

Sverige lägger mer pengar på sjukvård än de flesta länder. Ändå saknas vårdplatser, tiden räcker inte till och miljarderna till journalsystemen försvinner utan att systemen fungerar.

År 2023 uppgick de samlade hälso- och sjukvårdsutgifterna till 693 miljarder kronor, eller 65 600 kronor per invånare. Det motsvarade 11,2 procent av bruttonationalprodukten – klart över snittet i Europeiska unionen. Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling, OECD, ger samma bild i Health at a Glance 2025: 7 871 dollar per capita mot ett OECD-snitt på 5 967, och 11,3 procent av BNP mot 9,3. Medellivslängden låg på 83,4 år, 2,3 år över genomsnittet. Samtidigt har Sverige 1,9 vårdplatser per tusen invånare mot 4,2 i OECD. Socialstyrelsen räknade 2026 med att det i genomsnitt saknas 1 191 somatiska vårdplatser om dagen, en brist på 7,6 procent. Det är bättre än året innan, då underskottet var 1 864 platser, men systemet går fortfarande på marginalen. I april 2026 väntade 27 procent av patienterna längre än vårdgarantins 90 dagar på operation eller åtgärd i den specialiserade vården.

Det är den sprickan Tove Lifvendahl skrev om i Svenska Dagbladet: inte tomma statskassor i första hand, utan en styrning som inte får de stora sakerna att hålla ihop. Siffrorna i ledaren stämmer i allt väsentligt. Skåne har lagt omkring 3,5 miljarder kronor på journalsystemet Millennium, i regionen kallat Skånes digitala vårdsystem (SDV), utan att systemet kom i skarp drift. Västra Götalandsregionen (VGR) startade samma släkt av system i november 2024, stängde det efter tre dagar och har sedan godkänt en uppsägningsersättning på 657 miljoner kronor till Oracle. Projektet har kostnadsberäknats till ungefär 3,7–3,8 miljarder; Lifvendahl skrev ”i grova tal 4,5 miljarder” när tillkommande poster räknas in. I Stockholm har regionrevisorerna, i rapport 25/2025, redan före införande slagit fast att styrning, roller och en samlad kostnads kalkyl saknas i arbetet med Cambio Cosmic. Avtalet där uppges vara värt drygt 2,3 miljarder över tolv år.

Diagnosen – att kärnproblemet är hur vården styrs, inte att Sverige är för fattigt för att ha en sjukvård – håller i stora drag. Det som behöver prövas är hur långt den räcker, och vad som faktiskt skulle kunna bryta mönstret.

En tes som bär – och några som inte gör det

Lifvendahls text är en ledare, inte en utredning. Den får ta ställning. Den gör det med ironi, sjöfartsmetaforer och en tydlig antagonist: regionpolitikern som släpper loss medborgarnas pengar i ett slukhål. Tre fall bunts ihop till ett landsomfattande bevis: inkompetensen är jämnt spridd, oberoende av partifärg. Därifrån går steget snabbt till slutsatsen att den som lovar mer pengar utan att tala om styrning inte är trovärdig.

Det är effektivt. Det är också för enkelt.

Skåne och VGR valde samma leverantörsfamilj och havererade i införande. Stockholm valde ett annat system och befinner sig i ett tidigt skede; kritiken där gäller processen, inte ett konstaterat haveri. Cosmic har dessutom redan skakat i Sussa-regionerna – de nio regioner som samverkar kring just det journalsystemet. SVT:s Uppdrag granskning kopplade 646 av 3 210 avvikelser tydligt till systemet efter införandet från hösten 2024, och journalistikens sammanställning nämner sju dödsfall där systemet pekas ut som en faktor, inte som ensam orsak. Att tre olika upphandlingar skulle bevisa exakt samma sak är en retorisk sammanfattning, inte en jämförande analys.

Än svagare är premissen att privat regi per definition hanterar pengar bättre. Den systematiska översikten i PLoS Medicine av Basu, Andrews, Kishore, Panjabi och Stuckler fann inte stöd för att privat vård generellt är effektivare, mer ansvarig eller medicinskt bättre. En senare OECD-analys pekar i samma riktning: mer privat dominans höjer inte automatiskt effektiviteten. Privata utförare kan vara produktivare i avgränsade segment. Det är inte samma sak som att offentliga miljardupphandlingar blir bra bara för att man tänker mer som ett företag.

Estland används i debatten som motbild: ett litet land som digitaliserade snabbt och inte gör någon större skillnad mellan offentligt och privat. Det är en bra historia. Forskningen pekar på något mer precist. Estlands ryggrad är den decentraliserade datautbytesplattformen X-Road – uppgifterna ligger kvar där de skapas, mer än 2 300 tjänster använder plattformen – och ett tidigt, obligatoriskt e-legitimation. Landet byggde dessutom upp sin förvaltning efter ett systemskifte, utan decennier av äldre journalsystem som Melior, Take Care och Obstetrix att släpa med sig. Att kopiera mentaliteten utan att kopiera arkitekturen är ungefär som att beundra en bro och sedan gjuta samma spann över ett annat vattendrag.

Det som däremot står sig är kärnan: stora projekt för elektroniska journalsystem havererar ofta, och de havererar av styrningsskäl. Inte bara av tekniskskäl.

Varför de här projekten nästan alltid går snett

Det amerikanska analysföretaget KLAS Research konstaterade 2024 att bara 38 procent av vårdorganisationerna menade att deras senaste byte av journalsystem fullt ut infriade förväntningarna. Resten, 62 procent, sade att införandet antingen missade målet rejält eller hade tydliga brister. En metasyntes i Journal of the American Medical Informatics Association 2025 identifierade 21 slags spänningar i storskaliga journalprojekt, ofta när standardiserade, policystyrda system krockar med klinisk verklighet.

Bent Flyvbjerg har i decennier beskrivit vad han kallar megaprojektens järnlag: över budget, över tid, om och om igen. I den studie Flyvbjerg och Alexander Budzier publicerade i Harvard Business Review 2011, byggd på 1 471 IT-projekt, var den genomsnittliga kostnadsöverskridningen 27 procent. Det som gör ont

sitter i svansen: var sjätte projekt var en svart svan, i snitt 200 procent dyrare och nästan 70 procent försenat. Orsakerna sitter tidigt. Optimism bias – man underskattar kostnad, tid och motstånd. Strategic misrepresentation – man målar upp projektet så att det ska gå att besluta. När sedan kliniker möter ett system byggt för standardisering snarare än för deras arbetsflöde blir krocken oundviklig.

Det är därför användarinvolvering inte är en mjuk sidopunkt. Systematiska översikter om gemensam utformning, co-design, i vården visar samma sak som de svenska revisorerna: när de som ska använda systemet inte äger kraven blir resultatet ett IT-projekt i stället för en verksamhetsförändring. Statens offentliga utredningar 2016:2, Effektiv vård, sa det redan för tio år sedan. Värdet uppstår i mötet mellan patient och personal. Allt som gör det mötet krångligare är slöseri, hur modern skärmen än är.

Internationellt är parallellerna obehagligt lika. Det brittiska National Health Service (NHS) drev National Programme for IT (NPfIT), startat 2002 med en ursprunglig budget på omkring 6,2 miljarder pund och nedlagt 2011. Brittiska riksrevisionen summerade senare att programmet inte levererade de utlovade vinsterna trots utgifter på uppskattningsvis 9,8 miljarder pund; kostnaden till programmets slutskede har beräknats till 10,1 miljarder. Orsakerna: toppstyrd centralisering, svagt stöd från kliniker, oförmåga att anpassa till lokala arbetssätt. I USA tecknade det federala veteranverket, Department of Veterans Affairs (VA), 2018 ett tioårigt avtal med Cerner, sedermera Oracle, efter ett förvärv värt 28,3 miljarder dollar. En bugg med en osynlig kö för kliniska beställningar vid sjukhuset Mann-Grandstaff i Spokane kopplades till skada för minst 149 patienter. Mellan oktober 2020 och mars 2024 rapporterades 826 allvarliga prestandaincidenter. Utrullningen pausades 2023. Samma teknikfamilj som Skåne och VGR köpte, i en helt annan styrmodell. Det räcker som varning mot att lägga allt på den slöe regionpolitikern. Leverantör, produkt och införandeform spelar roll. Det gör också vanan att köpa ett enda stort system och slå på det över en hel region på en gång.

Tre svenska haverier – och ett som ännu inte har hänt

I Skåne valdes systemet 2017 under Socialdemokraterna och Miljöpartiet. Införandet drevs sedan under skiftande majoriteter. Den 29 april 2026 avbröt regionstyrelsen projektet. Läkemedelsverket hade invändningar om riskklassning. Personalen hade länge sagt att systemet inte höll. Notan fram till avvecklingen: omkring 3,5 miljarder kronor. Av det hade konsulter tagit en stor bit – Sydsvenskan och Dagens Medicin har räknat med konsultkostnader i miljardklassen – medan Oracle Health fakturerat hundratals miljoner och interna resurser ätit upp resten. Månadskostnaden under 2026, innan programmet monterats ner, låg på 37 miljoner kronor. Tre framtidsalternativ – nästa

generations Oracle, en ny monolit eller en modulär lösning – skulle analyseras till slutet av 2026.

I Västra Götaland tecknades avtalet 2018. Millennium infördes den 12 november 2024 och stoppades tre dagar senare. Patientsäkerheten bedömdes hotad. Regionen går nu vidare mot en mer modulär vårdinformationsmiljö och behåller äldre system från Oracle – slutenvårdsjournalen Melior, förlossningssystemet Obstetrix och SAMSA, plattformen för vårdplanering mellan region och kommun – i upp till åtta år, till en merkostnad på omkring 40 miljoner om året. Den 27 augusti 2026 godkände en enig regionstyrelse uppsägningsersättningen på 657 miljoner kronor. Beloppet fanns inskrivet i grundavtalet. Av de ungefär 3,7–3,8 miljarderna som projektet kostat hade bara omkring 120 miljoner då gått direkt till Oracle. Resten hade redan förbrukats på införande, personal och kringkostnader. Det är så den här typen av kontrakt är konstruerade: dyrt att gå in, ännu dyrare att gå ur.

Stockholm har tecknat Cosmic med införande fram mot december 2029. Regionrevisorernas granskning Utveckling av vårdinformationsmiljön (rapport 25/2025, publicerad 20 april 2026) är ovanligt rak. Det saknas tydliggjord styrning, projektdirektiv, samlad kalkyl för utvecklings- och driftskostnader och riskanalys i beslutsunderlagen – bland annat kring hur data i det nuvarande journalsystemet Take Care ska tas om hand. Det är inte ett haveri. Det är ett varningstecken av samma släkt som de två andra.

Samtidigt har regeringen, genom socialminister Jakob Forssmed, gett E-hälsomyndigheten i uppdrag att göra en haveriutredning om varför upphandlingarna av Millennium och Cosmic misslyckats. Myndigheten ska bland annat analysera konkurrensen på marknaden. Redovisning har aviserats under hösten 2026. Det är rimligt. Det är också sent. Mönstret har varit synligt länge.

Pengarna räcker på papperet – flödet gör det inte

OECD:s landnota för Sverige 2025 slår fast den dubbla bilden: hög kvalitet, höga kostnader, svag tillgänglighet. 23 procent väntar mer än en vecka på att träffa läkare eller sjuksköterska. Rapporten Vem vårdar bäst? från Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) och utredningen Effektiv vård pekar på svag primärvård, ett sjukhustungt system och färre läkarbesök per läkare än i övriga Norden. En undersökning från McKinsey tillsammans med Sveriges läkarförbund, med 1 228 läkare, landade på att ungefär 19 procent av arbetstiden går till administration och dokumentation. Analyser från bland annat Kunskapsverket har visat att central administration ökat med omkring 50 procent per invånare sedan 2010 och antalet chefer med omkring 38 procent, medan disponibla vårdplatser per invånare fallit med ungefär 30 procent mellan 2010 och 2022.

Regionernas vardagsekonomi förstärker intrycket av knappt läge mitt i de höga totalsiffrorna. För 2024 redovisade regionerna ett sammanlagt underskott på 17 miljarder kronor; bara en region visade plus. Hälso- och sjukvården äter 88 procent av regionernas kostnader. Primärvårdens andel av de totala vårdkostnaderna har samtidigt minskat i nästan alla regioner mellan 2019 och 2024, trots att omställningen till nära vård har varit officiell linje i årtal.

Här har Lifvendahl en poäng som tål att upprepas. Fler miljarder utan ändrad styrning tenderar att försvinna i samma strukturer som redan äter tid. Socialstyrelsen själv talar om en kombination: fler platser där det behövs, och minskat behov genom kortare vårdtider, färre vårdskador och bättre öppenvård. Myndigheten bedömer att balans mellan behov och vårdplatser kan nås mot slutet av 2027 – om den positiva utvecklingen 2025–2026 håller i sig. Det är tråkigare än ett vallöfte. Det är också mer verklighetsnära.

Vad ett statligt huvudmannaskap faktiskt skulle kunna rätta till

Kristdemokraterna är det parti som tydligast vill gå hela vägen: staten tar över huvudmannaskapet för den hälso- och sjukvård regionerna har i dag, och de 21 regionerna avvecklas som vårdhuvudmän. På partiets egen lista över vad ett gemensamt ansvar skulle möjliggöra står bland annat gemensamma digitala system och journalsystem, mindre dubbelarbete och mindre administration. Den parlamentariska Vårdansvarskommittén landade inte i ett fullt förstatligande. Sex av åtta riksdagspartier vill inte gå hela vägen. Däremot finns en bredare acceptans för mer statligt ansvar på avgränsade fält. Journalsystemen ligger precis i skärningspunkten. De är regionala till formen och nationella till effekten.

Det är den delen som förtjänar att tas på allvar, även av den som inte köper hela paketet.

Sverige har i praktiken 21 upphandlande vårdorganisationer, med egna tidplaner, egna prestigeprojekt och egna avtal. Skåne och VGR kunde köpa samma amerikanska system var för sig, göra om ungefär samma fel och sedan betala var sin nota – 3,5 miljarder i det ena fallet, närmare fyra plus 657 miljoner i utträde i det andra. Andra regioner har gått till Cosmic. Stockholm gör det nu, trots att samma system redan är under hård kritik. Det är inte marknad. Det är fragmentering med monopolinslag. Leverantörsmarknaden är liten. Byten är sällsynta. Inlåsningsmodellen är affärsmodellen.

Ett nationellt huvudmannaskap skulle kunna bryta tre mekanismer som matar haverierna.

För det första: den upprepade upphandlingen. En statlig huvudman kan sluta behandla journalsystem som regionala flaggskepp. Behovet är inte 21 världsledande plattformar. Behovet är att en journalpost i Kalmar går att läsa i

Kiruna, att läkemedelslistan stämmer och att systemet inte stjäl en femtedel av läkarens dag. Det talar för gemensamma krav, gemensamma gränssnitt och en arkitektur där data inte ägs av den som råkar vinna en upphandling.

För det andra: optimismen i beslutet. Flyvbjergs botemedel är att räkna på hur liknande projekt faktiskt slutade, reference class forecasting, inte på hur leverantörens presentation såg ut. En regionstyrelse som ska fatta beslut vart tionde år har ont om den erfarenheten. En nationell funktion som ser alla avtal, alla förseningar och alla exitkostnader kan inte låtsas att nästa gång blir annorlunda. 657 miljoner i inskriven uppsägningsavgift är just en sådan siffra man bara ser om man jämför kontrakt med varandra.

För det tredje: klinikerinvolvering som krav, inte som workshop. När 21 politiska ledningar ska visa handlingskraft blir tidplanen heder. Användarna kommer in för sent. Ett statligt mandat skulle kunna göra medverkan från verksamheterna till ett villkor för att ett system över huvud taget får rullas ut – och ge professionen rätt att säga stopp innan patientsäkerheten blir förhandlingsvara.

Det finns en uppenbar invändning, och den ska inte sopas undan. Det brittiska NPfIT var just ett nationellt megaprogram. Det misslyckades spektakulärt, till en kostnad kring tio miljarder pund. VA är federalt. Oracle-Cerner gick snett där också. Att flytta ansvaret till staten är alltså inte samma sak som att flytta kompetensen. Gör man om det brittiska programmet på svenska – ett enda stort bang, en leverantör, en politisk tidplan inför val – blir resultatet inte bättre för att beslutsfattaren sitter i Rosenbad i stället för i regionhuset.

Poängen med ett statligt övertagande, om det ska tjäna journalsystemen, är därför inte centralisering av allt. Det är att skilja det som måste vara gemensamt från det som måste vara lokalt. Standarder, identitet, utbyte av data och upphandlingsdisciplin hör hemma på nationell nivå. Arbetsflöden på en vårdcentral eller ett länssjukhus hör hemma hos dem som arbetar där. Estlands lärdom är inte ”tänk privat”. Den är: bygg vägar mellan system, inte ett system som ska vara hela kartan.

Forskningen om tillitsbaserad styrning pekar åt samma håll, från ett annat håll. Tillitsdelegationen, i SOU 2018:47 och SOU 2019:43, ville ha färre mål, mindre rapportering och mer professionellt handlingsutrymme. Det kan låta som motsatsen till statlig styrning. Det behöver inte vara det. Det som har gått sönder i regionerna är inte bara bristen på samordning. Det är blandningen av politisk detaljstyrning och teknisk naivitet: man mäter det som är lätt att räkna, köper det som är lätt att upphandla och lämnar det svåra – arbetsflödet, säkerheten, övergången av gamla data – till någon annan. New Public Management, den marknadsinspirerade styrmodell som länge präglade svensk förvaltning, har inte skyddat mot miljardhaverierna. En stat som tar över men fortsätter i samma spår,

med nya nyckeltal och nya leverantörslöften, kommer att upprepa historien i större skala.

Ledarens grepp – och varför de bär så långt

Lifvendahls text är en signerad ledare på Svenska Dagbladets obundet moderata ledarsida. Den ska inte läsas som en rapport. Den ska övertyga. Det gör den med tre slags grepp som är lätta att avfärda som journalistik, men som sitter fast just därför att grundfakta stämmer.

Logos byggs av kontrollerbara belopp: 3,5 miljarder i Skåne, 657 miljoner i uppsägningsersättning i Västra Götaland, revisorernas formulering i Stockholm. Ethos lånas från Regionrevisorerna, OECD, Socialstyrelsen och ett läkarvittne ”insatt i processen”. Patos kommer i bilderna. Inledningen parodierar en komparationsövning. Pengarna försvinner i ett slukhål. Två regioner har kapsejsat, den tredje flyter fritt. Cosmic blir till kosmisk läsning. ”Noll koll, skulle sammanfattningen på enkel svenska lyda.”

Det är skickligt. Det är också selektivt. Källorna används för att bekräfta tesen, inte för att pröva den. Leverantörens ansvar får litet utrymme, trots att samma Oracle-Cerner-teknik havererat hos det amerikanska veteranverket. Överprövningar, lagstiftning om offentlig upphandling och den rena svårigheten i att byta journalsystem överallt i världen nämns knappt. Skulden läggs nästan uteslutande på regionpolitikerna. I Skåne har även tjänstemannaledning och leverantör pekats ut. Besluten fattades dessutom under skiftande majoriteter. Om alla partier gör ungefär samma sak är problemet strukturellt, inte en fråga om den slöe politikerns karaktär. Det undergräver paradoxalt ledarens egen poäng om partifärg – och stärker den om styrning.

Den normativa svängen på slutet, att den kandidat som gör offentlig resurshantering lika effektiv som privat ”får min röst”, är genretypisk. Den är också den svagaste delen. Receptet är ett löfte, inte en styrmodell.

Det teoretiska golvet

Tre forskningsfält bär textens tyngd. De pekar inte åt exakt samma håll.

Megaprojektforskningen, med Flyvbjerg i spetsen, säger att haveriet börjar i beslutet. Man lovar för mycket för tidigt. Motmedlet är inte mer optimism utan jämförelse med faktiska utfall i liknande projekt. I vårdens fall betyder det: räkna med att ett stort journalsystembyte drar över, att en andel blir svarta svanar, och att exitkostnaden ska stå i kalkylen redan dag ett. 657 miljoner i VGR var inte en överraskning dold i finstilt. Den fanns i avtalet från 2018.

Forskningen om användarinvolvering säger att journalsystem inte är en teknisk leverans. Det är ett byte av arbetsflöde. När läkare och sjuksköterskor kommer in som remissinstans i slutet, inte som kravställare i början, blir systemet ett IT-projekt som vården sedan tvingas anpassa sig till. Det är den punkt där Lifvendahl, revisorerna i Stockholm och den akademiska litteraturen sammanfaller.

Kritiken av New Public Management säger något mer obekvämt för den som vill importera näringslivets metoder rakt av. Mätning, beställar-utförarmodeller och kömiljarder har inte givit den svenska vården fler platser eller bättre journaler. Tillitsdelegationen ville åt andra hållet: färre mål, mer professionellt handlingsutrymme. En reform som bara byter regionpolitiker mot statliga tjänstemän, men behåller samma upphandlingslogik och samma detaljmätning, har inte löst styrningsproblemet. Den har flyttat det.

Därför är premissen ”privat är effektivare” en återvändsgränd som bärare av journalsystemfrågan. Det som skiljer framgång från haveri i den här genren är sällan ägandeform. Det är om projektet behandlas som verksamhetsförändring, om utrullningen är stegvis, om data kan lämna leverantören och om någon har mandat att avbryta innan notan är oåterkallelig.

Vad som konkret skulle behöva följa med ett statligt övertagande

Om staten tar över huvudmannaskapet för att slippa nästa Millennium räcker det inte med att regionerna läggs ner. Fem saker måste följa med, annars blir det NPfIT med svenskt prefix.

För det första en nationell digital arkitektur, inte ett nationellt monolitsystem. Skillnaden är avgörande. Arkitektur betyder gemensamma identiteter, gemensamma sätt att utbyta data och krav på att uppgifter ska kunna flyttas. Ett monolitsystem betyder att hela landet byter leverantör på en gång. Det förra liknar X-Road. Det senare liknar det brittiska programmet.

För det andra obligatorisk reference class-kalkyl i varje beslut över en given beloppsgräns. Den som vill ha ett nytt journalsystem ska visa hur jämförbara projekt i Sverige, Storbritannien och USA faktiskt slutade – tid, kostnad, avbrott, patientsäkerhet – inte hur offerten ser ut.

För det tredje vetorätt för verksamheten vid införande. Inte ett allmänt samråd. Ett stoppmandat kopplat till patientsäkerhet och användbarhet, utövat av kliniker som inte sitter i projektets styrgrupp.

För det fjärde öppna exitvillkor. Uppsägningsavgifter i 657-miljonersklassen ska inte kunna gömmas som standardvillkor. De ska redovisas i beslutsunderlaget, i kronor och som andel av avtalet, innan namnteckningen sätts.

För det femte ett slut på parallella jätteupphandlingar. Så länge 21 huvudmän kan köpa samma produkt var för sig kommer samma fel att upprepas. Det är det starkaste argumentet för statligt ansvar i just den här frågan, och det är svagare som argument för att staten ska detaljstyra varje vårdcentral.

Inget av detta kräver att man sväljer hela Kristdemokraternas regionavveckling. Det kräver att någon – stat, myndighet eller tvingande lag – tar bort regionernas rätt att var för sig köpa sig fast. Vårdansvarskommitténs mellanväg, mer stat på avgränsade fält, kan räcka om journalsystem och hälsodata hamnar på den listan på riktigt, inte som samverkan och vägledning.

Det som ännu inte går att veta

Flera avgörande saker är fortfarande öppna. E-hälsomyndighetens haveriutredning är tillsatt, inte slutredovisad. Om den lägger tyngdpunkten på leverantör och produkt försvagas politikertesen. Om den lägger den på styrning, involvering och upphandling står den sig. Skånes val mellan nästa Oracle-generation, ny monolit och modulär lösning ska avgöras under 2026. Stockholm och Cosmic är inte färdiga; lyckas införandet trots revisionskritiken faller tesen om jämnt spridd inkompetens delvis. Misslyckas det förstärks den.

Siffrorna måste också hållas isär. VGR:s totalkostnad anges som 3,7 eller 3,8 miljarder i nyhetsrapporteringen och som ungefär 4,5 när fler poster räknas in. Skillnaden är inte fusk. Den är olika avgränsningar. Sju dödsfall kopplade till Cosmic är journalistikens sammanvägning av avvikelser där systemet är en faktor. Det är inte fastställd kausalitet i varje enskilt fall. Regionrevisorernas Stockholmsrapport har i den offentliga debatten ofta citerats via Läkartidningen; själva PDF:en är primärkällan.

Genre ska vägas in till sist. En ledare får förenkla. En längre text får inte. Lifvendahl har rätt i att styrning och användarinvolvering är kärnan, att Sverige redan lägger stora pengar och att de tre upphandlingarna avslöjar ett systemfel. Hon har fel när fallen görs likvärdiga, när privat regi blir lösningen och när Estland får förklara mer än landets faktiska infrastruktur tål.

Det som skiljer ett haveri från ett system som går att leva med

Lifvendahl har rätt i att politiker som bara lovar mer pengar inte har förstått uppgiften. Sverige lägger redan mer än de flesta. Hon har också rätt i att verksamhetsinvolvering är den röda tråden i de svenska fallen. Där tar den raka linjen slut.

Haverierna är inte bevis för att alla regionpolitiker är odugliga. De är bevis för en struktur där stora, sällsynta IT-beslut fattas av organ som inte bär konsekvenserna tillräckligt länge, mot en leverantörsmarknad som är van vid att

kunden inte kan backa, i en vård som redan har för få platser och för mycket administration. Partifärgen skiftar. Avtalen liknar varandra. 3,5 miljarder i Skåne, närmare fyra plus 657 miljoner i Västsverige, 2,3 miljarder i ett stockholmsavtal som revisorerna redan varnar för – det är inte slump. Det är upprepning.

Ett statligt huvudmannaskap skulle kunna stoppa den mest kostsamma vanan: att samma dåliga idé upphandlas parallellt på flera håll. Det skulle kunna tvinga fram en gemensam digital infrastruktur i stället för 21 monument. Det skulle kunna sätta ett pris på att ignorera läkare och sjuksköterskor tills systemet redan är påslaget. Men bara om staten tar med sig rätt lärdomar. Inga fler stora bang. Inga fler kontrakt där det är billigare att låtsas att allt går bra än att avbryta i tid. Inga fler jämförelser med Estland som slutar i en slogan.

Sjukvårdens tillkortakommande just nu är inte att Sverige inte kan vården. Det är att Sverige inte kan sluta uppfinna den på nytt i varje region, till miljardpris, medan patienterna väntar på en säng och en lista som stämmer. Det är den skillnaden som avgör om nästa reform blir ett omtag eller bara nästa slukhål, med andra blankettnamn.

/Staffan Scherloff

Källor

Socialstyrelsen, Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvården (2026); Socialstyrelsen, uppföljning av vårdplatser 15 juni 2026; Socialstyrelsen, tillgänglighetsstatistik april 2026.

OECD, Health at a Glance 2025, landnota Sverige.

Sveriges Kommuner och Regioner, statistik över regionernas ekonomi; Socialstyrelsen om regionernas resultat 2024.

Region Skåne / Läkartidningen / Dagens Medicin / Sveriges Radio, redovisning av SDV och Millennium, april–maj 2026. Region Skånes beslut 29 april 2026 om avveckling av SDV; regionens redovisning av månadskostnad under avveckling.

Västra Götalandsregionen, pressmeddelande 27 augusti 2026 om överenskommelse med Oracle; Dagens Nyheter, SVT och Upphandling24 samma dag.

Regionrevisorerna i Stockholm, rapport 25/2025, Utveckling av vårdinformationsmiljön, 20 april 2026; Läkartidningen 8 maj 2026.

SVT Uppdrag granskning om Cosmic i Sussa-regionerna; Regeringskansliet och SVT 4–6 maj 2026 om E-hälsomyndighetens haveriutredning. Uppdrag till E-hälsomyndigheten om journalsystemen, maj 2026.

National Audit Office (Storbritannien) om NHS NPfIT; VA Office of Inspector General om Oracle-Cerner.

Flyvbjerg, B. och Budzier, A., "Why Your IT Project May Be Riskier Than You Think", Harvard Business Review 89(9), 2011.

KLAS Research, 2024, om byten av journalsystem.

Metasyntes i Journal of the American Medical Informatics Association, 2025.

Basu, S., Andrews, J., Kishore, S., Panjabi, R. och Stuckler, D., "Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review", PLoS Medicine 9(6), 2012.

ESO, Vem vårdar bäst? (2019); SOU 2016:2 Effektiv vård; SOU 2018:47 och SOU 2019:43 (Tillitsdelegationen).

McKinsey och Sveriges läkarförbund, enkät om läkares arbetstid.

Kushniruk med flera om participatory design och användarinvolvering i vårdssystem.

Kritik av kömiljarden, Sveriges läkarförbund.

Vårdansvarskommitténs betänkande om huvudmannaskapet, juni 2025; partiernas reservationer i samma ärende.

Kristdemokraterna, "Från 21 vårdssystem till en vård för alla", 2 juni 2025; Svenska Dagbladet Debatt samma period.

Tove Lifvendahl, ledare i Svenska Dagbladet om journalsystemen och regionstyrningen.