

Välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvård och tandvård

Slutredovisning av uppdrag att kartlägga och
analysera regioner och kommuners arbete mot
välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvården
och tandvården

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2024-9-9224

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, september 2024

Förord

Socialstyrelsen redovisar i denna rapport en kartläggning och analys av kommuners och regioners arbete mot välfärdsbrottslighet i hälso- och sjukvården och tandvården. I uppdraget har regeringen även bitt Socialstyrelsen att undersöka vilka behov av stöd som regioner och kommuner efterfrågar i sitt arbete mot välfärdsbrottslighet och att föreslå insatser som Socialstyrelsen, eller andra statliga myndigheter, kan göra för att stötta dem.

I april 2024 presenterade Socialstyrelsen en delredovisning av uppdraget till regeringen. I delredovisningen beskrev vi resultatet av uppdraget som handlar om att kartlägga välfärdsbrottslighet samt regioners och kommuners insatser och åtgärder för att förebygga, förhindra och upptäcka sådan brottslighet. Delrapporteringen omfattade även regionernas och kommunernas behov av stöd i arbetet mot välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvården och tandvården. Denna slutredovisning innehåller en mer heltäckande och detaljerad kartläggning samt förslag på insatser för att stötta kommuner och regioner i arbetet mot välfärdsbrottslighet.

Rapporten är en slutredovisning av regeringsuppdraget. Projektledare har varit Johan Lantto och Malin Lindström. Petra Rinman har varit ansvarig enhetschef.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
Bakgrund och genomförande	11
Användningen av begreppet välfärdsbrottslighet i rapporten	11
Avgränsningar av uppdraget	12
Kommuner har ett lagstadgat ansvar att arbeta brottsförebyggande ...	12
Metod och genomförande	13
Disposition	14
Kapitel 1: Resultat	15
Riskfyllda eller särskilt utsatta områden för välfärdsbrottslighet	16
Risker och utmaningar inom den regionalt finansierade tandvården	16
Risker och utmaningar kopplade till läkemedelsförskrivning och läkemedelshantering	19
Risker och utmaningar kopplade till digital utomlänsvård	21
Risker och utmaningar kopplade till intygsutfärdande	22
Risker kopplade till enskilda yrkesutövare	23
Faktorer som kan påverka riskerna för oegentligheter och välfärdsbrottslighet	25
Fast eller rörlig ersättning kan skapa olika incitament till fusk eller överutnyttjande	25
Olika styr- och upphandlingsformer är förknippade med olika risker	26
Regioners och kommuners insatser för att förebygga, förhindra och upptäcka välfärdsbrottslighet	27
Regionernas insatser	27
Kommunernas insatser	29
Regionerna och kommunerna involverar sällan rättsväsendet vid misstankar om välfärdsbrott	29
SKR har nätverk för samverkan mot välfärdsbrottslighet	30
Välfärdsbrottslighetens omfattning och konsekvenser	31
Svårt att bedöma omfattningen på välfärdsbrottsligheten, men tecken finns på att den ökar	31
Välfärdsbrottslighetens konsekvenser för patientsäkerhet och kvalitet.	31
Välfärdsbrottslighetens relation till annan organiserad brottslighet	32

Svårt att avgöra vad identifierad förekomst beror på.....	33
Regioner och kommuners efterfrågan på statliga insatser	34
Efterfrågan på mer nationell rådgivning och samordning.....	34
Synpunkter och förslag på hur statliga myndigheters arbete kan utvecklas enligt regionerna och kommunerna	35
Bättre tillgång till registerinformation kan underlätta arbetet mot välfärdsbrottslighet	38
Förslag på författningsförändringar från regioner och kommuner	38
Kapitel 2: Förslag, insatser och analys	40
Förslag och insatser för att stödja och underlätta arbetet mot välfärdsbrottslighet	41
Förslag om att bilda ett forum för lärande om välfärdsbrottslighet.....	41
Sammanställning av tillgängligt stödmaterial.....	45
Kontroll av blivande hälso-och sjukvårdspersonal inför legitimation.....	46
Analys av systemet med arbetsplatskoder och förskrivarkoder	48
Koder för att förskriva läkemedel	48
Socialstyrelsens bedömning.....	51
Kostnadsberäkningar för förslaget att bilda ett forum för lärande om välfärdsbrottslighet	52
Referenser.....	53
Bilaga 1: Sammanfattning av tidigare och pågående utredningar och förslag	54
Bilaga 2: Sammanställning av stödmaterial för arbetet mot välfärdsbrottslighet	57
Bilaga 3: Statistik i tandhälsoregistret	60

Sammanfattning

Kunskapen om välfärdsbrottslighet har ökat under de senaste åren, och flera stora utredningar har nyligen lämnat förslag på sätt att motverka sådan brottslighet. Däremot har det saknats särskilda undersökningar av välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvården och den regionala tandvården. På uppdrag av regeringen redovisar Socialstyrelsen därför i denna rapport resultaten av vår kartläggning och ger förslag på sätt att stödja och underlätta arbetet mot denna brottslighet.

Det finns områden som är riskfyllda eller särskilt utsatta för välfärdsbrottslighet

Vissa verksamheter är enligt regionerna riskfyllda eller särskilt utsatta för välfärdsbrottslighet. Det handlar om delar av den regionalt finansierade tandvården¹ som beskrivs som utsatt för överbehandling och felfakturering. Regionerna och kommunerna har även uppmärksammat felaktigheter inom läkemedelsförskrivning och läkemedelshantering. Digital utomlänsvård beskrivs också vara förknippat med risker, bland annat då faktureringen kan ske i flera led vilket försvårar för regionernas kontroller. Vidare har regionerna och kommunerna identifierat felaktigheter och oegentligheter kopplat till intyg från sjukvården.

Arbetet mot välfärdsbrottslighet skiljer sig åt

Det finns skillnader i hur aktivt regionerna och kommunerna arbetar mot välfärdsbrottslighet.

Samtliga regioner som ingått i kartläggningen har ett internt kontrollarbete som innebär att de bland annat följer upp ingångna avtal och granskar fakturor. Utöver detta bedriver regionerna i olika grad ett riktat arbete mot välfärdsbrottslighet. En förklaring till skillnaderna i aktivitet kan vara resursbrist, men även att regionerna gör olika bedömningar av risken för välfärdsbrottslighet.

¹ Statligt finansierad tandvård har legat utanför kartläggningens avgränsningar.

De kartlagda regionerna kan delas in i tre grupper:

- Ett mindre antal regioner, primärt storstadsregioner, bedriver sedan några år tillbaka ett aktivt och strukturerat arbete mot välfärdsbrottslighet. Dessa regioner har bildat enheter som arbetar mot välfärdsbrottslighet.
- Merparten av de regioner som vi kartlagt har nyligen initierat ett mer aktivt och strukturerat arbete mot välfärdsbrottslighet.
- Enstaka regioner har inte initierat något aktivt och strukturerat arbete mot välfärdsbrottslighet.

En kartläggning av Brottsförebyggande rådet [1] visar att kommunernas arbete mot välfärdsbrottslighet primärt är inriktat mot företag och föreningar som erbjuder exempelvis hemtjänst, personlig assistans och LSS-verksamhet (verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS). Inom dessa områden utgör hälso- och sjukvård en mindre del av verksamheten. Socialstyrelsens kartläggning av välfärdsbrottslighet inom kommunal hälso- och sjukvård visar att kommuner även gör insatser för att motverka oegentligheter och felaktigheter som är kopplade till hälso- och sjukvårdspersonalens uppgifter, främst felaktig läkemedelshantering men även felaktigt intygsutfärdande.

Konsekvenser för patientsäkerhet och kvalitet

Välfärdsbrottslighetens konsekvenser för patientsäkerhet och vårdkvalitet varierar, enligt flera regioner, beroende på utformningen av det ersättningssystem som används. Får vårdgivaren en fast ersättning kan den exempelvis underlåta att genomföra arbetsuppgifter för att spara pengar, så som att inte genomföra undersökningar eller skicka prover till analys. Får vårdgivaren istället en rörlig ersättning kan den genomföra onödigt många eller omotiverade behandlingar. Regioner har exempelvis identifierat vårdgivare som genomfört omfattande tandvårdsbehandlingar på personer i livets slutskede. Vår kartläggning visar även att de regioner som arbetar aktivt och strukturerat mot välfärdsbrottslighet ofta upptäcker brottsligheten genom bristande vårdkvalitet eller patientsäkerhet.

Svårt att bedöma omfattningen på välfärdsbrottsligheten, men tecken finns på att den ökar

Kartläggningen visar att regionerna identifierat välfärdsbrottslighet i olika stor utsträckning. Flera av de som arbetar mot välfärdsbrottslighet i regionerna och vid statliga myndigheter uppfattar att brottsuppläggen blir fler och mer avancerade, och att problemet ökar inom hälso- och sjukvård och tandvård. De regioner som arbetar aktivt och strukturerat mot välfärdsbrottslighet har även, i enstaka fall, upptäckt kopplingar till

organiserad brottslighet. Samtidigt finns det regioner som inte upptäckt någon brottslighet alls. En bidragande förklaring till att regionerna identifierat välfärdsbrottslighet i olika grad är att de i olika grad genomför insatser för att upptäcka brottsligheten. Det saknas dock kvantitativa uppgifter för att bedöma omfattningen och utvecklingen av välfärdsbrottsligheten inom hälso- och sjukvården och den regionalt finansierade tandvården.

Regioner och kommuner efterfrågar nationell rådgivning och samordning

Regioner och kommuner efterfrågar mer praktiskt stöd från statliga myndigheter i arbetet mot välfärdsbrottslighet. Det kan handla om utbildning, erfarenhetsutbyte med myndigheter och konkreta tips på arbetsmetoder när de misstänker eller har konstaterat oegentligheter. Regionerna och kommunerna vill också ha möjlighet att få råd och stöd i hanteringen av specifika ärenden, exempelvis juridiskt stöd. Kartläggningen visar också att efterfrågan på stöd hänger ihop med hur utvecklat arbetet mot välfärdsbrottslighet är i regionerna och kommunerna.

Många som arbetar mot välfärdsbrottslighet i regioner och kommuner anser även att det krävs mer nationell samverkan mellan olika aktörer för att framgångsrikt upptäcka, förhindra och förebygga välfärdsbrottslighet.

Vidare ger regioner och kommuner förslag på sätt att förändra lagstiftningen och statliga myndigheters arbete i syfte att underlätta arbetet mot välfärdsbrottslighet.

Förslag och insatser för att underlätta arbetet mot välfärdsbrottslighet

Socialstyrelsen föreslår ett forum för lärande

Socialstyrelsen föreslår att insatser vidtas för att bättre ta tillvara och sprida den kunskap i arbetet mot välfärdsbrottslighet som redan finns hos regionerna, kommunerna och de statliga myndigheterna.

Socialstyrelsen föreslår därför att regeringen ger i uppdrag till Socialstyrelsen att bilda ett forum för lärande och kunskapsspridning om välfärdsbrottslighet. Vi föreslår att forumet drivs i form av ett pilotprojekt i två år och därefter utvärderas.

Det praktiska arbetet inom forumet föreslås inledningsvis handla om att anordna seminarier för att sprida kunskap och stödmaterial från olika myndigheter, men också för att regioner och kommuner ska få möjlighet att lära av varandra. Innehållet i verksamheten ska kunna anpassas efter

kunskapsnivån inom kommunerna och regionerna och vi bedömer att det även kan vara intressant för personer som arbetar mot välfärdsbrott inom andra välfärdsområden, exempelvis socialtjänsten.

Socialstyrelsen föreslår att myndigheten får en ledande och samordnade roll i arbetet med forumet, men myndigheten välkomnar övrig statlig medverkan för att planera arbetet. Socialstyrelsen ser särskilt att de rättsvårdande myndigheterna har en viktig roll i samverkan. För att genomföra förslaget kommer Socialstyrelsen behöva bygga upp kompetens inom myndigheten om välfärdsbrottslighet och arbete mot sådan brottslighet.

Socialstyrelsen har sammanställt en lista på stödmaterial

Regioner och kommuner har svårt att hitta stöd för arbetet mot välfärdsbrottslighet. Socialstyrelsen har därför kartlagt och sammanställt stödmaterial från nationella myndigheter och organisationer, se bilaga 2. Flera av materialen kan användas för att identifiera välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvården och tandvården.

Socialstyrelsen avser att informera om myndighetens legitimationsprocesser

Regionerna och SKR efterfrågar ytterligare kontroller inför legitimation och uppföljningar av legitimerade yrkesutövare då regionerna uppger att de identifierar att personer erhållit legitimation på falska grunder.

Socialstyrelsens legitimationsprocesser är kvalitetssäkrade och följer gällande regelverk. Myndigheten genomför de kontroller som är möjliga inom ramen för nuvarande nationella och europeiska regelverk. De flesta av problemen som lyfts av regioner och kommuner ligger inom annan myndighets ansvarsområde, inom ramen för tillsyn över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Socialstyrelsen ser dock ett behov av att genomföra en särskild informationsinsats riktade till regioner och kommuner avseende myndighetens legitimationsprocess. Detta i syfte att kunskapshöja och stärka regioner och kommuner i hur de som arbetsgivare bör och kan agera om de till exempel misstänker att en person erhållit legitimation på falska grunder. Det pågår planering av sådana informationsinsatser.

Socialstyrelsen välkomnar översyn av regler för läkemedelsförmåner

Felaktigt utnyttjande av läkemedelsförmånerna pekas av regioner ut som ett område där det förekommer eller finns risker för brottslighet eller

oegentligheter. För att kunna förskriva läkemedel som finansieras av läkemedelsförmånerna krävs att en vårdgivare har så kallad förskrivarkod och arbetsplatskod. Socialstyrelsen bedömer att systemet med dessa koder gör det svårt att på regional och nationell nivå följa upp läkemedelsförskrivningen för att identifiera exempelvis överförskrivning. Socialstyrelsen har analyserat vilka möjligheter myndigheten har att upphäva arbetsplatskoder för att motverka exempelvis överförskrivning av läkemedel, men bedömer att det kräver förändringar i lag eller förordning för att detta ska vara möjligt.

Socialstyrelsen välkomnar därför att regeringen den 12 september 2024 beslutade om att tillsätta en utredning för att bland annat analysera och ta ställning till om det finns behov av ändringar i regelverket för arbetsplatskoder för att uppnå en mer ändamålsenlig hantering av arbetsplatskoderna för att underlätta både regional och nationell uppföljning av läkemedelsförskrivningar.² Myndigheten bedömer att en sådan översyn kan ge bättre förutsättningar för att förhindra missbruk inom läkemedelsförskrivningen.

² Regeringen (Socialdepartementet) Kommittédirektiv En översyn av vissa frågor om dokumentation, begränsningar och tillsyn avseende läkemedelsförskrivningar. Protokoll vid regeringssammanträde 2024-0912, S2023/02690, S2024/01589.

Bakgrund och genomförande

Regeringen gav i november 2023 Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga och analysera kommuners och regioners arbete mot välfärdsbrottslighet i hälso- och sjukvården och tandvården (S2023/03096 (delvis)). Enligt uppdraget har sådan brottslighet blivit alltmer märkbart inom hälso- och sjukvården och tandvården. Oseriösa aktörer utnyttjar ersättningssystemen för att finansiera kriminalitet, vilket också kan innebära att patienter riskerar att få bristfällig vård. Hälso- och sjukvården och tandvården står för en betydande del av kostnaderna för regionernas verksamheter och finansieras i huvudsak av skatteintäkter. Regeringen skriver i uppdraget att ett aktivt förebyggande arbete är en förutsättning för att upptäcka och hantera välfärdsbrottslighet.

I Socialstyrelsen uppdrag ingår att

- kartlägga och analysera vilka områden och typer av verksamheter inom hälso- och sjukvården och tandvården som är särskilt utsatta för välfärdsbrottslighet,
- baserat på kartläggningen analysera välfärdsbrottslighetens konsekvenser för hälso- och sjukvården, tandvården och patienter avseende kvalitet och patientsäkerhet,
- kartlägga vilka insatser och åtgärder som kommuner och regioner vidtar för att förebygga, förhindra och upptäcka välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvården, tandvården och vilka behov kommuner och regioner har av ytterligare stöd i detta arbete,
- identifiera vilka möjligheter Socialstyrelsen, eller annan lämplig myndighet, har att stödja kommuner och regioner i arbetet mot välfärdsbrottslighet och föreslå åtgärder för detta ändamål.

Användningen av begreppet välfärdsbrottslighet i rapporten

Det saknas en allmänt vedertagen definition av begreppet välfärdsbrottslighet, men ofta syftar det på att offentliga utbetalningar, t.ex. socialförsäkringar och vård- och omsorgsersättningar, på felaktiga grunder tillfaller en utförare i stället för att finansiera medborgarnas välbefinnande.

Socialstyrelsen bedömer att det i dagsläget inte är möjligt att dra en tydlig gräns mellan brottslig användning av välfärdssystemen och användning som inte är uppenbart brottsligt, men som strider mot intentionen med välfärdssystemen. Brottsförebyggande rådet (Brå) gör en liknande bedömning och konstaterar att det i praktiken ofta är svårt att avgöra vilka felaktigheter som är brottsliga och vilka som inte är det. [1] I vår

kartläggning har vi därför inkluderat både brottsliga handlingar, oegentligheter som inte är uppenbart brottsliga och rena fel.

Avgränsningar av uppdraget

I Socialstyrelsens uppdrag ingår att kartlägga välfärdsbrottslighet inom den kommunala hälso- och sjukvården, som huvudsakligen är avgränsad till vissa grupper: personer som får insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och personer som får insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387), LSS. Kommunal hälso- och sjukvård genomförs oftast som en del av kommunens övriga verksamhet såsom hemtjänst, särskilt boende eller LSS-verksamhet. Socialstyrelsen har därför avgränsat uppdraget till att undersöka välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvård och tandvård i regionerna och kommunerna. Vi undersöker inte välfärdsverksamhet i allmänhet, exempelvis hem för vård eller boende (HVB), LSS-verksamhet eller hemtjänst. Dock ingår den hälso- och sjukvård som eventuellt bedrivs inom dessa verksamheter.

Tandvården finansieras av både staten och regionerna. I uppdraget ingår att undersöka förekomsten av välfärdsbrottslighet inom den regionala tandvården, och vi har avgränsat undersökningen till den regionalt finansierade tandvården. Därmed ingår inte den del av tandvården som finansieras med hjälp av det statliga tandvårdsstödet.

I kartläggningen har kommunerna och regionerna framfört synpunkter på Socialstyrelsens och andra statliga myndigheters arbetssätt kopplat till arbetet mot välfärdsbrottslighet. Socialstyrelsen har analyserat synpunkter som berör Socialstyrelsen, men inte synpunkter som berör andra myndigheter.

Kommuner har ett lagstadgat ansvar att arbeta brottsförebyggande

Sedan den 1 juli 2023 är kommunerna, till skillnad från regionerna, enligt lag skyldiga att arbeta brottsförebyggande. De ska arbeta brottsförebyggande på en övergripande nivå, utifrån lokala förutsättningar och i princip mot alla former av brottslighet, vilket framgår av lagen (2023:196) om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete. I prop. 2022/23:43 står bland annat att kommunerna ska ta fram en lägesbild över brottsligheten som ska utgöra underlag för en åtgärdsplan. Dessutom ska kommunerna ”inom sitt geografiska område ansvara för samordningen av det brottsförebyggande arbetet genom att verka för att skriftliga överenskommelser om samverkan ingås med relevanta aktörer” (prop. 2022/23:43, s. 17 f).

Länsstyrelserna har fått regeringens uppdrag att utveckla det regionala stödet till kommunerna i det brottsförebyggande arbetet, med utgångspunkt i länsstyrelsernas uppgifter enligt förordningen (2016:1258) om regional samordning inom det brottsförebyggande området. Uppdraget ska genomföras i samarbete med Brå.³

I lagen och dess förarbeten står det inte uttryckligen att kommunerna och länsstyrelserna ska arbeta mot den typ av välfärdsbrott som avses i detta regeringsuppdrag. Men kommunernas arbete ska utgå ifrån lokala förutsättningar och ska omfatta all typ av brottslighet inom kommunen, så därmed kan arbete mot välfärdsbrottslighet också bli aktuellt.

Metod och genomförande

Socialstyrelsen har kartlagt tidigare rapporter, utredningar och annat material från offentliga utredningar, myndigheter eller regioner som rör välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvård och tandvård. En närmare redovisning av rapporterna finns i bilaga 1.

Brå publicerade 2022 en utförlig rapport om välfärdsbrott mot kommuner och regioner [1] som täcker in all välfärdsverksamhet i kommuner och regioner och är inriktad på fel och oegentligheter bland företag och föreningar. I rapporten undersöks flera av de frågor som ingår i Socialstyrelsens uppdrag, men hälso- och sjukvård och tandvård särredovisas inte. I denna rapport vill vi bygga vidare på kunskapen om välfärdsbrott som finns och fördjupa oss i välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvård och tandvård. Brå kartlade förekomsten av välfärdsbrottslighet som är kopplad till företag och föreningar som bedriver exempelvis hemtjänst och LSS-verksamhet i kommunerna, medan denna rapport främst tar upp oegentligheter och välfärdsbrottslighet som kan knytas till den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalens arbetsuppgifter, exempelvis oegentligheter i samband med läkemedelshantering eller upptäckten av felaktigt utfärdade intyg.

Kartläggningen omfattar intervjuer med företrädare för elva regioner, som valdes baserat på befolkningsstorlek och geografisk spridning samt huruvida regionerna medverkar i Sveriges Kommuner och Regioners (SKR:s) nätverk för regioner som arbetar mot välfärdsbrottslighet. I urvalet ingår alla regioner som har ett mer aktivt och strukturerat arbete mot välfärdsbrottslighet. De som intervjuats arbetar bland annat med välfärdsbrottslighet, upphandling, ekonomistyrning eller säkerhetsfrågor.

För att kartlägga välfärdsbrottsligheten i kommunerna, och deras behov av stöd, har vi ställt frågor genom Socialchefsnätverket och det nätverk för

³ Uppdrag att utveckla det regionala stödet för kommunerna i det brottsförebyggande arbetet (Ju2023/00475), Justitiedepartementet, Regeringen.

kommuner som arbetar mot välfärdsbrottslighet vid SKR – både skriftliga frågor och muntliga frågor vid möten. Totalt 13 kommuner har inkommit med skriftliga svar. Svaren har därefter följts upp med fördjupade frågor.

Socialstyrelsen redovisar insatser och analyser som myndigheten, med anledning av regeringsuppdraget, genomfört för att underlätta arbetet mot välfärdsbrottslighet. Socialstyrelsen har bland annat sammanställt stödmaterial från nationella myndigheter och organisationer om välfärdsbrottslighet och genomfört en statistisk analys av tandhälsoregistret. I denna rapport redogör Socialstyrelsen inte för insatser som myndigheten sedan tidigare genomfört för att motverka välfärdsbrottslighet.

Samarbete med myndigheter och SKR

Att ta in erfarenheter och kunskap från andra myndigheter har varit en viktig del i genomförandet av uppdraget. Därför har vi intervjuat representanter för Ekobrottsmyndigheten, Polismyndigheten, Upphandlingsmyndigheten, Brå och SKR. Vi har också samverkat och stämt av förslagen med dessa aktörer samt Inspektionen för vård och omsorg (IVO), E-hälsomyndigheten och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV).

Disposition

Det centrala innehållet i denna rapport har delats in i två kapitel: *Resultat* och *Förslag, insatser och analys*.

Kapitlet om undersökningens resultat är indelat i fem avsnitt:

- Riskfyllda eller särskilt utsatta områden för välfärdsbrottslighet
- Faktorer som kan påverka riskerna för oegentligheter och välfärdsbrottslighet
- Regioners och kommuners insatser för att förebygga, förhindra och upptäcka välfärdsbrottslighet
- Välfärdsbrottslighetens omfattning och konsekvenser
- Regioner och kommuners efterfrågan på statliga insatser

Kapitlet om förslag, insatser och analys är indelat i två avsnitt:

- Förslag och insatser för att stödja och underlätta arbetet mot välfärdsbrottslighet
- Analys av systemet med arbetsplats- och förskrivarkoder

Kapitel 1: Resultat

Riskfyllda eller särskilt utsatta områden för välfärdsbrottslighet

I detta avsnitt beskriver Socialstyrelsen områden och typer av verksamheter inom hälso- och sjukvård och tandvård där det enligt regioner eller kommuner förekommer välfärdsbrottslighet eller finns stora risker för sådan brottslighet.

Risker och utmaningar inom den regionalt finansierade tandvården

De regioner som ingår i vår kartläggning identifierar den regionalt finansierade tandvården som särskilt utsatt för välfärdsbrottslighet.

Den regional finansierade tandvården⁴ består huvudsakligen av barn- och ungdomstandvård och tandvård till personer med ett omfattande behov av vård- och omsorgsinsatser. Det är nödvändig tandvård (N), tandvård som ett led i sjukdomsbehandling (S) och tandvård till personer med funktionsnedsättning eller långvarig sjukdom (F). Ekonomiskt stöd inom dessa områden möjliggör för vissa grupper att få tillgång till tandvård och fyller därmed en viktig funktion för den enskilde, likväl som de kan bidra till en mer jämlik tandvård.

Den regionfinansierade vuxentandvården omfattas av fritt vårdval vilket innebär att regionerna inte kan ingå avtal med vårdgivarna. Tandvården styrs genom regionens anvisningar och uppföljningar och av prislistan som beslutas av regionfullmäktige. *S-tandvård* är tandvård som del i medicinsk behandling. Regionerna tillämpar kontroller i form av förhandsgodkännande av bedömningstandläkare som är anställda av regionen. Fakturorna stäms sedan av mot förhandsgodkännandet. *N-tandvård* är uppsökande tandvård för de som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser eller omfattas av LSS. Efter ansökan kan regionen intyga att patienten har rätt till N-tandvård. Tandvården är avtalslös, vilket innebär att vårdgivaren inte behöver ha ett avtal med patientens hemregion. Patienten har rätt att själv välja tandläkare och tandhygienist. *F-tandvård* är riktad till personer som har behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Även F-tandvård kräver intyg från regionen.

⁴ Regler om den regionalt finansierade tandvården finns i 5 – 8 a §§ tandvårdslagen (1985:125) och i 8 och 9 §§ tandvårdsförordningen (1998:1338).

Regionfinansierad tandvård får bedrivas om vårdgivaren är ansluten till Försäkringskassan och det statliga tandvårdsstödet. Verksamheten ska också anmälas till Strålskyddsmyndigheten och IVO, men är inte tillståndspliktig. Regionernas finansiering av tandvården är i nivå med det statliga tandvårdsstödet, cirka 7 miljarder kronor netto 2019, varav kostnaderna för N-, F- och S-tandvård uppgick till sammanlagt 1,2 miljarder kronor. N-tandvården stod för två tredjedelar av kostnaden [2].

Tandvården beskrivs som generellt drabbad av överbehandling och felfakturering

I vår kartläggning framkommer att det primärt är inom N-tandvården och F-tandvården som utmaningar och brister uppmärksammas. De intervjuade regionerna upplever inte att S-tandvården är särskilt utsatt, då det finns en tilltro till systemet med förhandsbedömningar och fakturakontroller.

Flera regioner beskriver att de har upptäckt brister vid granskning av tandvårdsjournaler. Det kan handla om att fakturerad vård inte överensstämmer med journalförd vård eller att den utförda vården inte alltid är lämplig utifrån patienternas behov och allmäntillstånd eller regionens regelverk.

Enligt Utredningen om stärkt stöd till tandvård för våldsutsatta och ökad kontroll över tandvårdssektorn [2] så har Västra Götalandsregionen genomfört en fördjupad granskning av N-tandvården under 2010–2011. Granskningen syftade till att undersöka om tandvården levde upp till förväntad kvalitet enligt regelverket och om vårdgivarens fakturering följde regelverken. Totalt studerades 312 patientärenden. I två tredjedelar av dessa ärenden bedömdes det finnas någon form av ekonomisk eller kvalitetsmässig avvikelse. Patientärenden som berörde privata vårdgivare innehöll fler avvikelser än sådan som berörde offentliga vårdgivare. Den absoluta majoriteten av felen bedömdes vara kvalitetsbrister och inte ekonomisk brottslighet eller bedrägeri.

Enligt samma utredning genomförde Region Stockholm mellan 2019–2020 en granskning av regionens N-tandvård. Regionen granskade över 700 fakturor från 139 vårdgivare. Granskningen syftade till att säkerställa att regionen endast betalade ut ersättning för N-tandvård som hade godtagbar kvalitet och följde Region Stockholms anvisningar för tandvårdsstöd till vuxna. I granskningen kontrollerade regionen att fakturor kunde styrkas av dokumentation och följde regelverken för N-tandvård. Granskningen ledde till att regionen beslutade om att ge helt avslag i 44 procent av fallen och delvis avslag i 34 procent av fallen. Resultatet blev att tandvårdsverksamheterna totalt fick betala tillbaka drygt hälften av de 3,6 miljoner kronor som fakturorna omfattade till regionen. Granskningen visade även att vårdgivare ofta använde en mer omfattande åtgärdskod än

vad som kunde styrkas av dokumentationen. Granskningen kunde inte ge någon tydlig förklaring till detta, men en orsak som nämns i utredningen är att det kan bero på kunskapsbrister kring regelverk och anvisningar, exempelvis kunskapen om vilka åtgärds-koder som ska användas. [2]

En annan återkommande iakttagelse från flera regioner är att behandlingar och åtgärds-koder kombineras på ett otillåtet sätt eller utförs av en yrkesverksam som inte är behörig för att utföra den aktuella åtgärden. Det är ofta svårt för regionen att avgöra om detta beror på ett brottsligt agerande, överutnyttjande eller okunskap. Regionerna beskriver att regelverket är invecklat och att systemstöd för både inrapportering och uppföljning är dåligt utvecklade.

Statistisk analys visar på avvikande mönster i tandhälsoregistret

Socialstyrelsen har gjort en statistisk analys av de regionfinansierade tandvårdsstöden för N- och F-tandvård och det statliga tandvårdsstödet. Resultatet av analysen indikerar på att tandvårdsstöden för N- och F-tandvård kan vara utsatta för överanvändning, vilket kan spåras i den vård som utförts och rapporteras in till registret.

I analysen kan vi se att det förekommer personer som helt saknar tänder ändå får åtgärds-koden för tandextraktion utförd, det vill säga tandborttagning. Fenomenet förekommer både inom Folktandvården och den privata tandvården. Analysen visar även att tandvårdsåtgärder utförts långt efter det att patienten avlidit. Analysen visar på att det förekommer relativt stora avvikande mönster i såväl antal åtgärder per tidsenhet som vilka åtgärder och kombinationer som används i olika regioner. Analysen av tandhälsoregistret utvecklas i bilaga 3.

Regionernas förutsättningar för kontroll och faktiska kontrollrutiner av tandvården

De kartlagda regionerna uppger att de rutinmässigt granskar fakturor, men det varierar om de har tillgång till kvalitetssäkrande systemstöd och hur omfattande de är. Vid misstankar om felaktigheter bestrider regionerna fakturorna eller begär in kompletterande underlag. I vissa fall har de i efterhand upptäckt brister och riktat återkrav mot leverantören. Fördjupade granskningar är dock resurskrävande eftersom de kräver att man samlar in patientjournaler och har kapacitet att göra kvalitativa bedömningar av journalförd vård.

Risker och utmaningar kopplade till läkemedelsförskrivning och läkemedelshantering

Flera regioner har uppmärksammat att felaktig förskrivning av läkemedel förekommer. Intervjuade personer beskriver framför allt problem inom primärvården, men utesluter inte att problematiken även kan förekomma inom den specialiserade vården. Exempel på felaktigheter som har lyfts i intervjuerna med regionerna är:

- överförskrivning och felaktig förskrivning av läkemedel:
 - narkotikaklassade preparat eller andra läkemedel, såsom dopningspreparat eller botulinumtoxin, som förskrivs i mängder som tyder på överförbrukning, överförskrivning eller vidareförmedling till andra användare
- felaktigt nyttjande av läkemedelsförmåner:
 - läkemedel som förskrivs som smittskyddsläkemedel (som är föremål för subvention) trots att indikationen för förskrivningen inte omfattas av smittskydd
 - diabetesläkemedel (som är föremål för subvention) som förskrivs som viktminskningsläkemedel (som inte alltid är föremål för subvention)
 - kosmetiska preparat och dopningspreparat som förskrivs som subventionerade läkemedel utan medicinska skäl, licensläkemedel, off label-läkemedel⁵ och extemporeläkemedel⁶ som förskrivs för behov för vilka det finns godkända läkemedel, i syfte att kringgå begränsningar i läkemedelsförmånen⁷
- förskrivning som gynnar den egna verksamheten:
 - en av regionerna har uppmärksammat att en privat vårdgivare i stor utsträckning förskriver hjälpmedel av ett märke som produceras inom vårdgivarens egen koncern
 - en av regionerna har uppmärksammat att specifika apotek om ofta hänvisar till sjukvården för medicinsk undersökning eller receptförskrivning vid köp av enkla egenvårdsläkemedel. Regionen har misstankar om att dolda överenskommelser kan förekomma mellan apotek och vårdcentral/läkare

Några kommuner skriver att det förekommit svinn eller stölder av läkemedel i verksamheten, och i flera fall är det narkotikaklassade läkemedel som

⁵ Förskrivning av läkemedel utanför godkänd indikation.

⁶ Extemporeläkemedel är läkemedel som tillverkas på beställning om godkända läkemedel inte kan användas.

⁷ Licens är ett försäljningstillstånd till apotek för att sälja ett läkemedel som inte är godkänt i Sverige. Termen ”off label” innebär användning som avviker från den godkända produktresumén, såsom användning på icke godkänd indikation, med avvikande dos eller med avvikande administrationssätt. Extemporeläkemedel är läkemedel som tillverkas av apotek i de fallen godkända läkemedel inte kan användas.

försvunnit. En kommun har haft en del större stölder av läkemedel som har polisanmälts.

Regionernas förutsättningar för kontroll och faktiska kontrollrutiner av läkemedelsförskrivning

Enligt lag (1996:1157) om läkemedelskommittéer ska varje region ha minst en läkemedelskommitté som ska verka för en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning inom regionen. Det varierar hur regionerna har organiserat arbetet och vilka funktioner och professioner som ingår, men alla har en grundläggande kontroll och systematik för att bevaka förskrivningsmönster.

Flera av de intervjuade regionerna beskriver att de är medvetna om risker med felaktig läkemedelsförskrivning och behov av bättre kontroll, men att de saknar kapacitet för detaljerade uppföljningar. Ett par av regionerna beskriver därtill att det finns en oro för felaktigheter, men att de inte vet på vilket sätt de ska utforma effektiva kontroller. Andra regioner beskriver att de har resursstarka läkemedelsenheter som gör omfattande uppföljningar.

Nuvarande system med arbetsplatskoder och förskrivarkoder försvårar regionernas kontroll

För att en vårdgivare ska kunna förskriva läkemedel behövs en så kallad förskrivarkod och en så kallad arbetsplatskod.⁸ Regionerna framför att systemet med dessa koder möjliggör brottslighet och felaktigt utnyttjande av läkemedelsförmånerna, och i vissa fall gör det svårare för regionerna att motverka detta. Exempelvis kan förskrivaren använda olika arbetsplatskoder för att undvika att felaktig förskrivning upptäcks.⁹

Regioner som misstänkt felaktigt utnyttjande av läkemedelsförmånerna har försökt stoppa förskrivningen genom att stänga eller temporärt dra in arbetsplatskoder. Men enligt de nuvarande bestämmelserna går det inte att upphäva arbetsplatskoder på grund av felaktigt utnyttjande av läkemedelsförmåner, exempelvis överförskrivning av läkemedel eller förskrivning utan medicinskt skäl. I avsnittet *Analys av systemet med*

⁸ Förskrivarkod är en personlig kod som förskrivare tilldelas av Socialstyrelsen, exempelvis när hen får sin legitimation, och som alltid ska finnas på ett recept. Arbetsplatskoden anges på receptet för att identifiera förskrivarens organisatoriska tillhörighet vid förskrivningstillfället. Detta beskrivs närmare i avsnitt *Analys av systemet med arbetsplatskoder och förskrivarkoder*.

⁹ SKR och Region Stockholm har även beskrivit problematiken. Se SKR, *Hemställan om åtgärder för att förebygga upptäcka och motverka välfärdsbrottslighet*, dnr SKR2023/02118, s. 6. Region Stockholm. *Identifierade hinder för att effektivt förebygga, upptäcka och stoppa välfärdsbrott inom hälso- och sjukvården*, Hälso- och Sjukvårdsförvaltningen 2023-10-24, s. 5.

arbetsplatskoder och förskrivarkoder beskrivs denna problematik utförligare.

Ett annat problem som regionerna lyfter är att de har begränsad insyn i förskrivningen. Det är verksamhetschefen som har det övergripande ansvaret för den hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs och som ska säkerställa att bland annat patientens säkerhet i vården tillgodoses. En region som exempelvis identifierat att en privat vårdgivare förskrivit onormalt stora mängder läkemedel, och vill undersöka detta närmare, måste begära av verksamhetschefen att få ta del av både avidentifierade patientjournaler och uppgifter om den förskrivande läkaren. Detta uppfattas av regionerna som ett problem, särskilt om det är verksamhetschefen själv som är föremål för granskningen.¹⁰

Risker och utmaningar kopplade till digital utomlänsvård

Regionerna beskriver att digital utomlänsvård är förknippad med risk för brottslighet. Kostnaderna och volymerna för sådan vård har ökat mycket under senare år.

När en patient får vård utanför sin hemregion fakturerar den vårdgivande regionen i regel patientens hemregion för vården. Om vården ges av en privat vårdgivare som har avtal med den vårdgivande regionen så fakturerar vårdgivaren sin beställarregion (sättesregion), som i sin tur fakturerar patientens hemregion. Detta gäller även när vården ges digitalt. Olika regioner kan ge olika hög ersättning till vårdgivare för digitala besök, vilket gör att det kan vara olika lönsamt för en vårdgivare att ge digital vård till patienter beroende på var i landet vården anges vara utförd. Flera av intervjupersonerna i regionerna ser stora risker och problem med den digitala utomlänsvården.

Företrädare för regionerna har identifierat följande områden eller arbetssätt när det gäller digital utomlänsvård, där det förekommer eller misstänks förekomma oegentligheter eller välfärdsbrottslighet:

- Alla undersökningar och behandlingar verkar inte vara medicinskt motiverade. Det kan handla om vad som i sammanhanget förefaller vara orimliga mängder vård, exempelvis barn som får digital vård för artros.
- Vårdgivare som bedriver både fysisk och digital vård registrerar patientbesök i båda ersättningssystemen, alternativt i det system som ger bäst ersättning.

¹⁰ Detta lyfts även av SKR i *Hemställen om åtgärder för att förebygga upptäcka och motverka välfärdsbrottslighet*, dnr SKR2023/02118, s. 5–6.

- Vårdgivare kan ha en fysisk vårdcentral i en region men systematiskt hänvisar patienterna till en digital vårdtjänst med säte i en annan region.
- Det finns tendenser till avtalsoptimering, det vill säga att vårdgivare ingår avtal med olika regioner och sedan styr de digitala patientflödena till den sätesregion som har mest fördelaktigt avtal.

Regionernas förutsättningar för kontroll och faktiska kontrollrutiner av digital utomlänsvård

Alla regioner tycker att de har mycket små möjligheter att kontrollera digital utomlänsvård. Kvantiteterna av utförd vård är för vissa regioner mycket stora och det skulle innebära en stor arbetsinsats att följa upp samtliga fakturor. Underlagen innehåller inte all information som behövs för kontroller, utan de behöver även samla in exempelvis journalutdrag för att bedöma om vården har genomförts enligt avtal och utifrån patientens behov. Faktureringsmodellen med flera led gör det också svårt att hantera återkrav i de fall brister har identifierats. Utan en god uppföljning av den digitala vården blir det också svårt att följa upp kostnadsansvaret för förskrivna hjälpmedel och läkemedel.

De kartlagda regionerna gör stickprovskontroller av fakturor eller kontroller på förekommen anledning. Enstaka regioner har genomfört fördjupade granskningar inom särskilda avtalsområden. En region har avtalat med vårdcentralerna om att de inte får debitera besöksersättning för digital vård, och känner till ytterligare regioner som tillämpar samma princip. Villkoret uppges vara juridiskt oprövat.

Risker och utmaningar kopplade till intygsutfärdande

Flera regioner och kommuner som ingått i kartläggningen har identifierat eller misstänker oegentligheter när det gäller sjukintyg och vaccinationsintyg, eller de försäkringsmedicinska utredningar som regionerna ska göra på begäran av Försäkringskassan.¹¹ Regionerna är i dessa situationer inte utsatta för brott, men utför eller bekostar aktiviteter som i sin tur möjliggör välfärdsbrott mot andra delar av samhället, exempelvis insatser som bekostas av kommunerna eller utbetalningar från myndigheter. Flera regioner pekar ut detta som ett riskområde som behöver kartläggas ytterligare. Att det förekommer felaktigheter i intyg kan också bero på andra felaktigheter än uppsåt till brott, som misstag eller okunskap.

¹¹ Försäkringskassan kan begära en försäkringsmedicinsk utredning för att bedöma en patients rätt till ersättning eller stöd. En försäkringsmedicinsk utredning ska ge en fördjupad beskrivning av sjukdomens konsekvenser för patientens funktionstillstånd och förmåga till aktivitet.

Ett exempel på brottslighet som några regioner har upptäckt är läkare som har utfärdat intyg trots att patienten inte är sjuk. Det kan ske mot mutor eller hot eller otillåten påverkan. Detta behöver särskiljas från läkare som har utsatts för bedrägeri och inte identifierat att patienten simulerar eller överdriver sin ohälsa eller sin funktionsnedsättning. En region upptäckte att en läkare vid flera tillfällen utfärdat intyg om negativa provsvar trots att de i själva verket var positiva.¹²

Felaktiga intyg har även uppmärksammats bland kommunerna. Av kommunernas svar framgår dock inte om det är fråga om intyg som utfärdats av kommunens personal eller om det intyg från andra organisationer, exempelvis läkarintyg från regionerna. Det framgår inte heller alltid syftet med intyget, exempelvis för ansökan om insatser från socialtjänsten, LSS eller sjukskrivningsintyg rörande anställda i kommunen. Ett fåtal kommuner uppger att de har identifierat intyg som är skrivna utifrån individens egna utsagor och inte med medicinskt styrkta skäl. Eftersom frågan besvarats av relativt få kommuner är det dock svårt att veta om svaren är representativa för alla kommuner och hur vanligt det är med felaktiga intyg.

Regioner och kommuners förutsättningar för kontroll och faktiska kontrollrutiner av intyg

Företrädare för regionerna uppger att de ofta har svårt att identifiera oegentligheter kopplat till intygsutfärdande på egen hand och att det finns behov av mer samverkan och informationsutbyte med Försäkringskassan. Sekretesslagstiftningen upplevs som ett hinder för denna samverkan.

Av de kommuner som uppger att de upptäckt felaktiga intyg har några av dem fattat beslut om rutiner för att granska intyg. Av svaren förefaller det oftast vara fråga om att kommunerna granskar läkarintyg, det vill säga inte den egna personalens utfärdande av intyg. Det kan exempelvis handla om att ringa upp ansvarig läkare och säkerställa att intyget är riktigt skrivet. Flera kommuner uppger dock att de inte har några särskilda rutiner för detta.

Risker kopplade till enskilda yrkesutövare

Vissa typer av brott och felaktigheter utförs av anställda och drabbar exempelvis arbetsgivaren. Regionerna och kommuner beskriver följande:

- oegentligheter i samband med inköp av utrustning eller andra avtal med externa leverantörer

¹² Enligt regionen har IVO åtalsanmält läkaren.

- felaktigheter i bemanningsbolags debitering av utförda arbetstimmar; flera regioner uppger att de identifierat eller misstänker stora felaktigheter
- utstuderade schemaupplägg som är till ekonomisk fördel för enskilda medarbetare och till nackdel för arbetsgivaren, exempelvis fördelaktiga upplägg av jourtidsscheman
- oanmälda bisysslor och brott mot arbetstidslagen, exempelvis medarbetare som under fritid eller tjänstledighet verkar som inhyrda konsulter, antingen på den egna arbetsplatsen eller i annan verksamhet
- Regionerna uppger att de identifierar att personer erhållit legitimation på falska grunder.¹³ Flera regioner och SKR anser att Socialstyrelsens kontroller inför legitimationsprocessen och IVO:s kontroller av legitimerad personal behöver utvecklas, se vidare avsnitt *Förslag och insatser för att stödja och underlätta arbetet mot välfärdsbrottslighet*.

¹³ Framkommer även i SKR:s hemställan *Hemställan om åtgärder för att förebygga, upptäcka och motverka välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvård och tandvård*. 2023, s. 8-9.

Faktorer som kan påverka riskerna för oegentligheter och välfärdsbrottslighet

I detta avsnitt beskriver Socialstyrelsen de faktorer som enligt regionerna kan påverka omfattningen eller utformningen av oegentligheter och brottslighet: ersättningsystemets utformning och upphandlingsformerna som tillämpas. I Brås rapport om välfärdsbrott mot kommuner och regioner finns en mer utförlig beskrivning av risker för oegentligheter och välfärdsbrottslighet som är kopplade till upphandlings- och ersättningsmodeller.

Fast eller rörlig ersättning kan skapa olika incitament till fusk eller överutnyttjande

Ersättningsmodellens utformning kan ge olika incitament till välfärdsbrottslighet eller oegentligheter. Inom primärvården tillämpar samtliga regioner en kombination av fast och rörlig ersättning, men ersättningsformerna varierar liksom deras inbördes storlek.

Den övervägande delen av ersättningen i primärvården betalas ut som en *fast ersättning* och baseras på patientens val av exempelvis vårdcentral (så kallad kapitering). En stor, fast ersättning kan skapa incitament till välfärdsbrottslighet, exempelvis genom att vårdgivare inte genomför avtalade insatser eller i första hand riktar in sig på friska individer eller patientgrupper med låg risk för ohälsa (patientselektering). *Rörlig ersättning* är i stället kopplad till antalet besök eller åtgärder. Ersättningens storlek skiljer sig åt beroende på antalet vårdbesök och om det är en listad patient, en annan inomlänspatient eller en utomlänspatient som får vård. Vårdcentralen får som regel en högre ersättning för patienter som inte är listade, eller som är listade på en annan vårdcentral. Den rörliga ersättningen kan skapa incitament till välfärdsbrottslighet genom att vårdgivaren utför medicinskt omotiverade åtgärder eller delar upp behandlingar i flera besök, även om åtgärden inte kräver det, för att på så sätt öka den totala ersättningen. Ersättningsmodellen påverkar även patientsäkerheten och vårdkvaliteten, vilket vi beskriver i avsnitt *Välfärdsbrottslighetens omfattning och konsekvenser*.

Olika styr- och upphandlingsformer är förknippade med olika risker

Intervjupersonerna inom de kartlagda regionerna beskriver att valet av upphandlingsförfarande ger olika förutsättningar för att både hindra och följa upp potentiella felaktigheter och brott.

Upphandling enligt lagen om offentlig upphandling (2016:1145), LOU, ger ofta komplexa avtal eftersom många krav ställs vid upphandlingen. Det kan ge goda förutsättningar för uppföljning och insyn i leverantörens verksamhet. Intervjupersonerna påtalar dock att problem uppstår när den tjänst som ska levereras inte är tydligt definierad och när det saknas ändamålsenliga uppföljningsmetoder. Flera regioner saknar kapacitet för att följa upp alla väsentliga krav i avtalen. Uppföljningen kan även kräva samverkan mellan olika delar av regionernas förvaltning. Flera regioner uppger att brister i den interna samverkan kan leda till bristande uppföljning.

Upphandling enligt lagen om valfrihetssystem (2008:962), LOV, ger enligt flera regioner små möjligheter att utestänga oseriösa aktörer. Regionerna har svårt att neka vårdgivaren uppdrag enligt LOV, trots att de tycker sig ha goda skäl för det. Det kan exempelvis gälla en region som mottagit en ansökan om avtal från en vårdgivare som misskött sitt uppdrag i en annan region, men det saknas en fällande dom eftersom den andra regionen valde att häva avtalet.

Avtalen kan också gälla privatpraktiserande läkare och fysioterapeuter som verkar enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF. Flera regioner anger att sådana avtal ger begränsade möjligheter till kravställning, uppföljning och sanktioner.¹⁴

¹⁴ Läkare och fysioterapeuter som verkar enligt dessa lagar får ersättning enligt den så kallade nationella taxan. De debiterar den region där de verkar för insatser enligt den nationella taxa som förhandlas fram mellan SKR, Sveriges läkarförbund och Fysioterapeuterna och sedan fastställs av regeringen. Läkare och fysioterapeuter som verkar enligt LOL respektive LOF har en så kallad etablering som är knuten till den fysiska personen och som endast kan upphöra genom en överlåtelse eller genom att läkaren eller fysioterapeuten går i pension, avlider, förlorar sin legitimation eller på annat sätt avslutar verksamheten. Lagstiftningsarbete pågår på området. LOL och LOF ska enligt förslag i *Uppdrag att möjliggöra bättre tillgång till hälso- och sjukvård i hela landet genom främjande av etablering i glesbygd* (Ds 2023:23) upphävas 2025, med en övergångsperiod om sju år.

Regioners och kommuners insatser för att förebygga, förhindra och upptäcka välfärdsbrottslighet

Detta avsnitt behandlar kommuners och regioners insatser och åtgärder för att förebygga, förhindra och upptäcka oegentligheter och välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvård och tandvård. De flesta insatser som framkommit i vår kartläggning finns även beskrivna i Brås rapport *Välfärdsbrott mot kommuner och regioner*. Arbetet mot välfärdsbrottslighet bygger med andra ord i stor utsträckning på liknande metoder oavsett typen av välfärdsverksamhet.

Regionernas insatser

Samtliga regioner som vi intervjuat bedriver ett systematiskt internkontrollarbete som bland annat innefattar uppföljning av ingångna avtal, granskning av fakturor, kontroll av yrkeslegitimationer och kontroll av läkemedelsförskrivning samt i vissa fall automatiserad kontroll av leverantörsregister och betalningsmottagare genom en extern tjänst. Genom detta arbete uppger regionerna att de kan upptäcka välfärdsbrottslighet, även om arbetet inte alltid syftar till det. Vid exempelvis upptäckta kvalitetsbrister eller finansiella avvikelser gör man fördjupade kontroller. Flera av regionerna gör en mer noggrann uppföljning av sina leverantörer efter att brister såsom fusk eller brottslighet har noterats, och har blivit bättre på informationsutbyte med andra regioner.

Utöver detta arbetar regionerna i varierande utsträckning *aktivt och strukturerat* för att upptäcka oegentligheter och välfärdsbrottslighet. De kan delas in i tre grupper:

- regioner som bedrivit ett mer aktivt och strukturerat arbete sedan en tid tillbaka
- regioner som nyligen initierat ett aktivt och strukturerat arbete
- regioner som saknar ett aktivt strukturerat arbete för detta.

Aktivt och strukturerat arbete i några regioner

Ett mindre antal regioner har arbetat aktivt och strukturerat mot välfärdsbrottslighet i ett antal år. Regionerna uppger att de har upptäckt avancerade brottsupplägg, stärkt sina kontroller och utvecklat nya metoder för att upptäcka brottsligheten. Denna grupp består främst av

storstadsregioner med många vårdval och en stor omfattning privata vårdgivare. I några av regionerna finns särskilda enheter som gör riktade granskningar utifrån inkommen information om misstänkta oegentligheter. Enheterna samverkar med andra verksamhetsområden och kompetenser inom regionen, exempelvis medicinska rådgivare som bistår vid granskning av fakturor och journaler.

Det aktiva och strukturerade arbetet kan innebära analys av stora mängder verksamhetsdata för att uppmärksamma olika typer av missbruk av offentliga medel. Det kan exempelvis handla om att upptäcka avvikande mönster vid läkemedelsförskrivning eller att tandvårdssakkunniga bistår med att identifiera vårdgivare som överdebiterat regionen för vård. Regionernas företrädare beskriver dessa metoder som resurskrävande och menar att det krävs förkunskaper om välfärdsbrottslighet för att kunna avgöra vilka ärenden som ska granskas. Dessa regioner bedriver också rättsprocesser mot oseriösa aktörer i syfte att stoppa dem eller tydliggöra rättsläget.

Majoriteten av regionerna initierade ett mer aktivt arbete mot välfärdsbrottslighet under 2023

Under hösten och vintern 2023 började de flesta regioner som ingår i kartläggningen arbeta mer aktivt och strukturerat mot välfärdsbrottslighet. Många har beslutat om en kraftsamling mot välfärdsbrottslighet, och i flera regioner finns numera en funktion som ska samordna och stödja bekämpningen av välfärdsbrottslighet. I flera fall har funktionen inlett arbetet med att inventera vilka åtgärder mot välfärdsbrottslighet som redan gjorts inom regionen och var riskerna är som störst. Syftet är främst att utveckla metoder för det fortsatta arbetet och ta fram en handlingsplan för arbetet. Vid tiden för Socialstyrelsens regeringsuppdrag har de flesta regionerna i denna grupp inte hunnit utveckla metoder, men ska enligt planerna göra det under 2024.

Några regioner saknar ett strukturerat arbete

Ett fåtal av de kartlagda regionerna uppger att de inte arbetar aktivt eller strukturerat för att upptäcka välfärdsbrottslighet. Som skäl uppger de bland annat att det råder brist på resurser och att risken för att utsättas för välfärdsbrottslighet bedömts vara låg. Dessa regioner har några gemensamma särdrag: relativt liten folkmängd, få tätorter, få vårdval och en begränsad mängd privata utförare. Intervjupersonerna anser att regionernas begränsade storlek ger goda möjligheter till intern samverkan mellan olika verksamheter, och de har uppfattningen att välfärdsbrottslighet främst finns i storstadsregioner.

Kommunernas insatser

Socialstyrelsen har kartlagt kommunernas insatser som kan kopplas till hälso- och sjukvårdspersonalens uppgifter. Som kartläggningen visade i avsnitt *Riskfyllda eller särskilt utsatta områden för välfärdsbrottslighet* är det främst inom läkemedelshantering och intygsutfärdande där oegentligheter eller välfärdsbrottslighet kunnat konstateras eller misstänkas. Vi har därför frågat kommuner vilka insatser eller rutiner de har för att motverka läkemedelssvinn eller läkemedelsstölder respektive felaktiga intyg med koppling till hälso- och sjukvården.

De kommuner som lämnat skriftliga svar uppger att de har utvecklade skrivna rutiner för läkemedelshantering eller att de bedriver ett intensivt arbete i syfte att motverka läkemedelssvinn och läkemedelsstölder. Flera kommuner beskriver olika tekniska lösningar som tillämpas i hanteringen av läkemedel. Det kan exempelvis handla om att ha läkemedelsskåp som kräver inloggning eller lådor för kasserade läkemedel som inte går att öppna när de väl är kasserade. Några kontrollräknar läkemedel regelbundet. De svarande kommunerna är dock relativt få så det är svårt att veta om svaren är representativa och hur vanliga olika insatser är.

Kommunernas primära arbete mot välfärdsbrottslighet riktas mot företag och föreningar som exempelvis erbjuder hemtjänst och assistansverksamhet. Brå har kartlagt dessa insatser och visar exempelvis att kommunernas uppföljningar av verksamheter och avtal varierar mycket, även mellan olika förvaltningar inom en kommun. [1] I rapporten bedömer dock Brå att kommunerna har kommit längre i det generella brottsförebyggande arbetet än regionerna.

Regionerna och kommunerna involverar sällan rättsväsendet vid misstankar om välfärdsbrott

Regionerna använder flera olika verktyg mot misstänkta och konstaterade välfärdsbrott och felaktigheter. De kan kräva förändringar, anmäla patientsäkerhetsrisker, utdela viten, häva avtal, begära återkrav på ersättningar och polisanmäla brottsmisstankar.

Vår kartläggning, liksom andra myndigheters utredningar, visar dock att kommuner och regioner sällan anmäler misstänka brott till rättsväsendet. I stället använder de främst sina egna avtalsverktyg, såsom viten och uppsägning av avtal. Som skäl anger företrädare för regionerna bland annat att sådana anmälningar sällan leder någonvart. Förundersökningen läggs ofta ned, vilket enligt flera intervjupersoner beror på att polisen saknar kunskap

om hälso- och sjukvården och tandvården. Vidare efterfrågas kunskap om vilket stöd och skydd som finns för den som gör en polisanmälan. Brist på sådan kunskap riskerar att bidra till att brott inte anmäls i tillräcklig utsträckning.

Några av de intervjuade anser att det mest effektiva sättet att stävja välfärdsbrottslighet är att förhindra att kriminella aktörer får tillgång till hälso- och sjukvårds- och tandvårdsmarknaden, men att detta ofta hindras av begränsningar i upphandlingslagstiftningen. Begränsning i tillträde måste dessutom kombineras med kontroller av vårdgivare, enligt vissa regioner.

SKR har nätverk för samverkan mot välfärdsbrottslighet

SKR är sammankallande för flera nätverk vars syfte är att förebygga och motverka brott och oegentligheter inom välfärdssektorn. Det finns ett nätverk mot välfärdsbrottslighet för kommuner och ett för regioner, och gäster kan bjudas in till mötena. Nätverken arbetar med informationsinsatser till kommuner och regioner för att öka kunskapen och medvetenheten om välfärdsbrottslighet samt erbjuda forum för att dela erfarenheter och exempel. De kartlagda regionerna som inte är med i nätverket känner dock till det och har som mål att delta framgent. Vidare har SKR även ett myndighetsnätverk för att samverka med berörda myndigheter och diskutera frågor om välfärdsbrottslighet utifrån kommuners och regioners perspektiv.

Samtliga av SKR:s nätverk diskuterar välfärdsbrottslighet ur ett brett perspektiv, och är därmed inte enbart inriktade på hälso- och sjukvård och tandvård.

Vissa regioner har också informella nätverk med grannregioner. Det förekommer även ett visst informationsutbyte med aktörer i Norge och Finland bland de regioner som har nationsgräns. Bland annat finns ett informellt nätverk för frågor som rör samisk hälsa.

Välfärdsbrottslighetens omfattning och konsekvenser

Detta avsnitt behandlar Socialstyrelsens analys av välfärdsbrottslighetens omfattning, effekter på patientsäkerheten och vårdkvalitet samt kopplingarna till organiserad brottslighet.

Svårt att bedöma omfattningen på välfärdsbrottsligheten, men tecken finns på att den ökar

Flera av de intervjupersoner som arbetar mot välfärdsbrottslighet i regioner och i statliga myndigheter uppfattar att sådan brottslighet ökar inom hälso- och sjukvård och tandvård, och att brottsuppläggen är fler och mer avancerade än tidigare. Det saknas dock kvantitativa data för att mer objektivt beskriva omfattningen och hur den förändrats över tid.

Regionerna upptäcker också välfärdsbrottslighet i olika utsträckning. De som sedan några år arbetar aktivt och strukturerat med frågan finner välfärdsbrottslighet i alla typer av verksamheter inom hälso- och sjukvården och tandvården. Av de regioner i vår kartläggning som nyligen inlett ett sådant arbete har vissa upptäckt välfärdsbrottslighet inom regionen och andra inte. De regioner som inte arbetar riktat mot välfärdsbrottslighet uppger att de i regel inte upptäcker någon sådan brottslighet. Företrädare för regioner som har upptäckt välfärdsbrottslighet har insett att de troligtvis är mer drabbade än vad de tidigare haft kännedom om.

Välfärdsbrottslighetens konsekvenser för patientsäkerhet och kvalitet

Välfärdsbrottslighetens konsekvenser för patientsäkerhet och vårdkvalitet varierar, enligt flera regioner, beroende på utformningen av det ersättningssystem som används.

I system med fast ersättning leder felaktigheter ofta till att vårdgivare inte levererar avtalad vård, rapporterad mängd vård eller rätt kvalitet på vården. Till exempel kan vårdgivare underlåta att genomföra avtalade kontroller, uppföljningar eller att exempelvis skicka prover till analys för att spara pengar. Vidare kan medarbetare sakna rätt kompetensnivå för att genomföra

behandlingar eller undersökningar. Lokaler och utrustning kan också vara undermåliga och hygienrutiner efterlevs inte.

Ett system med rörlig ersättning kan istället leda till överbehandling eller omotiverad behandling som hotar patientsäkerheten och utsätter patienter för onödigt lidande. Den ökade patientsäkerhetsrisken uppges drabba framför allt sårbara och sköra patientgrupper. Regionernas företrädare har exempelvis berättat om omfattande tandvårdsingrepp på personer i livets slutskede. I Utredningen om stärkt stöd till tandvård för våldsutsatta och ökad kontroll över tandvårdssektorn beskrivs en uppföljning av nödvändig tandvård som Region Stockholm genomfört. I uppföljningen granskade bedömningstandläkare patientjournaler. Den patientgrupp som mottar nödvändig tandvård betecknas som sköra. Uppföljningen visade bland annat att vårdgivare under hembesök utfört ett flertal omfattande lagningar med patienten sittandes i en stol eller liggandes i säng. [2]

Vidare beskriver företrädare för regionerna att felaktig läkemedelsförskrivning inom ramen för läkemedelsförmånerna kan innebära patientsäkerhetsrisker vid förskrivning av exempelvis narkotikapreparat, men även få följeffekter genom att förskrivet läkemedel förmedlas vidare. Förskrivningen innebär även generella patientsäkerhetsrisker, då det tar resurser från vården.

I vår undersökning framkommer att flera av de kartlagda regionerna inte ser några kopplingar mellan välfärdsbrottslighet och patientsäkerhetsbrister. Det kan bero på att de upptäcker välfärdsbrottslighet på andra sätt än att analysera verksamhetsdata. Bland de regioner som i flera år arbetat aktivt och strukturerat arbete mot välfärdsbrottslighet har de däremot flera exempel på välfärdsbrottslighetens konsekvenser för patientsäkerhet och kvalitet. Dessa regioner berättar att de ofta upptäcker välfärdsbrottslighet genom att de undersökt fall där vårdkvaliteten eller patientsäkerheten brutit. De har upptäckt att vårdgivare som har bristande ekonomisk redovisning ofta även brister i patientsäkerhet och vårdkvalitet.

Välfärdsbrottslighetens relation till annan organiserad brottslighet

I de brottsförebyggande myndigheternas gemensamma lägesbild för 2023 framkommer att ekonomisk brottslighet har blivit en allt viktigare del av den organiserade brottsligheten. [4] Ekobrottsmyndigheten uppger bland annat att det förekommer att kriminella bedriver vårdcentraler och apotek. [5] Av våra intervjuer framgår att det i vissa regioner finns multikriminella som förutom exempelvis narkotikabrottslighet och bedrägerier även ägnar sig åt välfärdsbrottslighet. Ekobrottsmyndigheten tror att kopplingen mellan

välfärdsbrottslighet och grövre organiserad brottslighet finns i fler regioner i landet än de få som hitintills upptäckt det.

De regioner som arbetar aktivt och strukturerat mot välfärdsbrottslighet uppger också att de upptäckt kopplingar mellan välfärdsbrottslighet i hälso- och sjukvård samt tandvård och annan organiserad brottslighet. Det rör sig om kriminella nätverk som verkar internationellt och nationellt genom ett avancerat brottsupplägg. En region uppger att kriminella aktörer har mycket god systemkännedom. Dessa regioner beskriver dock att kopplingen behöver utredas ytterligare. Bland övriga kartlagda regioner är det endast någon enstaka som upptäckt kopplingar till organiserad brottslighet. En förklaring till att få regioner har upptäckt sådana kopplingar kan vara att det för en region kan vara svårt att få överblick och se mönster mellan olika former av brottslighet.

Svårt att avgöra vad identifierad förekomst beror på

Kartläggningen visar att regionerna identifierat välfärdsbrottslighet i olika stor utsträckning. Intervjupersoner från regioner som inte upptäckt någon sådan brottslighet inom hälso- och sjukvården och tandvården resonerar om att det kan bero på att det i dessa regioner finns få vårdval och privata vårdgivare. Vår kartläggning visar också att oegentligheter och brottslighet är vanligast i regioner med många vårdval och privata utförare.

Samtidigt ser vi att det är regionerna med ett aktivt och strukturerat arbete som upptäckt en koppling mellan välfärdsbrottslighet och bristande patientsäkerhet och vårdkvalitet. De regioner som inte ser någon sådan koppling hör i huvudsak till dem som inte arbetar aktivt och strukturerat för att upptäcka välfärdsbrottslighet. Mängden identifierade brott skulle alltså delvis kunna bero på att regionerna i olika grad genomför insatser i syfte att upptäcka sådan brottslighet. Det går dock inte att avgöra hur mycket av skillnaderna i identifierad välfärdsbrottslighet som beror på faktiska skillnader mellan regionerna och hur mycket som beror på regionernas insatser.

Regioner och kommuners efterfrågan på statliga insatser

I detta avsnitt redogör vi för regioners och kommuners önskemål om stöd från statliga myndigheter i arbetet mot välfärdsbrottslighet. Vi redovisar även regioner och kommuners synpunkter och förslag som rör statliga myndigheters arbetssätt och hur lagstiftningen kan förändras för att underlätta arbetet.

Efterfrågan på mer nationell rådgivning och samordning

Regioner och kommuner efterfrågar mer praktiskt stöd från statliga myndigheter i arbetet mot välfärdsbrottslighet, exempelvis i form av utbildning och konkreta tips på arbetsmetoder när de misstänker eller har konstaterat oegentligheter. Regionerna och kommunerna önskar också möjlighet att snabbt få råd och stöd i hanteringen av specifika ärenden samt möjlighet att driva utredningar eller rättsprocesser tillsammans med statliga myndigheter. Vidare efterfrågar regionerna stöd i hur de som arbetsgivare kan hantera situationer där medarbetare riskerar att utsättas för hot eller våld när regioner eller myndigheternas agerar mot brottsliga aktörer.

Ett par regioner har i intervjuer lyft att de behöver mer stöd i specifika ärenden, eftersom de saknar tillräcklig juridisk kompetens i den egna organisationen för att driva komplicerade ärenden.

Många som arbetar mot välfärdsbrottslighet i regioner och kommuner anser även att det krävs mer nationell samverkan mellan olika aktörer för att framgångsrikt upptäcka, förhindra och förebygga välfärdsbrottslighet.

Socialstyrelsens kartläggning visar att behovet av stöd varierar mellan regioner och mellan kommuner beroende på hur långt de kommit i arbetet mot välfärdsbrottslighet. De regioner som ännu inte har något riktat arbete mot välfärdsbrottslighet efterfrågar stöd för mer generella insatser riktade mot välfärdsbrottslighet medan regioner som kommit längre vill se insatser inom mer specifika områden inom hälso- och sjukvården och tandvården.

Synpunkter och förslag på hur statliga myndigheters arbete kan utvecklas enligt regionerna och kommunerna

Nedan redovisas synpunkter som kommuner och företrädare för regioner har framfört på statliga myndigheters arbetssätt kopplat till arbetet mot välfärdsbrottslighet.

Efterfrågan på en nationell expertroll

Flera av regionernas företrädare anser att arbete mot välfärdsbrottslighet borde vara en central del i Socialstyrelsen expertroll och att myndigheten borde bistå med praktiskt stöd i form av utbildning och erfarenhetsutbyte. Socialstyrelsen upplevs som osynlig och regioner anser att myndigheten borde vara närvarande i de forum och arenor där frågor om välfärdsbrottslighet diskuteras idag. Vidare bör Socialstyrelsens stöd vara specifikt inriktade på hälso- och sjukvården och omfatta förebyggande arbete, såsom utformning av avtalskrav och ersättningsmodeller vid upphandling, och metoder för uppföljande och kontrollerande arbete. Regionerna önskar även att Socialstyrelsen ska ge dem vägledning och kunskapsstöd när det gäller att hantera specifika riskområden. Som exempel nämns gränsdragningar för vilka behandlingar som, inom ramen för N-tandvård, är lämpliga och tillåtna att utföra i hemmiljö.

Bättre kunskap om hälso- och sjukvård och tandvård

Regioner och kommuner beskriver behov av ökat stöd från Polismyndigheten, dels information och kunskap om vad de får göra vid misstanke om brott, dels omvärldsbevakning av hur välfärdsbrottsligheten utvecklas och vilka kriminella upplägg som används. Vidare efterfrågas kunskap om vilket stöd och skydd som finns för den som gör en polisanmälan. Brist på sådan kunskap riskerar att bidra till att brott inte anmäls i tillräcklig utsträckning.

De som arbetar mot välfärdsbrottslighet i regionerna uppfattar också att Polismyndigheten behöver mer kunskap om hälso- och sjukvård och tandvård, och i viss utsträckning om välfärdsbrottslighet. Brist på sådan kunskap leder ibland till att regionerna inte anmäler misstänka brott till polisen, eftersom regionerna upplever att dessa ändå inte utreds. Även kommuner efterfrågar ökat stöd från polisen vad gäller läkemedelsstölder. En kommun uppger att undersökningar av läkemedelsstölder läggs ner

snabbt trots omfattande stölder av narkotiskt preparat. Vidare efterfrågar en kommun tätare samverkan med polisen om företag som drivs eller styrs av kriminella personer eller nätverk.

Mer anpassade vägledningar för upphandling och avtalsuppföljning

Regioner efterfrågar vägledningar för upphandling och avtalsuppföljning av Upphandlingsmyndigheten¹⁵ med ett tydligare fokus på välfärdsbrottslighet än vad som är fallet idag. Idag har myndigheten inget samlat eller riktat arbete mot välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvård och tandvård. Myndigheten har dock ett arbete mot så kallad arbetskriminalitet som är ett bredare arbete som omfattar välfärdsbrottslighet, skattebrottslighet och utnyttjande av illegal arbetskraft. Enskilda kommuner vill ha utbildning och stödmaterial generellt, men också inom specifika områden såsom kravställning av hemvård, upphandling och avtalsuppföljning.

Vid upphandling enligt Lagen om offentlig upphandling (LOU, 2016:1145) är möjligheten att hindra oseriösa aktörer från att ingå avtal central i arbetet mot välfärdsbrottslighet enligt regionerna. Några av de intervjuade regionerna har börjat använda möjligheten till egna uteslutningsgrunder som infördes i LOU (19 kap) den 1 februari 2022. Flera regioner vill dock ha vägledning i vilka typer av uteslutningsgrunder som går att tillämpa och hur regionerna kan formulera och kontrollera sådana uteslutningsgrunder. Enligt Upphandlingsmyndigheten finns redan sådant stöd.

Förbättrad samverkan om tillsyn och tillståndsprövning

Flera av regionernas företrädare uttrycker att Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genom sitt uppdrag som tillsyns- och tillståndsprövningsmyndighet¹⁶ har en nyckelroll i arbetet mot välfärdsbrottslighet. Regionerna önskar rent allmänt bättre samverkan och snabbare kontaktvägar med IVO både i specifika ärenden och i generella frågor. Både regioner och kommuner framför att den statliga kontrollen behöver utvecklas och att IVO:s kontroller inte är tillräckliga för att motverka välfärdsbrott. Regioner uttrycker att det borde ingå i IVO:s

¹⁵ Upphandlingsmyndigheten har det samlade ansvaret för att utveckla, förvalta och stödja den upphandling som genomförs av upphandlande myndigheter och enheter. Myndigheten tillhandahåller vägledningar, bland annat på vård- och omsorgsområdet. Upphandlingsmyndigheten stödjer också regioner och andra aktörer genom en frågeportal som tillhandahåller juridisk rådgivning i allmänna upphandlingsfrågor.

¹⁶ IVO:s huvudsakliga uppgifter är att svara för tillsyn och tillståndsprövning inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

uppdrag att beakta kopplingen mellan patientsäkerhet och välfärdsbrottslighet.¹⁷

Värdefulla kunskapsunderlag från brottsförebyggande myndigheter

Ekobrottsmyndigheten¹⁸ har tagit fram kunskapsunderlag som rör välfärdsbrottslighet och regionerna beskriver dem som värdefulla. Flera av de Socialstyrelsen intervjuat anser att Ekobrottsmyndigheten har mer kunskap om välfärdsbrottslighet än polisen, samtidigt saknar många regioner som ingår i kartläggningen kännedom om Ekobrottsmyndigheten. Det är också vanligare att välfärdsbrottslighet anmäls till polisen än till Ekobrottsmyndigheten.

Brottsförebyggande rådet (Brå)¹⁹ publicerade 2022 en rapport om välfärdsbrottslighet i kommuner och regioner [1] och har också publicerat information om välfärdsbrottslighet på sin hemsida, bland annat i form av gratiswebbinarier. Intervjupersoner i regionerna har god kännedom om den aktuella rapporten och anser att den har varit till stor hjälp i arbetet mot välfärdsbrottslighet. SKR har i en hemställan föreslagit att Brå ska få i uppdrag att genomföra ett pilotprojekt om arbetsmetoden ”crime proofing” där ett antal regioner skulle kunna delta [3]. Mer information om denna arbetsmetod finns i avsnittet *Sammanställning av tillgängligt stödmaterial*.

Önskemål om kortare handläggningstider

I vår kartläggning lyfter även regioner och kommuner att långa handläggningstider vid statliga myndigheter som något som kan försvåra arbetet mot välfärdsbrottslighet. Regionerna anser att IVO:s handläggningstider vid anmälningar om brister är långa och önskar tätare återkoppling från IVO under utredningsprocessen. I det fall IVO bedömer att det finns skäl för prövotid, återkallelse av legitimation, återkallelse av annan behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården eller begränsning i forskrivningsrätt ska IVO anmäla personen till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).²⁰ Det är sedan HSAN som fattar beslutet. I flera regioner uppfattas handläggningstiderna för de ärenden som Socialstyrelsen bereder till HSAN också vara för långa. Detta uppfattas särskilt som ett

¹⁷ IVO fick den 11 januari i uppdrag av regeringen att stärka och utveckla sitt arbete att förebygga och motverka välfärdsbrottslighet. Uppdrag om förstärkt tillsyn mot välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvården och tandvården. Socialdepartementet S2024/00037 (delvis).

¹⁸ Ekobrottsmyndigheten (EBM) har i uppdrag att bedriva brottförebyggande arbete och bland annat lämna information till andra organisationer om ekonomisk brottslighet.

¹⁹ Brottsförebyggande rådet (Brå) har i uppdrag att bidra till kunskapsutvecklingen inom rättsväsendet och det kriminalpolitiska området samt att främja brottsförebyggande arbete.

²⁰ 7 kap. 30 § Patientsäkerhetslag (2010:659).

problem eftersom yrkesutövaren tillåts fortsätta verka medan exempelvis utredning om återkallelse av legitimation eller förskrivningsrätt pågår.²¹

Bättre tillgång till registerinformation kan underlätta arbetet mot välfärdsbrottslighet

Bättre tillgång till nationella register är något både regioner och kommuner lyfter som något som skulle kunna underlätta arbetet mot välfärdsbrottslighet. Regioner och kommuner efterfrågar exempelvis mer information om företagare och utförare som bedriver verksamhet inom välfärdsområdet i hela Sverige. Kommuner efterfrågar även att information om exempelvis aktiva företag, avtal som hävts och granskningar som genomförts samlas och finns lättillgängligt.

Regioner och kommuner önskar bättre tillgång till IVO:s register, bland annat möjligheter att själva hämta uppgifter ur dessa register, exempelvis om anmälningar har inkommit mot utförare, om företags tillstånd inte beviljats eller dragits in eller om företag som utreds för brister inom omsorg och hälso- och sjukvård. Tillgång till sådana uppgifter skulle enligt regionföreträdare kunna underlätta samordningen mellan huvudmän och huvudmännens egen uppföljning. Till Socialstyrelsen har företrädare för regioner även framfört att de register som Socialstyrelsen ansvarar för i större utsträckning skulle kunna användas för att identifiera avvikelser i de regionala och kommunala verksamheterna. Sådana avvikelser kan i sin tur föranleda fördjupade undersökningar i syfte att identifiera eventuell välfärdsbrottslighet.

Socialstyrelsen bedömer att det krävs en närmare analys av de lagar och förordningar som styr användningen av olika register för att bedöma om det är möjligt att använda dessa i syfte att upptäcka välfärdsbrottslighet.

Förslag på författningsförändringar från regioner och kommuner

Företrädare för flera regioner föreslår lagstiftningsförändringar i syfte att underlätta arbetet mot välfärdsbrottslighet. Det handlar bland annat om förslag om förändringar i sekretesslagstiftningen, bättre möjligheter till

²¹ Socialstyrelsen och HSN har i dialog påbörjat ett arbete med att effektivisera handläggningsprocessen inför beslut i HSN, med syfte att korta handläggningstiderna. I arbetet ingår att titta på hur ökad digitalisering kan bidra till förenkling och effektivisering. Antalet ärenden hos HSN har totalt sett ökat över tid, vilket också innebär ökat behov av finansiering för att kunna minska handläggningstiderna.

informationsutbyte mellan myndigheter och en samordnad registerkontroll för upphandlande myndigheter och enheter. Några intervjupersoner anser att tillståndsplikt bör införas för hälso- och sjukvårdsverksamheter, inklusive krav på ägar- och ledningsprövning. Flera av förslagen till lagstiftningsförändringar framförs även i den hemställan som SKR har lämnat till regeringen med åtgärder för att förebygga, upptäcka och motverka välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvård och tandvård. [3]

Ett par kommuner vill ha större möjligheter att ifrågasätta legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller omsorgspersonal. Intervjupersoner har bland annat nämnt att det borde införas en sanktionstrappa för intygsskrivande personal som upprättar felaktiga intyg.

Kapitel 2: Förslag, insatser och analys

Förslag och insatser för att stödja och underlätta arbetet mot välfärdsbrottslighet

Detta avsnitt behandlar Socialstyrelsens förslag och insatser som myndigheten tagit fram inom ramen för detta uppdrag och som syftar till att stödja eller underlätta kommuner och regioners arbete mot välfärdsbrottslighet i hälso- och sjukvården och tandvården. Framställningen bygger på följande förslag och insatser:

- Socialstyrelsen föreslår att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att bilda ett forum för lärande och kunskapsspridning om välfärdsbrottslighet.
- Socialstyrelsen lämnar en lista på tillgängligt stödmaterial från nationella myndigheter och organisationer som kan användas i arbetet mot välfärdsbrottslighet.
- Socialstyrelsen aviserar att genomföra en kommunikationsinsats riktad till regioner och kommuner om våra kontroller inför legitimering av hälso- och sjukvårdspersonal.

Förslag om att bilda ett forum för lärande om välfärdsbrottslighet

Bakgrund och motivering till förslaget

Socialstyrelsens kartläggning visar att den kompetens som kan behövas i arbetet mot välfärdsbrottslighet är spridd på många olika aktörer, såväl på nationell, regional och lokal nivå. Många som arbetar mot välfärdsbrottslighet i regioner och kommuner anser att det krävs en ökad nationell samverkan mellan olika aktörer för att framgångsrikt upptäcka, förhindra och förebygga välfärdsbrottslighet. De anser även att de statliga myndigheternas stöd till regioner och kommuner behöver vara samordnat. Även Brå har pekat på bristen på samverkan mellan regioner och kommuner och statliga myndigheter. [1]

Kartläggningen av regionernas och kommunernas insatser visar även att flera olika typer av kompetenser behöver involveras i arbetet mot välfärdsbrottslighet. De metoder som används inkluderar bland annat företagsekonomisk och juridisk kompetens för analyser, upphandlingar och juridiska processer. De analyser som behöver göras kan vidare kräva olika former av systemstöd. Dessutom kan regioner och kommuner behöva bygga upp kunskap om olika förekommande brottsupplägg och möjligheterna att, i brottsligt syfte, utnyttja eller kringgå regelverk och avtalskonstruktioner

inom hälso- och sjukvård och tandvård. Sådan kunskap behöver ständigt hållas aktuell eftersom välfärdsbrottsligheten förändras. Brå har i sin kartläggning av välfärdsbrottslighet inom kommuner och regioner sett att personer på statliga myndigheter lyfte de mest systematiska och avancerade välfärdsbrotten som berörde kommuner och regioner. Brå tolkade det som att kommuner och regioner ofta saknar överblick och möjligheter att se mönster som sträcker sig utanför ett specifikt system eller geografiskt område. [1]

Statliga myndigheter har exempelvis följande kompetens som kan användas i arbetet mot välfärdsbrottslighet:

- Brå och Ekobrottsmyndigheten har byggt upp kunskap på området, exempelvis om vanliga brottsupplägg, och arbetar med kunskapsspridning.
- Upphandlingsmyndigheten har i uppdrag att ge stöd i upphandlingsfrågor.
- IVO har kunskap om välfärdsbrottslighet utifrån sin tillsynsverksamhet.
- Exempelvis Socialstyrelsen, E-hälsomyndigheten och IVO har information och statistik som eventuellt kan användas i arbetet mot välfärdsbrottslighet.

Mer operativ kompetens i arbetet mot välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvård och tandvård finns främst i regioner och kommuner. De regioner som redan har ett mer utvecklat arbete mot välfärdsbrottslighet har byggt upp en stor kompetens på området med väl utvecklade rutiner och arbetsmetoder, och besitter därmed en unik kunskap som inte finns hos exempelvis statliga aktörer. Som framkommit av kartläggningen varierar dock kunskapen och kompetensen mycket mellan olika regioner och kommuner.

Bedömning

Socialstyrelsen kan konstatera att kunskapen om välfärdsbrottslighet finns spridd hos regionerna, kommunerna och de statliga myndigheterna. För att få ett mer effektivt arbete mot välfärdsbrottslighet bedömer vi att det behövs kontaktvägar mellan de olika aktörerna så att de kan utbyta kunskap och diskutera varandras uppgifter och behov. Regioner och kommuner behöver känna till de statliga myndigheternas roller och uppgifter och veta vilket stöd de kan bistå med. De statliga myndigheterna behöver få mer kännedom om regioners och kommuners behov i arbetet mot välfärdsbrottslighet, och vad de myndigheterna skulle kunna bistå med i arbetet.

Arbetet mot välfärdsbrottslighet kräver många olika typer av kompetenser, så många aktörer behöver involveras och ge stöd utifrån sina specifika kompetenser eller kunskaper, i syfte att stötta arbetet mot välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvården och tandvården.

I dagsläget finns det inget nätverk eller forum för kommuner, regioner och statliga myndigheter som är särskilt inriktat mot välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvård och tandvård. Socialstyrelsen föreslår därför att regeringen ger ett uppdrag att bilda ett sådant forum för lärande och kunskapsspridning om välfärdsbrottslighet.

Forumets syfte är att fylla luckor där det finns behov av ökad kunskapsspridning och förbättrad samverkan. Socialstyrelsens förslag syftar inte till att ersätta befintliga stöd eller pågående arbete och strukturer som redan finns idag i arbetet mot välfärdsbrottslighet.

Förslag på aktiviteter inom forumet

Nedan finns förslag på möjliga aktiviteter inom forumet.

Seminarier och andra kunskapshöjande aktiviteter

En av nätverkets uppgifter skulle kunna vara att genomföra kunskapshöjande aktiviteter, såsom seminarier på olika teman. Aktiviteterna inom nätverket kan varieras och anpassas för att möta de olika behoven av stöd som finns i kommunerna och regionerna. En första uppgift skulle kunna vara att sprida befintlig kunskap och stödmaterial från olika myndigheter, regioner och kommuner samt att kartlägga tillgänglig information om arbetet mot välfärdsbrottslighet och identifiera eventuella brister och luckor.

Socialstyrelsen har kartlagt och sammanställt en lista över befintligt stödmaterial om välfärdsbrottslighet, se avsnitt *Sammanställning av tillgängligt stödmaterial*. Den skulle exempelvis kunna spridas i nätverket.

Analys av myndigheters register

Inom ramen för forumet skulle aktörerna också gemensamt kunna analysera om, och i så fall hur, de statliga myndigheternas register och andra datakällor kan användas i arbetet mot välfärdsbrottslighet. Representanter för regioner har påtalat att de register och andra datakällor som Socialstyrelsen och andra myndigheter ansvarar för skulle kunna användas för att identifiera avvikelser som sedan skulle kunna utredas närmare av de som arbetar mot välfärdsbrottslighet i regionerna. Vilka register och datakällor som kan innehålla användbar information behöver dock analyseras närmare. Socialstyrelsen bedömer att en sådan analys bör genomföras i samarbete mellan de som arbetar mot välfärdsbrottslighet i regionerna och kommunerna och de som har kunskap om register och datakällor vid statliga myndigheter. De juridiska förutsättningarna för att använda register och datakällor i syfte att identifiera avvikelser behöver även analyseras.

I detta uppdrag har Socialstyrelsen gjort en statistisk analys av tandhälsoregistret, se bilaga 3.

Identifiera behov av förändrade arbetssätt och förändrad lagstiftning

En uppgift för nätverket skulle kunna vara att identifiera behov av att förändra regioners, kommuners och statliga myndigheters arbetssätt samt behov av att förändra lagstiftningen, i syfte att underlätta arbetet mot välfärdsbrottslighet.

Socialstyrelsens roll i forumet

För att forumet ska fungera på ett ändamålsenligt sätt behöver flera myndigheter delta i arbetet. Flera myndigheter har visat intresse för att ingå i en arbetsgrupp för att sätta strukturen och innehållet för forumet. Socialstyrelsen ser särskilt att de rättsvårdande myndigheterna har en viktig roll i samverkan. Någon myndighet behöver dock hålla ihop och initiera insatser och aktiviteter inom forumets ram. Vi bedömer att flera myndigheter skulle kunna ha den ledande rollen, exempelvis Brå, Ekobrottsmyndigheten och IVO. Socialstyrelsen bedömer dock att myndighetens breda kontaktnät och generella kunskapsstödjande uppdrag inom hälso- och sjukvård och tandvård gör myndigheten lämplig för att leda forumet.

För att Socialstyrelsen ska kunna fylla rollen kommer det krävas att myndigheten bygger upp kompetens om välfärdsbrottslighet. Omfattningen och kostnaden för denna uppgift bedöms i avsnitt *Kostnadsberäkningar för förslaget att bilda ett forum för lärande om välfärdsbrottslighet*.

Forumet föreslås organiseras i form av ett pilotprojekt under 2 år

Forumet, i den form som presenteras i denna rapport, föreslås att inrättas i form av ett pilotprojekt som pågår under 2 år. Under forumets andra år föreslår vi att det utvärderas för att säkerställa att forumet fortsatt fyller de syften som beskrivits ovan.

Forumets verksamhet bör kunna beröra arbete mot välfärdsbrottslighet inom flera välfärdsområden

Många insatser som genomförs i syfte att motverka oegentligheter och välfärdsbrottslighet kan tillämpas inom flera av de verksamhetsområden som regioner och kommuner ansvarar för. Socialstyrelsen bedömer därför att det föreslagna forumet för lärande som Socialstyrelsen föreslår även kan vara till värde för de som arbetar mot välfärdsbrottslighet inom andra områden, främst kommunernas socialtjänst och verksamhet enligt LSS. Som

framgått är den kommunala hälso- och sjukvården också ofta sammanvävd med kommunernas övriga ansvarsområden så det skulle bli praktiskt svårt att ha en avgränsning endast till hälso- och sjukvård och tandvård. Med tanke på Socialstyrelsens breda ansvar för flera andra välfärdsområden framstår det även som naturligt att ett forum inte endast har en sådan inriktning.²²

I detta sammanhang kan nämnas att länsstyrelserna har ett uppdrag att ge stöd till kommunerna i det brottsförebyggande arbetet enligt förordningen (2016:1258) om regional samordning inom det brottsförebyggande området, se avsnitt *Bakgrund och genomförande*. Detta stöd kan avse insatser som rör kommunernas insatser mot välfärdsbrottslighet, men välfärdsbrottslighet är inte ett särskilt utpekat område i lagen (2023:196) om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete eller dess förarbeten.

Sammanställning av tillgängligt stödmaterial

Enligt regioner och kommuner är det en utmaning att hitta stöd för hur arbetet mot välfärdsbrottslighet kan bedrivas. Flera regioner har i stället gjort egna kartläggningar, handlingsplaner och policyer för arbetet mot välfärdsbrottslighet.

Socialstyrelsen har kartlagt stödmaterial från nationella myndigheter och organisationer som rör välfärdsbrottslighet och sammanställt det i en översiktlig lista, se bilaga 2. Där finns också en översiktlig beskrivning av vilka stöd som finns.

Utöver de stöd som finns i sammanställningen har flera myndigheter publicerat information, checklistor och frågor och svar på sina respektive webbsidor. Det gäller bland annat Skatteverket, Upphandlingsmyndigheten och Arbetsmiljöverket.

Ett av stöden som redovisas i bilaga 2 är *crime proofing*.²³ Modellen syftar till att förebygga välfärdsbrottslighet och går ut på att riskanalysera regelverk eller andra styrsystem, till exempel gynnande beslut, tillstånd, avtal eller utbetalningar. Regelverk som kan analyseras är lagar och förordningar, men även exempelvis kommunala bestämmelser om vilka

²² Enligt Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen är Socialstyrelsen förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, socialtjänst, stöd och service till vissa personer med funktionsnedsättning samt frågor om alkohol och missbruksmedel (1 §).

²³ Crime proofing bygger på en mall som har tagits fram av en arbetsgrupp inom nätverket MUR (*Motståndskraft hos utbetalande och rättsvårdande myndigheter, mot missbruk och brott i välfärdssystemen*). MUR består av 25 myndigheter som samverkar för att förhindra felaktiga utbetalningar och bidragsbrott. Socialstyrelsen var en av de myndigheter som deltog i arbetsgruppen som tog fram crime proofing-mallen.

verksamheter som kan ta del av ett föreningsbidrag. Stödet har testats på ett tiotal nationella och kommunala ”regelverk”.

Det kan enligt Brå finnas flera skäl till att göra en crime proofing-analys av ett specifikt regelverk, bland annat att regelverket är nytt och riskerna för felaktigheter, fusk, överutnyttjande och brott är okända. Andra skäl är att riskerna förändrats eller visat sig vara större än vad man tidigare antagit. Sedan slutet av januari 2024 finns modellen tillgänglig för alla regioner via Brås hemsida. De regioner som redan har kommit en bit med arbetet mot välfärdsbrott har använt modellen och rekommenderar den, enligt vår intervju med Brå, även om den förutsätter att organisationen har en viss kunskap och mognad när det gäller ämnet som ska analyseras.

Mallen för crime proofing-analys innehåller fem steg, se tabellen nedan.

Crime proofing-mallen	
Steg 1:	Kortfakta om det aktuella regelverket som analyseras inklusive styrdokument.
Steg 2:	Regelverkets tydlighet och relationen till andra regelverk.
Steg 3:	Förutsättningar för uppföljning och kontroll.
Steg 4:	Sårbarhet hos aktörer utbetalningar riktar sig till.
Steg 5:	Summering och rekommendationer.

Kontroll av blivande hälso-och sjukvårdspersonal inför legitimation

Socialstyrelsen har tagit del av SKR:s, kommunernas och regionernas efterfrågade behov av ytterligare kontroll och uppföljning av legitimerade yrkesutövare. I avsnitt *Riskfyllda eller särskilt utsatta områden för välfärdsbrottslighet* beskriver vi de problem som regionerna och kommunerna lyfter. För att få en bättre förståelse för problembilden har Socialstyrelsen bjudit in SKR till dialog om legitimationsprocessen och Socialstyrelsens ansvarsområde.²⁴ Vid mötet redogjorde SKR och medverkande regionrepresentanter för bakgrunden till SKR:s hemställan och Socialstyrelsen redogjorde för sina legitimationsprocesser.

Vid mötet framkom att de flesta av problemen som lyftes av SKR och regionerna faller utanför Socialstyrelsens ansvarsområde eller möjlighet att

²⁴ Mötet skedde den 18 mars 2024 på Socialstyrelsen. Medverkande vid mötet var representanter från Socialstyrelsen, SKR, Västra Götalandsregionen, Region Uppsala och Region Stockholm. IVO bjöds in att medverka.

påverka inom ramen för befintliga regelverk. Det gäller exempelvis tillsyn och kontroll av redan legitimerad yrkespersonal, eftersom det ligger inom annan myndighets ansvarsområde. Vid mötet framkom även att regionerna identifierat att personer erhållit legitimation på falska grunder.

Socialstyrelsen prövar ansökan om legitimation enligt Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer (yrkeskvalifikationsdirektivet). I enlighet med den regleringen ankommer det på Socialstyrelsen att pröva huruvida en sökande har rätt utbildning, däremot finns ingen reglering som tillåter en bedömning av en sökandes *faktiska* kompetens. En sådan prövning skulle kräva en ändring av regleringen i EU-direktivet.

Vidare kan även nämnas att Socialstyrelsen i maj 2024 genomfört en förstärkning av legitimationsprocessen, vilken innebär att person- eller samordningsnummer begärs in för samtliga sökanden inför beslut om legitimation. Inför en etablering på den svenska arbetsmarknaden finns det personer som ansöker om legitimation innan de har ett samordnings- eller personnummer. Genom att begära samordnings- eller personnummer även för dessa individer förstärks legitimationsprocessen samt den information som lagras i registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal med bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska (HOSP).

Sammanfattningsvis är myndighetens uppfattning att dess legitimationsprocesser är kvalitetssäkrade och följer såväl gällande nationell samt EU-reglering. Socialstyrelsen konstaterar även att myndigheten gör de kontroller som är möjliga enligt gällande reglering. Handläggningen omfattar exempelvis ett antal åtgärder och inbyggda kontrollsteg såsom kontroll av individens studiemeriter i högskolornas system för studieresultat (Ladok), kontroll av utbildningsintyg hos kommuner och regioner, kontroll mot utländska myndigheter och Polismyndighetens belastningsregister. Utifrån den dialog Socialstyrelsen haft med representanter för SKR och regioner ser myndigheten däremot ett behov av att informera och kunskapshöja bland annat regioner om Socialstyrelsens legitimationsprocesser. På så sätt kan Socialstyrelsen stärka regioner och kommuner i hur de som arbetsgivare bör och kan agera om de misstänker t.ex. att en person erhållit legitimation på falska grunder. Planering av dessa informationsinsatser pågår.

Analys av systemet med arbetsplatskoder och förskrivarkoder

I vår kartläggning har regionerna rapporterat att brottslighet och felaktigt utnyttjande av läkemedelsförmånerna förekommer, vilket bland annat möjliggörs genom nuvarande system med arbetsplatskoder och förskrivarkoder, se avsnitt *Riskfyllda eller särskilt utsatta områden för välfärdsbrottslighet*. Socialstyrelsen har ansvar för delar av detta kodsysteem och har ett bemyndigande att meddela föreskrifter om arbetsplatskoder enligt 21 § förordning (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m.

Socialstyrelsen har närmare analyserat bestämmelserna om arbetsplats- och förskrivarkoder, bland annat för att bedöma vilka möjligheter vi har att inom ramen för nuvarande bestämmelser lösa de problem som regionerna redovisat. I detta avsnitt går vi därför närmare in på systemet med förskrivar- och arbetsplatskoder och bakgrunden till nuvarande bestämmelser.

Regeringen beslutade den 12 september 2024 om att ge en särskild utredare i uppdrag att utreda vissa frågor om dokumentation, begränsningar och tillsyn avseende läkemedelsförskrivningar.²⁵ I uppdraget ingår att analysera och ta ställning till om det finns behov av ändringar i regelverket för arbetsplatskoder för att bland annat uppnå en mer ändamålsenlig hantering av arbetsplatskoderna för att underlätta både regional och nationell uppföljning av läkemedelsförskrivningar. Socialstyrelsen lämnar analysen i detta avsnitt som ett inspel till utredningen.

Koder för att förskriva läkemedel

För att kunna förskriva läkemedel behövs en förskrivarkod och en arbetsplatskod. Förskrivarkod är en personlig kod som förskrivare tilldelas av Socialstyrelsen när de exempelvis får sin legitimation och som alltid ska finnas på ett recept. Arbetsplatskoden anges på receptet för att identifiera förskrivarens organisatoriska tillhörighet vid förskrivningstillfället, och för att förskrivningen ska kunna omfattas av läkemedelsförmånerna. Utan en arbetsplatskod betalar patienten fullt pris för receptbelagd vara. Det finns inget föreskriftskrav på att en arbetsplatskod ska anges på ett recept, men det är ett krav i systemet för elektroniska recept. Under 2018–2022 var det färre

²⁵ Regeringen (Socialdepartementet) Kommittédirektiv En översyn av vissa frågor om dokumentation, begränsningar och tillsyn avseende läkemedelsförskrivningar. Protokoll vid regeringssammanträde 2024-0912, S2023/02690, S2024/01589.

än 0,1 procent av alla förskrivningar i Sverige som saknade arbetsplatskod. [6]

År 2002 infördes kravet på att ange arbetsplatskod för att ett recept ska omfattas av läkemedelsförmånerna.²⁶ Det huvudsakliga syftet var att verksamhetschefer och huvudmän för sjukvården skulle kunna följa upp och planera den verksamhet som de ansvarar för. Ett annat syfte var att de lättare skulle kunna ta ansvar för kvalitetsutvecklingen inom hälso- och sjukvården. [7]

År 2010 blev det obligatoriskt att ange förskrivarkod på recept,²⁷ för att på ett rationellt sätt få in uppgift om förskrivare i läkemedelsförteckningen. Bland annat lyftes ökad patientsäkerhet som ett viktigt skäl; vid eventuella oklarheter skulle läkaren kunna ta kontakt med tidigare förskrivare för att diskutera patientens läkemedelssituation.²⁸

Enligt förarbetena ska förskrivarkoden på recept i första hand vara ett stöd till läkare och verksamhetschefer i deras kvalitetsarbete. Varje läkare ska ha möjlighet att begära ut uppgifter om sitt förskrivningsmönster och använda det i sin egen kvalitetsuppföljning. Denna möjlighet för förskrivare och verksamhetschef att få återkoppling på sin förskrivning betraktades som ett väsentligt led i arbetet mot en mer kostnadseffektiv och rationell förskrivning och användning av läkemedel. [7]

Bestämmelserna med arbetsplats- och förskrivarkoder är utformade så att en stor del av ansvaret för läkemedelsförskrivningen ligger på den lokala nivån i regionerna. Enligt förarbeten till lagen om läkemedelsförmåner är ansvaret fördelat på tre nivåer:

- den lokala nivån där förskrivare, kollegor och verksamhetschefer utgör de viktigaste aktörerna för en ansvarsfull läkemedelsförskrivning och för den grundläggande kvalitetssäkringen
- den regionala nivån med läkemedelskommittéer²⁹
- den nationella nivån där Socialstyrelsen (i dag IVO) är tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvårdspersonal. [7]

²⁶ Kravet följer av 6 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. Lagen trädde i kraft den 1 oktober 2002.

²⁷ I proposition. 2009/10:138 Ökad kvalitet vid läkemedelsförskrivning, s. 64, föreslogs Läkemedelsverket få ett nytt bemyndigande för att kunna meddela föreskrifter om att förskrivarkod alltid ska anges på recept vid förskrivning av läkemedel. Sådana föreskrifter trädde ikraft genom Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2010:16) om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2009:13) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit.

²⁸ Prop. 2009/10:138, s. 44–45.

²⁹ Enligt 1 § lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer ska varje region ha minst en läkemedelskommitté. Enligt 3 § samma lag ska en läkemedelskommitté genom rekommendationer till hälso- och sjukvårdspersonalen eller på annat lämpligt sätt verka för en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning inom regionen, och rekommendationerna ska vara grundade på vetenskap och beprövad erfarenhet. Enligt 4 § andra stycket, ska en kommitté som finner att det förekommer brister i läkemedelsanvändningen inom verksamhetsområdet göra de påpekanden som behövs och vid behov erbjuda hälso- och sjukvårdspersonalen utbildning för att avhjälpa bristerna.

Tilldelning och indragning av arbetsplatskoder

Bestämmelser om arbetsplatskoder finns i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. och i förordningen (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m. Alla som har en arbetsplats och är behöriga att förskriva läkemedel har rätt att få en arbetsplatskod, som endast gäller så länge som dessa förutsättningar är uppfyllda. Om regionen finner att den sökande inte har rätt till en arbetsplatskod ska ärendet överlämnas till Socialstyrelsen för prövning.³⁰

Av förordningen (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m. framgår att regionerna beslutar om utformningen och fördelningen av arbetsplatskoder för den förskrivare som har sin arbetsplats inom regionens område.³¹ Enligt en kartläggning som Socialstyrelsen genomfört utformar regionerna koderna efter egna behov och möjligheter, och därför finns en viss variation mellan dem. [6]

Uttryckta behov av att se över reglerna för tilldelning och indragning av arbetsplatskoder

SKR och Region Stockholm anser att det behövs tydliggöras vilka grunder som ska gälla för att upphäva arbetsplatskoder. De vill exempelvis att grunder för upphävande innefattar ”uppenbart missbruk av arbetsplatskoden exempelvis överförskrivning, ej medicinskt motiverad förskrivning och förskrivning som av andra skäl bedöms patientosäker”. Vidare vill de veta vilka möjligheter regionerna har att interimistiskt stänga arbetsplatskoder i väntan på ytterligare utredning. [3, 9]

Riksrevisionen skriver i en granskning av läkemedelsförskrivningen att regioner som upptäcker ett felaktigt utnyttjande av läkemedelsförmånerna har små möjligheter att stoppa förskrivare och få tillbaka utbetalade medel. Regionerna har inte möjlighet att få ersättning för den läkemedelsförmånskostnad som redan utbetalats. Det finns regioner som yrkat på skadestånd för kostnader för läkemedelsförmånerna som målsägande i samband med att förskrivare åtalats för brott, men när de åtalade har frikänts av domstolarna har regionernas yrkanden ogillats. Riksrevisionen rekommenderar regeringen att förtydliga reglerna för att tilldela och dra in arbetsplatskoder. [8]

Socialstyrelsens prövningar 2018–2022

Sedan 2018 har Socialstyrelsen prövat 24 ärenden om arbetsplatskod som överlämnats till oss för prövning. I 19 ärenden har vi fastställt regionens beslut om att avslå ansökan om arbetsplatskod. I två ärenden hade regionen

³⁰ Se 4 § förordningen om läkemedelsförmåner m.m.

³¹ 4 § andra stycket förordningen om läkemedelsförmåner m.m.

beslutat att stänga en arbetsplatskod eller temporärt dra in den, och i dessa fall beslutade vi att aktören har rätt till en arbetsplatskod.³²

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen bedömer att dagens bestämmelser om arbetsplats- och förskrivarkoder behöver ses över, i syfte att skapa bättre förutsättningar för regional och nationell uppföljning av läkemedelsförskrivningen och för att förhindra felaktig sådan.

Kartläggningen visar att systemet med arbetsplatskoder gör det svårt för regionerna (huvudmännen) att följa upp läkemedelsförskrivningen i syfte att identifiera exempelvis överförskrivning. Det nuvarande systemet innebär exempelvis att enskilda förskrivare kan använda flera olika arbetsplatskoder för att överförskrivning av läkemedel inom läkemedelsförmånen inte ska upptäckas. Regionerna är i vissa fall även beroende av att verksamhetschefer ger dem uppgifter för att följa upp läkemedelsförskrivningen.

Socialstyrelsen bedömer vidare att dagens system försvårar en nationell uppföljning av läkemedelsförskrivning, eftersom regionerna utformar arbetsplatskoderna på olika sätt efter egna behov och möjligheter. Socialstyrelsen bedömer att bättre möjligheter att följa upp läkemedelsförskrivningen på nationell nivå skulle gynna regionerna, genom att de kan jämföra sin egen förskrivning med den i övriga landet och genom att det blir lättare att följa följsamheten till olika nationella läkemedelsrekommendationer.

Socialstyrelsen har analyserat våra möjligheter att underlätta för regionerna att motverka missbruk och felaktigheter genom att upphäva arbetsplatskoder. Socialstyrelsen har ett bemyndigande att meddela föreskrifter om arbetsplatskoder enligt 21 § förordning (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m. Vi bedömer dock att det inte är möjligt att inom ramen för bemyndigandet föreskriva om andra bedömningskriterier för att upphäva arbetsplatskoder än vad som framgår av lagar och förordningar. Det innebär att Socialstyrelsen exempelvis inte kan föreskriva om att överförskrivning eller förskrivning som inte är medicinskt motiverad utgör grund för att upphäva en arbetsplatskod. För att införa en sådan möjlighet krävs ändringar i lagstiftningen.

³² I två ärenden, där regionen beslutat stänga arbetsplatskod eller temporärt dra in arbetsplatskod, beslutade Socialstyrelsen att det fanns rätt till arbetsplatskod. Ett ärende avskrevs på grund av förskrivarens legitimation hade återkallats. Läkemedelsförskrivning på fritiden och efter pension, Socialstyrelsen, februari 2023, s. 41.

Kostnadsberäkningar för förslaget att bilda ett forum för lärande om välfärdsbrottslighet

Enligt uppdraget ska Socialstyrelsen ta fram kostnadsberäkningar för de stödåtgärder som föreslås till kommunerna och regionerna.

Socialstyrelsen har genomfört kostnadsberäkningar för förslaget om att bilda ett forum för lärande. Forumet föreslås inrättas som ett tvåårigt pilotprojekt.

Kostnadsberäkningen baseras på en sammanställning av genomsnittliga löner för de yrkeskategorier som är tänkta att ingå i projektet. Dessutom har vissa antaganden gjorts kring sysselsättningsgraden. Den totala personalkostnaden uppskattas till cirka 5,2 miljoner kronor³³ över två år, vilket framgår av tabell 1 nedan. Löneuppgifterna avser år 2022 och är hämtade från SCB³⁴, vilket är den källa Socialstyrelsen vanligtvis använder för lönestatistik.

Tabell 1. Uppskattade kostnader för pilotprojektet under två år (miljoner kronor)

Yrkeskategori	Syssel-sättningsgrad	Personal-kostnader*
Kvalitetssamordnare, organisationsutveckling	100 %	2,4
Kvalitetssamordnare, organisationsutveckling	50 %	1,2
Informatörer, kommunikatörer och PR-specialister	50 %	1,0
Förvaltnings- och organisationsjurister	25 %	0,6
Summa personalkostnader		5,2

Källa: SCB:s lönestatistik 2022.

³³ Den genomsnittliga lönekostnaden multipliceras med schablonvärdet 1,84. Schablonen inkluderar semesterersättning på 12 %, arbetsgivaravgifter på 31,42 % samt en overheadkostnad på 25 %. ”*Ekonomiska effekter av nya regleringar*”, Tillväxtverket, 2017 s. 16

³⁴ SCB: ”Lönestatistik – Hur mycket tjänar...?” <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/lonesok/>

Referenser

1. Brottsförebyggande rådet, Välfärdsbrott mot kommuner och regioner – fel och oegentligheter bland företag och föreningar, 2022.
2. SOU 2023:82, Ökad kontroll över tandvårdssektorn
3. Sveriges Kommuner och Regioner, Hemställan om åtgärder för att förebygga, upptäcka och motverka välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvård och tandvård, 2023.
4. Myndighetsgemensam lägesbild om organiserad brottslighet 2023
5. Ekobrottsmyndigheten, Årsredovisning 2023.
6. Socialstyrelsen Läkemedelsförskrivning på fritiden och efter pension, 2023.
7. Proposition 2001/02:63 De nya läkemedelsförmånerna
8. Riksrevisionen, Läkemedelsförskrivning – statens styrning och tillsyn (RiR 2023:23)
9. Region Stockholm, Identifierade hinder för att effektivt förebygga, upptäcka och stoppa välfärdsbrott inom hälso- och sjukvården, Hälso- och Sjukvårdsförvaltningen, 2023-10-24

Bilaga 1: Sammanfattning av tidigare och pågående utredningar och förslag

Flera utredningar och myndigheter har nyligen lämnat förslag på sätt att förbättra förutsättningarna för att hindra välfärdsbrott. Dessa utredningar rör oftast inte specifikt välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvård eller tandvård men berör sådana problem och utmaningar som kommuner och regioner kan ställas inför i arbetet med hälso- och sjukvård och tandvård.

Nyligen lämnade förslag och analyser

Utredningen om stärkt stöd till tandvården för våldsutsatta och ökad kontroll över tandvårdssektorn (SOU 2023:82) fick i uppdrag att lämna förslag som bidrar till ökad kontroll över tandvårdssektorn för att hindra oseriösa aktörer från att missbruka det statliga tandvårdsstödet. Utredningen kommenterar kortfattat felaktiga utbetalningar av det regionala tandvårdsstödet.

I Bolag och brott – några åtgärder mot oseriösa företag (SOU 2023:34), föreslogs bland annat att Bolagsverket ska få en tydligare kontrollerande roll för att kunna identifiera brottsliga upplägg som går ut på att använda målvakter som företrädare för bolag och föreningar.

I En samordnad registerkontroll för upphandlande myndigheter och enheter (SOU 2023:43) föreslogs bland annat att Bolagsverket ska tillhandahålla ett system för samordnad registerkontroll, för uppgifter som i dag är spridda mellan Bolagsverket, Polismyndigheten, Skatteverket, Kronofogdemyndigheten och länsstyrelserna. Utredningen föreslog också att bestämmelsen om att utesluta sökande i LOV ska bli mer lik de bestämmelser som finns i LOU.

I återrapporteringen av uppdraget *Förstärkt samarbete kring kontroll, uppföljning och tillsyn av tandvårdens aktörer (Regeringsuppdrag S2022-03249, delvis)* konstaterade IVO att den vårdgivare som vill anslutas till det elektroniska systemet för tandvårdsstöd först bör vara tvungen att anmäla verksamheten till IVO för registrering i vårdgivarregistret. IVO bedömde även att tillståndsplikt inom tandvården skulle vara ett effektivt sätt att förbättra regelefterlevnaden.

I Effektiv och behovsbaserad digital vård (Ds 2023:27) föreslogs att patientens hemregion inte ska behöva stå för kostnaderna för distanskontakter med andra regioner om det inte finns en adekvat behovs- och lämplighetsbedömning, och att patientavgifterna för distansvård ska

bestämmas av patientens hemregion för att undvika att patienter söker vård i andra regioner enbart baserat på lägre avgifter.

I *Ökat informationsflöde till brottsbekämpningen – En ny huvudregel (SOU 2023:69)* föreslogs att vissa statliga myndigheter samt kommuner, regioner, skolor, banker och andra finansiella företag ska bli skyldiga att lämna uppgifter till brottsbekämpande myndigheter. För hälso- och sjukvård avgränsas skyldigheten av patientsekretessen, men gäller till exempel i ärenden där regionerna är upphandlande myndighet och betalar ut ersättning till privata verksamheter inom hälso- och sjukvård.

I Ekonomistyrningsverkets rapport *Säkerställ korrekta utbetalningar från välfärdssystemen – förslag på åtgärder 2023 (ESV 2023:25)* föreslogs att regionerna ska omfattas av lagen (2008:206) om underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen.

I *Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården (SOU 2021:39)* föreslogs bland annat att vård- och omsorgsgivare ska få ge andra fysiska personer elektronisk tillgång till patientuppgifter och sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Utredningen föreslog även att de flesta uppgifterna i Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska göras öppet sökbara via internet och att Socialstyrelsen ska göra det möjligt för allmänheten att genom en sökfunktion på internet kontrollera en persons behörighet i registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal det så kallade HOSP-registret³⁵.

Pågående utredningar

När denna rapport slutfördes (september 2024) pågår ett antal utredningar om välfärdsbrottslighet:

En parlamentarisk trygghetsberedning (Dir. 2020:32) ska bistå regeringen med underlag för att utforma en kunskapsbaserad och brett förankrad kriminalpolitik. I delbetänkandena har kommittén bland annat identifierat ekonomisk och organiserad brottslighet där en eller flera delar av välfärdssystemen utnyttjas på felaktiga grunder som en kriminalpolitisk utmaning. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 oktober 2024.

Kommunal anslutning till Utbetalningsmyndighetens verksamhet (Dir. 2023:63) har i uppdrag att analysera de rättsliga förutsättningarna för kommunal anslutning till Utbetalningsmyndighetens verksamhet och att lämna författningsförslag. Syftet är att motverka felaktiga utbetalningar och välfärdsbrott. Utredaren ska även kartlägga omfattningen av felaktiga

³⁵ Benämns idag som registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal med bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska.

utbetalningar från kommuner och regioner till enskilda individer, företag och föreningar. Uppdraget ska redovisas senast den 20 december 2024.

Förbättrade möjligheter till informationsutbyte mellan myndigheter (Dir. 2023:146) har i uppdrag att överväga och föreslå förbättrade möjligheter att utbyta information om enskilda inom och mellan myndigheter och andra organ som enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) jämföras med myndigheter. Information ska kunna utbytas i den utsträckning som det behövs för att förhindra, förebygga, upptäcka, utreda och ingripa mot fusk, felaktiga utbetalningar, regelöverträdelser och brottslighet så effektivt som möjligt, utan att det medför ett oproportionerligt intrång i den personliga integriteten. I september 2024 lämnade utredningen ett förslag om att i offentlighets- och sekretesslagen införa en ny generell sekretessbrytande bestämmelse som möjliggör utlämnande av annars sekretessbelagda uppgifter till en annan myndighet.³⁶ Uppdraget ska slutredovisas senast i februari 2025.

³⁶ SOU 2024:63 Ökat informationsutbyte mellan myndigheter.

Bilaga 2: Sammanställning av stödmaterial för arbetet mot välfärdsbrottslighet

Sammanställning av stödmaterial

Myndighet	Namn på stöd	Beskrivning	Förslag på tillämpning
Brottsförebyggande rådet	Crime proofing – regelverksanalys för att förebygga välfärdsbrott	Crime proofing-analyser är ett sätt att förebygga fel och brott mot välfärds-systemen. Analysmodellen går ut på att riskanalysera regelverk eller andra system som styr till exempel gynnande beslut, tillstånd, avtal eller utbetalningar.	Det finns flera skäl att göra en crime proofing-analys av ett specifikt regelverk, till exempel att regelverket är nytt och riskerna är okända, att bidraget eller ersättningen ska omfatta fler personer, föreningar eller företag än tidigare, eller att det finns rättsliga avgöranden som påverkar tillämpningen. Det gäller likaså om kontrollmöjligheterna stärks för den kommun eller myndighet som betalar ut pengarna.
Ekobrottsmyndigheten	”Vet du vem du gör affärer med?”	Checklista för dig som jobbar med att granska företag i samband med till exempel: <ul style="list-style-type: none"> • inköp • upphandling • kontroll och tillsyn • utbetalning av stöd eller bidrag. 	Stöd för att granska aktörer inför exempelvis upphandling av utförare.
Sveriges Kommuner och Regioner	”Välfärdsbrott och otillåten påverkan”	En intervjustudie med ett antal tjänstepersoner och förtroendevalda i kommuner, tjänstepersoner	I skriften redovisas undersökningens resultat och förslag till SKR om hur arbetet kan utvecklas.

Myndighet	Namn på stöd	Beskrivning	Förslag på tillämpning
		inom myndigheter och tjänstepersoner och förtroendevalda inom SKR om välfärdsbrott och otillåten påverkan.	
Sveriges Kommuner och Regioner	"Förebygga och motverka välfärdsbrottslighet"- en checklista	Checklistan ska vara ett stöd för kommuner och regioner i att påbörja eller utveckla arbetet med att upptäcka, förebygga och motverka välfärdsbrott.	Checklistan ska vara ett verktyg för att höja medvetenheten om riskerna och vara utgångspunkt för utbildning och åtgärder.
Sveriges Kommuner och Regioner	"Förebygga och motverka välfärdsbrottslighet"- en vägledning	Vägledningen är tänkt att fungera som ett praktiskt stöd till organisationer som just påbörjat sitt arbete och behöver hjälp med att komma igång. Den ska även kunna vara till nytta för organisationer som arbetat med detta under en tid och som vill få ytterligare inspiration.	Vägledningen riktar sig till den som vill veta mer om välfärdsbrottslighet och till den som arbetar praktiskt och strategiskt mot sådan brottslighet.
Brottsförebyggande rådet	"Välfärdsbrott mot kommuner och regioner"	En vägledning för personer som arbetar med att upptäcka och utreda dessa felaktigheter och brott – inom kommuner, regioner eller statliga myndigheter. Rapporten innehåller också bedömningar och	En vägledning för personer som arbetar med att upptäcka och utreda dessa felaktigheter och brott – inom kommuner, regioner eller statliga myndigheter.

Myndighet	Namn på stöd	Beskrivning	Förslag på tillämpning
		förslag som riktar sig till beslutsfattare.	
Brottsförebyggande rådet	"Intyget som dörröppnare till välfärds-systemet"	Ett centralt syfte är att identifiera glapp i systemet som gärningspersoner utnyttjar. Genom att täppa till dessa glapp förebyggs brott – och därmed värnas också förtroendet för systemet. Felaktiga intyg utnyttjas för utbetalningar från myndigheterna inom välfärdssystemet. Beslut på en myndighet påverkar beslut på en annan, och får dessutom konsekvenser även på längre sikt.	Rapporten identifierar problem och presenterar förslag till åtgärder. Den vänder sig såväl till beslutsfattare som till handläggare och utredare.

Bilaga 3: Statistik i tandhälsoregistret

Tandhälsoregistret³⁷ innehåller information om tandvård inom det statliga tandvårdsstödet, tandvård till personer med vissa långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar (F-tandvård) samt nödvändig tandvård (N-tandvård), se närmare avsnitt *Riskfyllda eller särskilt utsatta områden för välfärdsbrottslighet*.

Uppgifterna i registret används för framställning av statistik, kvalitetssäkring, uppföljning och utvärdering inom tandvårds- och tandhälsområdet samt för forskning och epidemiologiska undersökningar. Tandhälsoregistret innehåller samtliga tillstånd och åtgärder som skickats in till och godkänts av Försäkringskassan inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. Detta gäller också för F- och N-tandvård inom det regionfinansierade tandvårdsstödet, men tillstånd och åtgärder genomgår inte någon kontroll hos Försäkringskassan utan skickas direkt över till tandhälsoregistret.

Uppgifter om det regionala tandvårdsstödet i tandhälsoregistret har brister

Uppgifter i tandhälsoregistret har hög tillförlitlighet och mycket litet bortfall inom den vård som rapporteras genom det statliga tandvårdsstödet. Ett skäl till detta är att ersättningen till en vårdgivare bygger på att vårdgivaren, genom en direktkoppling till Försäkringskassan från sitt journalsystem, rapporterar in de uppgifter som utgör grund för utbetalning av ersättning. Det krävs också att varje ersättningsanspråk genomgår en kontroll så att underlaget är komplett enligt gällande regelverk. För varje åtgärd krävs också att en diagnos eller tillstånd registreras för att få ersättning från Försäkringskassan för den vård som utförts.

När det gäller den regionfinansierade tandvården är underrapporteringen till tandhälsoregistret stor. Det beror på att det saknas ekonomiska incitament för att rapportera in uppgifterna. Vårdgivaren erhåller ersättning från regionerna även i de fall uppgifter inte rapporteras till tandhälsoregistret. Underrapporteringen kan även bero på att uppgifterna om tandbehandling ska rapporteras på olika sätt inom det statliga tandvårdsstödet och inom de regionfinansierade tandvårdsstöden. Vidare förekommer ingen automatisk kvalitetskontroll vid rapporteringstillfället som för det statliga

³⁷ Tandhälsoregistret är ett hälsodataregister som är reglerat i lagen (1998:543) om hälsodataregister och förordningen (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen. I lagen och förordningen regleras bl.a. vilka uppgifter som får finnas i tandhälsoregistret, liksom skyldigheten för vårdgivare att lämna uppgifter till registret. Av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:13) om uppgiftsskyldighet till tandhälsoregistret framgår närmare hur vårdgivarnas uppgiftsskyldighet ska fullgöras.

tandvårdsstödet. Täckningsgraden i regionernas tandvårdsstöd i tandhälsoregistret uppskattas till ca 80 procent, vid jämförelser mellan aggregerade data från SKR 2023³⁸, och motsvarande innehåll i tandhälsoregistret.

Uppgifter i tandhälsoregistret om tandvård som utförts inom de regionfinansierade tandvårdsstöden, dvs. N-tandvård och F-tandvård, har därför kvalitetsbrister och begränsad användbarhet.

Analyser av det regionala tandvårdsstödet i tandhälsoregistret

För att undersöka avvikande mönster genomfördes en jämförande registerstudie med de regionfinansierade tandvårdsstöden N- och F-tandvård och det statliga tandvårdsstödet.

Indikationer på felaktigheter eller oegentligheter

Registerstudien visar att det finns indikationer på att tandvårdsstöden för N- och F-tandvård kan vara utsatta för överanvändning. I tandhälsoregistret finns uppgifter om tandhälsan hos patienterna. Bland annat finns uppgifter om antal kvarvarande tänder. I registerstudien påvisas att det förekommer att personer som helt saknar tänder ändå får åtgärds-koden för tandextraktion, det vill säga tandborttagning, inrapporterad till registret. Fenomenet uppträder både inom Folktandvården och den privata tandvården. Det förekommer även fall då tandvårdsåtgärder utförs långt efter att patienten avlidit.

Stora skillnader mellan regionerna

Registerstudien visar även att det förekommer relativt stora skillnader i såväl antal åtgärder per tidsenhet som vilka åtgärder och kombinationer som används i olika regioner och mellan Folktandvård och privattandvård.

Inom ramen för registerstudien genomfördes en mer detaljerad jämförelse av åtgärder för personer 70 år och äldre³⁹, se figur 1, 2, 3, 4. Av studien framgår att privat tandvård överlag har en större andel reparativ vård, exempelvis tandlagningar, jämfört med Folktandvården. Folktandvården, å sin sida har en större andel kirurgisk vård, exempelvis tandextraktioner, inom de regionfinansierade tandvårdsstöden. Orsaker till dessa skillnader har inte undersökts i denna studie. Skillnaderna är genomgående för såväl F-tandvården som N-tandvården.

³⁸ Regionernas tandvårdsstöd. Uppföljning av regionernas särskilda tandvårdsstöd år 2023, SKR augusti 2023.

³⁹ Avser vid tillfället för att den sista åtgärden utfördes för patienten 2023.

Att olika regioner uppvisar skillnader i den vård som utförs är i sig inte orimligt om man beaktar att regionerna utformat verksamheten på olika sätt och kan ha olika prislister, anvisningar, regler och rutiner för avtalsuppföljning. En förklaring till skillnaderna mellan regionerna kan även vara att regionerna tolkar och tillämpar tandvårdsförordningen på olika sätt (1998:1338). Att regionerna upplever svårigheter att tolka förordningen framgår av en tidigare utvärdering av Socialstyrelsen.⁴⁰ Det kan även finnas socioekonomiska förklaringar till skillnaderna.

Socialstyrelsen anser dock att vissa skillnader som påvisats i registerstudien kan föranleda ytterligare analyser och undersökningar hos de berörda regionerna.

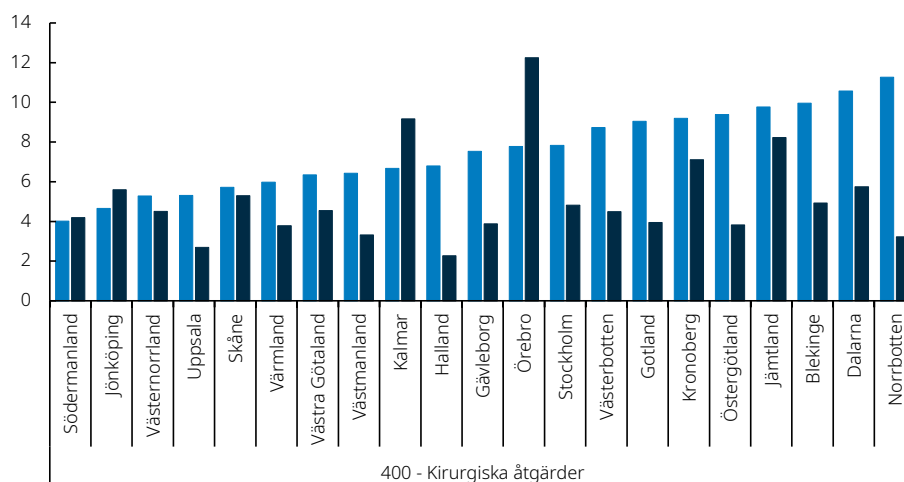
Skillnaderna mellan regionerna och vårdgivarna kan ge vägledning till regionerna om vilken vård som kan vara utsatt för olämplig och riskfylld användning. Det är särskilt angeläget i de fall man kan misstänka bristande kvalitet eller patientsäkerhet. Detta är inte minst viktigt att följa vid tandvård som ges till sköra grupper som äldre med många sjukdomar eller personer med omfattande funktionsnedsättning. Bristande kvalitet kan få större konsekvenser i dessa målgrupper med sämre hälsa. Regionerna har tidigare bland annat rapporterat brister som kan förekomma i samband med mobil tandvård som utförs i hemmiljö i eget eller särskilda boenden.⁴¹

⁴⁰ Socialstyrelsen 2018, Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget.

⁴¹ Slutrapport Pilotstudie avseende granskning av nödvändig tandvård i Stockholms län. Diarienummer: HSN 2018-0259.

Figur 1. Personer 70 år och äldre: F-tandvård, kirurgiska åtgärder

Privat tandvård, svarta staplar och folktandvård, blåa staplar. Kirurgiska åtgärder som andel i procent av totalt antal åtgärder rapporterade till tandhälsoregistret under 2023.



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

Figur 2: 70 år och äldre: F-tandvård, reparativa åtgärder

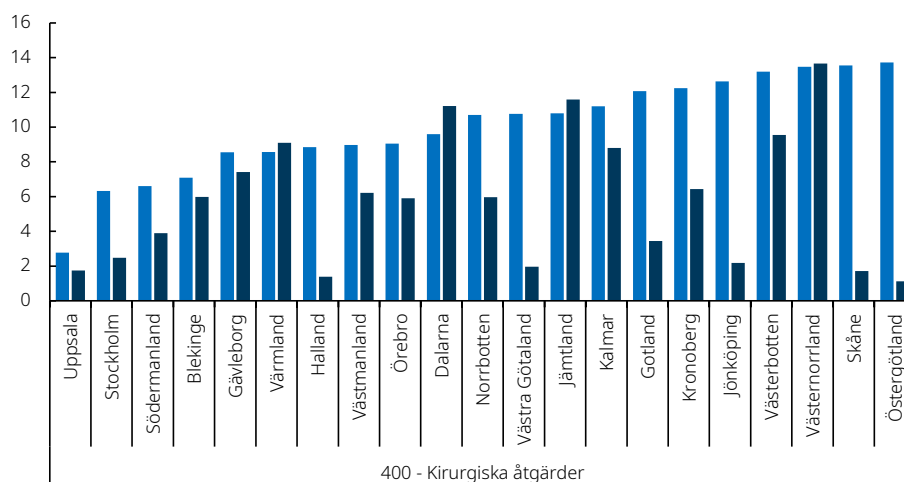
Privat tandvård, svarta staplar och folktandvård, blåa staplar. Kirurgiska åtgärder som andel i procent av totalt antal åtgärder rapporterade till tandhälsoregistret under 2023.



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

Figur 3: 70 år och äldre: N-tandvård, kirurgiska åtgärder

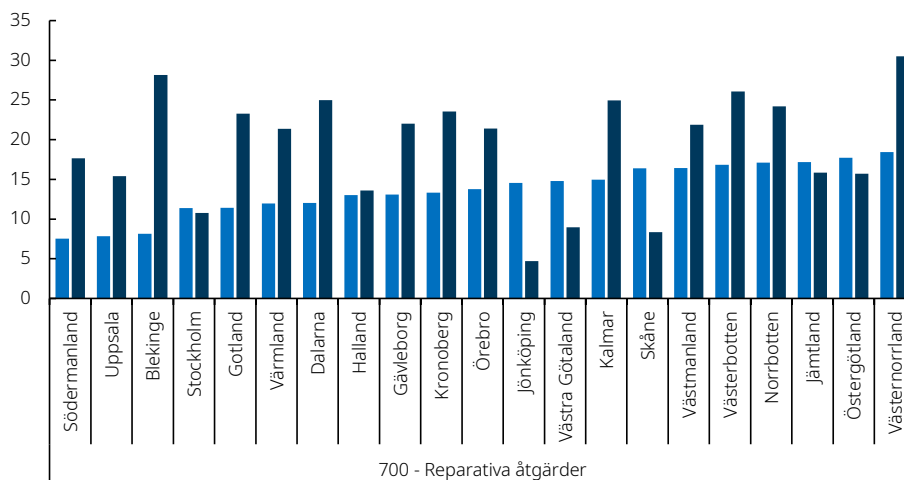
Privat tandvård, svarta staplar och folktandvård, blåa staplar. Kirurgiska åtgärder som andel i procent av totalt antal åtgärder rapporterade till tandhjälsregistret under 2023.



Källa: Tandhjälsregistret, Socialstyrelsen

Figur 4: 70 år och äldre: N-tandvård, reparativa åtgärder

Privat tandvård, svarta staplar och folktandvård, blåa staplar. Reparativa åtgärder som andel i procent av totalt antal åtgärder rapporterade till tandhjälsregistret under 2023.



Källa: Tandhjälsregistret, Socialstyrelsen



Välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvård och tandvård (artikelnr 2024-9-9224) kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.