

Hälsovård

En analys från Svensk Subsidiaritet

Björn Kenneth Holmström • april 2026
svensksubsidiaritet.se

Hälsa: medikaliseringsparadoxen

Behandlingsfällan – varför kostnader skalar men inte hälsa

Sverige lägger cirka 11 % av BNP på hälso- och sjukvård, en siffra som väntas stiga till 20 % år 2040. Samtidigt ökar förskrivningen av antidepressiva läkemedel, över 100 000 patienter väntar längre än vårdgarantin medger, och 40 % av vårdpersonalen överväger att lämna yrket. Detta är inte en resursbrist – det är ett **arkitektoniskt kategorifel**.

Paradoxen: Vi har medicinsk spetskompetens för akuta tillstånd, men kroniska sjukdomar, psykisk ohälsa och ensamhet breder ut sig. Systemet är optimerat för att behandla sent upptäckt sjukdom, medan de faktorer som skapar hälsa – relationer, syfte, rörelse, kost och gemenskap – systematiskt urholkas.

Den cybernetiska analysen: Hälsa uppstår ur miljontals vardagliga interaktioner. Sjukvården är ett verktyg för att hantera sjukdom, inte för att skapa hälsa. När 97 % av resurserna går till behandling och endast 3 % till hälsans grundläggande bestämningsfaktorer bryter vi mot **Ashbys lag om erforderlig variation:** styrinstrumentet (medicinsk intervention) saknar den bredd och flexibilitet som krävs för att hantera systemet (folkhälsan). Resultatet är eskalerande kostnader utan motsvarande förbättring av folkhälsan.

Aktiva systemfel (i korthet)

- **Medikalisering av livet:** Normal sorg, åldrande och livsövergångar görs till medicinska problem. Över 25 % av svenska kvinnor tar antidepressiva – en signal om att sociala behov farmakologiseras.
- **Kostnadsökning utan resultat:** Administrativ överbyggnad slukar resurser, medan prevention förblir underfinansierad. Att förebygga diabetes typ 2 kostar en bråkdel av att behandla den, men systemet är låst vid det dyrare spåret.
- **Professionellt grindvaktande:** Licensmonopol blockerar samhällsbaserade lösningar som kamratstöd, trots bevisad effekt.
- **Geografisk ojämlikhet:** Specialistvård koncentreras till städer, vilket skapar vårdökningar på landsbygden.
- **Datainläsning:** System som Cosmic och 1177 centraliserar information och hindrar individer från att dra nytta av sina egna hälsodata.

Subsidiaritetsbaserade åtgärder

Här följer fem åtgärdsområden som flyttar makt och resurser närmare människan. Varje område har en egen sida med konkreta piloter, budgetförslag och analys av förväntat motstånd.

Åtgärd	Kort beskrivning
→ Gemenskapshälsoringar	Nätverk för kamratstöd vid psykisk ohälsa, diabetes, ensamhet och föräldraskap. Deltagare får använda friskvårdsbidrag för medlemskap.
→ Hälsoguides via folkbildning	Certifieringsutbildning för hälsocoacher som arbetar förebyggande i kommuner, bibliotek och bostadsområden – till en tiondel av läkarkostnaden.
→ Hälsokapitalkonton	En personlig pott (t.ex. 3 000–5 000 kr/år) för godkända preventiva åtgärder. Outnyttjade medel sparas till nästa år.
→ Social förskrivning	Vårdpersonal får möjlighet att förskriva gemenskapsaktiviteter, naturvistelse och kultur – vid sidan av eller istället för läkemedel.
→ Distribuerad vårdinfrastruktur	Omvandla vårdcentraler till hälsocenter med team av hälsoguides, sjuksköterskor, dietister och läkare. Placera dem i bibliotek och medborgarhus.

Implementering: från arkitektur till handling

Fas 1 (1–3 år)

- Tre pilotkommuner (urban, förort, landsbygd) testar hälsoringar och social förskrivning.
- Första kullen hälsoguides utbildas via folkhögskolor och studieförbund.
- Digital plattform för att hitta hälsoringar och boka hälsoguides utvecklas.

Fas 2 (3–7 år)

- Kommunala hälsoutfallsmått införs, vilket styr om finansiering från vårdvolym till folkhälsa.
- Regulatoriska ramverk för hälsoguides och social förskrivning på plats.
- Krav på hälsofrämjande design i nya bostadsområden (gemensamma kök, promenadstråk, grönytor).

Fas 3 (7–15 år)

- Minst 30 % av sjukvårdsresurserna omfördelas från behandling till prevention.
- Individer får full datasuveränitet över sina hälsodata.
- Hälsokompetens integreras i skola och samhällsliv.

Förväntat motstånd och svar

Farhåga	Svar
”Professionerna kommer att motsätta sig avkvalificering.”	Hälsoguiden kompletterar, inte ersätter, läkare och sjuksköterskor. De avlastar så att professionerna kan fokusera på det de är bäst på.
”Svenskar litar på expertis – kamratstöd känns osäkert.”	Kamratstöd används redan framgångsrikt inom missbruksvård och psykiatri. Certifiering och integration med vården garanterar kvalitet.
”Prevention lönar sig först på lång sikt.”	Det nuvarande systemet är finansiellt ohållbart. Övergångskostnader är en bråkdel av kostnaden för fortsatt expansion.
”Regionerna kommer att stoppa detta.”	Försöksverksamhet kan starta i kommunal regi, utan regionernas tillstånd. Framgångsrika piloter skapar politiskt tryck underifrån.

Den svenska fördelen

Sverige har unika förutsättningar för ett subsidiaritetsbaserat hälsosystem:

- **Digital infrastruktur** – BankID, 1177 och smarta enheter underlättar distribuerad vård.
- **Universell täckning** – ingen försäkringsbyråkrati som blockerar innovation.
- **Folkhälsotradition** – en historisk medvetenhet om hälsans sociala bestämningsfaktorer.
- **Starkt föreningsliv** – perfekt grogrund för hälsoringar och kamratstöd.
- **Kommunalt självstyre** – möjliggör lokala experiment utan nationellt godkännande.

Slutsats: från sjukvårdskonsumtion till hälsoskapande

Svensk sjukvård lider av ett kategorifel: den försöker skapa hälsa med verktyg designade för att behandla sjukdom. Vägen framåt är inte mer centralisering, utan att återföra ansvar och resurser till den nivå där hälsa faktiskt uppstår – i vardagen, i gemenskapen och i det lokala sammanhanget.

Det handlar inte om att montera ned den avancerade sjukvård vi har, utan om att bygga ett komplementärt system som adresserar de 80 % av hälsans bestämningsfaktorer som ligger utanför klinikkens väggar. Målet är inte bara allmän sjukvård – utan **allmän hälsa**.

Denna analys tillämpar cybernetiska principer (särskilt Ashbys lag om erforderlig variation) på svensk hälso- och sjukvård. För detaljerade åtgärdsplaner, se respektive undersida.

Gemenskapshälsoringar

[← Tillbaka till huvudartikeln](#)

Sammanfattning: Nätverk av kamratstödsgrupper (hälsoringar) fokuserade på specifika hälsoutmaningar: psykisk ohälsa, reversering av typ 2-diabetes, ensamhet bland äldre, stöd efter förlossning, och kronisk smärta. Ringarna leds av utbildade lekmän (cirkelledare) och är öppna för alla som vill delta. Deltagande kan finansieras via omdirigerade friskvårdsbidrag eller social förskrivning från vårdcentral. Målet är att återta den sociala domänen av hälsa – att skapa sammanhang, mening och praktiskt stöd utanför den medicinska sfären. Modellen bygger på svensk föreningslivstradition och internationell evidens för kamratstödet effektivitet.

Mekanismen

Idag är vårdcentralen ofta den enda instans som erbjuder stöd vid lättare psykisk ohälsa, livsstilsrelaterade sjukdomar eller social isolering. Resultatet blir medikalisering av vardagsproblem och en överbelastad primärvård. Samtidigt finns en stark svensk tradition av studieförbund, nykterhetsrörelse och patientföreningar – men dessa är sällan integrerade med vårdsystemet.

Åtgärden: En **gemenskapshälsoring** är en regelbunden träff (fysisk eller digital) där:

- En utbildad cirkelledare (ofta med egen erfarenhet av tillståndet) faciliterar samtal, kunskapsdelning och praktiska aktiviteter.
- Deltagarna stöttar varandra i att hantera sin situation – oavsett om det handlar om att minska stress, äta bättre, röra på sig eller bryta isolering.
- Ringarna är **icke-kliniska** och ersätter inte medicinsk behandling, men fungerar som ett kraftfullt komplement.
- Finansiering sker genom att **befintliga friskvårdsbidrag** (via arbetsgivare eller region) kan användas för medlemskap i certifierade ringar. Detta kräver inga nya budgetmedel, endast en omdefinition av vad som räknas som friskvård.

Evidensbasen:

- Kamratstöd minskar läkarbesök med 20–30 % för deltagare (Cochrane Review, 2020).
- Diabetesreversering i gruppformat (t.ex. i Storbritannien) har visat sig mer effektivt än individuell rådgivning.
- Social förskrivning i Storbritannien har minskat belastningen på primärvården med i genomsnitt 28 %.

Exempel på hälsoringar:

Typ	Målgrupp	Aktiviteter	Förväntad effekt
Diabetesringen	Personer med typ 2-diabetes eller prediabetes	Kostgenomgång (lågkolhydratkost), promenader, receptdelning	Minskad medicinering, viktnedgång, färre komplikationer
Äldringen	Seniorer som upplever ensamhet	Fika, promenader, högläsning, teknikhjälp	Minskad depression, färre fallolyckor (via ökad rörlighet)
Föräldraringen	Nyblivna föräldrar	Öppet hus, barnvagnspromenader, sömncoachning	Minskad förlossningsdepression, ökat självförtroende
Återhämtningsringen	Personer med lindrig psykisk ohälsa	Samtalsgrupp, mindfulness, sömnhygien	Minskad ångest, färre läkarbesök
Smärtringen	Personer med kronisk smärta	Rörelseövningar, avslappning, kamratstöd	Bättre smärthantering, minskat opioidbehov

Pilotdesign – 3 kommuner först

Pilotfas 1 (år 1-3): Tre kommuner testar modellen med hälsoringar inom minst två kategorier vardera. Finansiering sker genom omfördelning av befintliga friskvårdsmedel samt eventuellt kompletterande projektbidrag.

Kommun	Typ	Hälsoringar	Antal deltagare (mål)	Samarbetspartners
Rinkeby (Stockholm)	Förort med hög ohälsotal	Diabetesringen, Föräldraringen	100	Studieförbundet Vuxenskolan, Rinkeby Folkets Hus, lokala vårdcentraler
Nynäshamn	Mindre stad med blandad befolkning	Äldringen, Återhämtningsringen	80	SPF Seniorerna, Studieförbundet Bilda, kommunens äldreomsorg
Östersund	Regional stad med landsbygdsomland	Smärtringen, Diabetesringen	120	Studieförbundet ABF, Jämtlands läns landsting

Kommun	Typ	Hälsoringar	Antal deltagare (mål)	Samarbetspartners
				lokala gym

Organisationsmodell:

- **Cirkelledarutbildning:** Studieförbunden (t.ex. ABF, Sensus, Vuxenskolan) erbjuder en kort utbildning (2–3 dagar) för blivande cirkelledare. Utbildningen täcker gruppdynamik, grundläggande hälsoinformation (ej medicinsk rådgivning) och administrativa rutiner.
- **Certifiering:** Ringar som uppfyller kvalitetskriterier (utbildad ledare, regelbundna träffar, deltagarinflytande) certifieras av ett nationellt råd (se nedan) och blir berättigade till friskvårdsbidrag.
- **Lokal förankring:** Varje ring samarbetar med en lokal vårdcentral som kan "förskriva" ringen (social förskrivning) till patienter som bedöms ha nytta av kamratstöd.
- **Uppföljning:** Deltagarna fyller i en enkät om välbefinnande (t.ex. WHO-5) vid start och efter 6 månader. Data aggregeras anonymt för utvärdering.

Utvärdering:

- Antal deltagare per ring och kommun (mål: minst 20 deltagare per ring efter 6 månader).
- Förändring i självskattad hälsa (WHO-5).
- Förändring i antal besök på vårdcentral för deltagare jämfört med kontrollgrupp.
- Deltagarnas upplevelse av sammanhang och socialt stöd.
- Kostnad per deltagare jämfört med motsvarande vårdinsats.

Budget och finansiering

Post	Belopp (per kommun, 3 år)	Totalt 3 kommuner
Utbildning av cirkelledare (10 ledare × 3 000 kr)	30 000 kr	90 000 kr
Lokalhyra och material (ringarna använder befintliga lokaler som bibliotek, församlingshem etc.)	20 000 kr/år	180 000 kr
Marknadsföring och rekrytering	15 000 kr	45 000 kr
Utvärdering och forskningsstöd	50 000 kr (engång)	150 000 kr
Ersättning till cirkelledare (arvode, 200 kr/tim, 2 tim/vecka, 40 veckor/år)	16 000 kr/år per ledare	960 000 kr (för 5 ledare per kommun i snitt)

Post	Belopp (per kommun, 3 år)	Totalt 3 kommuner
Totalt per kommun	ca 280 000 kr (över 3 år)	ca 1,4 Mkr

Finansiering:

- **Friskvårdsbidrag:** En anställd kan idag få upp till 5 000 kr/år i friskvårdsbidrag. Genom att certifiera hälsoringar som godkänd friskvård kan deltagarna själva betala en mindre avgift (t.ex. 500 kr/termin) med sitt bidrag.
- **Kommunala folkhälsomedel:** Många kommuner har redan budget för folkhälsoinsatser.
- **Projektbidrag:** Folkhälsomyndigheten eller Allmänna arvsfonden kan finansiera pilotprojekt.

Notera: Detta är en **bråkdelsinvestering** jämfört med kostnaden för ett enda onödigt läkarbesök (ca 2 000 kr) eller en sjukskrivning (ca 100 000 kr per år).

Regeländringar som krävs

1. **Ändring i Skatteverkets regler för friskvårdsbidrag** – Tydliggör att deltagande i certifierade hälsoringar räknas som friskvård. Detta kräver endast ett förtydligande från Skatteverket, inte en lagändring.
2. **Socialtjänstlagen (SoL)** – Förtydliga att kommuner får använda socialtjänstmedel för förebyggande insatser i form av hälsoringar, särskilt för äldre och personer med psykisk ohälsa.
3. **Hälsa- och sjukvårdslagen (HSL)** – Ge regionerna i uppdrag att utveckla rutiner för social förskrivning, där vårdpersonal kan hänvisa patienter till certifierade hälsoringar.
4. **Dataskyddsförordningen (GDPR)** – Ta fram en enkel mall för samtycke så att ringarna kan samla in aggregerad data för utvärdering utan att bryta mot integritetslagstiftning.

Förväntat motstånd och svar

”Det här är inte evidensbaserat – vi ska inte slösa skattemedel på hobbyverksamhet.”

Svar: Tvärtom. Social förskrivning och kamratstöd har en robust evidensbas (se Cochrane Review, NHS England). Att **inte** använda dessa metoder är att slösa skattemedel på dyrare och mindre effektiva insatser.

”Vem tar ansvar om något går fel? Tänk om en deltagare blir sjuk under en promenad?”

Svar: Ringarna är inte medicinsk verksamhet. Deltagarna ansvarar för sin egen hälsa. Cirkelledarna utbildas i grundläggande första hjälpen och rutiner för att kontakta 112 vid akuta situationer. Samma ansvarsfördelning gäller som för vilken promenadgrupp som helst.

”Det här passar bara för redan friska och resursstarka personer.”

Svar: Piloten inkluderar Rinkeby och andra områden med lägre socioekonomisk status. Ringarna är avgiftsfria eller har låg avgift (kan betalas med friskvård). Cirkelledarna rekryteras lokalt och har ofta egen erfarenhet av målgruppens utmaningar.

”Vårdcentralerna kommer inte att samarbeta – de har redan för mycket att göra.”

Svar: Social förskrivning kan initialt vara en enkel hänvisning ("här är en folder om diabetesringen i ditt område"). När vårdpersonalen ser att patienterna mår bättre och återkommer mer sällan, blir incitamentet starkt att fortsätta.

”Finns det svenska exempel?”

Svar: Ja, men inte sammanhållet. **Fontänhusen** (för personer med psykisk ohälsa) bygger på kamratstöd. **Diabetesförbundet** har lokala grupper. **SPF Seniorerna** och **PRO** har promenadgrupper. Det som saknas är systematisk integration med vården och finansiering via friskvård.

Svenska exempel att bygga på

- **Fontänhuset i Stockholm, Göteborg, Malmö** – Medlemsstyrda verksamheter för personer med psykisk ohälsa. Evidens för minskade slutenvårdstillfällen.
- **Diabetes Stockholm** – Lokalföreningar med medlemsträffar, föreläsningar och promenader.
- **SPF Seniorernas promenadgrupper** – Över 10 000 deltagare i hela landet.
- **Riksförbundet HjärtLung** – Kamratstöd efter hjärtinfarkt eller KOL-diagnos.

Vad du kan göra i morgon

Om du är kommunpolitiker: Ta initiativ till ett pilotprojekt med studieförbunden. Utse en kontaktperson för social förskrivning. Avsätt 100 000 kr för att utbilda de första cirkelledarna.

Om du arbetar på en vårdcentral: Börja med att kartlägga vilka lokala föreningar och grupper som redan finns. Skapa en enkel lista som personalen kan dela ut till patienter.

Om du är privatperson: Gå med i en befintlig förening som arbetar med hälsa. Fråga ditt studieförbund om de kan starta en hälsoring inom ditt intresseområde. Anmäl dig som cirkelledare.

[← Tillbaka till huvudartikeln](#)

Hälsoguides via folkbildning

[← Tillbaka till huvudartikeln](#)

Sammanfattning: Certifieringsvägar genom studieförbund och folkhögskolor för hälsoguides – lokalt förankrade coacher som arbetar förebyggande med livsstil, egenvård och social hälsa. Hälsoguides är inte en medicinsk profession utan en kompletterande resurs som avlastar vårdcentralerna och möter människor i deras vardag. Utbildningen är kort (några veckor), praktiskt inriktad och bygger på den svenska folkbildningstraditionen. Målet: att skapa en ny yrkeskategori som kan hantera de 80 % av hälsans bestämningsfaktorer som ligger utanför klinikens väggar – till en tiondel av kostnaden för läkarbesök.

Mekanismen

Idag saknas en mellannivå mellan egenvård och professionell vård. Den som kämpar med stress, sömnproblem, kostförändringar eller ensamhet hänvisas antingen till dr. Google eller till en överbelastad vårdcentral. Resultatet blir att läkare och sjuksköterskor ägnar dyrbar tid åt rådgivning som lika gärna kunde ges av en kunnig lekman, samtidigt som patienter med komplexa behov får vänta.

Åtgärden: En **hälsoguide** är en person med:

- En kortare utbildning (2–4 veckor) via studieförbund eller folkhögskola, med fokus på:
 - Grundläggande hälsoinformation (kost, rörelse, sömn, stress).
 - Motiverande samtal (MI) och coachande förhållningssätt.
 - Kunskap om lokala resurser (föreningar, grönområden, aktiviteter).
 - Etik, integritet och gränser mot medicinsk rådgivning.
- Anställning i kommun, bostadsbolag, bibliotek eller ideell förening.
- Uppdrag att finnas tillgänglig för enskilda samtal, gruppaktiviteter och lotsning i vårdsystemet.

Skillnad mot befintliga yrken:

Yrkesroll	Utbildning	Fokus	Kostnad per timme
Läkare (primärvård)	5,5 år + AT	Diagnos, behandling, förskrivning	~1 200 kr

Yrkesroll	Utbildning	Fokus	Kostnad per timme
Sjuksköterska	3 år	Omvårdnad, provtagning, rådgivning	~700 kr
Hälsocoach (privat)	Varierande, ofta dyra certifieringar	Individuell coaching, ofta kost/rörelse	~800–1 500 kr
Hälsoguide (folkbildning)	2–4 veckor	Livsstilsstöd, gemenskap, lotsning	~150–200 kr

Exempel på arbetsuppgifter:

- Bemannar en "hälsodisk" på biblioteket två eftermiddagar i veckan.
- Leder promenadgrupper för seniorer.
- Hjälper en nybliven diabetiker att tolka kostråd och hitta recept.
- Stöttar en person med lindrig ångest att hitta en passande hälsoring.
- Besöker bostadsområden för att informera om friskvård och lokala aktiviteter.

Pilotdesign – 3 kommuner med olika profiler

Pilotfas 1 (år 1-3): Tre kommuner anställer varsin kull av hälsoguider (4–6 personer) med placering i olika typer av verksamheter.

Kommun	Placering	Antal guider	Målgrupp	Samarbetspartners
Borås	Bibliotek, medborgarkontor	6	Bred allmänhet, med fokus på nyanlända och äldre	Studieförbundet Vuxenskolan, Högskolan i Borås (utvärdering)
Umeå	Bostadsbolaget Bostaden, vårdcentral	4	Hyresgäster i utsatta områden, studenter	Umeå universitet (utbildning), Region Västerbotten
Gotland	Landsbygdsutveckling, bygdegårdar	4	Äldre på landsbygden, lantbrukare	Hela Gotlands folkhögskola, Region Gotland

Utbildningens upplägg:

- **Teori (1 vecka):** Grundläggande hälsoinformation, motiverande samtal, etik och juridik. Genomförs på folkhögskola eller studieförbund.
- **Praktik (1 vecka):** Auskultering på vårdcentral, äldreboende och inom socialtjänst.
- **Specialisering (valbar, 1 vecka):** Äldres hälsa, barn och unga, integration, eller psykisk hälsa.
- **Examination:** Enklare kunskapsprov och praktiskt fall.

Anställningsformer:

- Kommunal anställning (t.ex. inom fritids- eller folkhälsoförvaltning).
- Anställning via kommunalt bostadsbolag.
- Anställning via studieförbund (projektform).
- Arvodering per uppdrag (för redan yrkesverksamma, t.ex. pensionerade sjuksköterskor).

Utvärdering:

- Antal kontakter per guide och månad (mål: 50–100).
- Typ av ärenden (livsstil, psykisk hälsa, lotsning, socialt).
- Förändring i antal vårdcentralbesök i pilotområdet jämfört med kontrollområde.
- Brukarnöjdhet (enkät).
- Kostnad per kontakt jämfört med läkarbesök eller sjuksköterskebesök.

Budget och finansiering

Post	Belopp (per kommun, 3 år)	Totalt 3 kommuner
Utbildning av hälsoguider (10 deltagare × 15 000 kr)	150 000 kr	450 000 kr
Lönekostnader (4 guider × 0,5 tjänst × 350 000 kr/år)	700 000 kr/år	6,3 Mkr (över 3 år)
Handledning och fortbildning	50 000 kr/år	450 000 kr
Material och marknadsföring	30 000 kr/år	270 000 kr
Utvärdering (forskningsstöd)	100 000 kr (engång)	300 000 kr
Totalt per kommun (3 år)	ca 2,8 Mkr	ca 8,4 Mkr

Finansiering:

- **Kommunala folkhälsomedel:** Många kommuner har redan budget för hälsofrämjande arbete.
- **Regionbidrag:** Regionerna kan finansiera piloten som en del av omställningen till Nära vård.

- **EU-medel:** ESF (Europeiska socialfonden) finansierar gärna projekt som skapar nya yrkesroller inom social innovation.
- **Besparingar:** Varje undviket läkarbesök sparar ~2 000 kr. Om varje guide förhindrar 200 läkarbesök per år är investeringen återbetald.

Notera: Detta är en **strategisk investering** som på sikt minskar kostnaderna för både kommun och region.

Regeländringar som krävs

1. **Yrkestitel:** Ansök hos Socialstyrelsen om att **Hälsoguide** blir en skyddad yrkestitel (som undersköterska). Detta kräver en nationell utbildningsstandard och kvalitetssäkring.
2. **Folkbildningsförordningen:** Ge studieförbund och folkhögskolor i uppdrag att utveckla nationella kursplaner för hälsoguides.
3. **Hälso- och sjukvårdslagen (HSL):** Tydliggör att hälsoguides inte omfattas av HSL (de utför inte hälso- och sjukvård), men att de kan verka i nära samarbete med vården.
4. **Sekretess och tystnadsplikt:** Hälsoguides omfattas inte av sjukvårdens stränga sekretess, men bör ha tystnadsplikt enligt avtal. En enkel mall för samtycke och informationshantering tas fram.
5. **Arbetsrätt och kollektivavtal:** Förhandla fram en lämplig lönenivå och anställningsform med fackförbunden (t.ex. Vision, Kommunal).

Förväntat motstånd och svar

”Det här är avkvalificering av vården – vi behöver fler sjuksköterskor, inte fler lekmän.”

Svar: Hälsoguides ersätter inte sjuksköterskor eller läkare. De **avlastar** så att professionerna kan ägna sig åt det de är utbildade för. En sjuksköterska ska inte lägga 20 minuter på att förklara tallriksmodellen för en frisk person – det kan en hälsoguide göra.

”Vem tar ansvar om guiden ger felaktiga råd?”

Svar: Utbildningen betonar tydligt gränsen mot medicinsk rådgivning. Guiden hänvisar alltid till 1177 eller vårdcentral vid symtom. Arbetet sker under handledning av legitimerad personal (t.ex. en sjuksköterska som är tillgänglig för konsultation).

”Det finns redan hälsocoacher – varför ska skattebetalarna finansiera detta?”

Svar: De privata hälsocoacherna når främst resursstarka grupper. Hälsoguider i offentlig regi når hela befolkningen och minskar ojämlikhet i hälsa. Dessutom är det samhällsekonomiskt lönsamt: prevention är billigare än behandling.

”Kommunerna har inte råd med fler anställda.”

Svar: Investeringen är liten jämfört med kostnaden för ohälsa. En enda sjukskrivning kostar kommunen mer än en halvtidstjänst för en hälsoguide under ett helt år. Dessutom kan regionerna delfinansiera eftersom de sparar pengar på minskad vårdkonsumtion.

”Finns det internationella exempel?”

Svar: Ja. **Community Health Workers** i USA och **Social Prescribing Link Workers** i Storbritannien är etablerade yrkesroller med tydlig evidens för minskad vårdkonsumtion och förbättrad folkhälsa.

Svenska exempel att bygga på

- **Hälsocoacher i Region Skåne:** Kortutbildade coacher som arbetar med levnadsvanor på vårdcentraler.
- **Fixartjänster i många kommuner:** Hantverkare som hjälper äldre med praktiska saker – en förebild för en praktisk, lågtröskelroll.
- **Bibliotekens satsning på "Hälsotorg":** Bibliotekarier som lotsar till hälsoinformation – en naturlig samarbetspartner.
- **Folkhälsoguider i Göteborg:** Pilotprojekt där långtidsarbetslösa utbildats till hälsoguider i utsatta områden.

Vad du kan göra i morgon

Om du är kommunpolitiker: Motionera om att införa en försöksverksamhet med hälsoguider i din kommun. Använd befintliga medel för folkhälsa eller arbetsmarknadsåtgärder.

Om du är verksam inom folkbildning: Ta fram en kursplan för hälsoguider och ansök om medel från Folkbildningsrådet. Bjud in kommunen som samarbetspartner.

Om du arbetar på en vårdcentral: Fundera på vilka patientgrupper som ofta återkommer med icke-medicinska behov. Föreslå för din verksamhetschef att ni testar att ha en hälsoguide på plats en dag i veckan.

[← Tillbaka till huvudartikeln](#)

Hälsokapitalkonton

[← Tillbaka till huvudartikeln](#)

Sammanfattning: En personlig, årlig pott (t.ex. 3 000–5 000 kr) som varje invånare kan använda för godkända förebyggande hälsoinsatser: kostrådgivning, rökavvänjning, stresshantering, medlemskap i hälsoringar, eller träningsaktiviteter. Outnyttjade medel sparas till nästa år, vilket skapar en ränta-på-ränta-effekt för långsiktiga hälsoinvesteringar. Modellen flyttar resurser från reaktiv behandling till proaktiv prevention utan att kräva nya skattepengar – den finansieras genom omfördelning av befintliga vårbudgetar och minskade kostnader på sikt. Målet: att ge individer både ekonomiskt incitament och praktisk möjlighet att investera i sin framtida hälsa.

Mekanismen

Dagens system är byggt för att betala för sjukdom, inte för hälsa. Högkostnadsskyddet subventionerar läkarbesök och mediciner, medan den som vill gå en stresshanteringskurs eller köpa grönsaker får betala ur egen ficka. Detta är en strukturell snedvridning som straffar den som försöker hålla sig frisk.

Åtgärden: Ett **hälsokapitalkonto** är ett individuellt konto som:

- Tilldelas varje invånare årligen (t.ex. 3 000 kr för vuxna, 5 000 kr för barn och äldre över 75 år).
- Kan användas för ett brett spektrum av preventiva tjänster och produkter som är vetenskapligt belagda att förbättra hälsa.
- Outnyttjade medel ackumuleras över tid och kan användas senare i livet – t.ex. för rehabilitering, anpassning av bostaden eller förstärkt hemtjänst på äldre dagar.
- Administreras av en nationell myndighet (t.ex. E-hälsomyndigheten) via en digital plattform kopplad till BankID.

Exempel på godkända utgifter:

Kategori	Exempel	Evidens för hälsoeffekt
Fysisk aktivitet	Gymkort, simhall, danskurs, personlig tränare	Minskad risk för hjärt-kärlsjukdom, diabetes, depression

Kategori	Exempel	Evidens för hälsoeffekt
Kost och nutrition	Kostrådgivning (legitimerad dietist), matlagingskurser, abonnemang på recepttjänst	Viktnedgång, förbättrad metabol hälsa
Psykisk hälsa	Mindfulnesskurs, KBT-baserad självhjälp, stresshanteringsprogram	Minskad ångest och depression
Gemenskap och social hälsa	Medlemskap i hälsoringar, föreningsavgifter	Minskad ensamhet, ökat välbefinnande
Prevention av kronisk sjukdom	Rökavvänjning, diabetespreventionsprogram, fallprevention för äldre	Undvikna framtida vårdkostnader

Finansieringsmodell:

Kontona finansieras genom en kombination av:

- Omprioritering av befintliga vårdbudgetar:** En andel (t.ex. 5 %) av regionernas budget för öppenvård öronmärks till hälsokapitalkonton istället för att gå till reaktiv behandling.
- Minskade kostnader på sikt:** När befolkningen blir friskare minskar trycket på akutvård och specialistvård. Besparingarna återinvesteras i systemet.
- Eventuell medfinansiering från arbetsgivare:** Precis som med friskvårdsbidrag kan arbetsgivare toppa upp kontot.

Skillnad mot friskvårdsbidrag:

Aspekt	Friskvårdsbidrag	Hälsokapitalkonto
Målgrupp	Endast anställda	Alla invånare
Administratör	Arbetsgivare	Statlig myndighet
Ackumulering	Nej, "use it or lose it"	Ja, sparas över tid
Användningsområde	Smalt (motion)	Brett (fysisk, psykisk, social hälsa)

Pilotdesign – 3 kommuner eller regioner

Pilotfas 1 (år 1-4): Tre geografiska områden med olika befolkningsammansättning testar modellen med ett startkapital på 3 000 kr per invånare över 16 år.

Område	Invånare (16+)	Budget (3 000 kr/person)	Särskilt fokus
Region Gotland	~50 000	150 Mkr	Helhetsgrepp: ö-struktur underlättar utvärdering och kontroll
Stadsdelen Angered, Göteborg	~40 000	120 Mkr	Socioekonomiskt utsatt område, hög ohälsa
Pajala kommun	~5 000	15 Mkr	Glesbygd, äldre befolkning, långa avstånd till vård

Teknisk lösning:

- **Digital plattform:** En app och webbportal (integrerad med 1177.se) där användaren kan se sitt saldo, söka bland godkända leverantörer och registrera köp.
- **Godkännandeprocess:** Ett nationellt råd (med representation från Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och patientföreningar) godkänner vilka tjänster och produkter som omfattas. Listan uppdateras årligen baserat på evidens.
- **Betalning:** Användaren betalar med vanligt betalkort och laddar upp kvitto i appen, eller så fakturerar leverantören direkt kontot (via ett virtuellt kort kopplat till kontot).
- **Kontroll:** Stickprovskontroller och automatisk flaggning av misstänkta transaktioner.

Utvärdering:

- Användningsgrad av kontot (andel av befolkningen som nyttjar medlen, och inom vilka kategorier).
- Förändring i självskattad hälsa (EQ-5D eller liknande) efter 2 och 4 år.
- Förändring i vårdkonsumtion (primärvårdsbesök, specialistbesök, slutenvård) jämfört med matchade kontrollområden.
- Ackumulerat sparande på kontona (som indikator på framtida preventionspotential).
- Kostnadsanalys: totala kostnader för kontona minus minskade vårdkostnader.

Budget och finansiering (pilotfas)

Post	Gotland	Angered	Pajala	Totalt
Kapital till invånarnas konton (3 000 kr × inv)	150 Mkr	120 Mkr	15 Mkr	285 Mkr
Plattformsutveckling (engång, delas av piloterna)	10 Mkr	10 Mkr	5 Mkr	25 Mkr
Plattformsdrift (per år)	2 Mkr	2 Mkr	1 Mkr	5 Mkr/år

Post	Gotland	Angered	Pajala	Totalt
Administration och support (per år)	3 Mkr	3 Mkr	1 Mkr	7 Mkr/år
Utvärdering och forskning	5 Mkr (engång)	5 Mkr	3 Mkr	13 Mkr
Totalt över 3 år	~180 Mkr	~150 Mkr	~30 Mkr	~360 Mkr

Finansieringskällor:

- **Omfördelning av regionala vårbudgetar:** Pilotregionerna avsätter en del av sin öppenvårdsbudget till kontona. Eftersom kontona förväntas minska öppenvårdsbesöken är detta en kostnadsneutral omställning på sikt.
- **Statliga stimulansmedel:** Regeringen kan skjuta till medel för plattformsutveckling och utvärdering via innovationsmyndigheter (Vinnova, Forte).
- **EU-medel:** Horisont Europa har utlysningar för innovativa hälsofinansieringsmodeller.

Notera: 360 Mkr över tre år motsvarar **0,1 % av Sveriges årliga sjukvårdskostnader**. Det är en mycket liten investering för att testa en modell som kan bromsa den ohållbara kostnadsökningen.

Regeländringar som krävs

1. **Lag om hälsokapitalkonton:** En ny lag som definierar kontots syfte, administration, tillsyn och rättigheter. Lagen bör också reglera att outnyttjade medel är personliga och inte kan utmätas vid skulder.
2. **Ändring i socialförsäkringsbalken:** Tydliggör att uttag från hälsokapitalkontot inte påverkar rätten till sjukpenning, försörjningsstöd eller andra bidrag.
3. **Skattelagstiftning:** Hälsokapitalkontot bör vara skattefritt både vid tilldelning och uttag (likt dagens friskvårdsbidrag). Eventuell ränta på ackumulerat kapital kan beskattas lågt.
4. **Patientdatalagen och GDPR:** Kontot hanterar känsliga personuppgifter (köp av hälsotjänster). En tydlig reglering av dataskydd och samtycke krävs.
5. **Upphandlingsregler:** Eftersom kontot kan användas hos många olika leverantörer behövs ett förenklat upphandlingsförfarande eller ett godkännandesystem istället för traditionell LOU-upphandling.

Förväntat motstånd och svar

”Det här är att kasta pengar på redan friska – de sjuka får ingenting.”

Svar: Alla får samma belopp, men de med störst hälsobehov kan använda pengarna mer strategiskt (t.ex. till rökavvänjning eller diabetesprevention). Dessutom avlastas vården så att de sjuka får kortare köer. Det är ett universellt verktyg som gynnar alla.

”Folk kommer att fuska och köpa godis för pengarna.”

Svar: Endast godkända leverantörer och produkter omfattas. Ett digitalt kontrollsystem med stickprov gör fusk svårt. Erfarenheter från liknande system (t.ex. i Singapore) visar att fusket är marginellt.

”Det här blir dyrt – var ska pengarna tas ifrån?”

Svar: De tas från en redan ohållbart växande vårbudget. Frågan är inte *om* vi ska satsa på prevention, utan *när*. Varje krona som inte satsas på prevention idag kostar sju kronor i framtida vård.

”Det är orättvist att den som redan är frisk får spara pengar till framtiden.”

Svar: Det är just poängen – att belöna och uppmuntra ett hälsosamt liv. Dessutom kan även personer med kronisk sjukdom använda pengarna för att förbättra sin livskvalitet och bromsa sjukdomsförloppet.

”Finns det internationella exempel?”

Svar: Ja. **Singapore** har haft Medisave sedan 1984 – obligatoriska hälsosparkonton som täcker sjukvårdskostnader. **USA** har Health Savings Accounts (HSA) med skattefördelar. **Tyskland** testar personliga hälsobudgetar i pilotprojekt. Sverige skulle vara först i Norden med en universell modell.

Svenska exempel att bygga på

- **Friskvårdsbidraget:** Ett beprövat system för att subventionera träning och motion. Hälsokapitalkontot är en bredare och mer inkluderande version.
- **Kulturscheckar:** Vissa kommuner ger äldre checkar för kulturaktiviteter – en enklare form av öronmärkt konto.
- **Aktivitetskort för barn och unga:** Finns i flera kommuner, ger barn möjlighet att prova på idrotter och fritidsaktiviteter.
- **E-hälsomyndighetens infrastruktur:** Redan etablerad för att hantera digitala recept och hälsodata – kan byggas ut för hälsokapitalkonton.

Vad du kan göra i morgon

Om du är regionpolitiker: Motionera om en förstudie för hälsokapitalkonton i din region. Be regiondirektören utreda finansieringsmöjligheter och administrativa förutsättningar.

Om du är riksdagsledamot: Lämna en motion om att tillsätta en statlig utredning om "Ett nationellt system för hälsokapitalkonton". Använd denna text som underlag.

Om du är tjänsteperson på Folkhälsomyndigheten eller Socialstyrelsen: Initiera ett kunskapsunderlag om evidensen för personliga hälsobudgetar. Bevaka internationella exempel och nätverka med andra länders myndigheter.

Om du är privatperson: Börja föra "hälsobok" över dina preventiva investeringar – vad lägger du på gym, kosttillskott, massage? Fundera över hur mycket du skulle spara om du fick ett dedikerat konto för detta.

[← Tillbaka till huvudartikeln](#)

Social förskrivning

[← Tillbaka till huvudartikeln](#)

Sammanfattning: Social förskrivning innebär att vårdpersonal – läkare, sjuksköterskor, psykologer eller hälsoguidar – kan förskriva icke-medicinska insatser som gemenskapsaktiviteter, naturvistelse, kulturupplevelser eller praktiskt stöd. Patienten får en personlig "social remiss" till en lokal aktivitet eller tjänst, ofta med uppföljning av en länkarbetare. Modellen bygger på insikten att många vårdbesök drivs av sociala behov snarare än medicinska – ensamhet, meningslöshet, ekonomisk oro – och att svaret inte finns i ett piller utan i ett sammanhang. Social förskrivning är redan etablerat i Storbritannien (NHS) och testas i flera svenska regioner. Målet är att avlasta sjukvården, minska medikalisering och ge människor verktyg att förbättra sin livssituation på riktigt.

Mekanismen

En stor andel av besöken på vårdcentraler handlar inte om specifika sjukdomssymtom, utan om diffusa tillstånd som trötthet, oro, nedstämdhet eller smärta utan klar orsak. Bakom dessa symtom ligger ofta sociala faktorer: ensamhet, stress, arbetslöshet, relationsproblem eller brist på meningsfull sysselsättning. Att skriva ut antidepressiva läkemedel eller sjukskrivning är enkelt för vården, men det löser inte grundproblemet – och leder ofta till långvarigt beroende av vårdkontakter.

Åtgärden: Social förskrivning är en strukturerad process där:

- Vårdpersonal identifierar en patient vars hälsoproblem har en tydlig social komponent.
- Tillsammans med patienten formuleras en "social remiss" till en specifik aktivitet: t.ex. en promenadgrupp, ett bokcirkel, volontärbete, en trädgårdsförening eller en kurs i mindfulness.
- En **länkarbetare** (social prescriber) – ofta en hälsoguide, socionom eller särskilt utbildad sjuksköterska – tar över och lotsar patienten till rätt aktivitet, följer upp och stöttar vid behov.
- Patienten deltar i aktiviteten under en period (ofta 8–12 veckor), varefter effekten utvärderas.

Evidensbasen:

- NHS England rapporterar att social förskrivning minskar trycket på primärvården med i genomsnitt 28 % för de patienter som deltar.
- En systematisk översikt (BMJ Open, 2020) fann signifikant förbättring av psykiskt välbefinnande, självupplevd hälsa och social sammanhållning.

- I svenska piloter (t.ex. Region Skåne) har social förskrivning kopplats till minskad förskrivning av antidepressiva och sömnmedel.

Exempel på sociala förskrivningar:

Typ av aktivitet	Exempel	Passar för patient med...
Fysisk gemenskap	Promenadgrupp, stavgång, trädgårdsterapi	Lindrig depression, isolering, övervikt
Kulturella aktiviteter	Körsång, måleri, bokcirkel, teatergrupp	Ångest, stress, meningslöshet
Praktiskt stöd	Fixartjänst, skuld- och budgetrådgivning, digital handledning	Ekonomisk oro, praktiska hinder i vardagen
Naturbaserade insatser	Naturguidning, skogsbad, kolonilott	Utmattning, stress, koncentrationssvårigheter
Meningsfull sysselsättning	Volontärbete, språkkafé, mentorskap	Ensamhet, brist på struktur

Pilotdesign – 3 vårdcentraler i olika kontexter

Pilotfas 1 (år 1-3): Tre vårdcentraler i Region Stockholm testar modellen med dedikerade länkarbetare och ett lokalt nätverk av sociala aktiviteter.

Vårdcentral	Områdestyp	Antal patienter (listade)	Länkarbetare (tjänst)	Samarbetspartners
Vårdcentralen Rinkeby	Socioekonomiskt utsatt förort	12 000	1,0	Rinkeby Folkets Hus, studieförbund, lokala föreningar, socialtjänst
Vårdcentralen Nynäshamn	Mindre stad med landsbygdsomland	15 000	1,0	SPF Seniorerna, friluftsförbundet, kyrkan, kommunens fritidsförvaltning
Vårdcentralen Östermalm	Välbärgad innerstad	10 000	0,5 (för att testa modellen i en kontext med andra förväntningar)	Gym, privata träningsanläggningar, kulturella institutioner, volontärcentral

Processen i detalj:

1. **Identifiering:** Läkare eller sjuksköterska noterar under ett besök att patientens problem har sociala orsaker. Exempel: "Jag är så trött och orkeslös" (egentligen ensam och utan sysselsättning).
2. **Samtycke och remiss:** Patienten samtycker till en social remiss. Vårdpersonalen skriver en kort hänvisning i journalsystemet (mall finns).
3. **Länkarbetaren tar över:** Länkarbetaren kontaktar patienten inom 3 dagar, gör en fördjupad social kartläggning och föreslår tillsammans med patienten en eller flera lämpliga aktiviteter.
4. **Deltagande och uppföljning:** Patienten deltar i aktiviteten. Länkarbetaren stämmer av efter 4, 8 och 12 veckor.
5. **Avslut eller fortsättning:** Efter 12 veckor utvärderas effekten. Om patienten mår bättre och vill fortsätta på egen hand avslutas kontakten med länkarbetaren. Om behov kvarstår kan ny remiss skrivas eller andra insatser provas.

Utvärdering:

- Antal sociala remisser per 1 000 listade patienter och år.
- Andel patienter som fullföljer den sociala aktiviteten (minst 8 av 12 veckor).
- Förändring i självskattad hälsa (EQ-5D) och välbefinnande (WHO-5) efter 12 veckor.
- Förändring i antal vårdbesök (primärvård, akutmottagning) 6 månader före och 6 månader efter interventionen.
- Kostnad per social remiss jämfört med genomsnittlig kostnad för vårdbesök och läkemedel.

Budget och finansiering

Post	Belopp (per vårdcentral, 3 år)	Totalt 3 vårdcentraler
Lön länkarbetare (1,0 tjänst à 450 000 kr/år)	1,35 Mkr	4,05 Mkr (Rinkeby + Nynäshamn heltid, Östermalm halvtid = 2,5 tjänster)
Utbildning av länkarbetare (2 veckor)	30 000 kr	90 000 kr
Handledning och metodstöd	50 000 kr/år	450 000 kr
Marknadsföring och informationsmaterial	20 000 kr/år	180 000 kr
Aktivitetskostnader (vissa aktiviteter kräver avgift, kan subventioneras)	100 000 kr/år	900 000 kr
Utvärdering och forskningsstöd	200 000 kr (engång)	600 000 kr

Post	Belopp (per vårdcentral, 3 år)	Totalt 3 vårdcentraler
Totalt per vårdcentral (3 år)	ca 1,8 Mkr (heltid)	ca 6,3 Mkr

Finansiering:

- **Region Stockholm:** Finansierar länkarbetarnas löner som en del av primärvårdens omställning till Nära vård.
- **Kommunal medfinansiering:** Kommunerna har ett egenintresse av att minska socialtjänstens kostnader för ensamhet och psykisk ohälsa. Kan bidra med lokaler och aktiviteter.
- **Forskningsmedel:** Forte, Vinnova eller Allmänna arvsfonden kan finansiera utvärderingen.

Notera: Kostnaden för social förskrivning är låg jämfört med alternativet. Ett enda akutbesök kostar ~5 000 kr. En sjukskrivning kostar samhället ~100 000 kr per år. Modellen blir snabbt kostnadsneutral eller lönsam.

Regeländringar som krävs

1. **Socialtjänstlagen (SoL):** Förtydliga att kommuner får samverka med regioner kring social förskrivning och att aktiviteter som förskrivas kan finansieras gemensamt.
2. **Hälso- och sjukvårdslagen (HSL):** Ge regionerna i uppdrag att integrera social förskrivning som en del av primärvårdens grunduppdrag. Tydliggör att social remiss är en giltig åtgärd på samma sätt som medicinsk remiss.
3. **Patientdatalagen:** Möjliggör informationsöverföring mellan vårdcentral och länkarbetare (som ofta är anställd av kommun eller ideell organisation) med patientens samtycke. En enkel samtyckesmall tas fram nationellt.
4. **Läkemedelsförmånslagen:** Inte direkt relevant, men en principiell markering att "social aktivitet på recept" jämställs med läkemedel i hälsoekonomiska kalkyler.

Förväntat motstånd och svar

”Det här är inte vårdens uppgift – vi ska diagnostisera och behandla sjukdom, inte ordna bokcirklar.”

Svar: Om en patient kommer till vårdcentralen för att hen är ensam och nedstämd, är det vårdens ansvar att erbjuda den mest effektiva hjälpen. Ofta är det inte ett läkemedel utan ett socialt sammanhang. Att ignorera detta är att svika patienten och slösa med skattemedel.

”Finns det evidens för att detta fungerar i Sverige?”

Svar: Det finns nu flera svenska piloter: Region Skåne har drivit social förskrivning sedan 2019 med positiva resultat. Region Stockholm har testat "Kultur på recept". Utvärderingarna visar på förbättrat välbefinnande och minskad vårdkonsumtion. Vi behöver skala upp, inte uppfinna hjulet igen.

”Det finns inga aktiviteter att förskriva till, särskilt inte på landsbygden.”

Svar: Tvärtom. Sverige har ett rikt föreningsliv, studieförbund, kyrkor och ideella organisationer i nästan varje kommun. Utmaningen är att synliggöra och samordna utbudet. Länkarbetarens uppgift är just att kartlägga och bygga relationer med lokala aktörer.

”Patienterna kommer inte att vilja bli 'förskrivna' till en promenadgrupp – det känns stigmatiserande.”

Svar: Erfarenheter från Storbritannien visar att patienterna uppskattar att bli tagna på allvar och erbjudas ett alternativ till tabletter. Social förskrivning bygger på frivillighet och patientens egen motivation. Länkarbetarens roll är att lyssna och guida, inte att tvinga.

”Hur vet vi att patienten verkligen går dit? Tänk om de bara stannar hemma?”

Svar: Länkarbetaren följer upp och stöttar. Om patienten inte kommer iväg utforskas orsakerna tillsammans – kanske är aktiviteten fel vald, eller så finns det praktiska hinder. Flexibilitet och individanpassning är nyckeln.

Svenska exempel att bygga på

- **Region Skånes "Social förskrivning":** Pilot vid flera vårdcentraler sedan 2019. Utvärdering av Lunds universitet visar minskat antal vårdbesök och förbättrad självskattad hälsa.
- **Kultur på recept i Region Stockholm:** Testats i bland annat Järfälla och på Gotland. Deltagarna har fått gå på teater, konserter och museer med uppföljande samtal.
- **Natur på recept:** Testas i Västra Götalandsregionen, där patienter får guidad naturvistelse som komplement till traditionell behandling vid utmattning och stress.
- **Fixartjänster:** Finns i över 100 kommuner. Seniorer får hjälp med enklare praktiska sysslor – en form av social förskrivning som minskar fallolyckor och isolering.

Vad du kan göra i morgon

Om du är vårdcentralschef: Börja med att kartlägga lokala resurser i närområdet – vilka föreningar, mötesplatser och aktiviteter finns inom gångavstånd? Skapa en enkel lista som personalen kan dela ut.

Om du är regionpolitiker: Motionera om att social förskrivning ska ingå i regionens handlingsplan för Nära vård. Avsätt medel för att utbilda länkarbetare och bygga upp lokala nätverk.

Om du arbetar inom socialtjänsten: Ta initiativ till samverkan med närliggande vårdcentraler. Erbjud era mötesplatser och aktiviteter som en resurs för social förskrivning.

Om du är engagerad i en förening: Kontakta din lokala vårdcentral och berätta om er verksamhet. Erbjud er att ta emot deltagare via social remiss. Ju fler aktiviteter som finns tillgängliga, desto effektivare blir modellen.

[← Tillbaka till huvudartikeln](#)

Distribuerad vårdinfrastruktur

[← Tillbaka till huvudartikeln](#)

Sammanfattning: Omvandla dagens vårdcentraler från sjukdomsfokuserade kliniker till hälsofokuserade center som integrerar flera discipliner och lokaliseras i samhällsutrymmen som bibliotek, skolor, medborgarhus eller köpcentrum. Istället för att koncentrera resurser till stora sjukhuskomplex flyttas primärvården närmare människors vardag – fysiskt, kulturellt och relationellt. Teamen består av hälsoguider, sjuksköterskor, dietister, terapeuter och läkare som arbetar kollaborativt snarare än hierarkiskt. Målet: att göra hälsa till en naturlig del av livet, inte en separat institutionell domän, och att minska den geografiska och sociala ojämlikheten i tillgång till vård.

Mekanismen

Dagens vårdcentraler är ofta lokaliserade i separata byggnader med skyltar som signalerar "här är de sjuka". De är designade för effektiv patienthantering: reception, väntrum, undersökningsrum, ut. Detta är funktionellt för akuta besök men underminerar det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. Många drar sig för att gå till vårdcentralen i "onödan", vilket gör att tidiga tecken på ohälsa ignoreras tills de blir akuta.

Åtgärden: En **distribuerad vårdinfrastruktur** innebär att:

- Primärvårdens resurser sprids ut till flera mindre enheter i lokalsamhället, gärna i lokaler som redan används för andra ändamål (samutnyttjande).
- Varje enhet är ett **hälsocenter** snarare än en vårdcentral. Fokus ligger på att främja hälsa, inte bara behandla sjukdom.
- Teamen är tvärprofessionella och arbetar teambaserat, där hälsoguider och sjuksköterskor hanterar merparten av kontakterna och läkare reserveras för komplexa medicinska bedömningar.
- Lokalerna är inbjudande, lågtröskel och designade för att uppmuntra till spontana besök, samtal och gemenskap.

Jämförelse: Traditionell vårdcentral vs. Distribuerat hälsocenter:

Aspekt	Traditionell vårdcentral	Distribuerat hälsocenter
Plats	Egen byggnad, ofta i utkanten av bostadsområde	Integrerat i bibliotek, medborgarhus, skola, köpcentrum

Aspekt	Traditionell vårdcentral	Distribuerat hälsocenter
Öppettider	8–17, lunchstängt	Anpassade efter lokalsamhällets rytm (kvällar, helger)
Första kontakt	Telefonkö, tidsbokning	Drop-in, hälsodisk, digital bokning
Personal	Läkare, sjuksköterskor, undersköterskor	Läkare, sjuksköterskor, hälsoguides, dietist, kurator, apotekare
Fokus	Diagnos och behandling	Hälsöfrämjande, prevention, egenvård, gemenskap
Atmosfär	Klinisk, steril	Hemtrevlig, inbjudande, informell

Exempel på utformning:

- **Bibliotekshälsan:** I anslutning till biblioteket finns ett par rum för samtal och enklare undersökningar, samt en öppen "hälsodisk" där hälsoguides svarar på frågor om kost, motion, sömn och lotsar vidare.
- **Skolhälsan 2.0:** Skolans elevhälsa kompletteras med en familjecentral där föräldrar kan träffa BVC-sköterska, föräldrarådgivare och hälsoguide i samma lokal som barnets skola.
- **Köpcentrumshälsan:** En lokal i ett köpcentrum eller vid en pendeltågsstation där man kan ta blodtryck, få hälsoråd, hämta ut förskrivna preventionsaktiviteter och träffa en sjuksköterska utan tidsbokning.

Pilotdesign – 3 lokala hälsocenter i olika miljöer

Pilotfas 1 (år 1-4): Tre befintliga vårdcentraler omvandlas till distribuerade hälsocenter med nya lokaler, arbetssätt och teamkomposition.

Pilot	Typ av område	Ny placering	Team (utöver läkare/ssk)	Särskilt fokus
Hammarby Sjöstad, Stockholm	Nybyggd tätort, blandad befolkning	Bottenvåning i bostadshus, granne med bibliotek och park	2 hälsoguides, dietist, fysioterapeut, kurator	Barnfamiljer, stressrelaterad ohälsa
Västerås, Bäckby	Miljonprogramsområde, socioekonomiska utmaningar	Ombyggd skollokal, samlokaliserad med fritidsgård och öppna förskolan	3 hälsoguides (flerspråkiga), familjerådgivare, apotekare	Integration, kronisk sjukdom, psykisk ohälsa

Pilot	Typ av område	Ny placering	Team (utöver läkare/ssk)	Särskilt fokus
Åre kommun	Glesbygd och turism, långa avstånd	Befintlig bygdegård i Duved, kompletterad med digitala vårdrum	1 hälsoguide, distriktssköterska, tillgång till läkare via video	Äldreomsorg, distansöverbryggande teknik

Arbetsätt i praktiken:

- **Hälsodisken:** Bemannas av hälsoguides som tar emot spontana besök, svarar på frågor och hjälper till med digitala vårdkontakter. Ingen tidsbokning krävs.
- **Teamrond:** Varje morgon samlas teamet för att gå igenom dagens patienter och fördela arbetsuppgifter utifrån kompetens. Läkaren fokuserar på komplexa fall, övriga hanterar rådgivning, uppföljning och prevention.
- **Gemensamma aktiviteter:** Hälsocentret arrangerar regelbundet öppna aktiviteter som promenader, matlagningskurser, föräldraträffar och föreläsningar – ofta i samarbete med studieförbund och föreningar.
- **Digital integration:** Alla patienter har tillgång till en digital plattform där de kan se sin hälsoplan, boka tider, chatta med sin hälsoguide och följa sina hälsodata.

Utvärdering:

- Antal besök totalt och fördelning mellan planerade läkarbesök, drop-in, digitala kontakter och gruppaktiviteter.
- Patientnöjdhet (enkät) – upplevd tillgänglighet, bemötande, kontinuitet.
- Förändring i antal akutbesök och sjukhusinläggningar för listade patienter jämfört med kontrollvårdcentraler.
- Personalens arbetsmiljö och sjukfrånvaro.
- Kostnad per listad patient jämfört med traditionell vårdcentral.

Budget och finansiering

Post	Belopp (per pilotcenter, 3 år)	Totalt 3 center
Lokalanpassning och inredning (engång)	2,0 Mkr	6,0 Mkr
Hyra (merkostnad för nya lokaler, efter samutnyttjande)	300 000 kr/år	2,7 Mkr

Post	Belopp (per pilotcenter, 3 år)	Totalt 3 center
IT och digital plattform (engång)	1,0 Mkr	3,0 Mkr
Utbildning av personal i nya arbetssätt	150 000 kr	450 000 kr
Extra personalkostnader (hälsoguidar, fler ssk)	1,5 Mkr/år	13,5 Mkr
Utvärdering och forskningsstöd	500 000 kr (engång)	1,5 Mkr
Totalt per center (3 år)	ca 8,5 Mkr	ca 25,5 Mkr

Finansiering:

- **Region Stockholm / Västmanland / Jämtland Härjedalen:** Piloterna finansieras inom ramen för omställningen till Nära vård. Regionerna kan söka statsbidrag från Socialstyrelsen för "God och nära vård".
- **Kommunal medfinansiering:** Kommunerna har intresse av att minska socialtjänstkostnader och kan bidra med lokaler och personal (t.ex. familjerådgivare).
- **Forskningsmedel:** Forte, Vinnova och EU:s strukturfonder kan finansiera utvärderingen.

Notera: På sikt förväntas modellen vara kostnadsneutral eller billigare per patient tack vare minskad akutkonsumtion, färre sjukhusinläggningar och effektivare resursanvändning.

Regeländringar som krävs

1. **Hälso- och sjukvårdslagen (HSL):** Tydliggör att primärvårdens uppdrag inkluderar hälsofrämjande och förebyggande arbete som kan utföras i samverkan med kommuner och civilsamhälle. Öppna för att primärvård kan bedrivas i lokaler som samutnyttjas med andra verksamheter.
2. **Lagen om läkarvårdsersättning och vårdval:** Anpassa ersättningsmodellerna så att de premierar teambaserat arbete, prevention och kontinuitet, inte bara antal läkarbesök.
3. **Plan- och bygglagen (PBL):** Inför krav på att nya bostadsområden och samhällsfastigheter ska innehålla utrymmen för hälsocenter eller liknande hälsofrämjande funktioner.
4. **Offentlighets- och sekretesslagen:** Möjliggör smidig informationsdelning mellan region, kommun och civilsamhälle när patienten samtycker. En enhetlig samtyckesmodell tas fram.
5. **Arbetsmiljölagen:** Anpassa regelverket för att underlätta för personal att arbeta i tvärprofessionella team och i lokaler utanför traditionella vårdmiljöer.

Förväntat motstånd och svar

”Det här blir dyrare – fler lokaler och mer personal.”

Svar: Investeringen i lokaler och fler hälsoguider vägs upp av minskad efterfrågan på dyrare specialistvård och akutbesök. Dessutom möjliggör samutnyttjande av lokaler lägre hyreskostnader per kvadratmeter.

”Patienterna vill träffa en läkare, inte en hälsoguide.”

Svar: De som behöver läkare ska få träffa läkare – och de kommer att få kortare väntetider eftersom läkaren avlastas. Många patienter är dock lika nöjda (eller nöjdare) med att få snabb hjälp av en kunnig hälsoguide för sina icke-medicinska behov.

”Det blir rörigt med olika professioner – vem har ansvaret?”

Svar: Tydliga rollbeskrivningar och teamarbete minskar risken för missförstånd. Läkaren har fortsatt det medicinska ansvaret för patientens vårdplan, men genomför inte alla moment själv. Modellen liknar den som redan används inom avancerad hemsjukvård (ASIH) och ger hög patientsäkerhet.

”Landsbygden kan inte få samma utbud som staden.”

Svar: Distribuerad infrastruktur handlar inte om att kopiera stadens modell, utan att anpassa efter lokala förutsättningar. I glesbygd kan ett hälsocenter vara en kombination av digitala tjänster, mobila team och en fysisk mötesplats i bygdegården. Det viktiga är att resurserna finns nära människorna, inte att byggnaden är stor.

”Finns det evidens för att detta fungerar?”

Svar: Ja, från flera håll. **Nuka-modellen** i Alaska har minskat akutbesök med över 50 % genom teambaserad primärvård. **Buurtzorg** i Nederländerna har revolutionerat hemsjukvården med självstyrande team. **Jönköpings län** har länge arbetat med Esther-modellen för sammanhållen vård. Det som saknas är en systematisk svensk tillämpning av dessa principer i primärvården.

Svenska exempel att bygga på

- **Nära vård-omställningen:** Den nationella reformen för att flytta vården närmare patienten. Distribuerad vårdinfrastruktur är ett konkret sätt att realisera visionen.
- **Familjecentraler:** Samlokalisering av mödravård, barnavård, öppen förskola och socialtjänst. Fungerar bra men når bara barnfamiljer. Konceptet kan breddas till alla åldrar.

- **Digitala vårdcentraler (t.ex. Kry, Min Doktor):** Visar att många vårdkontakter kan ske digitalt och att fysisk närvaro inte alltid är nödvändig.
- **Sjukhusbibliotek och hälsotorg:** Redan etablerade lågröskelverksamheter som kan utgöra kärnan i ett distribuerat hälsocenter.

Vad du kan göra i morgon

Om du är regionpolitiker: Besök en befintlig familjecentral eller ett hälsotorg. Fråga verksamhetschefen vad som krävs för att skala upp modellen till alla åldrar. Ta med insikterna till nästa budgetberedning.

Om du är vårdcentralchef: Börja med att frigöra tid för dina sjuksköterskor att arbeta mer förebyggande. Identifiera en lokal samarbetspartner (bibliotek, studieförbund) och arrangera en gemensam temadag om hälsa.

Om du är kommunal tjänsteperson: Inventera kommunens lokaler som skulle kunna samutnyttjas för hälsofrämjande verksamhet. Bjud in regionen till ett samverkansmöte om gemensamma lokaler.

Om du är arkitekt eller samhällsplanerare: Börja skissa på hur ett integrerat hälsocenter skulle kunna se ut i just din kommun. Använd sociala hållbarhetskrav i detaljplaner för att reservera ytor för hälsa.

[← Tillbaka till huvudartikeln](#)

Denna analys är en del av Svensk Subsidiaritetets arbete för ett mer distribuerat och resilient Sverige.
svensksubsidiaritet.se