritera särskilda områden. HSN formulerar vad som ska utföras i sjukvården på strategisk nivå och beslutar om hur pengar ska fördelas inom hälso- och sjukvården.

Under den politiska ledningen finns en tjänstemannaledning, som leds av regiondirektören. Regiondirektören är RÖ:s högsta tjänsteperson och har det övergripande ansvaret för att de mål som beslutats av den politiska ledningen genomförs inom givna ekonomiska ramar. Tillsammans med cheferna för centrumen ansvarar regiondirektören för att verksamheten bedrivs i enlighet med de uppdrag som beslutats samt för att den utvecklas på ett professionellt och ändamålsenligt sätt (12).

2.3 Beställar-utförarmodell

RÖ tillämpar en beställar-utförarmodell vilket innebär att organisationen delas in i två roller, beställare och utförare. Beställaren ansvarar för att ange uppdrag, fastställa budget och formulera krav, medan utförarna inom vården ansvarar för produktion och verksamhet. Syftet med modellen är att tydliggöra ansvarsfördelningen, stärka kostnadskontrollen och bidra till mer effektiv verksamhet.

I RÖ är HSN beställare, medan specialiserade centrum, kliniker och vårdcentraler utgör utförare. HSN beställer vård från både regionägda och externa

vårdgivare. Det operativa ansvaret för vårdens genomförande ligger därmed på verksamhets- och centrumchefer, medan övergripande prioriteringar och ekonomiska ramar beslutas på politisk nivå. Hälso- och sjukvårdens styrning sker således i ett samspel mellan politisk ledning, beställarfunktioner på tjänstepersonsnivå och vårdens utförarorganisation.

2.4 Läkemedel

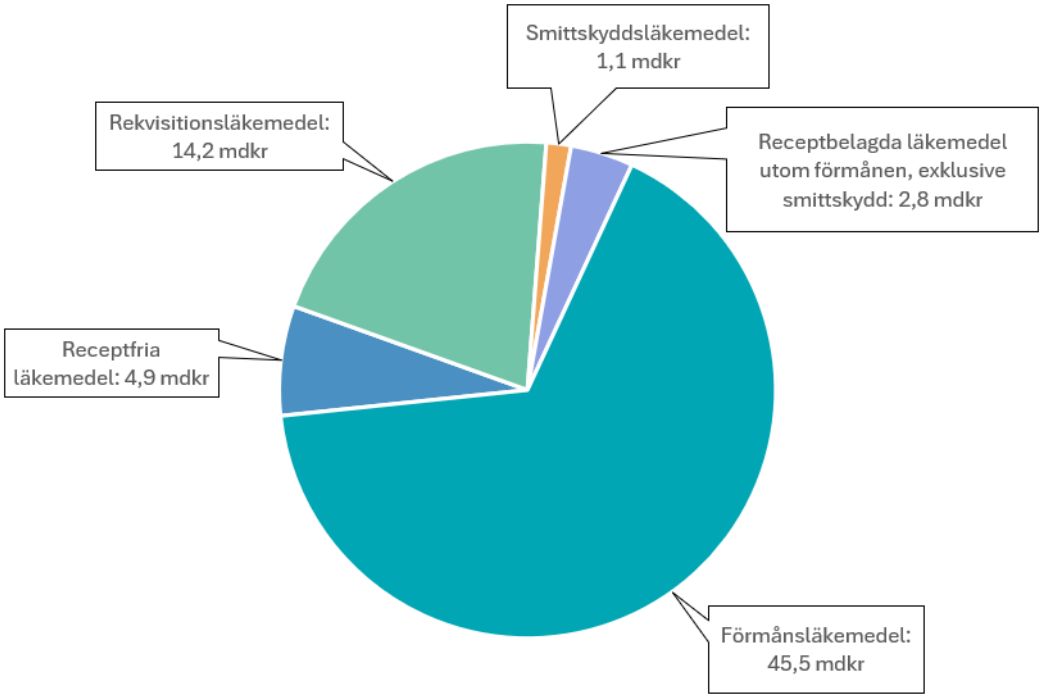
Hälso- och sjukvårdsstrategiska enheten, läkemedelskommittén och läkemedelscenter utgör tillsammans regionens centrala läkemedelsfunktion. Hälso- och sjukvårdsstrategiska enheten vid Regionledningskontoret har ett övergripande ansvar för läkemedelsfrågor där det bland annat ingår att ge regionledning och förtroendevalda strategiskt stöd i läkemedelsfrågor. Dessutom sker mycket nationell samverkan med andra regioner och myndigheter.

Läkemedelskommittén (LKÖ) verkar bland annat för ökad kunskap om läkemedel i länet och ska vara en resurs för de som arbetar i vården. I Sverige är det lag på att alla regioner ska ha en läkemedelskommitté (13). I RÖ ligger läkemedelskommittén inte i linjeorganisationen utan är fristående med syfte att kunna rikta rekommendationer till vården utan att ha något eget ekonomiskt intresse.

Läkemedelscenter är en del av Diagnostikcentrum och ansvarar bland annat för läkemedelsförsörjningen och producentobunden läkemedelsinformation.

2.4.1 Kostnadsutvecklingen för läkemedel

Läkemedelsmarknaden i Sverige kan förenklat delas in i fem områden: *förmånsläkemedel, förskrivna läkemedel utanför förmånen, smittskyddsläkemedel, rekvisitionsläkemedel* och *receptfria läkemedel,* se figur 1. Förenklat finns det tre sätt att finansiera läkemedel. Inom slutenvården, på sjukhus och institutioner, bekostas läkemedel av respektive klinik. Ett receptläkemedel kan antingen bekostas av det statliga bidraget för läkemedelsförmånen, eller om ett läkemedel inte ingår i förmånssystemet kan det finansieras av den enskilda patienten eller ibland regionen. På sjukhus och institutioner, bekostas rekvirerade läkemedel av respektive klinik (14).



Figur 1: Läkemedelsförsäljning i Sverige 2024 (AUP[1] exkl. moms) (Hämtat från SKR)

Under de senaste decennierna har läkemedelskostnaderna för förmånsläkemedel stigit i Sverige. Enligt Socialstyrelsen prognostiseras kostnaderna för läkemedel inom förmånen fortsätta stiga (5). Bland förmånsläkemedlen är onkologiläkemedel den största gruppen mätt i försäljningsvärde. Detta beror till stor del på att befolkningen blir allt äldre och fler lever längre med sin cancersjukdom. Fler nya onkologiläkemedel kommer ut på marknaden, många av dem till en hög kostnad. I och med utvecklingen av cancerbehandlingar lever patienter längre och behandlas under en längre tid. En ökad användning av nya orala antikoagulantia (NOAK), nya diabetesläkemedel samt läkemedel mot Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) bidrar också till att driva upp läkemedelskostnaderna (5).

Kostnadsutvecklingen för rekvisitionsläkemedel analyseras på mer övergripande nivå än förmånsläkemedel. Kostnaderna för rekvisitionsläkemedel ökade marginellt för 2024. Den totala kostnaden uppgick till 13,5 miljarder kronor – en ökning med 0,4 procent jämfört med 2023. Detta kan ställas i

[1] Apotekets utförsäljningspris.

relation till den kraftigare kostnadsökningen på 10,7 procent under 2023 och 10,0 procent under 2022 (14).

2.4.2 Tidigare styr- och ersättningsmodell för läkemedel

RÖ har sedan länge tillämpat ett styrsystem som bygger på ett decentraliserat kostnadsansvar, vilket innebar att kostnadsansvaret för läkemedel och andra insatsvaror låg på kliniker och vårdcentraler. Avsikten var att kostnaderna för läkemedel skulle vägas mot andra insatsvaror, i syfte att främja kostnadsmedvetenhet och återhållsamhet i resursanvändningen. Vidare var syftet med decentraliseringen att de som har bäst kunskap om behoven och förutsättningarna skulle ha och ta ansvar för att resurserna användes på bästa sätt.

Ett undantag från det decentraliserade kostnadsansvaret utgjordes av läkemedel som omfattades av de så kallade avropsavtalen. Dessa läkemedel finansierades centralt av HSN. De verksamheter som behandlade patienter med läkemedel som hade avropsavtal ersattes i efterhand för de faktiska läkemedelskostnaderna, medan övriga läkemedelskostnader skulle täckas av den i förväg fastställda ersättningen. Avsaknaden av tydliga kostnadsramar innebar att avropsavtalen bidrog till ett svårstyrt system.

Introduktionen av nya läkemedel skedde i stor utsträckning inom ramen för verksamheternas befintliga budgetar. Samtidigt saknades en långsiktig och systematisk ordning för införande av nya läkemedel och utfasning av äldre läkemedel.

2.4.3 Framtagande av ny styr- och ersättningsmodell

Framtagandet av den nya styr- och ersättningsmodellen startade med en förstudie 2023. Genom intervjuer identifierades ett antal utvecklingsområden som den nya styr- och ersättningsmodellen syftade till att förbättra. Den nya modellen skulle bidra till:

- En mer planerad introduktion av läkemedel genom särskild introduktionsfinansiering
- En särskilt avsatt läkemedelsersättning
- Ett förstärkt verksamhetsstöd i form av strukturerade och återkommande läkemedelsdialoger
- Ett avskaffande av avropsavtalen som finansieringsmodell

En arbetsgrupp utsågs i syfte att framarbeta en ny styr-och ersättningsmodell. Arbetsgruppen bestod av representanter från RÖ och CMT. Gruppen träffades

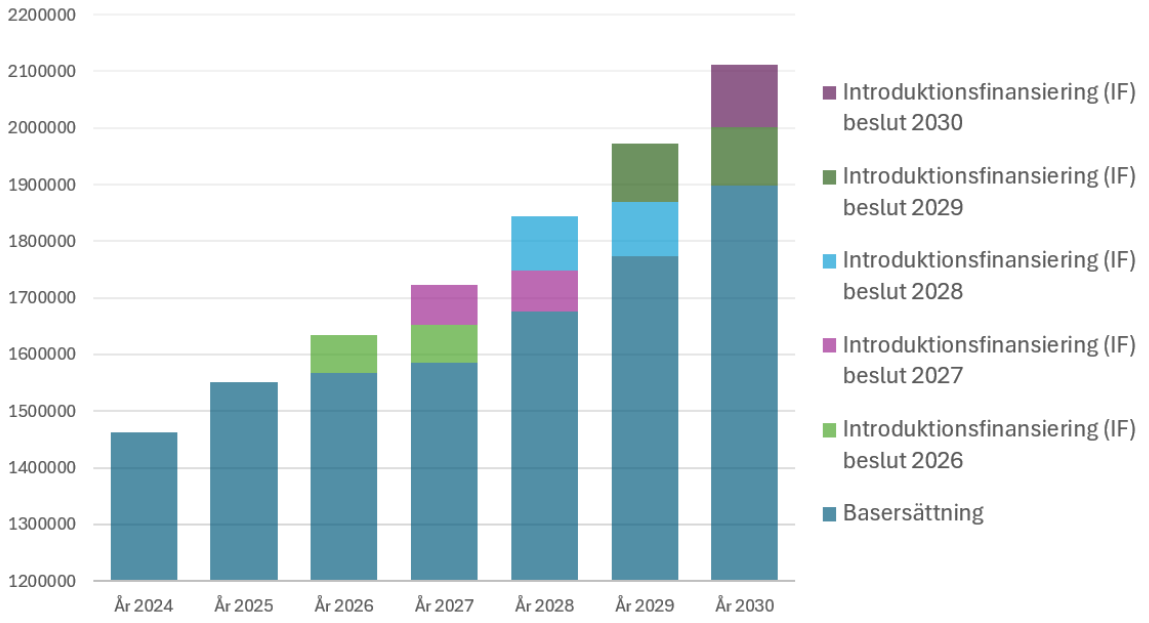
regelbundet under våren 2025 och rapporterade till en styrgrupp. En referensgrupp utsågs i syfte att fånga inspel från verksamheten.

Information kring den nya styr-och ersättningsmodellen spreds vid flertalet tillfällen under hösten 2025. Informationsspridningen skedde främst i form av dialoger/informationsmöten riktade till politiken, produktionsenheter-och verksamhetschefer. Det skapades även en sida på vårdgivarwebben med information kring den nya modellen.

2.4.4 Den nya modellens konstruktion

Den nya styr- och ersättningsmodellen bygger på tre huvudkomponenter: basersättning, introduktionsfinansiering och regelbundna läkemedelsdialoger. Därutöver separerades läkemedelsersättningen från den övriga ersättningen där den tidigare hade utgjort en integrerad del.

Basersättningen utgör en årlig ersättning till centrumen för att finansiera etablerade läkemedelsbehandlingar. Ersättningen fördelas från HSN till centrumen. Varje år görs ett tillskott till produktionsenhetens basersättning. Den årliga uppräkningen av basersättningen baseras på Socialstyrelsens prognos för läkemedelskostnader för kommande budgetår.



Figur 2. Simulering av basfinansieringens och introduktionsfinansieringens konstruktion över tid

Årligen avsätts 20 procent av den prognostiserade kostnadsökning för läkemedel till uppräkning av basersättningen, medan resterande 80 procent tillförs introduktionsfinansieringen.

Basersättningen kan reduceras vid exempelvis:

- Patentutgångar med regional effekt på kostnader ≥ 3 miljoner kronor
- Förlorad subvention (där läkemedlet inte längre bedöms som kostnadseffektivt) eller ändrade riktlinjer med motsvarande ekonomisk påverkan

För nya läkemedel kan kliniker ansöka om särskild introduktionsfinansiering. Finansieringen är avsedd att täcka kostnaderna under en period om 24 månader, varefter ersättningen överförs och ingår i basersättningen. Ansökan sker löpande och ska bland annat innehålla information om patientantal, evidensläge, rekommendationer och förväntade kostnader. Beslut fattas av HSN efter förslag från en beredningsgrupp bestående av hälso-och sjukvårdsdirektör, ekonomidirektör, representant för Läkemedelscenter samt hälsoekonom. Underlag inför läkemedelsdialogerna utarbetas av berörda kliniker i enlighet med mallar och instruktioner från Läkemedelscenter.

3 Teoretisk bakgrund

I detta kapitel presenteras den litteratur som ligger till grund för rapporten. Kapitlet behandlar teorier och tidigare forskning om styrning, professionell autonomi och införande av ersättningssystem inom hälso- och sjukvården. Litteraturen ligger till grund för att skapa förståelse för hur den nya styr- och ersättningsmodellen uppfattas samt vilka möjligheter och utmaningar som kan uppstå vid införandet.

3.1 Styrning och prioritering av hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården har begränsade ekonomiska resurser samtidigt som behovet av vård och utbudet av nya behandlingsmetoder kontinuerligt ökar (15). Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården bedrivas så att en god hälsa och vård på lika villkor uppnås för hela befolkningen (16). Detta utgör ett grundläggande mål för styrningen av den svenska hälso- och sjukvården.

I hälso- och sjukvårdslagen anges tre principer som tillsammans utgör den etiska plattformen för prioriteringar inom vården. Plattformen utgör värdegrunden för den svenska hälso- och sjukvården och ska vägleda användningen av begränsade resurser. Den första principen, *Människovärdesprincipen,* innebär att alla människor har lika värde och samma rätt till vård oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Den andra, *Behovs-solidaritetsprincipen,* innebär att resurserna bör fördelas efter behov, vilket innebär att de med störst vårdbehov ges företräde. Den tredje principen, *Kostnadseffektivitetsprincipen,* innebär att det bör finnas en rimlig relation mellan kostnader och behandlingseffekter, med beaktande av sjukdomens svårighetsgrad (17).

Användningen av resurser för ett ändamål sker alltid på bekostnad av ett annat, vilket innebär att varje beslut är förenat med en alternativkostnad. Alternativkostnaden för en beslutad användning utgörs av den nytta som hade erhållits från det bästa tillgängliga alternativet som inte väljs. Psykologiska mekanismer gör att alternativkostnaden ofta förbises i beslutsfattande (18, 19). När alternativkostnaden inte beaktas ökar risken för sämre offentliga beslut gällande hur begränsade resurser ska användas för ökad välfärd och hälsa. Det kan också bidra till etisk stress hos vårdpersonal om svåra prioriteringar överlåts till klinisk nivå i stället för att de hanteras strategiskt av ledning, och det kan leda till implicita, osystematiska och mindre transparenta prioriteringar (20).

I propositionen (1996/97:60, s. 12) (21), som låg till grund för riksdagens beslut om att införa en etisk plattform för prioriteringar i hälso- och sjukvårdslagstiftningen går följande att läsa:

> *Det demokratiska samtalet och människors acceptans av nödvändiga prioriteringar förutsätter kunskaper om på vilka grunder prioriteringar görs, vilka möjligheter man har som patient att påverka dessa och vilka vägar man kan gå om man inte är nöjd med den gjorda prioriteringen.*
>
> *Hälso- och sjukvården har en skyldighet att utveckla metoder för att sådan information finns tillgänglig både för den som är patient idag och för den som kan förväntas bli patient i framtiden.*

Propositionen tydliggör således att information om de principer och utgångspunkter som ligger till grund för prioriteringar ska vara tillgänglig för regionens invånare. För att uppfylla detta krav krävs ett systematiskt, transparent och väl dokumenterat arbete med prioriteringar, som möjliggör både insyn och förståelse för de bedömningar som görs.

3.2 Professionell autonomi och ekonomisk styrning

Inom organisationsforskning används ofta institutionell teori för att analysera hur organisationer påverkas av normer, värderingar, regler och sociala förväntningar i sin omgivning. Institutioner kan i detta sammanhang förstås som de formella och informella ramar som påverkar hur individer och organisationer agerar. Utgångspunkten är att organisationer inte enbart styrs av strävan efter effektivitet och rationellt beslutsfattande, utan också av behovet av legitimitet (22).

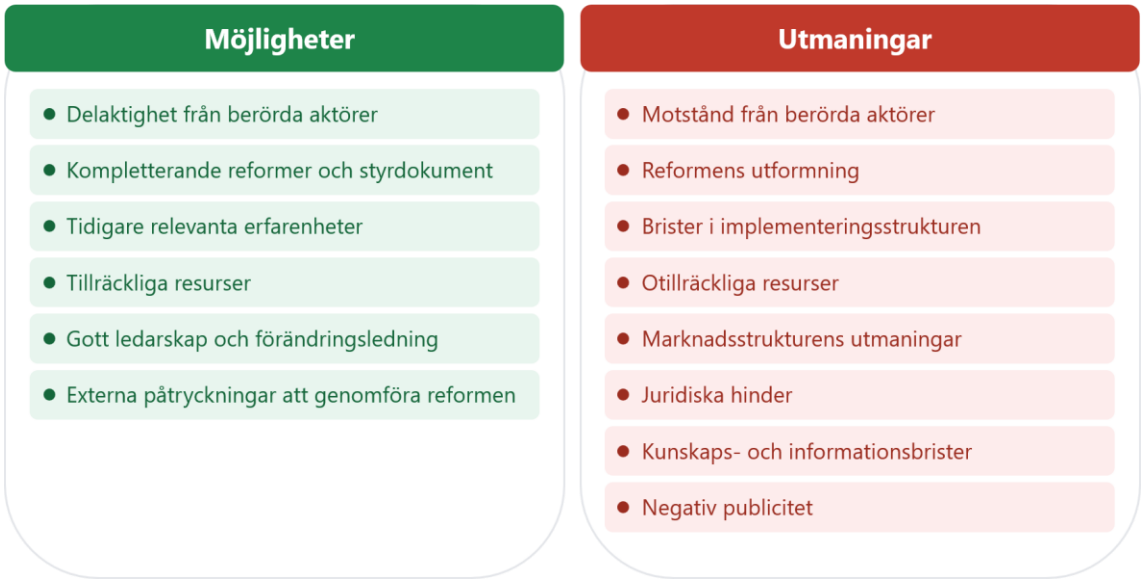
Inom institutionell teori har begreppet institutionella logiker utvecklats. Institutionella logiker kan beskrivas som värdesystem, normer och föreställningar som vägleder individers och organisationers handlande, alltså vad som är legitimt och eftersträvansvärt inom en organisation (23). Inom hälso- och sjukvården samexisterar ofta flera parallella logiker som påverkar beslutsfattandet. Dessa logiker kan förekomma samtidigt inom samma organisation (24). Inom hälso- och sjukvården kan detta bland annat förstås som en spänning mellan professionell autonomi (utifrån professionell logik) och ekonomisk styrning (utifrån styrningslogik). Ur ett professionellt perspektiv kan ett

beslut uppfattas som legitimt om det grundas i medicinsk kunskap, kliniskt omdöme och patientens behov. Ur ett styrningsperspektiv kan legitimitet i stället förknippas med effektivitet, kostnadskontroll, uppföljning och mätbara resultat. När dessa logiker möts kan det därför uppstå olika uppfattningar om vad som utgör ett legitimt sätt att organisera och styra vården (24, 25).

Tidigare forskning har visat att ekonomiska styrmodeller inom vården ibland kan upplevas stå i konflikt med den medicinska professionens handlingsutrymme (26). Samtidigt kan ekonomisk styrning bidra till ökad transparens, tydligare prioriteringar och förbättrad kostnadskontroll. Läkemedelsområdet är i detta avseende särskilt intressant eftersom beslut om behandling ofta innebär en avvägning mellan medicinsk nytta och ekonomiska begränsningar (27).

3.3 Möjligheter och utmaningar för ersättningsreformer

Huruvida en ny ersättningsmodell uppnår önskade effekter påverkas av en rad olika faktorer. I en översikt med syftet att kartlägga just faktorer som påverkar implementering och effekten av ersättningsreformer inom hälso- och sjukvården (28), kunde sex huvudkategorier av möjligheter (på engelska facilitators) identifieras, samt åtta huvudkategorier av utmaningar (på engelska barriers), se figur 3.



Figur 3. Möjligheter och utmaningar enligt Ndayishimiye et. al (28) som påverkar införandet av en ny ersättningsmodell

Det finns inte någon "perfekt" ersättningsmodell som passar alla kontexter. Utfallet beror i hög grad på hur reformen utformas, implementeras och förankras hos berörda aktörer.

4 Metod

Studien hade en kvalitativ design och baserades på semistrukturerade intervjuer. I detta avsnitt beskrivs urvalet av intervjupersoner, utformningen av intervjuguiden och genomförandet av intervjuerna. Därefter redogörs för hur det insamlade materialet analyserades och etiska överväganden som gjordes.

4.1 Val av intervjupersoner

Urvalet av intervjupersoner genomfördes i samråd med RÖ och utformades för att omfatta verksamheter som i varierande grad förväntades påverkas av den nya modellen. Ursprungligen planerades intervjuer enbart med centrumchefer och verksamhetschefer, men eftersom modellen även bedömdes få betydande konsekvenser för ekonomiska flöden utvidgades urvalet till att inkludera ekonomer och controllers. Ytterligare en justering var att inkludera politiker eftersom deras roll blir synligare med den nya modellen.

4.2 Utformning av intervjuguide

En semistrukturerad intervjuguide (*se Appendix I*) utvecklades med utgångspunkt utifrån fem övergripande områden. Dessa områden valdes för att täcka de centrala förändringarna i styr- och ersättningsmodellen. Varje intervju inleddes med bakgrundsfrågor och avslutades med öppna frågor för att ge utrymme för ytterligare reflektioner som kunde ha uppkommit under intervjun.

Frågorna inom respektive område skiftade i viss mån mellan intervjuerna, eftersom de utvalda intervjupersonerna representerade olika funktioner. Intervjuguiden användes främst som ett redskap för att säkerställa att samtliga relevanta områden berördes under intervjuerna (aide-memoire) (29). Samtidigt möjliggjorde den en flexibel intervjusituation, där det fanns utrymme att fördjupa resonemangen kring andra teman än dem som forskargruppen på förhand identifierat.

4.3 Genomförande av intervjuer

Intervjupersonerna identifierades och kontaktades genom ett strategiskt urval i samråd med arbetsgruppen från RÖ. Samtliga tillfrågade personer kontaktades individuellt med förfrågan om deltagande.

Intervjuerna genomfördes mellan november 2025 och januari 2026. Av de personer som tillfrågades uteblev svar från sex, medan två avböjde medverkan. För att erhålla ett representativt urval tillfrågades ersättare med liknande

eller kompletterande funktioner. Totalt genomfördes 15 intervjuer, varav tre på distans. Samtliga intervjuer spelades in i syfte att möjliggöra transkribering. Intervjulängden varierade mellan 23–45 minuter.

Tabell 1. Antal intervjupersoner samt deras funktion samt kod för pseudonymisering i citat

Antal	**Funktion**	**Kod i citat**
7	Verksamhetschef, medicinskt ledningsansvarig läkare	VC1-7
3	Centrumchefer	CC1-3
2	Politiker	P1-2
3	Controller, ekonom	E1-3
Totalt: 15		

4.4 Analys

Intervjuerna transkriberades ordagrant och analyserades med tematisk analys (30) utifrån en abduktiv ansats (31). Analysprocessen genomfördes i flera steg med iterativ karaktär. Inledningsvis lästes samtliga intervjutranskript upprepade gånger för att skapa en fördjupad och sammanhållen förståelse av materialet som helhet. Därefter identifierades meningsbärande enheter med relevans för studiens syfte. Dessa kondenserades och kodades med empirinära koder, det vill säga koder som låg nära det ursprungliga innehållet i materialet och syftade till att bevara dess betydelse. 247 empirinära koder utlästes ur materialet.

Koder med liknande innebörd grupperades därefter i beskrivande kategorier. I ett nästa steg abstraherades kategorierna till mer övergripande teman som fångade återkommande mönster i deltagarnas förförståelse och inställning till styr- och ersättningsmodellens olika delar.

4.5 Etik

Intervjupersonerna informerades om studiens syfte vid mailkontakt och vid intervjutillfället. De informerades också om att medverkan var frivillig och att de när som helst och utan förklaring kunde avsluta sitt deltagande. Samtycke inhämtades före intervjuerna. All data har behandlats konfidentiellt och är pseudonymiserad.

4.6 Användning av Artificiell intelligens

I denna rapport har artificiell intelligens (AI) använts för att visualisera figurer samt för språkgranskning.

5 Resultat

I detta kapitel presenteras resultat från intervjuerna utifrån de teman som i förväg definierats av projektgruppen med tillägg av teman och subteman som uppkom i analysen av materialet, se figur 2.



Figur 4. Illustration över huvudteman

5.1 Behov av en förändrad styr-och ersättningsmodell för läkemedel

5.1.1 Svårigheter att upprätthålla en budget i balans

På grund av ökande läkemedelskostnader och bristande kontroll över kostnadsutvecklingen upplevdes den tidigare styr- och ersättningsmodellen vara ohållbar.

> *”Det var bara det att de där kostnaderna för just Cancerläkemedel de stabiliserar sig aldrig… de bara fortsatte och grävde större och större hål i nämndens budget…”(P1)*

Det var alltså svårt att upprätthålla en budget i balans där avropsavtalen var något som intervjupersoner lyfte som särskilt problematiskt. Dessa avtal upplevdes skapa ett system utan tydliga ekonomiska begränsningar och att kostnaderna för vissa läkemedel, främst cancerläkemedel, successivt ökat utan att processer för styrning utvecklats i samma utsträckning för att hantera detta.

”Det där var ett system som fanns lite på sidan och som ingen riktigt kände ansvar för heller.” (P1)

Avropsavtalen utgjorde ett organisatoriskt frikopplat system med otydligt ansvar, vilket innebar att ingen upplevdes ha ett samlat ansvar för kostnadsutvecklingen.

5.1.2 Prioritering utan transparens

En annan aspekt var att avropsavtalen upplevdes bidra till ojämlika prioriteringar mellan patientgrupper och verksamheter. Intervjupersoner upplevde att det inte var tydligt på vilka grunder vissa verksamheter prioriterades att få avropsavtal och varför andra verksamheter fick bekosta det själva.

”Det har funnits en tendens i vården att vissa som skriker högst eller vissa som... Patientkategorier, till exempel cancerpatienter att “det är klart de ska få den bästa behandlingen” medan andra patienter inte får det.” (CC2)

Intervjupersonerna menade att detta gav verksamheterna olika förutsättningar att upprätthålla en budget i balans, men också att det påverkade vilka patienter som i slutändan fick behandling. Samtidigt framstod det som oklart hur prioriteringarna motiverades med en oro för att det helt enkelt var den som var mest högljudd som fick finansiering genom avropsavtal.

5.2 Separat läkemedelsersättning

5.2.1 Bättre förutsättningar för aktivt arbete med läkemedelsfrågor

Intervjupersonerna var överlag positivt inställda till införandet av en separat ersättningsmodell för läkemedel och förväntade sig att modellen skulle förbättra förutsättningarna för uppföljning av såväl läkemedelsanvändning som läkemedelskostnader.

”Det blir ju lättare att följa, var har den stora kostnadsutvecklingen på aggregerad nivå för regionen, men också på kliniken.” (CC1)

Intervjupersonerna menade att en separat läkemedelsersättning, menade intervjupersoner, särskilt i kombination med läkemedelsdialogerna, kunde öka verksamheternas fokus på läkemedelsfrågor. En tydligare ekonomisk struktur

förväntades stärka kostnadskontrollen, ge bättre överblick över läkemedelskostnader och främja ett mer systematiskt arbete med läkemedelsfrågor i verksamheterna.

> *”Nästan alla nya kostar väldigt mycket, kommer ju stjälpa en klinik och ett centrums budget väldigt lätt. Och det gör att man kanske håller igen på felaktiga grunder […] så är det bra att man frikopplar det från den andra budgeten.” (CC2)*

Genom att läkemedelsersättningen separeras från övrig ersättning, och genom möjligheten till introduktionsfinansiering, menade intervjupersonerna att risken minskar för att verksamheter håller igen på läkemedelsförskrivning av skäl som inte är direkt medicinska.

> *”Så jag ser väl både... jag ser fördelar så klart att det här lyfts utifrån verksamhetens budget för att bli mer tydligt och öronmärkta pengar till läkemedelskostnader och det tänker jag borde kunna bidra till att det minskar orättvisa, eller att patienter som inte får läkemedel bara för att kliniken inte har råd eller inte vill prioritera det.” (VC 1)*

I intervjuerna lyftes förhoppningen att en separat läkemedelsersättning kan skapa mer likvärdiga möjligheter att prioritera läkemedelsbehandling.

5.2.2 Minskad möjlighet till lokal omfördelning och prioritering av resurser

En farhåga som lyftes med separat läkemedelsersättning var att den skulle kunna förändra verksamheternas incitament att arbeta kostnadsmedvetet.

> *”För då har man vetat det att om vi sparar pengar på […] läkemedel, då hamnar ju inte besparingen i vår ekonomi, utan då hamnar ju besparingen i hälso- och sjukvårdsnämndens ekonomi. Och den bryr vi oss inte om, vi bryr oss om vår egen ekonomi.” (P1)*

När läkemedelsersättningen är öronmärkt för läkemedel minskar möjligheterna att omfördela resurserna vid behov, till exempel neddragningar på läkemedelssidan för att finansiera andra aktiviteter. Intervjupersoner menade också att läkemedelsersättningen tidigare kunnat fungera som en ekonomisk

buffert inom verksamheterna, vilket de menade försvinner i den nya modellen.

> *”Man har ju sin personalbudget och man har liksom de delarna, men läkemedel är ju lite mer fluktuerande. De kan ju vara liksom något som gör ett budgeten inte alls går, men någon gång kan de ju rädda budgeten också.” (VC4)*

5.3 Introduktionsfinansiering

5.3.1 Mer jämlika möjligheter att införa nya läkemedel

Introduktionsfinansieringen beskrevs i intervjuerna som en möjlighet för verksamheten att förbättra de ekonomiska förutsättningarna för att införa nya läkemedel.

> *”Att det finns möjlighet att få in nya läkemedel i systemet och att de inte bekostar... Eller är det att de inte tar så stor del av vår budget eller på något sätt? Det är svårt att få in dem i nuvarande budget, så kan man väl säga.”* (*VC5*)

Genom introduktionsfinansieringen bedömdes risken minska för att kostsamma behandlingar direkt skulle belasta enskilda verksamheters ekonomi. Därmed uppfattades finansieringen kunna bidra till mer jämlika möjligheter att introducera nya behandlingar. Att samtliga verksamheter kan söka introduktionsfinansiering, att prioriteringar och beslut fattas centralt, beskrevs också som ett steg mot ett mer strukturerat och transparent arbetssätt vid införande av nya läkemedel jämfört med de avropsavtal som tidigare använts.

5.3.2 Stärkt samarbete mellan olika verksamheter och funktioner

En annan aspekt som lyftes var förväntan att introduktionsfinansieringen skulle kunna stärka samarbetet mellan olika funktioner men också mellan olika verksamheter.

> *”Nu tror jag kanske att vi kan få en bättre bild av styrningen kring läkemedel på liksom en mer strategisk styrningsnivå.”* (*P2*)

Samverkan mellan centrala funktioner och klinisk verksamhet framhölls fram som betydelsefull för att skapa bättre förutsättningar för gemensamma diskussioner kring prioriteringar och läkemedelsanvändning. Även samarbete

mellan verksamheter förväntades bidra till en mer likvärdig och sammanhållen process för införandet av nya läkemedel.

5.3.3 Jämlika förutsättningar för införande av nya läkemedel men beslut längre från verksamheten

Tillgången till läkemedel kan variera mellan regioner, sjukhus och verksamheter beroende på deras olika förutsättningar. Intervjupersonerna uttryckte att introduktionsfinansieringen kan bidra till mer jämlika förutsättningar av införande inom regionen.

> *”Det blir mer jämlikt också över hela regionen. För som jag sa, det är skillnad mellan Linköping och Norrköping utifrån vilka sammanhang man befinner sig i, hur aktiv man är. Att just det här fånga upp att nu kommer ett nytt preparat eller så vidare, så det här kommer ju ändå ge bättre förutsättningar för en mer jämlik vård tror jag också.”(CC1)*

Däremot gav intervjupersonerna uttryck för en oro att beslut och prioriteringar kopplade till introduktionsfinansieringen riskerar att ske för långt ifrån den kliniska verksamheten. Det framkom att centrala beslut upplevdes kunna minska verksamheternas inflytande över det praktiska arbetet och skapa en distans mellan styrning och patientnära vård.

> *Men problemet är att prioriteringen lyfts bort från kliniken och från de som kan det, till någon kommitté där det är ju oundvikligen så att det kommer vara en ekonomisk funktion i den kommenterande som kommer hålla väldigt hårt i pengarna. Och ekonomiska beslut tenderar ju att rida över medicinska beslut. Nej, men det är det här liksom. Det är det här klassiska skärningspunkten mellan medicinskt, något som är medicinskt motiverat och ekonomiskt motiverat. Och helst är det ju liksom en symbios där emellan, ofta är det inte det och vem beslutar och vem prioriterar? (VC1)*

Något som oroade var att personer involverade i prioriteringsprocesserna riskerade att ha otillräcklig insyn i verksamheternas vardag och behov för att göra lämpliga prioriteringar.

Samtidigt lyftes farhågan att introduktionsfinansieringen skulle kunna uppfattas som en fri nyttighet.

”Det finns en rädsla hos vissa ekonomer […] att det blir som en fri nyttighet.” (CC1)

Detta sågs som en risk för att verksamheterna inte fullt ut skulle känna kostnadsansvar när finansieringen tillförs centralt.

5.3.4 Oro för ökad administration, långa ledtider och kort finansieringsperiod

I intervjuerna framkom farhågor om att introduktionsfinansieringen skulle kunna innebära en ökad administrativ belastning för verksamheterna, framför allt genom omfattande dokumentation, ansökningar och nya arbetsprocesser.

”Jag tror att det kommer att bli mer arbetsbelastning ute i verksamheterna för att när jag läser så tänker jag att det är mycket administration i det här. Det är mycket som ska skrivas antagligen och söka och ansöka och sådär.” (CC3)

Den administrativa bördan beskrevs som problematisk om den riskerar att ta tid från det kliniska arbetet. Därutöver uttrycktes en oro för att själva processen för introduktionsfinansiering skulle kunna fördröja införandet av nya läkemedel då det utöver det administrativa arbetet även kräver särskilda beslutsprocesser då onödiga ledtider kan uppstå.

”Ja, så där känner jag en oro för att det att det liksom är. Att systemet svänger långsammare än verkligheten.” (VC1)

En ytterligare aspekt gällde den tvååriga finansieringsperioden, som beskrevs som kort i relation till den tid det kan ta att införa nya behandlingar och uppnå stabil användning i verksamheten. Det fanns också osäkerhet kring vad som händer efter att introduktionsfinansieringen avslutats och hur läkemedelskostnaderna därefter ska hanteras inom verksamheterna.

”Ja, jag vet ju om att det tar lite tid att introducera ett nytt läkemedel. 2 år är ju kort tid... men jag har hört att man inte skulle kunna... Söka lite förlängning också, som jag tolkar det i alla fall... för två är väldigt kort tid, även med väldigt bra läkemedel så att... att få in det och jag tror att man ska nå en steady state på 2 år är inte så många läkemedel.” (CC2)

Slutligen uppmärksammades en möjlig begränsning i tröskelvärdet för ansökan om introduktionsfinansiering. Som exempel nämndes en verksamhet som introducerar flera nya läkemedel som vart och ett understiger tröskelvärdet på två miljoner kronor, men som sammantaget kan medföra en betydande budgetpåverkan.

5.4 Läkemedelsdialoger

5.4.1 Stöd, uppföljning och framförhållning i läkemedelsarbetet

Läkemedelsdialogerna förväntades utgöra ett centralt stöd i verksamheternas arbete med läkemedelsfrågor. Dialogerna bedömdes kunna skapa ett forum för kontinuerlig uppföljning och en systematisk diskussion kring läkemedelsanvändning och kostnader.

> *”Så det är klart att om man har en regelbunden avstämning med någon som verkligen har tittat på utvecklingen och kan komma ut till, till exempel ett läkarmöte och föra dialog. Det tror jag att det skulle vara jättebra.” (VC2)*

Dialogerna förväntades därigenom även bidra till förbättrad framförhållning genom att kommande läkemedelsbehandlingar och förändringar i kostnadsutveckling kunde identifieras i ett tidigare skede.

5.4.2 Likvärdig hantering av läkemedelsfrågor mellan kliniker

Läkemedelsdialogerna beskrevs kunna fungera som ett styrmedel för att stärka följsamheten till rekommendationer och riktlinjer. Intervjupersonerna framhöll detta som en form av ”push”, där uppföljning och återkoppling används för att påverka klinisk praxis och tydliggöra förväntningar och förändrade förskrivningsmönster.

> *”De diskussionerna vi också haft när man vet att man ska byta fast att man inte byter, för man har 73 olika anledningar till varför man inte kan byta preparat. Men jag tänker att det kanske också blir tydligare i läkemedelsdialogerna då, att man SKA byta. Det kanske blir större tryck. Också tydligare att vi ska inte förskriva det här, utan det finns en biosimular eller vad det nu heter som man ska använda.” (EK3)*

Återkommande uppföljning och extern återkoppling beskrevs kunna bidra till ökad kostnadsmedvetenhet i verksamheterna.

> *”Doktorer är väldigt pålästa och duktiga i mångt och mycket. Men de har ju kanske inte det ekonomiska fokuset alla gånger på att vi kan tjäna fem miljoner om vi byter från det där till där preparatet och då behöver vi göra det nu och inte vänta ett år utan och får man då den pushen ifrån en läkemedelsenhet så underlättar ju det jättemycket, och då sparar vi ju pengar åt skattebetalarna.” (VC3)*

Läkemedelsdialogerna förväntades bidra till mer jämlika prioriteringar mellan verksamheter. Intervjupersonerna beskrev att gemensamma diskussioner och uppföljning kan skapa förutsättningar för att identifiera besparingspotential och läkemedelsrelaterade utmaningar på ett mer enhetligt sätt inom regionen. Vidare framkom att läkemedelsdialogerna kan fungera som ett forum för samverkan mellan verksamheter och centrala funktioner inom organisationen.

5.5 Ansvarsfördelning och styrning av läkemedelskostnader

Intervjuerna visade att den nya modellen uppfattades tydliggöra ansvarsfördelningen inom organisationen. Samtidigt väcktes frågan om hur kostnadsansvar kan utkrävas i ett system med fri förskrivningsrätt.

5.5.1 Centrala prioriteringar och upplevelser av minskat lokalt inflytande

Modellen upplevdes centralisera strategiska beslut. Å ena sidan förväntas det leda till mer transparanta och systematiska prioriteringar på central nivå utifrån ett helhetsperspektiv. Å andra sidan uttrycktes en oro att besluten hamnade för långt från verksamheten med fokus på kostnader snarare än patientnytta.

> *”Jag är starkt tveksam till, liksom att man kommer lösa det med en centraliserad process, för att det är för komplext. Det är ju så liksom, det är centrala beslut över komplexa processer. Det är aldrig en bra lösning. Det vet man att det har varit så många exempel på så att ja, vi får se, vi får se hur det går helt enkelt.” (VC7)*

I samband med detta resonerades även om politikens roll i beslut om läkemedel. Till exempel framkom att politikens roll i läkemedelsprioriteringar kan stärkas genom ökad insyn i beslutsprocesserna, samtidigt som politiska beslut kan aktualiseras i situationer där kostnaderna är omfattande.

”Första prioriteringsomgången kommer ju det ändå ske i den här grupperingen på tjänstemannanivå. Men i något läge så kommer det ju förmodligen vara på det sättet att man till slut tvingas gå upp till politiken och fråga liksom.” (P1)

Intervjupersoner menade att när ansökningar om introduktionsfinansiering uppgår till mycket stora belopp kan politiska beslut bli nödvändiga, eftersom vissa läkemedel då kan komma att ta en betydande andel av läkemedelsbudgeten i anspråk. I sådana situationer behöver besluten också förankras politiskt.

5.5.2 Förskrivning och ekonomiska ramar i praktiken

Även om beslut om introduktionsfinansiering fattas centralt menade intervjupersoner att det i praktiken fortsatt är de ordinerande läkarna som avgör om ett läkemedel kommer att förskrivas eller inte. Intervjupersonerna menade att klinisk praxis/medicinska beslut i praktiken sannolikt fortsatt skulle prioriteras framför ekonomiska ramar.

”Jag menar ja, OK, så då inför man den här modellen då? Men det är ju inte så att när pengarna är slut i en läkemedelsbudget, om jag säger till kollegorna att nej men nu har vi passerat vår budget för i år. Vilket ju skulle kunna hända. Det är ju inte så att de inte skriver recept då, att det står stopp när de skickar iväg dem. Utan det kommer ju fortsatt vara så att recept kommer ju skrivas ändå på läkemedel och de kommer sätta... det kommer sättas in läkemedel som inte har gått igenom introduktionsfinansieringen.” (VC1)

”Det är ju varje enskild läkare som sitter och med sitt knapptryck beställer vad det kostar ju… så där…och det löser man inte med en centraliserad process utan det löser man med kloka kliniska val och beslut och i verksamheten. Upprepade dialoger, utbildningar liksom, interna diskussioner…”(VC7)

För att alla ska följa de beslut som fattas centralt, menade intervjupersoner att det inte finns någon ”quick-fix” för införandet av den nya modellen. Det är ett förändringsarbete som kräver dialoger, utbildning och interna diskussioner för att förändringen ska ske på ett så bra sätt som möjligt.

5.5.3 Utmaningar i att definiera och utkräva kostnadsansvar

När läkemedelsförskrivning sker utan ekonomisk täckning saknas tydlighet i vem som i sådana situationer bär det faktiska kostnadsansvaret. Modellen behöver förankras på gräsrotsnivå och det finns ett behov av att i verksamheterna diskutera ökad kostnadskontroll och kostnadsmedvetenhet i förhållande till den nya modellen.

> *”Idag är jag positiv till mer kostnadskontroll och kostnadsmedvetenhet skulle jag säga och det, men det är ju någonting som vi jobbar med och det behöver ju ner på gräsrotsnivå därför att det är för dig på gräsrotsnivå som förändring sker.”(VC7)*

Vidare betonades vikten av att på verksamhetsnivå tydliggöra innebörden av centralt fattade beslut. I intervjuerna fördes resonemang om alternativa sätt att stärka kostnadsmedvetenhet i organisationen.

> *”Man kan ju, man hade ju också kunnat egentligen utkräva större ekonomiskt ansvar av klinikledningar och verksamhetschefer. Det är en annan variant att göra på det sättet.” (VC1)*

Den nya modellen upplevdes sakna effektiva mekanismer för att utkräva kostnadsansvar, att det saknades tydliga konsekvenser om till exempel verksamheter eller förskrivare inte följde beslut om introduktionsfinansieringen. Detta beskrevs skapa osäkerhet kring hur modellen ska kunna upprätthållas i praktiken och hur efterlevnad av besluten ska säkerställas.

> *”Jag vet inte om man kommer ha någon uppsökande verksamhet då och säger att nej, men nu har ni förskrivit några läkemedel som inte har introduktionsfinansiering?” (VC1)*

Detta lyftes som särskilt problematiskt i eventuella situationer där förskrivare avviker från centralt fattade beslut. Frånvaron av sanktioner riskerar att minska genomslaget för de prioriteringar som introduktionsfinansieringen bygger på. Intervjupersoner menade att detta i förlängningen kan öka risken för budgetöverskridande och försvåra regionens möjligheter att upprätthålla en ekonomi i balans.

5.6 Utveckling och kommunikation av den nya modellen

5.6.1 Delaktighet och förankring av den nya modellen

Det framkom att den utsedda referensgruppen inte uppfattades ha involverats i den förväntade omfattningen. Detta upplevdes problematiskt, eftersom gruppens medverkan hade kunnat bidra till en starkare förankring av modellen i verksamheterna och till att potentiella brister identifierades i ett tidigare skede. Den begränsade involveringen medförde i stället att vissa potentiella brister kommer uppmärksammas först efter att modellen har tagits i bruk.

> *”Nu har det varit mer på regionledningshåll utan en så stor involvering utav verksamheten. […] Det, det är bra att det här kommer på plats, så att det är bra att man har prioriterat att liksom få en snabb process. Men den snabba processen har inneburit att möjligheten till involvering och påverkan har blivit mindre och det innebär att vi kanske behöver lite grann, starta upp och sen så kontinuerligt förbättra, när vi väl ser hur det fungerar.” (CC2)*

Samtidigt fördes resonemang om att detta kan ha varit en medveten avvägning mellan förankring och genomförandetakt. Ett snabbt införande av modellen ansågs kunna motivera att vissa aspekter av modellen inte var fullt utvecklade vid införandet, utan i stället fick hanteras och justeras under uppstartsperioden.

5.6.2 Informationsspridning och kommunikation om den nya modellen

Intervjupersonerna upplevde att informationen om den nya modellen varit begränsad och kommunicerats sent i förhållande till införandet. Intervjutillfället kunde vara det första tillfället för reflektion och dialog kring modellen. Samtidigt framkom ett behov av ytterligare information, då informationsflödet upplevdes som otillräckligt och att kommunikationen inte nådde ut i tillräcklig utsträckning.

> *”Är det jag som är under en sten eller har det varit många som inte känner till modellen?” (VC6)*

Vidare framkom att brister i informationsspridning inte enbart kan hänföras till den centrala nivån, utan även delvis till mottagarledet. I intervjuerna lyftes

att det höga informationsflödet medför att relevant information riskerar att förbises.

> *”Ja, alltså vi dränks ju i information. Det är information högt och lågt och det liksom kommunikation om allting... bara när det gäller liksom rent administrativt. Sen har vi ju all vår patientkommunikation också, som vi som läkare dränks i. Men att det mig... i en ledningsfunktion, liksom som sitter totalt ovetande som den här, det förvånar mig att det inte har nått mig. […] Men ibland kan det komma väldigt stora frågor som kom mer så här, ja, två veckor innan nu är det dags. Jaha, säger man då.” (VC7)*

Den begränsade informationsspridningen i kombination med sen involvering av verksamheter resulterade i oklarheter kring modellens utformning och tillämpning. Vid intervjutillfället uttrycktes ett uppdämt behov av ytterligare information, såväl avseende modellens funktion som av hur verksamheterna konkret förväntas anpassa sina arbetsprocesser.

Trots den sena involveringen uttrycktes förståelse för att införandet av modellen kommer att präglas av osäkerhet, där nya processer successivt utvecklas, särskilt i relation till introduktionsfinansieringen.

> *”Men jag tror att första året kommer vara ordentligt skakigt, så är det, och det kommer vara mycket frustration och vi behöver ganska snabbt nu klä på oss mer kunskap och faktiskt tänka på “huret”. Hur ska vi jobba i det här systemet och vad ska vi rigga för lokala rutiner och hur ska vi stötta verksamheterna på bästa sätt? Det behöver vi, även ekonomerna och så vidare kläs på kunskaper kring... sen kanske om två, tre år så kanske det kommer fungera bra, men jag tror att det kommer vara några år där det är skakigt.” (CC1)*

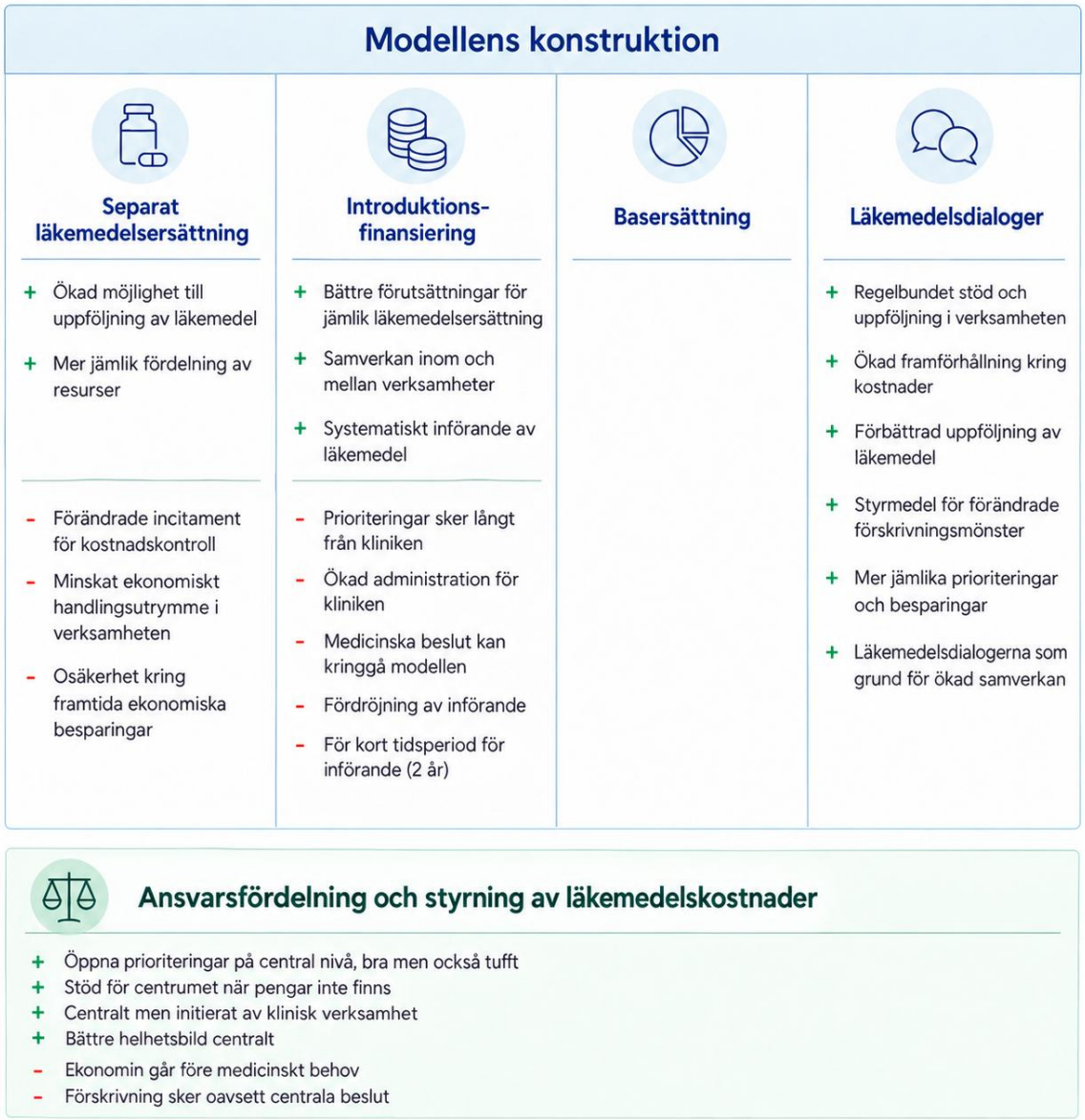
I intervjuerna beskrevs införandet som förknippat med en initial period av osäkerhet, där behov av ökad kunskap, tydligare rutiner och lokalt utvecklade arbetssätt lyftes fram.

6 Förutsättningar för införandet av den nya styr-och ersättningsmodellen

I detta avsnitt presenteras de förväntningar och farhågor som kopplas till modellens konstruktion samt de möjligheter och utmaningar som aktualiseras i och med införandet.

6.1 Förväntningar och farhågor

De förväntningar och farhågor som kunde härledas från materialet sammanfattas i figur 5.



Figur 5. Förväntningar och farhågor kopplade till den nya styr- och ersättningsmodellens konstruktion

6.1.1 Modellens konstruktion

Den separata läkemedelsbudgeten förväntades förbättra möjligheterna att följa upp läkemedelsanvändningen och bidra till en mer jämlik resursfördelning då de avsatta medlen ska gå till läkemedel och inte prioriteras bort till förmån för annat. Farhågor kopplade till den separata läkemedelsbudgeten var förändrade incitament för kostnadskontroll, minskat ekonomiskt handlingsutrymme för verksamheterna och osäkerhet kring framtida ekonomiska besparingar.

Introduktionsfinansieringen förväntas skapa bättre förutsättningar för en mer jämlik finansiering av läkemedel genom tydliga processer för ansökan och beslut om vilka läkemedel som ska omfattas. Den förväntas även stärka samverkan inom och mellan regionens verksamheter samt bidra till ett mer systematiskt införande av nya läkemedel. Samtidigt uttrycktes oro för att prioriteringar skulle göras långt från den kliniska verksamheten, att klinikernas administrativa belastning skulle öka och att införandet av nya läkemedel skulle fördröjas till följd av långa ledtider. Det fanns även en farhåga att centrala beslut skulle kunna kringgås om avvikelser inte medförde några konsekvenser. Slutligen ifrågasattes om den tvååriga introduktionsperioden var tillräckligt lång för att läkemedelsanvändningen skulle hinna stabiliseras.

Läkemedelsdialogerna var den del av modellen som tydligast förknippades med positiva förväntningar. De förväntades erbjuda regelbundet stöd, förbättra framförhållningen kring kostnader och stärka uppföljningen av läkemedelsanvändningen. Dialogerna bedömdes även kunna fungera som ett styrmedel för att förändra förskrivningsmönster, främja mer jämlika prioriteringar, bidra till besparingar och stärka samverkan.

Basersättningen var den del av modellen som inte lyftes upp under intervjuerna. Det innebär att inga särskilda förväntningar eller farhågor identifierades i relation till denna del.

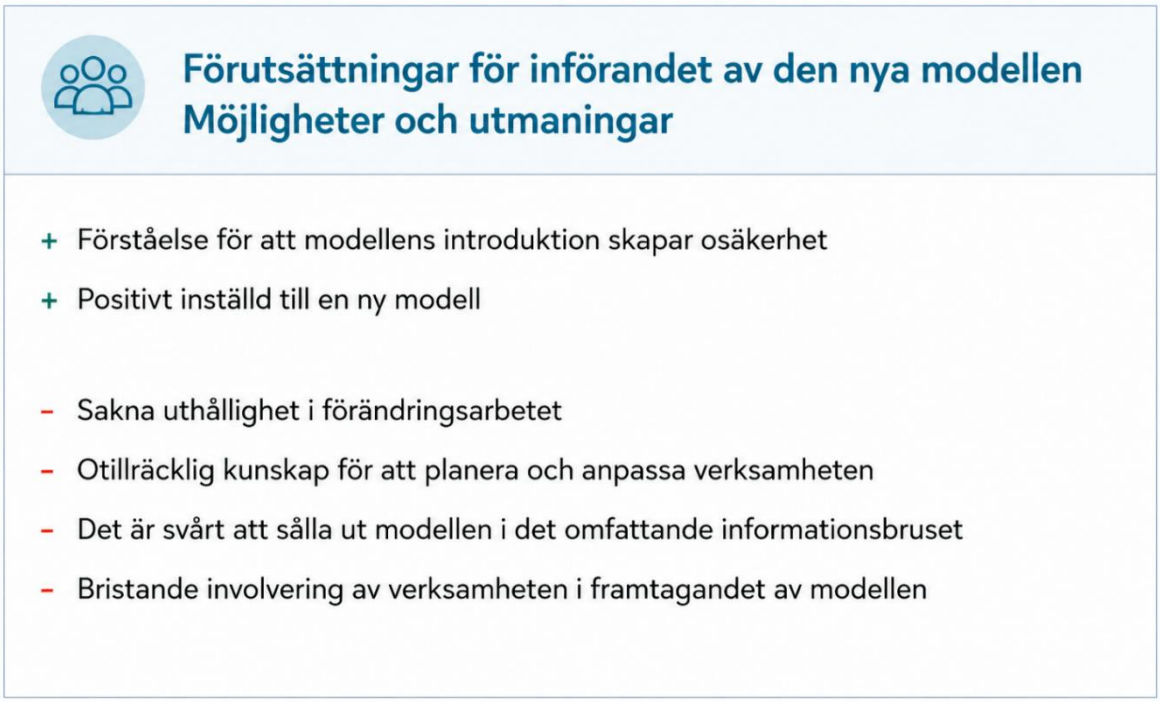
6.1.2 Ansvarsfördelning och styrning av läkemedelskostnader

Den nya modellen innebär en förskjutning av ansvarsfördelningen och en förstärkt finansiell styrning på central nivå. En central funktion kan möjliggöra

omfördelning av medel när verksamheterna saknar egna ekonomiska resurser. Ökad transparens i prioriteringarna lyftes fram som en förväntad fördel, medan risken för att ekonomiska överväganden får ett alltför stort inflytande över besluten framhölls som en farhåga. Vidare framkom att läkemedel kan komma att förskrivas även när beslut fattats om att inte bevilja extra finansiering. Samtidigt fanns en förståelse för att modellen inte erbjuder någon snabb lösning, utan kräver dialog, utbildning och interna diskussioner.

6.2 Möjligheter och utmaningar

De möjligheter och utmaningar som lyftes inför att den nya modellen skulle införas sammanfattas i figur 6.



Figur 6. Möjligheter och utmaningar kring införandet av modellen

Den positiva inställningen till den nya modellen kan förstås mot bakgrund av att den föregående modellen upplevdes som bristfällig. Att den nya modellen beskrevs som enklare och tydligare skapade förväntningar om förbättrade förutsättningar för styrning och uppföljning av läkemedelskostnader. Samtidigt visar resultaten att införandet präglas av osäkerhet. Denna osäkerhet kan delvis förklaras av att informationen uppfattades som sen och otillräcklig, men också av att övergången till nya processer i sig kräver tid, kunskap och organisatorisk anpassning.

En central utmaning är att intervjupersoner upplevde att de involverades sent i införandeprocessen. Detta bidrog till oklarheter kring modellens praktiska tillämpning och skapade ett uppdämt informationsbehov. Den sena involveringen kan alltså ses som en utmanande faktor för lokal förankring och verksamheternas möjlighet att utveckla nödvändiga arbetssätt inför införandet. För vissa utgjorde intervjun det första tillfället att mer systematiskt reflektera över modellen, vilket ytterligare understryker att kommunikationen inte fullt ut hade nått berörda aktörer.

7 Diskussion

Det övergripande syftet med denna rapport var att undersöka hur beslutsfattare inom Region Östergötland uppfattade den nya styr- och ersättningsmodellen före dess införande, samt identifiera vilka möjligheter och utmaningar som kan tänkas uppstå framöver. Resultatet visar en övergripande positiv inställning till modellen, men samtidigt en betydande osäkerhet kring hur den skulle fungera i praktiken. Intervjuerna visade att kännedomen om modellen var relativt begränsad och att det fanns betydande osäkerhet kring hur modellen skulle tillämpas i praktiken. Inställningen präglades av såväl optimism som oro, särskilt vad gäller verksamheternas behov av att anpassa sina processer till den nya modellen.

Den nya modellen kan ses som ett sätt att skapa en mer transparent och systematisk ordning för prioriteringar vid införande av nya läkemedel. Mot bakgrund av att regionen tidigare saknat en tydlig struktur för introduktion av nya läkemedel kan modellen fylla en viktig funktion genom att synliggöra både behov, kostnader och prioriteringsgrunder. Därmed kan modellen också bidra till att prioriteringar i högre grad förankras i den etiska plattformen (17) genom att skapa mer jämlika förutsättningar för att införa nya läkemedel i enlighet med behovs och solidaritetsprincipen.

Den nya introduktionsfinansieringen innebär en avvägning mellan ambitionen att skapa ett mer rättvist och strukturerat införande av nya läkemedel och ökad administration. Om ansökningsprocessen för introduktionsfinansiering uppfattas som alltför resurskrävande i förhållande till den möjliga nyttan, kan den begränsa modellens praktiska genomslag. Om avvikelser från beslut om introduktionsfinansiering inte får tydliga konsekvenser, finns en risk att beslutens praktiska genomslag försvagas. Utifrån ett institutionellt perspektiv kan detta förstås som att den nya modellen inte bara behöver vara formellt beslutad, utan även uppfattas som legitim av de aktörer som ska omsätta den i praktiken. I annat fall kan centrala prioriteringar utmanas av kliniska bedömningar och etablerade arbetssätt, särskilt när professionella och ekonomiska logiker drar åt olika håll. Läkemedelsdialogerna kan i detta sammanhang fungera som en arena där dessa logiker möts.

Forskning har visat betydelsen av liknande arenor för att främja dialog, kunskapsutbyte och samarbete mellan olika logiker (24). Detta är särskilt viktigt

eftersom intervjuerna delvis visade på en ömsesidig skepsis mellan professionell logik och styrningslogik. Utifrån en styrningslogik fanns en oro att den nya modellen kommer ses som en fri nyttighet som ingen känner kostnadsansvar för, medan det utifrån en professionell logik istället fanns en oro för att beslut tas av en ekonomisk funktion som kommer hålla väldigt hårt i pengarna. Genom att främja förståelse och tillit inom organisationen kan läkemedelsdialogerna därför få en central betydelse för modellens genomslag samt över förskrivning och val av läkemedel.

Vidare visar resultaten att de intervjuade inte nödvändigtvis uppfattade den professionella och den ekonomiska logiken som oförenliga. Flera av modellens komponenter, såsom introduktionsfinansiering och läkemedelsdialoger, beskrevs som möjligheter att skapa mer rättvisa prioriteringar, bättre framförhållning och ett ökat stöd till verksamheterna. Samtidigt framhölls att medicinska överväganden kan komma att ges företräde framför fastställda ekonomiska begränsningar. Resultaten kan därför tolkas som att den nya modellen inte innebär att den ekonomiska logiken överordnas den professionella logiken, utan snarare att regionen eftersträvar en balans mellan professionella, ekonomiska och samhälleliga logiker. Modellen skapar förutsättningar för professionen att ge patienterna tillgång till nya och effektiva behandlingar utan regional fördröjning och i jämförelse med övriga landet erbjuda en mer jämlik vård.

Den nya modellen medför att prioritering och finansiering centraliseras i högre grad, medan de enskilda besluten om läkemedelsbehandling även fortsättningsvis fattas inom verksamheterna. Modellen förändrar var de ekonomiska prioriteringarna görs utan att eliminera den professionella autonomin. Detta kan leda till otydligheter kring ansvarsfördelningen, särskilt när förskrivningen avviker från centrala beslut eller fastställda ekonomiska ramar. Kostnadsansvaret kommer även fortsättningsvis att vara decentraliserat till centrum och kliniker. Genom den centrala introduktionsfinansieringen ger den nya modellen förbättrade finansiella möjligheter för verksamheterna att uppnå ekonomisk balans. Eftersom den fria förskrivningsrätten kvarstår fattas det slutgiltiga beslutet om förskrivning av den behandlande läkaren. Centralisering av mer strategiska beslut kan ge stöd till patientnära prioriteringar och minska den etiska stress som kan förekomma i verksamheten.

Utöver modellens utformning visar analysen att dess genomslag kommer att bero på hur implementeringen genomförs. Ett flertal av de faktorer som tidigare forskning identifierar som centrala vid ersättningsreformer (28) återkom i intervjuerna. Det uppdämda behovet av en ny styr- och ersättningsmodell tycks ha bidragit till en öppenhet inför den nya modellen. Samtidigt råder oklarhet kring dess olika komponenter och i vilken utsträckning innebörden har förståtts. Att basersättningen inte berördes i intervjuerna kan indikera att kunskapen om, eller förankringen av, denna del av den nya modellen fortfarande är begränsad. Vidare framstår såväl den tvååriga perioden för införande av läkemedel som uppdelningen mellan introduktionsfinansiering och basersättning som komponenter som kan behöva justeras.

Intervjuerna visar att både informations- och förankringsarbetet utgjorde utmaningar inför införandet. Den snabba utvecklingsprocessen begränsade verksamheternas möjlighet till delaktighet i framtagandet av modellen. Samtidigt framkom det att information om modellen nådde verksamheterna sent i förhållande till tidpunkten för införandet, vilket begränsade möjligheterna att skapa förståelse för modellens praktiska innebörd och anpassa lokala arbetssätt och processer. Detta förstärktes av att verksamheterna redan verkar i en miljö präglad av ett omfattande informationsflöde, där många frågor konkurrerar om uppmärksamheten och där viktig information riskerar att inte få det genomslag som krävs. Mot bakgrund av att delaktighet lyfts fram som en möjliggörande faktor för implementering, samtidigt som informations- och kunskapsbrister beskrivs som en utmaning (28), framstår kontinuerlig dialog, uppföljning och möjlighet till justering som centrala förutsättningar i den fortsatta implementeringen.

Om information, dialog och stöd utvecklas under införandefasen kan den initiala osäkerheten hanteras och omvandlas till en successiv anpassningsprocess. För trots bristerna var inställningen överlag positiv. Vilket tyder på att det fanns en grundläggande acceptans för förändringarna. Förutsättningarna för ett framgångsrikt införande förefaller därmed inte främst bero på motstånd mot modellen som sådan, utan på hur väl information, delaktighet och stöd organiseras i den fortsatta implementeringen.

7.1 Slutsatser

Vår intervjustudie rörande möjligheter och utmaningar inför introduktionen av den nya styr- och ersättningsmodellen utmynnar i följande slutsatser:

- Det fanns ett behov av en förändring av den gamla styr- och ersättningsmodellen.
- Den nya modellen förväntades kunna bidra till mer rättvisa, transparenta och strategiska prioriteringar.
- Det fanns en oro för ökad administrativ börda.
- Förväntningarna var höga på ett utökat centralt stöd rörande läkemedelsfrågor.
- Modellens resiliens bygger på i vilken utsträckning de ekonomiska ramarna överensstämmer med vad som är kliniskt acceptabelt.
- Förankring, information och lärande blir avgörande för implementeringen framöver där läkemedelsdialogerna har en viktig funktion.
- Även om läkemedelsdialogerna är viktiga så förutsätter modellen ett aktivt läkemedelsarbete ute i verksamheterna.
- Osäkerheten kring hur verksamheterna skulle anpassa sig till den nya modellen, i kombination med höga förväntningar på centralt stöd, indikerade ett behov av förstärkta stödinsatser under en övergångsperiod.

8 Referenser

1. Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket. Uppföljning av läkemedelskostnaderna. 2025.
2. Region Östergötland. Läkemedel och ekonomi 2026 [Available from: https://vardgivare.regionostergotland.se/vgw/kunskapsstod/lakemedel/lakemedel-och-ekonomi.
3. Hälso- och sjukvårdslag, Pub. L. No. SFS 2017:30(2017-02-09, 2017).
4. Socialdepartementet. Ett utökat och stärkt statligt ansvar för läkemedel och vaccin 2026 [Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/kommittedirektiv/ett-utokat-och-starkt-statligt-ansvar-for_heb123/.
5. Region Östergötland. Styrmodell för sjukhusklinikernas läkemedelskostnader. 2026.
6. Region Östergötland. Regionens uppdrag och ansvar 2025 [Available from: https://www.regionostergotland.se/ro/om-region-ostergotland/regionens-uppdrag-och-ansvar.
7. Region Östergötland. Våra sjukhus 2026 [Available from: https://www.regionostergotland.se/ro/det-har-gor-vi/halsa-och-vard/vara-sjukhus.
8. Region Östergötland. Politisk styrning 2025 [Available from: https://www.regionostergotland.se/ro/politik-och-insyn/politisk-styrning.
9. Region Östergötland. Reglemente för Region Östergötland 2022 [Available from: https://dokument.regionostergotland.se/Politiska%20dokument/R%C3%96%20reglemente%2020220101.pdf.
10. Region Östergötland. Regionstyrelsen 2023 [Available from: https://www.regionostergotland.se/ro/politik-och-insyn/politisk-styrning/regionstyrelsen.
11. Region Östergötland. Hälso-och sjukvårdsnämnden 2023 [Available from: https://www.regionostergotland.se/ro/politik-och-insyn/politisk-styrning/halso--och-sjukvardsnamnden.
12. Region Östergötland. Så styrs regionen 2023 [Available from: https://www.regionostergotland.se/ro/om-region-ostergotland/sa-styrs-regionen.

13. Sveriges riksdag. Lag (1996:1157) om läkemedelskommittéer 1996 [Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19961157-om-lakemedelskommitteer_sfs-1996-1157/.
14. Socialstyrelsen. Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2025–2028. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
15. Linköpings universitet. Grundläggande om prioriteringar inom vård och omsorg u.å. [Available from: https://liu.se/forskning/prioriteringscentrum/om-prioriteringar.
16. Sveriges riksdag. Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 2017 [Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/.
17. Socialstyrelsen. Implementera nationella riktlinjer – för en jämlik vård 2024 [Available from: https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/om-implementering/.
18. Frydman C, Camerer CF. The Psychology and Neuroscience of Financial Decision Making. Trends in Cognitive Sciences. 2016;20(9):661-75.
19. Hertwig R, Engel C. Homo Ignorans: Deliberately Choosing Not to Know. Perspect Psychol Sci. 2016;11(3):359-72.
20. Tinghög G. Alternativkostnadens psykologi: känslor och kostnadseffektivitet vid beslut i offentlig sektor. SNS Förlag; 2021. Report No.: 77.
21. Socialdepartementet. (1996) Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (Prop. 1996/97:60). Sveriges riksdag. Stockholm. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/proposition/prioriteringar-inom-halso-och-sjukvarden_gk0360/
22. Scott WR. Institutions and Organizations: Ideas, Interests, and Identities. 4 ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2014.
23. Thornton PH, Ocasio W, Lounsbury M. The Institutional Logics Perspective2012.
24. Reay T. Managing the Rivalry of Competing Institutional Logics. Organization Studies. 2009;30(6):629–52.
25. Eriksson T, Levin LA, Nedlund AC. The introduction of a value-based reimbursement programme-Alignment and resistance among healthcare providers. Int J Health Plann Manage. 2023;38(1):129-48.
26. Scott WR, Ruef M, Mendel PJ, Caronna CA. Institutional Change and Healthcare Organizations. Chicago, IL: University of Chicago Press; 2000.

27. Allen N, Liberti L, Walker SR, Salek SA. Using health technology assessment to assess the value of new medicines: results of a systematic review and expert consultation across eight European countries. European Journal of Health Economics. 2017;18(1):123–52.
28. Ndayishimiye C, Tambor M, Dubas-Jakóbczyk K. Barriers and Facilitators to Health-Care Provider Payment Reform - A Scoping Literature Review. Risk Manag Healthc P. 2023;16:1755-79.
29. Burgess RG. In the Field: An Introduction to Field Research. 1st ed. London: Routledge; 1984.
30. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006;3(2):77-101.
31. Alvesson M. Interpreting Interviews. 2nd ed: Sage Publications Ltd; 2023.

Appendix

Appendix I

Bakgrundsfrågor

1. Vad är din nuvarande tjänstetitel?
2. Vad har du för grundprofession?
3. Vad har du för arbetsuppgifter i relation/kopplat till läkemedel?

Separat läkemedelsbudget

Den nya modellen kommer bland annat innebära att ersättningen för läkemedel kommer att vara separerad från övrig ersättning ni får för att bedriva vård.

4. Hur påverkas er verksamhet av att gå från en integrerad läkemedelsbudget till en separat läkemedelsbudget?
5. Hur tror du att en separat läkemedelsbudget kommer att påverka ert handlingsutrymme? (vårdplatser, övrig vår)
6. Vad ser du för fördelar och nackdelar med en separat läkemedelsbudget?
7. Hur tror du att ni kommer att välja att fördela resurserna?

Styr- och ersättningsmodell

Frågor kopplat till den nya styr-och ersättningsmodellen i stort.

8. Har du blivit informerad om att en ny styr- och ersättningsmodell ska införas?
   - När och av vem fick du höra om den nya ersättningsmodellen för första gången?
9. Hur har information om den nya ersättningsmodellen kommunicerats?
   - Vem har informerat?
   - Har det funnits möjlighet att ställa frågor?

- Vet du om det finns en stödstruktur eller stödfunktion att vända sig till i övergången?

10. Hur ser samarbetet ut mellan dig och er controller gällande läkemedel?
11. Ser du att ni har fått liknande information om det nya styr-och ersättningssystemet?
12. Hade du velat vara mer delaktig i framtagningen av modellen?
13. Tycker du att den nya ersättningsmodellen är tydlig eller finns det oklarheter?
14. Hur ser du att den kommer att påverka dina arbetsuppgifter och arbetsbelastning?
15. Hur kommer den att påverka din enhet /klinik?
16. Vad ser du för möjligheter med den nya ersättningsmodellen?
17. Vad ser du för utmaningar med den nya ersättningsmodellen?

<u>Basfinansiering /Basersättningen</u>

En del av den nya modellen är basfinansiering. Basfinansieringen avser de rekvisitionsläkemedel som inte får introduktionsfinansiering.

18. Vad vet du om basfinansieringen?
19. Är basfinansieringens konstruktion tydligt beskriven?

Basfinansieringen baseras på föregående års läkemedelskostnad och en uppräkning motsvarande 20% av SoS prognostiserade ökning för rikets läkemedelskostnad. Som exempel kan detta innebära: om nästa års läkemedelskostnad prognosticeras öka med 5% innebär det att basfinansieringen uppräknas med 1%.

20. Hur tror du att detta kommer att påverka din klinik?
    - Möjligheter?
    - Utmaningar?
21. Har du några övriga tankar kring basfinansieringen?

Introduktionsfinansieringen

22. Hur har ni tidigare introducerat nya läkemedel?

23. Har det funnits behov av någon central finansiering?

24. Vad vet du om introduktionsfinansieringen?

Tidigare modell hade avropsavtal på vissa läkemedel som finansierades centralt. Har ni haft några läkemedel på avrop?

25. Har ni haft några läkemedel på avrop? Eller som på annat sätt har finansierats centralt?

a. Hur har ni tidigare introducerat nya läkemedel

b. Har ni haft svårt att hålla er budget i balans?

26. Är introduktionsfinansieringens konstruktion tydligt beskrivet?

Det finns möjlighet att ansöka om introduktionsfinansiering för nya läkemedel eller indikationer där kostnaden förväntas uppgå till minst 2 miljoner kronor per år när man beaktar alla patienter som kan antas påbörja behandlingen inom regionen.

27. Hur uppfattar du att den nedre gränsen är satt till 2 miljoner?

28. Hur uppfattar du att man enbart kan ansöka om introduktionsfinansiering för nya läkemedel och nya indikationer?

29. Kommer det att bli aktuellt för er klinik att ansöka om introduktionsfinansiering kommande år?

För att sammanfatta bas- och introduktionsfinansieringen, Region Östergötland allokerar ett belopp motsvarande 20% av årets prognostiserade kostnadsökning för uppräkning av basfinansieringen och ett belopp motsvarande 80% för att finansiera introduktion av nya läkemedel (dvs introduktionsfinansiering).

30. Hur uppfattar du uppdelningen 80/20?

<u>Ansökningsförfarandet</u>

31. Hur ser du på tidsaspekterna för ansökningsförfarandet gällande introduktionsfinansieringen? (Dvs period för ansökan, tid på året och antal tillfällen)
32. Har du sett ansökningsblanketten?
33. Finns det uppgifter i ansökningsblanketten som är svåra att fylla i?
34. Har ni tagit fram rutiner för att identifiera läkemedel aktuella för IF?
    - Hur ser dessa ut?
35. Hur tidskrävande är ansökningsförfarandet?
36. Hur påverkar IF införandet av nya läkemedel? (fortare/långsammare, fler risker etc.)

<u>Uppföljning – läkemedelsdialoger</u>

Den nya modellen kommer även vid ett senare tillfälle medföra läkemedelsdialoger som bland annat syftar till att stödja en kostnadseffektiv användning av läkemedel.

37. Vad har du fått för information gällande läkemedelsdialogerna?
38. Hur tror du att dessa kommer att påverka er verksamhet?
39. Vad har du för förväntningar på läkemedelsdialogerna?

<u>Införande av den nya modellen</u>

40. Hur tror du att det kommer att gå med den nya ersättningsmodellen framöver?
41. Hur ser du på modellens mål att skapa bättre förutsättningar för vården att erbjuda effektiva läkemedelsbehandlingar och samtidigt säkerställa god kostnadskontroll och kloka prioriteringar?
42. Hur ser du att kommunikationen har varit i stort?
43. Vad har du för förhoppningar på den nya ersättningsmodellen?
44. Skulle du säga att du är positivt eller negativt inställd till modellen? (separat läkemedelsbudget och modellen i stort)
    - Vilka är de främsta skälen till att du är positiv eller negativ?

45. Hur ser ni att modellen ska kunna förbättras framöver?
46. Är det något som du vill tillägga kring det vi pratat om?

Rapporter från Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT)
CMT är en tvärvetenskaplig forskningsenhet som ingår i Institutionen för Hälsa, Medicin och Vård (HMV) vid Linköpings universitet. CMT bedriver kunskaps- och metodutveckling samt genomför utvärdering av medicinsk teknologi och hälso- och sjukvård.

Besök och kontakta oss gärna

Web: www.liu.se/cmt

Adress: CMT, HMV, Linköpings universitet, 581 83, Linköping

Besöksadress: Byggnad 511-001, ingång 76, plan 13, Campus US, Linköping

LINKÖPINGS UNIVERSITET

CMT RAPPORTSERIE/CMT DISCUSSION PAPERS

(Reports with titles in English in brackets are only available in Swedish)

1986:1 P Carlsson, B Jönsson: Makroekonomisk utvärdering av medicinsk teknologi - En studie av introduktionen av cimetidin för behandling av magsår (Medical technology assessment in a macroeconomic perspective - A study of the introduction of cimetidine for treatment of ulcers)

1986:2 L-Å Levin: Betablockerare som profylaktisk behandling efter akut hjärtinfarkt - en samhällsekonomisk analys (Beta-blockers as prophylaxis after acute myocardial infarction - a cost-effectiveness study)

1986:3 B Jönsson: Prevention som medicinsk teknologi - hälsoekonomiska aspekter (Prevention as a medical technology - economic aspects)

1986:4 B Jönsson: Economic aspects of health care provision - is there a current crisis?

1986:5 B Jönsson: The economics of drug regulation

1986:6 P Carlsson, H-G Tiselius: Utvärdering av alternativa teknologier för behandling av urinvägskonkrement - uppläggning av studien (Evaluation of alternative technologies for treatment of upper urinary tract calculi - study design)

1986:7 S Björk, A Bonair: Att mäta livskvalitet (Quality of life measurements)

1986:8 G Karlsson: Samhällsekonomisk utvärdering av käkbensförankrade broar - en förstudie (Economic evaluation of jaw-bone anchored bridges - a pilot study)

1986:9 Verksamhetsberättelse 1985/86 och plan för 1986/87

1986:10 P Carlsson, H-G Tiselius: Utvärdering av stötvågsbehandling av njursten - Redovisning av ett års verksamhet (Evaluation of extracorporeal shockwave lithotripsy treatment for upper urinary tract calculi - The first year experiences)

1986:11 B Jönsson: Health Economics in the Nordic Countries: Prospects for the Future

1986:12 B Jönsson: Cost Benefit Analysis of Hepatitis-B Vaccination

1987:1 P Carlsson, B Jönsson: Assessment of Extracorporeal Lithotripsy in Sweden

1987:2 P Carlsson, H Hjertberg, B Jönsson, E Varenhorst: The cost of prostatic cancer in a defined population

1987:3 B Jönsson, S Björk, S Hofvendahl, J-E Levin: Quality of Life in Angina Pectoris. A Swedish Randomized Cross-Over Comparison between Transiderm-Nitro and Long-acting Oral Nitrates

1987:4 Verksamhetsredovisning 1986/87 och plan för 1987/88

1987:5 B Jönsson: Ekonomiska konsekvenser av de nya behandlingsriktlinjerna för hypertoni (Economic consequences of new guidelines of hypertension

1987:6 B Jönsson, G Karlsson: Cost-Benefit of Anesthesia and Intensive Care

1987:7 J Persson, L Borgquist & C Debourg: Medicinsk teknik i primärvården. En enkätstudie riktad till vårdcentraler och medicintekniska avdelningar (Medical devices in primary health care)

1988:1 J Persson (ed.): Innovation assessment in rehabilitation. Workshop proceedings

1988:2 C Debourg, L Borgquist & J Persson: Fördelning av hjälpmedel och kostnad på sjukdomsgrupp (Aids for disabled and costs related to groups of diagnoses)

1988:3 BJönsson, G Karlsson & R Maller: Ekonomisk utvärdering av antibiotika (Economic evaluation of antibiotics)

1988:4 Carlsson, P: Stötvågsbehandling av gallsten (ESVL-G) En konsekvensanalys av att införa ESVL-G i den sydöstra sjukvårdsregionen (Extracorporeal shock Wave lithotripsy treatment of biliary stones - A consequence analysis of an introduction of the technology in the south-east health care region)

1988:5 Carlsson, P: Extrakorporal stötvågslitotripsi vid behandling av njursten och gallsten (Extracorporeal shock wave lithotripsy in treatment of renal and biliary stones)

1988:6 Andersson, F & Gerdtham, U: En studie av sjukvårds- utgifternas bestämningsfaktorer i ett internationellt och nationellt perspektiv (A Study of the Determinants of Health Expenditures in a National and International Perspective)

1988:7 Bonair, A: Spridning av medicinsk teknologi - en internationell jämförelse (Diffusion of medical technology - an international comparison)

1988:8 Andersson, F, Brodin, H & Stalfelt A-M: Kostnader för behandling av akut myeloisk leukemi - En analys av kostnadsvariationer över tiden (The Cost of Treating Acute Myeloid Leukemia - An Intertemporal Cost Analysis)

1988:9 Gerdtham, U, Andersson, F, Sögaard, J & Jönsson, B: Econometric analysis of health care expenditures A cross-section study of the OECD-countries

1989:1 Persson J: Ethical codes in biomedical and clinical engineering - an international comparison

1989:2 Gerdtham U: Läkemedelsförsörjningen i Sverige (The Provision of Pharmaceuticals in Sweden)

1989:3 Andersson, F: Effektiv patenttid för nya läkemedelssubstanser registrerade i Sverige 1965-1987 (Effective Patent Life of New Chemical Entities Approved in Sweden between 1965 and 1987

1989:4 Rehnberg, C, Westerberg, I & Carlsson, P: Hälso- och sjukvård i Kanada. En analys av organisation, styrning och finansiering (Health care in Canada - Organisation, Management and Financing)

1989:5 Carlsson, P, Pedersen, K, Varenhorst, E: Ekonomisk utvärdering av prostatacancerscreening med dubbelpalpation - En pilotstudie på vårdcentraler i Norrköping (Economic evaluation of screening for prostate cancer with digital palpation)

1989:6 Falk, J, Haglund, J, Hultberg, T & Persson, J: Blodtrycksmätning i primärvården (Indirect measurement of blood pressure in primary health care)

1989:7 Jönsson, B & Karlsson, G: Neonatal intensivvård av barn med mycket låg födelsevikt (Economic aspects of neonatal intensive care of very-low-birth-weight infants)

1989:8 Jönsson, B, Horisberger B, Bruguera, M & Matter:L: Cost-benefit analysis of hepatit-B vaccination. A Computerised decision model for Spain

1989:9 Jönsson, B: Medicinsk teknologi - utveckling, utnyttjande och utvärdering (Medical technology - development, utilization and assessment)

1990:1 Johannesson, M, Borgquist, L, Elenstål, A, Jönsson, B, Tilling, B: Läkemedels- och konsultationskostnad för hypertoni vid en vårdcentral (Hypertension treatment in an outpatient setting: the costs of drugs and physician visits)

1990:2 Johannesson, M, Jönsson, B, & Gerdtham, U-G: Kostnads-effektanalys av behandling mot högt blodtryck - en metodstudie (Cost-effectiveness analysis of hypertension treatment - methodological issues)

1990:3 Gerdtham, U-G: Den förändrade åldersstrukturens effekt på sjukvårdskostnaderna (Implications of the changing age structure on the health care costs)

1990:4 Jönsson, B: The cost of diabetes and the cost-effectiveness of interventions

1990:5 Johannesson, M & Jönsson, B: Cost-effectiveness analysis of hypertension treatment - methodological issues

1990:6 Persson, J, Fagnani, F, Hutton, J, Jorgensen, T & Saranummi, N: Survey of Health Care Systems and Potential of Information Technology

1990:7 Johannesson, M, Borgquist, L, Jönsson, B & Råstam, L: Kostnaderna för behandling av hypertoni i Sverige - en analys av olika interventionsgränser och behandlingsmix (The costs of hypertension treatment in Sweden - an analysis of various intervention strategies and mix of treatment)

1990:8 Jönsson, B, Brorsson, B, Carlsson, P & Karlsson, G: Assisterad befruktning vid ofrivillig barnlöshet. Hälsoekonomiska aspekter. (Artificial fertilization in case of unwanted childlessness - economic aspects)

1991:1 Ekberg, K, Lindén, M & Persson, J: Medicinsk teknik och arbetsmiljö. Del I: Effekter på hälsa, vårdkvalitet och säkerhet. Del II: Klinikvis redovisning. (Medical technique and working environment Part I: Effect on health, quality of care and security. Part II: A record of performance on clinic level)

1991:2 Garpenby, P: Ny organisation för psykiatrin i Östergötland - en studie av implementering inom ett landsting. (A new organization of psyciatric care in Östergötland - a study of implementation in a County Council)

1991:3 Johannesson, M, Hedbrant, J & Jönsson, B: A computer simulation model for cost-effectiveness analysis of cardiovascular disease prevention

1991:4 Nordenfelt, L: Quality of Life and Health Promotion. Two Essays in the Theory of Health Care

1991:5 Carlsson, P, Garpenby, P, Bonair, A: Kan sjukvården styras? En rapport om spridning och kontroll av medicinsk teknologi. (Is control of health care possible? A report on the diffusion and control of medical technology.)

1991:6 Brodin, H: Köer till vård - Myt och verklighet.

(Queues in health care - myth and reality)

1991:7 Carlsson, P, Tiselius, H-G, Borch, K: Some aspects of extracorporeal shock wave lithotripsy for renal and biliary stone treatment

1991:8 Rehnberg, C: Primärvård i privat entreprenad - En sammanfattning av ett års verksamhet i Norrköping. (Primary Care on contract - a summary of the first year in Norrköping)

1992:1 Carlsson, P, Jönsson, B, Ahlstrand, C: Prevalence and costs of benign prostatic hyperplasia in Sweden

1992:2 Persson, J (ed.): Advancing the role of biomedical engineering in health care technology assessment. Proceedings of a joint session organized by IFMBE (International Federation for Medical and Biological Engineering) and ISTAHC (International Society of Technology Assessment in Health Care), at the ISTAHC Eighth Annual Meeting, Vancouver, June 14-20, 1992

1992:3 Jonsson, D, Zethraeus, N, Mansfield, M, Wålinder, J: Hälsoekonomisk analys av klozapinbehandling vid farmakoterapifraktär scizofreni - en pilotstudie

1992:4 Bonair, A, Persson J: Innovation and technology transfer in health care. COMETT-ASSESS General Overview

1992:5 Carlsson, P, Varenhorst, E, Pedersen, K: Assessment of screening for carcinoma of the prostate - An introduction

1992:6 Carlsson, P, Ahlstrand, C, Jönsson, B. Surgical treatment of benign prostatic hyperplasia - Manifestations, complications and costs

1992:7 Chowdhury, S, Persson, J. Videophones for Surgeon - Pathologist Consultations: A Preimplementation Study

1993:1 Johannesson M, Jönsson B. Ekonomisk utvärdering av osteoporos prevention

1993:2 Carlsson P, Hedbrant J, Pedersen K, Varenhorst E, Gray D. An evaluation of prostate cancer screening using a decision analytic model

1993:3 Hass U, Persson J, Brodin H, Andersson A. Utvärdering av datorbaserade hjälpmedelsteknologier - effekter och kostnader. En utvärdering initierad av REDAH-projektet

1993:4 Karlsson G. Att mäta behandlingsresultat inom sjukvården. En teoretisk jämförelse mellan QALYs och HYEs. Arbetsrapport

1994:1 Garpenby P. Introduktion av metoder inom psykiatrin i Blekinge, Västmanland och Östergötland - en jämförande studie

1994:2 Garpenby P, Carlsson P. Utvärdering och förslag till organisation av nationella register för kvalitetskontroll inom hälso- och sjukvården

1994:3 Skargren E, Carlsson P, Gade M, Rosenbaum A, Tropp H, Öberg B, Ödman UM. En jämförelse av två behandlingsstrategier - kiropraktik och sjukgymnastik - vid rygg/nackbesvär

1994:4 Lindvall P, Karlsson G. Primärvård under kommunalt huvudmannaskap. En första bild av försöksverksamheten i Katrineholms kommun

1994:5 Rahmqvist M, Carlsson P. Ålder och andra faktorers betydelse för ohälsa och vårdutnyttjande

1994:6 Karlsson G, Lindvall P. Kommunal primärvård i Katrineholm. Vårdutnyttjande 1990-1992

1995:1 Lundh U. De äldre östgötarnas levnadsförhållanden, hälsa och erfarenheter av hälso- och sjukvård

1995:2 Hass U, Karlsson G. Sambandet mellan kostnader för hjälpmedel och andra insatser för personer med funktionsnedsättningar

1995:3 Lindvall P, Karlsson G, Rosén I. Primärvårdsförsöket i Katrineholm. En lägesbild av verksamheten utifrån ett personalperspektiv

1995:4 Andersson A, Brodin H. Rehabilitering/habilitering av döva och dövblinda med ytterligare funktionsnedsättningar - en ekonomisk pilotstudie

1995:5 Karlsson G, Andersson A. Hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning - en hälsoekonomisk analys

1995:6 Hass U, Persson J, Brodin H, Andersson A. Brukarinflytande och hjälpmedelsval - betydelse för hjälpmedelsförskrivning, livskvalitet och kostnader

1995:7 Karlsson G, Lindvall P, Rosen I. Kommunal primärvård i Katrineholm. Vårdutnyttjande, vårdkvalitet och hälsa utifrån ett befolkningsperspektiv

1995:8 Jonsson D, Husberg M. Hälsoekonomisk utvärdering av rehabilitering för personer sjukskrivna mer än 30 dagar. En jämförande studie i Östergötland

1995:9 Jonsson D, Husberg M. Samhällsekonomiska aspekter på reumatisk sjukdom

1995:10 Holmberg H, Carlsson P. Primärvård i privat och offentlig regi - En uppföljning av primärvårdsverksamheten i Norrköping

1995:11 Bäckman K, Jonsson D. Utvärdering av den särskilda ersättningen för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården (Dagmar 485) i Östergötland åren 1991-1994

1995:12 Skargren E, Carlsson P, Gade M, Rosenbaum A, Tropp H, Öberg B, Ödman UM. Kostnads- och effektanalys av behandling med kiropraktik eller sjukgymnastik vid rygg-/nackbesvär - Uppföljning efter 6 månader

1996:1 Varenhorst E, Carlsson P, Hagström I, Holmberg H, Lindahl T, Löfman O, Noorlind Brage H, Pedersen K, Wågermark J. Sex års erfarenhet med screening för prostatacancer - en pilotstudie på vårdcentraler i Norrköping

1996:2 Ardeby O, Persson J, Borgquist L. Medicinsk teknik i primärvården - utveckling 1986-1995

1996:3 Rahmqvist M, Bäckman K. Landstingsenkät -95. Östgötarnas erfarenheter av primärvård, sjukhusvård och tandvård

1996:4 Garpenby P. Att omsätta psykiatrireformen i handling - en första redovisning från Östergötland

1996:5 Konsensusuttalande. God strokevård i Östergötland. Landstinget i Östergötland i samarbete med Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi

1996:6 Hass U, Jonsson D. Uppföljning av kostnaderna för lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade under 1994 (LSS 1992/93)

1996:7 Garpenby P, Carlsson P. Nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården - en uppföljande studie

1996:8 Lindvall P. Introduktion av nya teknologier vid behandling av schizofreni under perioden 1935 - 1990

1996:9 Bäckman K, Brodin H. Äldres färdtjänstutnyttjande - bakgrundsfaktorer med exempel från Norrköping

1996:10 Rahmqvist M, Bäckman K. Östgötarnas hälsa, levnadsvanor och läkemedelsförbrukning

1996:11 Ardeby O, Ausmeel H, Persson J. Internet som verktyg för hälso- och sjukvården - handledning och exempel

1996:12 Persson J, Brodin H. Prototype tool for assistive technology cost and utility evaluation

1996:13 Holmberg H, Carlsson P, Varenhorst E, Kalman D. Ekonomiska konsekvenser av nya medicinska metoder i vården av prostatacancer. - En beräkning av sjukvårdskostnader under hela vårdperioden

1997:1 Jonsson D, Husberg M. Utvärdering av olika vårdalternativ inom mödrahälsovården i Östergötland - Kostnader, vårdkonsumtion och vårdkvalitet

1997:2 Jonsson D, Husberg M. Uppföljning av kostnaderna för lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade under 1995 (LSS 1992/93)

1997:3 Rahmqvist M, Garpenby P. Kommunal primärvård i Katrineholm. Vårdutnyttjande, vårdkvalitet och hälsa - en jämförelse mellan 1993 och 1996

1997:4 Larsson SA, Garpenby P, Lindvall P. Kommunal primärvård i Katrineholm. Perspektiv på utveckling och samverkan

1997:5 Garpenby P, Lindvall P. Primärvård under kommunalt huvudmannaskap. CMTs analys av försöket i Katrineholm

1997:6 Jonsson D, Rahmqvist M, Husberg M. Psykiska besvär bland långtidssjukskrivna i Östergötland

1997:7 Lindvall P. Interna budgetöverenskommelser vid Lasarettet i Motala - Rationell styrning eller mode?

1997:8 Jonsson D, Husberg M. Samhällsekonomiska aspekter på användning av neu roleptika

1997:9 Rahmqvist M, Jonsson D. Psykisk ohälsa och vårdutnyttjande i Östergötland 1991 - 1995

1998:1 Lundh U, Sandberg J. De äldre östgötarnas levnadsförhållanden, hälsa och erfarenheter av hälso- och sjukvård

1998:2 Hass U, Persson J, Brodin H, Andersson A. Utvärdering av datorbaserade hjälpmedelsteknologier. En utvärdering initierad av REDAH-projektet. Slutrapport mars 1998

1998:3 Byrsjö J, Persson J. Information för hälso- och sjukvården vid Internet och CD-ROM - en annoterad förteckning

1998:4 Andersson A, Levin L-Å. Sjukvård i hemmet - en litteraturgenomgång

1998:5 Sennfält K. Kostnadsnyttoanalys av behandlingar vid kronisk njursvikt. En pilotstudie

1998:6 Vimarlund V, Timpka T, Ferraz Nunez J, Jonsson, D. Utvärdering av yrkesrehabilitering

1998:7 Jonsson D, Husberg M, Foldemo A. Hälsoekonomisk utvärdering av psykiatrireformen i Östergötland

1998:8 Garpenby P, Larsson SA. Att genomföra psykiatrireformen i vardagen - en uppföljande studie från Östergötland

1998:9 Garpenby P, Byrsjö J. Den medicinska faktadatabasen MARS inom Socialstyrelsen - en utvärdering

1998:10 Ceder M, Garpenby P. Patientinformation avseende bröstcancer och diabetes - en utvärdering

1998:11 Öberg B, Funkesson K. En beskrivning av rehabiliteringskedjan mellan kommun och landsting i Östergötland. Patienters, anhörigas och personalens perspektiv

1998:12 Löfström L. Riskfaktorer och Resultat inom Hjärtkirurgin - från data till information och åtgärder. En introduktion till litteratur och metoder

1999:1 Rahmqvist M, Johansson G. Patienttillfredsställelse i öppen och sluten sjukhusvård i Östergötland 1997

1999:2 Hass U, Persson J. Utvärdering av ortoser och ortopedteknisk verksamhet

1999:3 Garpenby P, Larsson SA. Inställningen till vårdprogram bland personal inom barn- och ungdomspsykiatrin – en lägesrapport från Östergötland

1999:4 Jonsson D, Husberg M. Hälsoekonomisk utvärdering av Rehabhuset von Platen – EU-projekt: Socialfond mål 3

1999:5 Jonsson D, Husberg M. Samhällsekonomiska kostnader för reumatiska sjukdomar

1999:6 Garpenby P, Larsson SA. Hälsoinformation via Internet, bibliotek och patientinformationscentraler – en systematisk litteraturgranskning

1999:7 Sennfält K, Carlsson P, Magnusson M. Kostnadsnyttoanalys vid behandling av kronisk njursvikt, med fokus på hämodialys och peritonealdialys

1999:8 Rahmqvist M, Lindgren I, Larsson S. Hörselstudien 1998: Nytta av hörapparat och erfarenheter av hörselvården i Östergötland

2000:1 Larsson SA, Schmidt A, Persson J. Dövblindas upplevelser och erfarenheter av projektet ”Nya möjligheter i arbetslivet”. Delprojekt för dövblinda inom EU-projektet Horizon

2000:2 Bäckman K, Schmidt A, Carlsson P, Karlsson E. Hjärtsjukdomars samhällskostnader

2000:3 Garpenby P, Husberg M. Hälsoinformation idag och i morgon. Östgötarnas användning av och förtroende för olika informationskällor

2000:4 Jonsson D, Husberg M. Samhällsekonomiska kostnader för reumatoid artrit och fibromyalgi

2000:5 Larsson SA, Jonsson D. Utvärdering av Dagmarmedel i Östergötland 1995-1999

2001:1 Lundh U. Äldres hälsa. En studie av befolkningen i Östergötland och Kalmar län

2001:2 Hellbom G, Samuelsson K, Jonsson D, Persson J. Instrument för resultatmätning vid hjälpmedelsbaserad rehabilitering

2001:3 Bäckman K, Carlsson P, Karlsson E, Schmidt A. Cost of heart disease in Sweden

2002:1 Henriksson M, Carlsson P. Att mäta hälsorelaterad livskvalitet – en beskrivning av instrumentet EQ-5D

2002:2 Götherström U-C, Persson J, Jonsson Dick. Samhällsekonomisk utvärdering av post- och teletjänster för funktionshindrade – modellutveckling och tillämpning

2002:3 Rahmqvist M. Nytta av hörapparat och erfarenheter av hörselvården i Östergötland

2002:4 Husberg M, Larsson SA, Jonsson D, Persson J. Hälsoekonomisk utvärdering av rehabilitering vid Smärt- och Rehabiliteringscentrum, Universitetssjukhuset i Linköping

2003:1 Roback K, Persson J, Hass U. Spridning och implementering av medicintekniska produkter. Bakgrundsrapport

2003:2 Liss P-E. Metoder för bedömning och rangordning av vårdbehov – En översikt

2003:3 Götherström U-C, Persson J. Instrumentet IPPA för resultatmätning vid arbetslivsinriktad rehabilitering

2003:4 Bernfort L, Nordfeldt S. AD/HD och relaterade tillstånd hos barn och ungdomar. Epidemiologi, behandling och hälsoeffekter i Sverige, Norge och Danmark samt situationen i Östergötland

2003:5 Schmidt A, Husberg M, Bernfort L. Samhällsekonomiska kostnader för reumatiska sjukdomar

2003:6 Henriksson M, Carlsson P. Att läsa och kvalitetsgranska hälsoekonomiska modellstudier

2003:7 Garpenby P, Götherström U-C, Larsson, SA. Inställningen till vårdprogram bland personal inom barn- och ungdomspsykiatrin i Östergötland

2004:1 Andersson A, Carlsson P, Lundborg M, Gunnarson A. Ohälsans kostnader. Kartläggning av vårdutnyttjande för olika sjukdomsgrupper i Östergötland

2004:2 Bernfort L, Persson J. Bredbandstjänster för funktionshindrade - utvärdering av brukarnyttan

2004:3 Rahmqvist M. Kvalitet i vården ur patientens perspektiv: Variationer i betyg mellan olika patientgrupper och vårdenheter

2004:4 Henriksson M, Lundgren F. Screening för pulsåderbråck i buken - en hälsoekonomisk utvärdering

2005:1 Bernfort L, Persson J. Mobil videokommunikation för döva. Utvärdering av brukarnyttan

2005:2 Garpenby P, Husberg M. Hälsoinformation i vår tid. Östgötarnas användning av nya och gamla informationskällor

2005:3 Bernfort L, Nordfeldt S. AD / HD i ett samhällsekonomiskt perspektiv

2005:4 Bernfort L, Fernell E. Hur påverkas vardagslivet av ADHD och närliggande funktionsnedsättningar? Analys och sammanfattning av en enkätstudie riktad till riksförbundet Attentions medlemmar

2006:1 Bartha E, Kalman S, Carlsson P. Postoperativ smärtlindring - till vilket pris? En hälsoekonomisk modellanalys av två smärtlindringsmetoder

2006:2 Nordfeldt S, Arvidsson E, Bernfort L. Sjukvårdens och skolans insatser för barn med AD/HD - föräldrars erfarenheter. En intervjustudie

2006:3 Mårtensson J, Carlsson P, Arvidsson E, Frank L, Lindström K, Borgquist L. Erfarenhet, kunskap och inställning till prioriteringar - En intervjustudie med personal i primärvården

2006:4 Garpenby P. Procedurrättvisa och praktisk prioritering - tre fall från svensk hälso- och sjukvård

2006:5 Davidson T, Levin L-Å. Kostnaden för förmaksflimmer i Östergötland

2007:1 Garpenby P. Inställningen till vårdprogram bland personal inom barn- och ungdomspsykiatrin i Östergötland - en kompletterande intervjustudie

2007:2 Jacobsson F. Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård

2007:3 Persson J, Husberg M, Hellbom G, Fries A. Kostnader och effekter vid förskrivning av rollatorer

2007:4 Rahmqvist M. Befolkningens hälsa och samhällets kostnader för vård och produktionsbortfall - Resultat från ULF-studien 1996 och 2005

2007:5 Tinghög G, Carlsson P, Synnerstad I, Rosdahl I. Samhällskostnader för hudcancer samt en jämförelse med kostnaderna för vägtrafikolyckor

2007:6 Arvidsson E, André M, Borgquist L, Carlsson P, Lindström K. Så resonerar läkare och sjuksköterskor vid prioriteringar av patienter i primärvård

2007:7 Hallert, E, Husberg M, Schmidt A, Jonsson D. Sjukdomsförlopp, kostnader och livskvalitet vid nydebuterad reumatoid artrit

2007:8 Heintz E. The cost-effectiveness of foetal monitoring with ST analysis (Master's Thesis, IEI)

2008:1 Bistoletti P, Sennfält K. En hälsoekonomisk modellstudie av primärscreening mot livmoderhalscancer med cellprov- och HPV DNA-test

2008:2 Schmidt A, Andersson A. Östgötars samhällskostnader för ohälsa fördelat på sjukdomsgrupper - 2006

2008:3 Alwin J, Persson J, Krevers B. Teknik för personer med demens. En utvärderingsstudie av teknikintervention för personer med demenssjukdom och deras närstående

2008:4 Davidson T, Levin L-Å. Närståendes konsekvenser – Hur kan de inkluderas i den hälsoekonomiska analysen?

2008:5 Persson J, Arlinger S, Husberg M. Kostnader och effekter vid förskrivning av hörapparat

2008:6 Jacobsson F. Mål och mått. En dokumentation och utvärdering av en resultatbaserad ersättning inom primärvården

2009:1 Roback K. Värmemätning för diagnos av begynnande fotproblem vid diabetes. Metodöversikt samt försöksanvändning av fotindikatorn SpectraSole Pro 1000

2009:2 Bernfort L. Hälsoekonomiska utvärderingar – Vad menas och hur gör man?

2009:3 Rahmqvist M, Husberg M. Effekter av sjukvårdsrådgivning per telefon. En analys av rådgivningsverksamheten 1177 i Östergötland och Jämtland

2009:4 Roback K, Carlsson P. Evidensgraderingssystemet GRADE. Ett sätt att granska vetenskaplig kunskap om metoder och arbetssätt i hälso- och sjukvården

2010:1 Carlsson P, Alwin J, Brodtkorb T-H, Heintz E, Persson J, Roback K, Tinghög G. Nationellt system för utvärdering, prioritering och införandebeslut av icke-farmakologiska sjukvårdsteknologier – en förstudie

2010:2 Levin L-Å, Andersson D, Anell A, Heintz E, Hoffman M, Schmidt A, Carlsson P. Styrformer för effektiv läkemedelsanvändning

2010:3 Davidson T, Husberg M, Janzon M, Levin L-Å. Kostnader och kostnadseffektivitet av ett införande av dabigatran hos patienter med förmaksflimmer (preliminär version – ej för spridning eller citering)

2011:1 Davidson T, Husberg M, Janzon M, Levin L-Å. Kostnader och kostnadseffektivitet av ett införande av dabigatran hos patienter med förmaksflimmer

2011:2 Brodtkorb T-H, Alwin J, Heintz E, Roback K, Carlsson P. Förutsättningar för etablering av en nationell prioriteringskommitté i hälso- och sjukvården. Erfarenheter från andra länder

2012:1 Bernfort L, Nyström Kronander U. Allergenspecifik immunoterapi vid behandling av allergisk rinit. Behandlingseffekter, kostnader och kostnadseffektivitet

2012:2 Bernfort L (red) QALY som effektmått inom vården. Möjligheter och begränsningar

2013:1 Davidson T, Levin-L-Å, Bergström A. En pilotstudie av självtestning vid behandling med oral antikoagulantia. Hälsoekonomiska aspekter

2013:2 Garpenby P, Nedlund A-C. Ordnat införande av metoder i klinisk verksamhet. En studie av försök med dialogmöten inom Landstinget i Östergötland

2013:3 Rahmqvist M. Infektioner i slutenvård. Omfattning och kostnader i Östergötland – en pilotstudie

2013:4 Lundqvist M, Davidson T. Hälsoekonomisk analys av hemtandvård jämfört med tandvård på stationär klinik för äldre vid särskilda boenden

2015:1 Aronsson M, Carlsson P, Levin L-Å. Hälsoekonomisk förstudie av digital patologi. Var finns de potentiella vinsterna?

2015:2 Bernfort L, Gerdle B, Rahmqvist M, Husberg M, Levin L-Å. Chronic pain in an elderly population in Sweden. Impact on costs and quality of life

2015:3 Garpenby P. Evidensbaserade policybeslut i hälso- och sjukvård. Redovisning av nio strategier

2016:1 Rahmqvist M. Hur fungerar punktprevalensmetoden som mätinstrument i sluten sjukhusvård? Kostnader och prevalenser för vårdrelaterade infektioner i somatisk slutenvård i Östergötland 2012

2016:2 Roback K, Bernfort L, Lundqvist M, Alwin J. Ordnad utmönstring av hälso- och sjukvårdsmetoder

2017:1 Rahmqvist M. Läkarbesök och läkemedelskonsumtion bland barn med astma, diabetes och andra kroniska sjukdomar. Ett metodexempel på hur journaldata kan omvandlas till epidemiologi och sjukvårdskostnader

2018:1 Eriksson T, Levin L-Å. Utvärdering av vårdval ryggkirurgi i Stockholms län

2018:2 Lundqvist M, Ennab Vogel N, Levin L-Å. Effects of eating breakfast and school breakfast programmes on children and adolescents: a systematic review

2018:3 Henriksson M, Siverskog J, Johannesen K, Eriksson T. Tröskelvärden och

kostnadseffektivitet: innebörd och implikationer för ekonomiska utvärderingar och beslutsfattande i hälso- och sjukvården

2019:1 Husberg M, Spreco A. Läkemedelsprognos: en utvecklad prognosmodell

2019:2 Bernfort L, Levin L. Kostnadseffektivitet av allergen immunterapi: analys och genomgång av kunskapsläget

2019:3 Bernfort L, Husberg M, Wiréhn A, Levin L. Patienter med diabetes typ 2 och etablerad hjärt-kärlsjukdom i Östergötland: 5-års sjukvårdskonsumtion, kostnad och överlevnad med eller utan behandling med empagliflozin

2020:1 Bernfort L, Levin L. Obstecares AFL-metod för mätning av laktatkoncentration vid avstannat värkarbete: en kostnadsanalys

2020:2 Davidson T. Kostnader och konsekvenser av blodflödesbaserad riskbedömning för identifiering av individer med risk för trycksår

2021:1 Henriksson M, Gruneau L. Hälsoekonomiska utvärderingsaspekter av precisionsmedicin och ATMP

2022:1 Gruneau L, Svensson M, Henriksson M. Precision i hälsoekonomiska utvärderingsresultat och osäkerhet i prioriteringsbeslut

2025:1 Levin L, Bernfort L, Eklund M, Husberg M. Implementering av nya läkemedelsrekommendationer vid hjärtsvikt - SIQ-HF studien mars 2025

2025:2 Levin L, Bernfort L, Eklund M, Husberg M. Implementering av nya läkemedelsrekommendationer vid hjärtsvikt - SIQ-HF studien oktober 2025

2026:1 Bernfort L, Husberg M. Testning med GMS560-panel eller ASA till alla? En hälsoekonomisk analys av postoperativ ASA-behandling av kolorektalcancerpatienter

2026:2 Puman S, Eriksson T, Levin L. Förväntningar och farhågor inför en ny styr- och ersättningsmodell för läkemedel – en intervjustudie

Rapporterna kan beställas från CMT på cmt@liu.se.

Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT)

CMT är en tvärvetenskaplig forskningsenhet som ingår i Institutionen för hälsa, medicin och vård (HMV) vid Linköpings universitet. CMT bedriver kunskaps- och metodutveckling samt genomför utvärdering av medicinsk teknologi och hälso- och sjukvård.

Besök oss gärna på www.cmt.liu.se

LINKÖPINGS UNIVERSITET