

Avdelningen för kunskapsstyrning  
Ellinor Cronqvist  
ellinor.cronqvist@socialstyrelsen.se

Regeringskansliet  
Socialdepartementet  
103 33 Stockholm

## Socialstyrelsens yttrande över delbetänkandet God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39)

Socialdepartementets dnr. S2018/03436/FS

Socialstyrelsen är positiv till utredningens förslag som syftar till att stärka primärvården och lämnar i huvudsak följande synpunkter på förslagen:

- Socialstyrelsen tillstyrker i huvudsak förslaget om färdplanen och den gemensamma målbilden, men föreslår att målbilden formuleras om eftersom primärvården inte kan vara navet för all omsorg enligt socialtjänstlagen.
- Socialstyrelsen anser att det behövs fler nyckeltal för att följa färdplanen.
- Socialstyrelsen anser att det finns ett stort behov av att en systematisk uppföljning av primärvården på aggregerad nivå byggs upp och att detta bör ske som en utökning av PAR.
- Socialstyrelsen tillstyrker förslaget om en ny definition av primärvården, men anser att det behövs ett förtydligande avseende kommunal hälso- och sjukvård.
- Socialstyrelsen stödjer utredningens inriktning om ökad tillgänglighet i primärvården, men avstyrker den föreslagna regleringen. Att införa ett nytt värderande uttryck som ”mycket god” tillgänglighet är inte ändamålsenligt.
- Socialstyrelsen tillstyrker förslaget om att primärvården ska samordna patientens kontakter med andra delar av hälso- och sjukvården, men innebörden av samordningsansvaret bör utvecklas.
- Socialstyrelsen är positiv till att specialisterna i allmänmedicin blir fler, men förslaget om att staten ska finansiera 1250 specialiseringstjänster saknar en tydlig konsekvensanalys. En sådan analys måste också beakta andra förutsättningar än de ekonomiska för att stärka tillgången på specialistläkare i allmänmedicin.
- Socialstyrelsen stödjer att den nuvarande regleringen av signeringskravet förtydligas, under förutsättning att det grundläggande innehållet i sak bevaras.

## Socialstyrelsens synpunkter på förslag och bedömningar

### *8.1.1 Fördjupad målbild och färdplan: från akutsjukhus till nära vård*

Socialstyrelsen tillstyrker i huvudsak förslaget om den gemensamma färdplanen och målbilden för omstruktureringen av hälso- och sjukvården, och instämmer i att dessa bör utvecklas ytterligare till slutbetänkandet. Målbilden bör omformuleras och bör innebära att samordningen av vård och omsorg ska fungera väl när patienten har insatser enligt både hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30) och socialtjänstlagen (SoL 2001:453). Primärvården kan vara navet för vården enligt HSL men inte för omsorgen enligt SoL.

### *8.3 Att följa färdplanen*

Utredningen föreslår att förändringen utifrån färdplanen ska följas med fyra storheter. För att stödja förändringen behöver nyckeltalen spegla vilka förändringar som görs. Socialstyrelsen anser att de nyckeltal som beskrivs är viktiga men att det behövs en fördjupad uppföljning och fler nyckeltal. De föreslagna nyckeltalen fångar till exempel inte tillräckligt upp de delar av förändringen som syftar till ökat fokus på prevention och hälsa respektive bättre samordning inom hälso- och sjukvården och med socialtjänsten.

De mått som utredningen föreslår behöver också utredas närmare. Utredningen föreslår till exempel att befolkningens förtroende för vården bör följas. Förtroendet skiljer sig dock mellan de som nyligen har varit patienter och befolkningen i allmänhet, visar uppföljningar som Socialstyrelsen har gjort. För att förflyttningen mot en mer nära vård ska bli framgångsrik förutsätts vidare att de som besöker primärvården får ett ökat förtroende för primärvården. Att mäta befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården kan således vara ett mindre precist mått på förflyttningen.

Även måttet som gäller andelen allmänläkare bland utfärdade specialistbevis, behöver utredas närmare. Eftersom det är en kvot så har det stor betydelse vad som finns i nämnaren. En ökning av kvoten behöver inte betyda att det blir fler allmänläkare i primärvården. Andelen allmänläkare skulle kunna öka bara för att färre personer tar ut specialistbevis i andra specialiteter.

Socialstyrelsen tillstyrker att myndigheten för vård- och omsorgsanalys får ett övergripande uppdrag att bistå med underlag för att ge möjlighet att följa omställningen mot en god och nära vård. Kopplat till det bör dock också Socialstyrelsen bidra med analyser inom ramen för sitt uppdrag, till exempel av hur hälso- och sjukvården och socialtjänsten fungerar utifrån perspektivet en god vård och omsorg. Årligen publicerar Socialstyrelsen lägesrapporter för olika områden, exempelvis inom hälso- och sjukvård, samt en övergripande uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat.

#### **8.4 Systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå**

Socialstyrelsen tillstyrker utredningens förslag att landstingen ska rapportera in uppgifter från utförare inom primärvården till en nationell databas med reservation för att det inte är tydligt med vad som avses med databas i själva förslaget. Myndigheten delar utredningens bedömning att en systematisk uppföljning av primärvården på aggregerad nivå behöver byggas upp.

Utredningen diskuterar två möjliga ansatser för uppbyggnad av primärvårdsdata. Socialstyrelsen anser, i enlighet med tidigare skrivningar och förslag, att en sådan uppbyggnad bör göras som en utökning av patientregistret (PAR). Användningsområdet för väntetidsdatabasen är väsentligt begränsat i jämförelse med användningsområdet för PAR.

Utredningen föreslår en utvidgning av rapporteringen till väntetidsdatabasen och ett tillägg i HSL. En ny skyldighet för landstingen kräver lagstöd, men att placera en sådan bestämmelse i HSL är mindre lämpligt. Reglering av det här slaget brukar återfinnas i andra författningar, exempelvis i så kallade registerförfattningar.

Utvidgningen föreslås omfatta uppgifter som kontakttyp, yrkeskategori och i förekommande fall diagnos och åtgärdskod. Till skillnad från utredningen anser Socialstyrelsen att denna typ av uppgifter skulle kunna utgöra personuppgifter.

Behovet av primärvårdsdata har uppmärksammats länge av flera aktörer både i Sverige och i Europa. Den primärvårdsreform som utredningen har i uppdrag att förbereda innebär en omstrukturering av svensk hälso- och sjukvård med en förstärkt primärvård. Mer av hälso- och sjukvården kommer att utföras inom primärvården. Socialstyrelsen konstaterar att genomförandet av denna primärvårdsreform innebär att en ökande andel av svensk hälso- och sjukvård inte kommer att kunna följas utan tillgång till ett nationellt hälsodataregister för primärvården.

En förutsättning för uppföljning är att information dokumenteras enhetligt med hjälp av rekommenderade termer och begreppsdefinitioner. Dessa skapar förutsättningar för enhetlig tolkning av innebörden i de begrepp som används för att registrera, mäta och jämföra uppgifter om vårdens kvalitet, effektivitet och kostnader.

#### **9.1 Definitionen av primärvården behöver moderniseras**

Socialstyrelsen tillstyrker utredningens förslag till ny definition av primärvården. Utredningen har valt att behålla den del av den nuvarande definitionen som anger att primärvård är hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Samtidigt bedömer utredningen att inte bara landstingen utan även kommunerna är huvudmän för primärvården. Kommunerna har ansvar för hälso- och sjukvård åt äldre och personer med funktionsnedsättningar som bor i ett särskilt boende efter beslut av kommunen, och för hälso- och sjukvård åt dem

som vistas i dagverksamhet som avses i 3 kap. 6 § SoL (samt i de flesta landsting för hemsjukvården). Här finns således – tvärtemot vad definitionen säger – en avgränsning vad gäller ålder och patientgrupp. I definitionen behövs således ett förtydligande avseende kommunal hälso- och sjukvård.

### **9.2.1 Primärvårdens grunduppdrag ska förtydligas**

Socialstyrelsen ställer sig bakom utredningens förslag att primärvårdens grunduppdrag regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen. En sådan reglering kommer att behöva utformas på en övergripande och mer principiell nivå, av hänsyn till den kommunala självstyrelsen. Socialstyrelsen har följande synpunkter på grunduppdragets enskilda delar (se nedan 9.2.3, 9.2.5 och 9.2.6).

### **9.2.3 Tillgängligheten i primärvården ska motsvara befolkningens behov**

Socialstyrelsen ställer sig bakom utredningens inriktning om en ökad tillgänglighet i primärvården i form av ökade öppettider (fysiskt och digitalt) och att patientperspektivet ska styra tillgängligheten. Detta mot bakgrund av utredningens kommande och större reformförslag och resursförändringar till fördel för den landstingsfinansierade primärvården och med reservation för att dessa ännu inte har presenterats av utredningen.

Socialstyrelsen avstyrker dock den föreslagna regleringen om ökad tillgänglighet. Utredningen föreslår att landstingen och kommunerna ska säkerställa att primärvården har en mycket god tillgänglighet. Socialstyrelsen anser det inte som ändamålsenligt att införa ett nytt värderande uttryck ”*mycket god*” tillgänglighet, eftersom det idag används de etablerade begreppet ”hälso- och sjukvård i rimlig tid” som även beskriver en av parametrarna i god vård-konceptet<sup>1</sup>.

Det är centralt att det i slutbetänkandets kommande förslag även beskrivs hur resurserna kommer att omfördelas mellan den specialiserade vården och primärvården, för att möjliggöra ökad tillgänglighet. På samma sätt behöver primärvården också under de utökade öppettiderna bland annat kunna konsultera specialistvården, ha tekniska och digitala lösningar för effektiv konsultation och ha en aktuell informationsöverföring

Socialstyrelsen saknar också en beskrivning i delbetänkandet om vad som menas med att primärvården ska svara för sådan vård som inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl kräver särskild teknisk eller annan specialistkompetens. Därför väljer myndigheten att inte kommentera detta, utan att invänta resultatet ifrån arbetet med tilläggsuppdraget om slutna och öppna vård.

---

<sup>1</sup> Socialstyrelsen. *Nationella indikatorer för God vård*. 2009.

### **9.2.5 Primärvårdens samordnande roll**

Socialstyrelsen tillstyrker förslaget om att primärvården ska samordna patientens kontakter med andra delar av hälso- och sjukvården i de fall primärvården är involverad i patientens vård. Att det finns problem runt samverkan och samordning av patienters vård och behandling är väl känt och dokumenterat. Till exempel har Sveriges kommuner och landsting (SKL) tidigare konstaterat att landstingen upplever att de har begränsad möjlighet att följa upp skyldigheten att samverka och att flera landsting menar att det i praktiken finns stora variationer mellan vårdenheternas ambitioner att samverka med andra. Frågan behandlas även i slutbetänkandet från utredningen. En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården som överlämnades till regeringen i januari 2016 (SOU 2016:2).

Socialstyrelsen delar uppfattningen om att samordningsansvaret bör framgå av regleringen i primärvårdens grunduppdrag. Beskrivningen av primärvårdens samordningsansvar, dess innebörd avseende olika roller och nivåer samt finansiering bör dock utvecklas. Det är nödvändigt att primärvården bygger upp kompetens för att klara samordningsfunktionen på ett patientsäkert sätt i förhållande till den specialiserade vården. I utredningen framgår även att samordningen kan ske i andra delar av hälso- och sjukvården när primärvården inte är involverad i patientens vård. Samordningsfunktionen innebär i praktiken många olika samordningssituationer. Många patienter har även behov av både kommunal hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten. Ansvarsfördelningen för patientens hela hälsotillstånd bör förtydligas. Det är också särskilt viktigt att beakta patientgrupper med komplexa vårdbehov eller nedsatt autonomi.

Det bör framgå att samordningen ska underlätta för patienten att navigera i hälso- och sjukvårdssystemet och motverka risken för parallella behandlingar som interagerar med varandra på ett oönskat sätt. Vidare bör patientens roll och delaktighet i samordningen förtydligas.

### **9.2.6 Utbildning och forskning inom primärvårdens område**

Utredningen föreslår att det bör framgå av hälso- och sjukvårdsförordningen att landsting och kommuner ska säkerställa att primärvården bedriver forskning. Socialstyrelsen menar att skrivningen i hälso- och sjukvårdsförordningen bör ses över och korrespondera med den i HSL (18 kap. 2 §). Det är viktigt att undvika oklarheter kring uppdragets omfattning. Avsikten tycks vara att den nu gällande ansvarsfördelningen mellan sjukvårdshuvudmännen och universiteten och högskolorna ska bestå. Vidare bör risken för dubbelreglering uppmärksammas.

Enligt 18 kap. 2 § HSL ska landstingen och kommunerna medverka vid finansiering, planering och genomförande av dels kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område, dels folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Landsting och kommuner ska samverka med varandra och med berörda universitet och högskolor i dessa frågor, i den omfattning som behövs.

#### **9.4.2 Kunskapsstyrning**

Utredningen bedömer att huvudmännen bör ”*prioritera de diagnosgrupper som är störst i befolkningen eller där det finns störst behov av förbättring /.../*”, när de fortsatt genomför uppbyggnaden av landstingens och regionernas kunskapsstyrningsorganisation. Socialstyrelsen anser att det är en olycklig formulering och att det finns risk för att andra grupper åsidosätts. Enligt 3 kap. 1 § HSL ska den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården. Resonemanget i utredningen bör utvecklas och förtydligas.

#### **9.4.3 Hemsjukvård och hälso- och sjukvård i särskilt boende**

Utredningen bedömer att personer i särskilt boende bör ha sin fasta läkarkontakt kopplad till det särskilda boendet i möjligaste mån. Bedömningen är dock otydlig i förhållande till rätten att välja utförare. Utredningen uttrycker en önskan om att patienten ska välja den läkare som är kopplad till boendet. Fokus bör snarast vara på hur boendet kan anpassa sig till patientens önskemål om läkare. Många patienter i särskilda boenden har till exempel kroniska sjukdomar och kan behöva behålla en etablerad läkarkontakt. Hur patientens önskemål ska tillmötesgås bör utredas vidare.

#### **9.4.6 Digitalisering**

Socialstyrelsen delar utredningens bedömning att patientens behov, förutsättningar och preferenser vad gäller digitala vårdtjänster bör vara vägledande för huvudmännens fortsatta utveckling och tillämpning av dessa. Digitalisering beskrivs ofta som utveckling av digitala vårdtjänster, men det är viktigt att poängtera att Vision e-hälsa fokuserar på tre infrastrukturella områden som skapar förutsättningar för digitala vårdtjänster (som inte bara ska betraktas som e-tjänster för invånarna utan i stor utsträckning som tjänster för dem som arbetar i vården, till exempel beslutsstöd och stöd för hantering och överföring av information).

#### **10.2 Möjligheten till fast läkarkontakt i primärvården ska förtydligas**

Utredningen föreslår att möjligheten till fast läkarkontakt i primärvården ska förtydligas i lag. Förslaget verkar dock endast innebära ett språkligt förtydligande, som inte medför någon ändring i sak. Redan i dag ska patienten få möjlighet att välja en fast läkarkontakt i primärvården, enligt 6 kap. 3 § patientlagen. Detta är även något som patienten ska informeras om enligt 3 kap. 2 § patientlagen. Vidare är landstingen skyldiga att organisera sin primärvård så att det finns förutsättningar för alla som vill välja en fast läkarkontakt, enligt 7 kap. 3 § HSL.

Utredningen konstaterar att relativt få har en fast läkarkontakt i dag, och att detta får negativa konsekvenser. Socialstyrelsen delar den uppfattningen. Det är dock osäkert vilken effekt ett språkligt förtydligande av lagtexten kan

få på landstingens tillämpning av regelverket. Socialstyrelsen saknar ett resonemang om andra, alternativa metoder för att nå målet, det vill säga att alla som önskar ska få en fast läkarkontakt.

### ***10.2.2 Antalet patienter per fast läkarkontakt i primärvården bör begränsas***

Socialstyrelsen delar utredningens uppfattning om att uppdraget som fast läkarkontakt bör kunna avgränsas och att det inte är lämpligt att i författning ange exakt antal patienter som en läkare kan vara fast läkarkontakt för. Eventuella kriterier för att reglera antalet patienter och hur en eventuell bestämmelse ska formuleras är dock svårt att överblicka. Utredningens resonemang speglar att det kan finnas svårigheter med att ta fram ett regelverk som är användbart i hälso- och sjukvården men samtidigt i tillräcklig utsträckning möjliggör lokal anpassning.

### ***10.3.2 Fler ST-tjänster i allmänmedicin***

Utredningen föreslår att staten ska finansiera 1 250 specialiseringstjänster i allmänmedicin under övergångsperioden 2019–2027. Socialstyrelsen är positiv till att specialisterna i allmänmedicin blir fler, men saknar en tydlig konsekvensanalys av förslaget, bland annat angående finansieringen.

Det är ett långsiktigt behov att antalet läkare med specialisering i allmänmedicin ökar på sikt när mer av sjukvården riktas mot primärvården, och detta kräver finansiering. Volymen och kostnaden bör anges i förslaget. Socialstyrelsen efterfrågar en analys av hur statens tillfälliga finansiering ska hanteras efter 2027.

Socialstyrelsen menar också att det är viktigt att beakta andra förutsättningar än de ekonomiska för att stärka tillgången på specialistläkare i allmänmedicin, såsom tillgång på sökande till ST-tjänster i allmänmedicin och utbudet av handledare. Förutom att rekrytera ny personal behöver man behålla den befintliga personalen, vilket man också behöver ta hänsyn till.

Vidare bör man analysera om de extra ST-tjänsterna inom allmänmedicin kan komma att leda till en relativ minskning av andra specialiteter.

Utöver att antalet specialister behöver bli fler är det viktigt att beakta annan utveckling som sker. Ny teknik/digitalisering leder till andra arbetsätt och andra kompetenser. Andra yrkeskategorier kan utvecklas och därmed stärka primärvården.

### ***11.2.1 Signeringskravet bör finnas kvar men ändras***

Socialstyrelsen stödjer att den nuvarande regleringen av signeringskravet förtydligas, under förutsättning att det grundläggande innehållet i sak bevaras. Det är dock något oklart vad utredningens förslag innebär.

Utredningen föreslår ett tillägg i 3 kap. 10 § patientdatalagen med innebörden att journalhandlingar ska signeras om det inte är obehövligt. Det innebär att det lagreglerade utrymmet att underlåta signering utökas jämfört med tidigare reglering. Vårdgivaren har dock redan idag en möjlighet att besluta om

undantag från kravet på signering med stöd av Socialstyrelsens föreskrifter. Socialstyrelsen anser att det av rättssäkerhetsskäl är att föredra att de grundläggande reglerna framgår av lag och tillstyrker därför förslaget.

Utredningen föreslår även att Socialstyrelsen på liknande sätt som idag bör få meddela föreskrifter om när signering inte behövs. Något författningsförslag finns dock inte framtaget. I den fortsatta beredningen bör det övervägas hur ett sådant bemyndigande bör utformas. Det kan till exempel handla om att - som idag - ange vilka anteckningar som alltid måste signeras.

## Övriga kommentarer

### 4.1.5 Verksamhetsstöden

I det första delbetänkandet från God och nära vård, beskrivs Socialstyrelsens arbete med begrepp, termer, klassifikationer och informationsstruktur, arbetet i insatsområdet *Enhetligare begreppsanvändning* i Vision e-hälsa (där Socialstyrelsen är ordförande) samt e-hälsomyndighetens uppdrag om Ramverk för öppna standarder. Från visionsarbetet framhålls att för att nå målen om enhetligare begreppsanvändning och standarder behövs både nationellt stöd och nationell styrning. I dag finns styrning i form av föreskrifter om *vad* som ska dokumenteras i en patientjournal men i mycket liten utsträckning om *hur* information ska dokumenteras (struktur, koder, klassifikationer) – endast i de fall då informationen ska rapporteras i en specifik klassifikation till Socialstyrelsens hälsodataregister.

Det pågår en dialog med berörda parter om hur målet om ändamålsenlig och strukturerad dokumentation (enhetligare begreppsanvändning) ska nås och *hur* informationen kan struktureras och kodas enhetligt.

### 5.1.4 Primärvård och andra centrala begrepp

#### *Om termen egenvård*

Termen egenvård används för två olika företeelser som beskrivs i lagen (2009:730) om handel med vissa receptfria läkemedel respektive Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) om när hälso- och sjukvårdspersonal bedömer att en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras av patienten själv. Socialstyrelsen delar utredningens uppfattning att olika termer kan behövas för att särskilja dessa företeelser och för att undvika missförstånd. En översyn av SOSFS 2009:6 pågår, och i detta ingår det att se över vissa termer.

### 5.1.7 Tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet

I utredningen beskrivs begrepp som tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet och att primärvården ska kunna möta en stor mängd patienter med skiftande behov, preferenser och förutsättningar. Socialstyrelsen anser att digitaliseringens möjligheter bör få en tydligare koppling till dessa begrepp. När det gäller tillgänglighet och informationstillgänglighet framgår att *"alla rele-*



*vanta aktörer i vården ska, vid behov och efter samtycke, ha tillgång till relevant medicinsk information om patienten". Detta bör relateras till krav på hur information ska dokumenteras på ett enhetligt sätt i digitala vårdssystem.*

Dokumentationen bör även innehålla sammanhållen information om patientens vårdprocess, det vill säga vad som har gjorts och när, i vilket syfte, med vilket resultat, av vem och så vidare, och inte enbart medicinsk information.

Socialstyrelsen instämmer i att möjligheten att kontakta och kommunicera med hälso- och sjukvården digitalt är mycket viktig för patienter med olika typer av funktionsnedsättningar eller begränsad förmåga av olika skäl. Det bör vara en självklar möjlighet för alla invånare att själv kunna boka och ändra tid, förnya recept, ha möjlighet till distanskontakt via videolänk med mera.

Fast vårdkontakt är viktigt om patienten önskar det, men till kontinuitet och delaktighet bidrar även tillgång till sammanhållen och entydig information om patientens vårdprocess och hälsa samt en effektiv informationshantering (särskilt för så kallade spetspatienter och patienter med kroniska sjukdomar).

### **6.2.2 Den rättsliga regleringen**

Utredningen beskriver vad en journalhandling och en journalanteckning är, vilka uppgifter som ska föras in i journalen (så fort som möjligt), vem som har gjort anteckningen, vem som är skyldig att föra journal, signeringskrav och så vidare. I detta sammanhang bör nämnas att det även finns rekommendationer för hur information i en patientjournal bör struktureras för att kunna återanvändas. Inom ramen för Vision e-hälsa finns arbeten som syftar till att gå från den dokumentbaserade dokumentationen till en begreppsbasead dokumentation. Det innebär mindre fritext och mer strukturerad och standardiserad information, som ska kunna återanvändas.

### **9.5.6 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården**

#### *Kommentarer ur ett patientsäkerhetsperspektiv*

Utredningen beskriver hur en förändrad primärvård ska vara ett sammanhållet vårdssystem som arbetar personcentrerat med koordinerade, integrerade vårdkedjor med kompetens och god kontinuitet i ett interprofessionellt samarbete. Under ett uppbyggnads- och utvecklingsskede riskerar dock resursomfördelningen från sjukhus till primärvård att inte motsvara omfördelningen av patienter i varje skede. Under en lång period kan detta innebära svårigheter att ge god vård till varje patient, och försämra förutsättningarna för patientsäkert arbete i både sjukhusvården och i primärvården.

Svårigheter kan förutses under en lång övergångsperiod när det gäller både numerär bemanning och tillgång till adekvat kompetens.

Ekonomiska incitament kan understödja den önskade utvecklingen men de kan lika väl oavsiktligt motverka det personcentrerade, teambaserade arbete i

sammanhållna vårdkedjor och det systematiska utvecklingsarbete som är eftersträvansvärt för ett patientsäkert arbetssätt. Hur de ekonomiska styrsystemen utformas bör därför utredas och övervägas noga innan förändringsarbetet påbörjas, så att den önskvärda utvecklingen och de önskvärda arbetssätten understöds.

Beslut om detta yttrande har fattats av generaldirektören Olivia Wigzell. I den slutliga handläggningen har avdelningscheferna Urban Lindberg, Mona Heurgren, Erik Höglund, Lars-Torsten Larsson, Jenny Rehnman, Natalia Borg och Pär Ödman och enhetschefen Mattias Fredricson deltagit. Utredaren Ellinor Cronqvist har varit föredragande.

SOCIALSTYRELSEN

Olivia Wigzell

Ellinor Cronqvist